

# TRANSPLANTACJA W ASPEKTCIE SPOŁECZNYM

## *Transplant in the social aspect*

Iwona Bonikowska

Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski

adres do korespondencji: i.bonikowska@wlnz.uz.zgora.pl

### STRESZCZENIE

Medycyna transplantacyjna jest obecnie standardową metodą terapeutyczną, ale jej szybki rozwój niesie z sobą wiele wyzwań zarówno w sferze etyki, religii, obyczajów, jak i rozwiązań legislacyjnych. Społeczeństwo akceptując metodę leczenia, jaką jest transplantacja organów, musi uświadamiać sobie, że większość przeszczepianych narządów pochodzi od dawców zmarłych. Ze społecznego punktu widzenia najistotniejsze jest, aby każdy człowiek miał możliwość wyrażenia świadomej deklaracji na temat oddania swoich narządów i tkanek po śmierci oraz znał uwarunkowania prawne i etyczne.

**Słowa kluczowe:** transplantacja, etyka, prawo, społeczeństwo.

### SUMMARY

Transplant medicine is nowadays standard therapy but its fast progress constitutes a lots of ethic, religion, customs and legal issues challenges. If society accept transplantation as method of treatment, they have to realize that most of the transplant organs come from deceased persons. The most important fundamental thing is every human should have opportunity to express declaration. By this declaration people can express their agreement to donate organs and tissues after death and knowledge of legal issues and ethics.

**Key words:** transplantation, ethic, law, society.

### WSTĘP

Transplantacja, jako metoda leczenia, ciągle napotyka na poważne bariery moralne i społeczne, do których należą między innymi niski poziom wiedzy na ten temat, względy emocjonalne oraz nieznaną zagadnień medycznych.

Przeszczepianie narządów jest bezpieczną, skuteczną i bardzo potrzebną metodą leczenia. Na świecie dzięki temu żyje ponad milion ludzi z przeszczepionym narządem. Co roku wykonuje się ponad 50 000 takich zabiegów. Co czternaście minut do zabiegu kwalifikowany jest nowy chory. Ale niestety codziennie kilkanaście osób umiera, nie mogąc doczekać się operacji przeszczepienia serca, wątroby lub nerki, gdyż obecnie podstawowym problemem jest niedobór narządów do przeszczepienia w stosunku do potrzeb. Ze statystyk Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant” wynika, że w 2015 r. (do końca października) wykonano 1200 przeszczepów od dawców zmarłych, 71 przeszczepów od dawców żywych, jednak na nowy narząd wciąż oczekuje 1564 pacjentów [1]. Medycyna transplantacyjna, a zwłaszcza przeszczepianie narządów pobranych od zmarłych, może odbywać się jedynie przy pełnej akceptacji społecznej [2], bowiem przeszczepianie narządów w odbiorze społecznym jest bardzo drażliwą metodą leczenia. Różni się od innych tym, że potrzebnego narządu nie można wyprodukować ani kupić. To co potrzebne jest do transplantacji, to narząd pochodzący z organizmu innego człowieka. Dawcą fragmentu wątroby lub nerki może być – poza zmarłym – osoba bliska biorcy, tj. rodzina, partner lub wieloletni przyjaciel. Serce, wątroba, trzustka, płuca zawsze pochodzą z organizmu człowieka zmarłego. Z wielu powodów przeszczepianie nerek od dawców żywych w Polsce stanowi niewielki procent przeszczepień [3].

Problematyczność transplantacji w przestrzeni społecznej wynika z:

- różnej postawy etycznej potencjