

EWA KLIMOWICZ

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej
w Lublinie

DAWSTWO TRANSPLANTANTÓW W WIELCE ZASAD ETYKI LEKARSKIEJ

Operacje przeszczepiania narządów od początku wywoływały szereg ambiwalentnych reakcji i sprzecznych ocen: z jednej strony — podziw dla postępu wiedzy i technik medycznych, z drugiej — obawy, czy techniki te rzeczywiście służą dobru człowieka. Znamiennym wyrazem reakcji oburzenia moralnego była swego czasu wypowiedź lekarza, prof. L. Manteuffla, który na konferencji poświęconej transplantacji serca, stwierdził: „Myślenie o przeszczepianiu serca budzi we mnie odraz. Nie wiem, czy uczucie odrazy jest dla mnie w zasadzie etycznie, odczuwam po prostu w tej metodzie poniżenie godności ludzkiej. Czy naprawdę trzeba iść za wszelką cenę?”¹.

Z takim radykalnym potępianiem transplantacji rzadko zdarza się na spotkaniu — zwłaszcza w środowisku lekarskim. Dawne emocje wywołane pierwszym przeszczepieniem serca wygasły; opinia publiczna, epatowana doniesieniami prasowymi o innych eksperymentalnych praktykach medycznych, milcząco zaakceptowała moralnie zasadno dokonywanych na coraz szerszą skalę operacji przeszczepiania narządów i tkanek — tym bardziej, że postęp medycyny i nauk biologicznych przyczynił się do podniesienia efektywności tych zabiegów.

Jednakże upowszechnienie praktyki przeszczepiania narządów nie oznacza, że zostały rozstrzygnięte wszystkie problemy moralne (lub prawne) z nią związane. Do dzisiejszego dnia transplantacje dają asumpt do formułowania pytań dotyczących kierunków rozwoju medycyny, granic moralnie uprawnionej ingerencji w organizm człowieka oraz zasad deontologii lekarskiej. Postęp nauk medycznych w wielu innych dziedzinach, poza chirurgią, zdaje się bowiem podważać tradycyjne kanony etyki lekarskiej i w sposób coraz to niedostrzegalny przesuwać granice tego, co z moralnego punktu widzenia jeszcze niedawno było zakazane. Nic dziwnego, że coraz częściej pojawia się pytanie: czy etyka, zwłaszcza etyka lekarska, podąża ma za rozwojem nauki i techniki medycznej, do ich osiągnięć dostosowując kanony deontologii lekarskiej, czy też przeciwnie — normy tej deontologii należy potraktować jako niewzruszone i w oparciu o nie wyznaczać granice, poza które nie wolno wyjść lekarzowi, bez względu na to, jak szlachetne motywy mogłyby nim kierować?

¹ Głos w dyskusji na konferencji poświęconej transplantacji serca. „Etyka” nr 4, Warszawa 1969, s.

Moralne aspekty zabiegów transplantacyjnych tworzą spójny obraz i widać, że powstaje z nich jedno zagadnienie. Ze względu na ramy wyznaczone tej pracy niektóre z nich, niestety, zmuszona jestem pominąć² na rzecz pełniejszej prezentacji tych, które pojawiają się w przypadku każdej transplantacji — bez względu na to, jaki narząd podlega przeszczepieniu. Celem artykułu jest więc prezentacja kilku, moim zdaniem najważniejszych, problemów moralnych i etycznych z transplantologii, a zwłaszcza z procedur pobierania narządów od żywych dawców.

Biologiczno-medycznym warunkiem skutecznego ci transplantacji każdego narządu jest konieczność pobrania go „w stanie żywym” — w stanie zdolności do natychmiastowego podjęcia swych funkcji. W takim zaś stanie narząd może być pobrany w zasadzie tylko od żywego człowieka. I w tym cała trudność i niedogodność moralna — związana zwłaszcza z pozyskiwaniem narządów wewnętrznych. W przenoszeniu jakiegoś organu z jednego człowieka na drugiego tkwią tak naprawdę źródła subtelnych problemów moralnych, które bynajmniej nie tracą na znaczeniu bez względu na to, czy transplantatem jest skóra, krew lub jakiś narząd wewnętrzny. Istota problemu sprowadza się bowiem do pytania, czy w imię dobra (zdrowia lub życia) jednego człowieka wolno lekarzowi okaleczyć drugiego lub w jakikolwiek inny sposób naruszać integralność jego ciała? Czy w ogóle wolno dokonywać na człowieku takich operacji — nawet za jego zgodą — które „nie zdradzają troski o jego zdrowie lub istnienie, lecz mają charakter jakiejś pomocy w wiadczeniu tego człowieka na rzecz innego?”³.

1. Transplantacje a zasada *salus aegroti suprema lex*

Spośród kilku najważniejszych zasad deontologii lekarskiej akceptowanych z niewielkimi zmianami od czasów Hipokratesa, na pierwsze miejsce wysuwa się oczywiście wymieniona zasada. Na język polski bywa ona przekładana dwojako. Jedni opierają się dosłownym przekładem łacińskiego *salus aegroti suprema lex* i mówią: „zdrowie pacjenta jest najwyższym prawem”. Człowiek spotyka się natomiast z takim przekładem, który w miejsce „zdrowia” wprowadza „życie” i wspomnianej zasadzie nadaje sens następujący: „życie chorego jest najwyższym prawem”⁴. Tak swobodna interpretacja łacińskiego tekstu nie jest bez znaczenia dla sposobu rozstrzygnięcia różnorodnych dylematów bioetycznych — zwłaszcza takich sytuacji, w których troska o zdrowie może wchodzić w konflikt z troską o życie lub odwrotnie. Sytuacje związane z przeszczep-

² Nie znalazłam tu miejsca niezmiernie interesujące z etycznego i medycznego punktu widzenia problemy i dylematy wypływające z faktu pobierania transplantatów ze zwłok, transplantacji międyżagatkowych, hodowli *in vitro* tkanek i narządów dla celów transplantacyjnych, pobierania transplantatów z płodów ludzkich itp.

³ T. Kotarbiński (Konferencja na temat transplantacji serca. „Etyka” nr 4, cyt. wyd. s. 17).

⁴ Przykładem jest artykuł M. Sycha: *Aspekty etyczne pobierania narządów do przeszczepów*. W: „Polski Przegląd Chirurgiczny”, vol. 64, 3, 1992, gdzie raz autor mówi o zdrowiu chorego (s. 191), za kilka wierszy dalej — o jego życiu.

pianiem narz dów s pod tym wzgl dem szczególnie konfliktogenne i to niezale nie od tego, czy uwikłane w dan sytuacj osoby s tego wiadome, czy nie.

Nie ulega w tpliwi ci, e pobieraj c jaki narz d od ywego lub zmarłego dawcy i umieszczaj c go w ciele innego człowieka, lekarz działa na rzecz dobra biorcy. Obliguje go do tego deontologia lekarska oraz powszechnie akceptowane w etyce humanistycznej prawo człowieka do korzystania z takich form terapii, jakie aktualnie jest w stanie zaferowa medycyna. Jednak e jednostka ludzka nie yje w izolacji, wi c zdarza si , e jej dobro staje w konflikcie z dobrem innej osoby i mo e by zrealizowane tylko cudzym kosztem. Tak jest w przypadku transplantacji narz dów pobieranych od ywych dawców. Z punktu widzenia obiektywnie⁵ i medycznie potraktowanego dobra dawcy takie działanie mo e by uznane za szkodliwe. Pojawia si wi c pytanie, rzecznikiem czyjego dobra: dobra dawcy czy dobra biorcy, powinien by w tej sytuacji lekarz? Do czego zobowi zuje go przypomniana wy ej zasada? Czy powinien on przede wszystkim troszczy si o zdrowie pacjenta — dawcy i powstrzyma si od pobrania z jego ciała transplantatu, czy przeciwnie: jest zobowi zany ratowa ycie biorcy przy pomocy wszelkich znanych medycynie rodków i wobec tego powinien dokona przeszczepu narz du pobranego pod innej osoby, maj c wiadomo tego, e czyni z dawcy inwalid ?

M. Sych⁶, podejmuj c problem moralnej dopuszczalno ci transplantacji stwierdza, e zasada *salus aegroti suprema lex* pozostanie nie naruszona, je li lekarz, pobieraj c narz d od ywego dawcy, spełni przy tym kilka warunków. Po pierwsze — nikogo z potencjalnych dawców nie b dzie nakłaniał do wiadczenia ofiarno ci; po drugie — u wiadomi im ryzyko zwi zane z utrat jednego z parzystych narz dów; po trzecie — jest przekonany, e istnieje „realna szansa nie tylko dora nego powodzenia zabiegu”. Pobranie narz du parzystego od człowieka zdrowego i umieszczenie go w ciele innej osoby, której w przeciwnym wypadku grozi szybka mier , jest—zdaniem tego autora — działaniem moralnie usprawiedliwionym po spełnieniu wymienionych warunków. Ograniczenie wydolno ci biologicznej dawcy, czyli poniesiony przez niego uszczerbek na zdrowiu, jest bowiem mniejszym złem w porównaniu z nieuchronn i wymiern w czasie mierci drugiej osoby w przypadku zaniechania przez lekarza transplantacji. Jak z tego wynika, M. Sych skłonny jest zasad *salus aegroti suprema lex* interpretowa w jej znaczeniu niedostównym: nie zdrowie, lecz ycie jest t warto ci , która — jego zdaniem — powinna by preferowana przez lekarza i która usprawiedliwia zło obiektywnie wyrz dzone dawcy. Rozumowanie to pozostaje w zgodzie z powszechnie i deklaratywnie⁷ akceptowan w etyce ogólnej i w etyce lekarskiej hierarchi warto ci, według której ycie człowieka jest dobrem cenniejszym od zdrowia.

⁵ Podkre lam obiektywny charakter wyrz dzonej szkody, poniewa subiektywnie dawca mo e by odmiennego zdania.

⁶ Aspekty etyczne..., cyt. wyd., s. 192.

⁷ Czasem bowiem nie sposób oprze si wra eniu, e uznanie ycia za warto nadrz dn , cho dotyczy wi kszo ci sytuacji terapeutycznych, ma jednak charakter sytuacyjny. Oto bowiem w literaturze, omawiaj cej problemy opieki paliatywnej, zdaje si dominowa przekonanie, e podstawowym obowi zkiem lekarza jest łagodzenie cierpie — nawet je li prowadzi to do pogorszenia stanu zdrowia lub nawet przyspiesza mier pacjenta.

Trzeba tu jednak podkreślić, że współczesna deontologia lekarska w porównaniu z medycyną epoki Hipokratesa dokonała znamiennej zmiany akcentów w hierarchizacji obowiązków lekarskich. Oto bowiem lekarz epoki Hipokratesa bynajmniej nie był uważany za strażnika i obrońcę życia. Owszem, miał obowiązek ratować je, jeśli pozwalała mu na to jego sztuka i jeśli pacjent sobie tego życzył. Przede wszystkim jednak starożytny eskulap troszczył się o zdrowie i uchodził za specjalistę w zakresie jego ochrony. Jego wiedza i umiejętności w tym zakresie predysponowały go do traktowania siebie jako rzecznika dobrego pacjenta, który lepiej wie, co w zakresie ochrony zdrowia jest dla pacjenta pożyteczne. Dlatego w postawach lekarzy starożytnych dominował paternalizm⁸.

Przysięga Hipokratesa, która do dzisiaj stanowi układ odniesienia dla wszelkiego rodzaju kodeksów deontologii lekarskiej, nie odzwierciedlała jednak rzeczywistych praktyk lekarzy starożytnych⁹. Tak np. wiadomo, że przerywanie ciąży było wówczas praktykowane, podobnie jak zabijanie dzieci urodzonych z wadami genetycznymi¹⁰. Od lekarza oczekiwano autorytatywnego orzeczenia, czy pacjent powinien żyć, czy nie powinien jeszcze popełnić samobójstwo; jako osoba biegła w przygotowywaniu i stosowaniu różnorodnych substancji biologicznie aktywnych był tym, do którego zwracano się o pomoc w spowodowaniu śmierci — nie tylko nakazanej mocą wyroku sądowego, ale także dobrowolnie wybranej.

Może zatem mają rację ci historycy, którzy przyjmują, że autorem Przysięgi nie był wcale Hipokrates, lecz że wyszła ona z kręgu pitagorejczyków — jedynej w starożytności szkoły filozoficznej, uznającej zasady wiarygodności życia. Jednakże bez względu na autorstwo, pisma Hipokratesa weszły w skład tradycji moralnej judaizmu i chrześcijaństwa, które nadały Przysiędze charakter bezwzględnie zobowiązania do ochrony ludzkiego życia. Tymczasem w tekście Przysięgi nie ma żadnego zdania na temat obowiązku lekarza ratowania życia pacjentów. Znajdziemy tam tylko następujący, istotny dla nas passus: „Bóg stosował zabiegi lecznicze według moich możliwości i zdolności ku pożytkowi chorych, broniąc ich od uszczerbku i krzywdy”¹². Współczesne przesunięcie akcentów w deontologii lekarskiej z wartości zdrowia na wartość życia dokonuje się zatem wbrew trendom obecnym w lekarskich praktykach starożytności.

Postępuje ono dwiema drogami: poprzez odpowiednią reinterpretację starożytnego pojęcia *salus* oraz poprzez selektywne podejście do tradycji uprawiania zawodu lekarza i akcentowanie w niej takich elementów, które odpowiadają współczesnym wyobrażeniom o powołaniu tego zawodu, pomijanie zaś takich, które odbierałyby lekarzowi nimb głównego obrońcy życia. W ten sposób lekarz współczesny w przeciwieństwie do swego antycznego prekursora zostaje głównym „strażnikiem” życia i wartości jest obowiązany zgłaszać je na uwagę.

⁸ Szerzej pisze o tym Z. Szawarski: *Dwa modele etyki medycznej*. W: *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej* (pod red. Z. Szawarskiego), Warszawa 1987, s. 5-26.

⁹ Podaję za Z. Szawarskim: Op. cit., s. 8.

¹⁰ Zalecał to Platon w swej koncepcji idealnego państwa, a także Arystoteles i Seneka.

¹¹ Podaję na podstawie artykułu Z. Szawarskiego. Op. cit., s. 8.

¹² Cytuję za Z. Szawarskim. Op. cit., s. 9.

Zastanawiając się nad ewolucją treści zasad lekarskiej deontologii, trzeba zwrócić uwagę, że współczesna medycyna, w porównaniu z medycyną epoki Hipokratesa stawia nacisk na czele hierarchii dóbr prawdopodobnie tak i z tego powodu, że w znacznie większym stopniu zdołała rozwinięć techniki jego ratowania i przedłużania, podczas gdy Hipokrates w „sytuacjach ostatecznych” był do bezradny, więc względnie skutecznie działania nakazywał mu ograniczać się głównie do ochrony i ratowania zdrowia za pomocą środków mało inwazyjnych¹³.

Znamienne przesunięcie akcentów z wartości zdrowia na wartość życia jest charakterystyczne nie tylko dla współczesnej medycyny, ale dla całej kultury, której medycyna jest przecież częścią. Kultura ta — zdaniem samych lekarzy¹⁴ — szerzy bowiem postawy i tendencje, by „żyć za wszelką cenę”. Tłumaczy się to tym, że w miarę rozwoju nauki i techniki człowiek współczesny przyzwyczaił się wierzyć, iż może zapanować nad różnymi przyrodniczymi koniecznościami, w tym także nad śmiercią. Szczególnie wiek XX, jeszcze do niedawna uważany za okres zwycięskiego panowania techniki nad przyrodą tworzył nadzieję, że jeśli nie na osi gnicięcia nie jest miertelny, to przynajmniej na wystarczająco długie trwanie. Likwidacja wielu chorób, zbieranych dawniej miertelnych niwo; odkrycie nowych leków skutecznie leczących przewlekłe choroby i łagodzących ból; kriogenika a wreszcie perspektywa zapewnienia sobie osobliwej „nie miertelności” poprzez klonowanie umacniały wiarę w potęgę ludzkiego rozumu. W świetle tych osiągnięć śmierć zdawała się tracić charakter przyrodniczej konieczności i często była postrzegana jako wypadek, którego można było uniknąć, gdyby w porę przedsięwzięć odpowiednie działania. Medycyna, se swoimi umiejętnościami przedłużania życia wyszła naprzeciw temu ludzkiemu zapotrzebowaniu, przyczyniając się jednocześnie nie do umacniania kultury życia poprzez nacisk na lekarzy obowiązkowo jego ochrony za wszelką cenę i przy pomocy dostępnych technik medycznych. Uznanie życia za wartość nadrzędną współczesnej etyki lekarskiej powoduje jednak pojawienie się różnych dylematów, z którymi mamy do czynienia także w przypadkach transplantacji w ogóle, a w szczególności w sytuacji pobierania narządów od żywych dawców.

Występujący tu obiektywny konflikt między życiem a zdrowiem, teoretycznie rzecz biorąc, byłby łatwo rozstrzygalny, gdyby chodziło o życie i zdrowie tej samej osoby. Tak np. przeszczepienie skóry z jednego miejsca w drugie, w którym nastąpił zagrażający życiu pacjenta jej znaczny ubytek, jest czynnością jak najbardziej racjonalną i nie budzącą żadnych moralnych zastrzeżeń, ponieważ obracamy się w granicach dobra tej samej osoby — i to dobra fizycznego, medycznie „wymiernego”. Jednakże w przypadku przenoszenia narządów (lub tkanek) z ciała jednej osoby do ciała drugiej, lekarz staje wobec znacznie trudniejszego dylematu. Musi bowiem rozstrzygnąć konflikt między, bymóże, niewspółmiernymi

¹³ O słuszności tej uwagi może świadczyć przypisywany Hipokratesowi kodeks, w którym czytamy, że lekarz bez uchybienia swej sztuce nie powinien podejmować leczenia przypadków beznadziejnych, a zwłaszcza „wycięcia kamienia chorym na kamie” (za: Z. Szawarski: op. cit., s. 9 i nast.).

¹⁴ Obszerniej pisze na ten temat J. Brehant: *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*. Warszawa 1993.

ale jednak dobrami dwu różnych osób: życiem jednej a zdrowiem (być może życiem) drugiej.

Nakaz rozstrzygnięcia tego konfliktu na rzecz życia biorcy — skądinąd zapewne słuszny (w świetle współczesnej interpretacji zasady *salus aegroti suprema lex*) — może jednak mieć niepożądane konsekwencje. Nasuwa się bowiem niepokojące pytanie: czy w ten sposób nie dokonuje się instrumentalizacji zdrowia dawcy? Czy nie jest ono traktowane nie jako dobro samo w sobie, lecz jako środek chronienia dobra innej osoby?

Słowo „życie” i nadawanie przez współczesną medycynę nowego znaczenia zasadzie *salus aegroti suprema lex* stanowi teoretyczną podstawę i przesłankę instrumentalizacji zdrowia dawcy, co w praktyce może stwarzać (i nierzadko stwarza) okazje do różnych moralnych nadużyć¹⁵. Naturalnie, ewentualny zarzut instrumentalizacji zdrowia dawcy lub nawet jego osoby może zostać uchylony, gdy on sam wyraża na to zgodę. Niemniej jednak dramatyczna konieczność, skłaniająca do pobierania transplantatów od żywych dawców, wiadczy o tym, jak trudno w medycynie konsekwentnie realizować abstrakcyjnie rozumianą zasadę humanizmu, nakazującą zawsze i każdemu człowiekowi traktować go jako cel, nigdy jako środek.

Wracając do głównego wątku naszych rozważań, trzeba stwierdzić, że z medycznego (ale także moralnego) punktu widzenia ważnym jest warunek wymieniony przez prof. M. Sycha na trzecim miejscu jako ocena realnych szans uratowania życia biorcy. Zdaniem autora, nikłe tych szans, doraźne powodzenie zabiegu transplantacyjnego (spowodowane nie tylko zawsze możliwym odrzuceniem przeszczepu przez organizm biorcy, ale także obecnością innych obcych chorobowych, wpływających na niepowodzenie zabiegu), sprawia, że cała procedura transplantacji, a zwłaszcza spowodowany uszczerbek zdrowia dawcy, traci charakter działalności moralnie usprawiedliwionej, ponieważ staje „w sprzeczności z traktowaniem życia jako dobra najwyższego”. Tym razem chodzi już jednak nie o życie biorcy, lecz o życie dawcy, które może zostać zagrożone, gdy pozostawiony mu jeden z parzystych narządów zostanie objęty procesem chorobowym. Nieskuteczność zabiegu przeszczepienia staje się w opinii wymienionego autora powodem uznania działającego lekarza za moralnie naganne.

W tym miejscu warto podkreślić, że respektowanie zasady *salus aegroti suprema lex* dokonuje się skutecznie, gdy nastąpi specjalizacja w zakresie zadań związanych z transplantacją i ci, którzy pobierają transplantat, nie uczestniczą później w operacji jego implantowania do organizmu biorcy. Taki podział funkcji występuje w praktyce medycznej na całym świecie, tak i w Polsce, minimalizuje ryzyko nadużyć, a lekarzom pozwala bronić dobra tego pacjenta, którym się aktualnie zajmują.

2. Transplantacja a zasada *primum non nocere*

Druga, obowiązująca lekarzy od czasów Hipokratesa, zasada etyczna bywa tłumaczona krótkim rozkazem: „Po pierwsze — nie szkodzi!”. Jej konkretna

¹⁵ Dlatego rodzi się potrzeba uregulowania prawnych dawstwa narządów do przeszczepów.

tre zależą od interpretacji pojęcia szkody. Wobec tego, poszukując odpowiedzi na pytanie, czy pobieranie jakiegoś narządu (lub tkanki) od żywego dawcy jest zgodne z zasadą *primum non nocere*, musimy zrekonstruować sens tego pojęcia.

Naturalnie, operacja pobierania narządów od żywych dawców z powodów oczywistych nie może być uznana za zabieg leczniczy. Jednak nie to stanowi różnicę między zabiegami medycznymi a zabiegami moralnymi. Wszak zabiegi nielecznicze (np. korekcyjne) nie są objęte zakazem ze strony adnego kodeksu etyki lekarskiej; przeciwnie — niektóre wchodzi w zakres lekarskich obowiązków. Tak np. jest słuszne okaleczenie pacjenta na jego prośbę o usunięcie szpeczącej twarzy narośli, choć nie zakłóca ona w niczym normalnego funkcjonowania organizmu, nie jest groźna dla jego zdrowia lub życia (fizycznego). Za słuszne uważa się również dokonywanie na ciele pacjenta nawet rozległych chirurgicznych ingerencji (włącznie z hemisomatektomią, tj. odcięciem połowy ciała), jeżeli są to zabiegi ratujące życie. We wszystkich tych przypadkach, co prawda, mamy do czynienia z uszkodzeniem ciała pacjenta, lecz wyrządzone mu doraźne zło zostaje zrekompensowane dobrem tego samego człowieka. Inaczej jest w przypadku pobierania transplantatu od żywych dawców.

Transplantat może być pobrany od człowieka, którego stan zdrowia jest na tyle zadowolający, że powstały ubytek bezpośrednio nie powoduje jego śmierci. Zasada poszanowania życia dawcy zazwyczaj zostaje więc zachowana. Nie ulega jednak w tym rodzaju operacji powołanie do życia nowego człowieka, co jest okaleczeniem zdrowego człowieka. W przypadku dawcy nerki lub płuc jest przyczyną trwałego inwalidztwa oraz zwiększa ryzyko jego śmierci¹⁶, gdy pozostawiony mu jeden organ zostanie objęty chorobą. Pobieranie transplantatu, jak już wspominałam, jest więc działaniem na jego szkodę — niezależnie od tego, jak wielka jest ta szkoda i czym się ją usprawiedliwia. Powstaje więc pytanie: czy wolno komukolwiek, a zwłaszcza lekarzowi, okaleczyć jednego człowieka¹⁷, by wiadczycy dobro drugiemu?

Lekarze, zabierając głos na temat etycznych aspektów pobierania narządów od żywych dawców, mają pełną świadomość wyrządzonego dawcy, i niejednokrotnie dają wyraz przekonaniu, że nigdy by się na ten czyn nie zdecydowali, gdyby nie konieczność działania w sytuacji przymusu moralnego, skłaniająca do wyboru mniejszego zła dla uchylenia większego. Oto pionier transplantacji nerek w Polsce, prof. J. Nielubowicz wypowiada znamienne pod tym względem słowa. Mówi on tak: „Pobieranie przeszczepów od żywych dawców było dla mnie bardzo trudnym momentem psychologicznym. W tym względzie moje usunęło dopiero u wiadomienie sobie, że ofiarowanie nerki może na porównanie do innych czynów uważanych za szlachetne”¹⁸.

¹⁶ Zdaniem prof. J. Nielubowicza, lekarza zajmującego się transplantacją nerek, „szansa śmierci z powodu ofiarowania nerki (zwykle jest to matka) wynosi 0,05%. Jest to mniej więcej takie ryzyko, przed jakim staje każdy z nas, kto dojeżdża do pracy samochodem codziennie na przestrzeni 20 km” (wypowiedź na konferencji poświęconej transplantacji serca, „Etyka” nr 4, cyt. wyd., s. 31). Niktło ryzyka śmierci dawcy nie zmienia jednak faktu, że jest ono spowodowane wiadomym działaniem lekarza, za które ponosi on moralną odpowiedzialność.

¹⁷ Który notabene wskutek tego staje się klientem służby zdrowia, nierzadko do końca życia.

¹⁸ Wypowiedź na konferencji na temat transplantacji serca, cyt. wyd., s. 31.

Inny lekarz, prof. T. Orłowski, podejmując pytanie, jak w wietle przysięgi Hipokratesowej przedstawia się problem dopuszczalności pobierania transplantatów od żywych dawców, powołuje się na opinie amerykańskich klinicystów, którzy twierdzą, że odmowa pobrania transplantatu od osoby bliskiej choremu niejednokrotnie, jest właściwym wstrzemięciem psychicznym i gorzej odbija się na jego zdrowiu, niż wycięcie nerki¹⁹.

Jak wynika z przytoczonych opinii obu lekarzy, rozumowanie usprawiedliwiającej operację pobierania transplantatów idzie w dwóch kierunkach: pierwszy odwołuje się do pojęcia ofiarności i altruizmu wysoko ocenianych pod względem moralnym; drugie opiera się na przekonaniu, że krzywda wyrządzona dawcy jest jednak okupiona zrealizowaniem jakiegoś większego, jego własnego dobra. Omówienie pierwszego rozumowania na razie musimy odłożyć, ponieważ wypada nam skoncentrować się teraz na występującej w drugim rozumowaniu interpretacji pojęcia krzywdy lub (analogicznie) dobra dawcy.

Zauważmy, że w cytowanych wypowiedziach transplantologów (a może na jej używanie za przejaw typowego rozumowania na ten temat), pojęcie dobra lub krzywdy dawcy zaczyna nabierać innego, szerszego znaczenia. Przestaje ono oznaczać wyłącznie szkodę fizyczną rozpatrywaną w kategoriach medycznych (jak to było przyjęte za czasów Hipokratesa); staje się pojęciem obejmującym także i treść psychologiczną i system wartości dawcy. Krótko mówiąc: oznacza także krzywdę lub dobro w znaczeniu psychologicznym i moralnym. Obaj lekarze (a także wielu innych) zdają bowiem, że indywidualna hierarchia wartości potencjalnego dawcy może i skłania go do uznania swojej krzywdy fizycznej (okaleczenia lub inwalidztwa) za mało istotną w porównaniu do krzywdy moralnej, jak by mu wyrządzono, odrzucając jego ofiarę.

W tym miejscu trzeba jednak podkreślić, że bez względu na to, jak rozumie pojęcie krzywdy lub dobra dawcy, odwołanie się do kategorii „jego własnego dobra” stwarza lekarzowi pobierającemu transplantat sytuację większego komfortu psychicznego i moralnego. Decyzja należy wówczas do dawcy, a nie do lekarza, i dawca ponosi za nią odpowiedzialność. Lekarz zaś staje się jakby wykonawcą jego woli. Może zatem uważać, że postępuje zgodnie z zasadami deontologii lekarskiej, bo rzeczywiście działa wówczas dla (subiektywnie określonego) dobra dawcy, jak i dla dobra biorcy, któremu może przeszczepić podarowany organ. Tak więc uznanie za moralnie dopuszczalne pobieranie transplantatu od żywego dawcy na podstawie poszerzonego pojęcia krzywdy i nadania mu treści pozamedycznej, wpływa modyfikując na opinię o roli i funkcji lekarza. Wypełnia on nie tylko zawodowe powinności lekarza względem biorcy, ale ponadto staje się jakby „egzekutorem” moralnych decyzji dawcy, do czego zobowiązuje go nie tylko nakaz poszanowania praw pacjenta, ale także zasada *primum non nocere* z jej szerokim rozumieniem pojęcia krzywdy.

Jak już wspominałam, w skąpej, medyczno-biologicznej interpretacji pojęcia krzywdy dawcy sprowadzającej do jakiegoś uszczerbku wyłącznie fizycznego, sprzyja — z jednej strony — instrumentalizacji osoby dawcy, gdy wbrew jego woli

¹⁹Tamże, s. 22.

arbitralnie uznaje się dobro jego ciała za wartość, którą gotowo oddaje do ofiary. Z drugiej strony — osoba podejmująca decyzję o odrzuceniu ofiary (w tym kontekście jest to zazwyczaj lekarz) ustawia się w sytuacji arbitralnego autorytetu, który zawsze lepiej wie, co dla pacjenta dobre a co złe. Naturalnie, kompetencje lekarza upoważniają go do uznania go za autorytet „w sprawach ciała”: zdrowia i życia. Ale gdyby — odwołując się do tych kompetencji — chciał ingerować w subiektywną hierarchię wartości pacjenta (w tym przypadku: potencjalnego dawcy), przejawiłby nieuzasadniony paternalizm.

Wolno nam teraz pokusić się o sformułowanie wniosku bardziej ogólnego: zasada *primum non nocere* w swej pierwotnej treści medyczno-biologicznej traci współcześnie swój obligatoryjny charakter na rzecz szerszego jej rozumienia, na mocy którego lekarz obowiązuje poszanowaniem autonomii pacjenta i jego osobistej hierarchii wartości. Jeżeli tendencja do humanizacji medycyny oznacza coś więcej, to z pewnością oznacza też szacunek dla pacjenta jako osoby, mającej prawo ustalić własną hierarchię wartości i oczekiwań, a gdzie ona respektowana.

Gdyby jednak znalazł się ktoś, kto by uparcie obstawał przy wąsko medycznej interpretacji pojęcia krzywdy i powołał się na zasadę *primum non nocere* w tradycyjnym, hipokratesowym jej rozumieniu, mógłby słusznie twierdzić, że pobieranie jakiegokolwiek transplantatu od żywego dawcy jest moralnie niedopuszczalne. Byłoby to jednak stanowisko zbyt tradycjonalistyczne, jednostronne i niezgodne ze współczesnymi tendencjami w filozofii medycyny, odchodzącymi od czysto medycznego lub biologicznego podejścia do człowieka.

3. Etyka lekarska o granicach ofiarności

Pora teraz podjąć dotychczas przez nas pomijany kierunek rozumowania usprawiedliwiającego pobieranie transplantatów od żywych dawców, który odwołuje się do pojęcia ofiary i ofiarności.

Jak już wiadomo, zwolennicy tego kierunku przyznają potencjalnemu dawcy prawo orzekania, co dla niego w danej sytuacji jest większym, a co mniejszym dobrem; co jest mniej, a co więcej krzywdą. Znajduje w tym wyraz poszanowanie dla autonomii moralnej dawcy, a w przypadku, gdy zdecyduje się on ponieść ofiarę dla dobra (życia) innej osoby — tak jest podziw i uznanie dla jego altruizmu. Z punktu widzenia etyki ogólnej ofiarnością posunięta jest do ryzykowania własnym życiem zawsze była ceniona wysoko. Tak jest dobrowolna i wiadoma skutków zgoda dawcy na pobranie transplantatu niezbędnego dla ratowania czyjegoś życia, słusznie bywa zaliczana do kategorii czynów altruistycznych, czy nawet heroiczych. Przyjęcie tej ofiary przez lekarza jest zatem swoistym hołdem dla postawy dawcy i udzieleniem mu pomocy w rzeczywistym dopełnieniu ofiary.

Jednak i to poszanowanie autonomii dawcy i aprobatę dla jego subiektywnej hierarchii wartości, wyrażającą się w szerokim, moralnym i psychologicznym rozumieniu pojęcia krzywdy, nie jest bezgraniczna. Mówiąc krótko i dobitnie: z punktu widzenia etyki lekarskiej jest ona ograniczona nakazem ochrony i ratowania życia ludzkiego, wypływającym z zasady *salus aegroti suprema lex*. Lekarz, zobligowany

współczesnym rozumieniem tej zasady, nie może spowodować śmierci dawcy, pobierając z jego ciała organ niezbędny do życia — nawet wówczas, gdy ktoś decyduje się na tak dramatyczny krok w pełni dobrowolnie i wiadomie. Tak więc wolno lekarzowi pobrać od żywego dawcy jeden z parzystych narządów, ponieważ bezpośrednio nie powoduje tym śmierci dawcy; nie wolno mu jednak pobrać narządu pojedynczego, gdy byłoby to jednoznaczne z umiśleniem dawcy.

W związku z tym granicę, wyznaczaną przez etykę lekarską, ludzkiej ofiarności pojawia się kilka problemów natury teoretycznej i praktycznej, które są na tyle interesujące, że warto je bliżej przeanalizować — tym bardziej, że niektóre z nich rzucają nowe światło na zwyczaj etyki ogólnej (rozumianej jako społecznie akceptowany i praktycznie stosowany system wartości) z zawodowej etyki lekarskiej.

Fundamentem każdej etyki jest — z jednej strony — zdolność podmiotu do rozróżniania dobra i zła; z drugiej — wolność wyboru między nimi. W odniesieniu do własnego życia człowiek początkowo jest pozbawiony wolności wyboru, nikt bowiem sam nie uczestniczy w decyzji przyjęcia na świat. W tym znaczeniu życie człowieka jest rzeczywiście darem. Do tego daru może się on jednak ustosunkować, gdy rozwinię w sobie umiejętność podejmowania decyzji moralnych. Z teoretycznego punktu widzenia może on ten dar zaakceptować, ale może tak i przekazać go komu innemu lub nawet odrzucić.

Liberalistyczna etyka laicka wyprowadza szereg wniosków, że w sytuacjach transplantacyjnych ofiarą z życia zaproponowana przez wiadomy i wolny podmiot nie powinna być odrzucona tylko dlatego, że społeczeństwo uważa życie za wartość nadrzędną. Każdy dorosły i normalny człowiek ma bowiem prawo do samostanowienia, włącznie z prawem do decydowania o swoim życiu i śmierci. To prawo w każdym przypadku powinno być uszanowane — zwłaszcza gdy ofiarą jednej osoby służy ratowaniu życia innego człowieka. Biorąc pod uwagę prawo do samostanowienia, powinno być dozwolone pobieranie transplantatów od żywych dawców za ich prawomocną zgodą — bez względu na to, jakie skutki dla życia dawcy spowoduje jego ofiara. Społeczeństwo narusza autonomię moralną i wolność jednostki, gdy wbrew jej woli zmusza ją do kontynuowania życia, mimo że dla niej mogło ono stracić wszelki sens. W świetle tej etyki życie nie ma bowiem charakteru obiektywnej i absolutnej wartości — jego wartość zależy bowiem od subiektywnego przekonania wolnego podmiotu²⁰.

etyka chrześcijańska, czy w ogóle etyki religijne, tak nie przyznają człowiekowi prawo do samostanowienia, jednakże z wyłączeniem prawa do decydowania o swojej śmierci. W świetle tego poglądu ofiara z życia jest moralnie ceniona (i dopiero wtedy uznana za ofiarę), gdy darczyca, ryzykując życiem dla słusznej sprawy, nie podejmuje jednak działań bezpośrednio prowadzących do swojej śmierci. Samobójstwo altruistyczne, jak i samobójstwo z cudzą pomocą, dla ratowania życia innego człowieka, są czynami moralnie nagannymi. Tak więc na gruncie tej etyki granicą ofiarności jest poszanowanie daru życia — tak jest życia potencjalnego ofiarodawcy i to wbrew temu, co on sam się mówi na ten temat. Życie bowiem jest wartością

²⁰ Ten sposób myślenia o wartości życia występuje szczególnie wyraźnie w rozumowaniach na temat moralnej dopuszczalności eutanazji, ale jest też widoczny w dyskusjach na temat transplantacji.

obiektywn i absolutn , nie jest wi c zale ne od subiektywnych mniema i osobistej hierarchii warto ci danej osoby.

Współczesna etyka lekarska kształtowała si pod znacznym wpływem etyki chrze cija skiej i od niej te przej ła nakaz ochrony ka dego ludzkiego ycia oraz powinno odrzucania ofiarno ci posuni tej a do granic samounicestwienia (lub unicestwienia z cudz pomoc). Dlatego poszanowanie autonomii dawcy i aprobata dla jego subiektywnej hierarchii warto ci, wyra aj ca si w szerokim, moralnym i psychologicznym, rozumieniu poj cia krzywdy, o którym pisałam wcz niej, nie jest w wietle etyki lekarskiej bezgraniczne.

Mo na zatem stwierdzi , e współczesna etyka lekarska wyznacza granice ludzkiej ofiarno ci, stoj c na stra y warto ci ycia. Bior c za pod uwag fakt, e ocena warto ci własnego ycia dokonana przez dawc mo e by zupełnie inna, mo emy równie stwierdzi , e lekarz ma zawodowy obowi zek zignorowania woli dawcy jako sprzecznej z norm lekarskiej deontologii.

4. Wnioski

Wpływaj st d nast puj ce wnioski, które przedstawi w kilku punktach.

Po pierwsze: trzeba stwierdzi , e obowi zuj ca lekarza zasada poszanowania ycia ludzkiego ogranicza jego autonomi jako człowieka, bo jako lekarz nie mo e on swobodnie dokonywa takich wyborów, które sk din d mógłby uwa a za subiektywnie słuszne. Zatem pełnienie zawodu lekarza musi z jego strony i w parze z gotowo ci do rezygnacji z prawa do kierowania si osobist hierarchi warto ci. Zapewne z tego m. in. powodu twierdzi si , e pełnienie roli lekarza jest specyficzn i trudn słu b . W adnym innym zawodzie wymóg ograniczenia własnej autonomii nie jest tak dobitnie podkre lany²¹. Tak wi c lekarz mo e si znale w trudnej pod wzgl dem psychologicznym sytuacji, gdy system warto ci, aprobowany przez społecze stwo, w którym yje, zbyt daleko odbiegnie od hierarchii, ustalonej na gruncie deontologii lekarskiej. Przykładem s pełne niejasno ci i ambiwalencji dyskusje na temat uczestniczenia lekarzy w czynno ciach eutanazji²². Z tego zapewne powodu znacznie trudniejsza jest rola lekarza w społecze stwach, preferuj cych liberalistyczny system warto ci, w którym przyznaje si ka demu prawie bezgraniczne prawo do samostanowienia, ni w społecze stwach, ho duj cych tradycyjnej hierarchii warto ci, w której wolno samostanowienia jest ograniczona uznaniem ycia za warto priorytetow .

²¹ Tak np. lekarz, wypełniaj c swe zawodowe funkcje, nie mo e kierowa si osobistymi sympatiami, pogl dami religijnymi lub politycznymi; powinien tak e powstrzyma si od ich manifestowania. Tymczasem w zawodzie np. nauczyciela zazwyczaj wymaga si , by przekazywał on uczniom takie tre ci, o których prawdziwo ci jest subiektywnie przekonany.

²² Wypowiedzi wielu lekarzy na ten temat niejednokrotnie wiadc o psychologicznej frustracji, spowodowanej próbami wci gni cia lekarzy do działa , które uwa aj za podwa anie zawodowego tabu, czyli nakazu ratowania ycia.

Po drugie—ograniczenia autonomii moralnej lekarza, narzucane mu przez etyk zawodow , w sferze praktycznej skutkuj tym, e nie mo e on w pełni afirmowa autonomii moralnej pacjenta. Granica autonomii lekarza staje si praktyczn granic autonomii dawcy. Ten ostatni nie mo e bowiem w pełni i całkowicie dowolnie korzysta ze swego prawa do samostanowienia, zwłaszcza gdy skorzystanie z tego prawa wymaga udziału osób trzecich — jak w przypadku ewentualnego pobrania serca do transplantacji. Innymi słowy: dawca teoretycznie mo e zdecydowa si po wi ci swoje ycie dla ratowania ycia innej osoby, lecz w praktyce ta ofiara nie b dzie zrealizowana bez udziału lekarza pobieraj cego transplantat, a gotowo do tak daleko posuni tej ofiarno ci b dzie ofert przez ka dego dobrego lekarza odrzucon . W ten sposób etyka lekarska, uznaj ca prymat ycia nad innymi warto ciami, zdaje si w sytuacjach medycznych wyznacza granice ludzkiej ofiarno ci. Dobr ilustracj tego problemu jest opisywana przez ameryka sk pras sytuacja, gdy pewna matka, poinformowana o braku odpowiedniego dawcy serca dla umieraj cego syna, zwróciła si do lekarzy z daniem, by pobrali serce od niej. Spotkawszy si z odmow , popełniła samobójstwo na przedpro u sali operacyjnej²³. Ten desperacki czyn w wietle ostatniej encykliki *Veritatis Splendor*, jak i w wietle polskiego kodeksu deontologii lekarskiej, musi by uznany za moralnie naganny.

Po trzecie — wyznaczanie innym ludziom granic ofiarno ci nasuwa wniosek, e etyka lekarska — mimo wymienionych wcze niej tendencji do humanizacji medycyny, przejawiaj cej si np. w poszanowaniu praw i autonomii pacjenta (tak e dawcy) — pozostaje nadal w kr gu tradycyjnego dla niej paternalizmu. Lekarz bowiem—czy tego subiektywnie chce, czy nie chce — zostaje postawiony w sytuacji osoby, która „lepiej wie”, co jest dla kogo dobre, a co złe. Odrzucaj c za czyj ofiar z ycia (podkre lam, e jest do tego zobowi zany), godzi w moraln autonomi ewentualnego dawcy, bo praktycznie rzecz bior c, narzuca mu własn , zawodow hierarchi warto ci. W stosunku do osób dorosłych i w pełni odpowiedzialnych taka praktyka w ka dej innej dziedzinie, poza medycyn , byłaby uznana za moralnie nagann . Zwa ywszy za na fakt (o którym ju była mowa), e lekarz ze wzgl du na etyk zawodu nie mo e post pi inaczej, trzeba stwierdzi , e obowi zuj cy (przynajmniej w Polsce) lekarski kodeks deontologiczny sprzyja umacnianiu si paternalistycznych postaw w ród lekarzy.

Po czwarte — trzeba zasygnalizowa wyst powanie pewnej niespójno ci rozwi za etycznych w rozumowaniach dotycz cych dawstwa narz dów. Oto bowiem w przypadku transplantacji narz dów parzystych pozostawia si dawcy swobod orzekania o tym, co stanowi dla niego wi ksz , a co mniejsz krzywd ; lekarzowi za poleca si respektowa wol dawcy. Natomiast w przypadku ewentualnej transplantacji narz dów pojedynczych od ywego dawcy, jego swoboda orzekania zostaje ograniczona poprzez narzucenie mu hierarchii warto ci, obowi zuj cej lekarza. A przecie wyra ona przez lekarza odmowa pobrania transplantatu mo e przez kogo by bardziej dotkliwie odczuwana jako decyzja bardziej krzywd ca, ni

²³ Nie jest mi wiadomo, czy desperacki czyn matki przyczynił si do uratowania ycia jej syna. Jak si jednak wydaje, pobranie narz du z jej zwłok nie byłoby czynem moralnie nagannym.

ewentualne kalectwo lub nawet śmierć²⁴. Tak więc prawo do samostanowienia w oparciu o subiektywną hierarchię wartości w sytuacjach dawstwa narządów nie jest jednakowo respektowane — i nie może być przynajmniej dopóty, dopóki radykalnie nie zmieni się interpretacja podstawowych zasad lekarskiej deontologii.

Jak już zaznaczyłam, zasady tej deontologii powoli ewoluują w kierunku coraz większego poszanowania praw pacjenta i jego autonomii moralnej; stopniowo zmienia się treść takich kategorii, jak np. życie, zdrowie, krzywda, prawo do samostanowienia itp. Jednakże bez względu na to, czy ewolucja ta pójdzie dalej w kierunku liberalistycznym, sędziwe pobieranie transplantatów od żywych dawców powinno nadal być obwarowane szeregiem warunków—choćby dla zapobieżenia możliwym nadużyciom, a także pomyłkom lekarskim. Jak bowiem pisze M. Sych, współczesna medycyna nie potrafi jeszcze w dostatecznym stopniu wyeliminować ryzyka związanego z przeszczepianiem narządów, dlatego wciąż istnieje to ryzyko wyrządzenia dawcy niekwalifikowanej szkody. „Mimo iż innymi względami skutkuje w ograniczaniu pobierania narządów od żywych dawców, a rozwoju pobierania ich od dawców zmarłych”²⁵.

²⁴ Jest to psychologicznie zrozumiałe, zwłaszcza gdy niedoszłego dawcę łączy z chorym silny związek uczuciowy.

²⁵ Cytowany artykuł, s. 192.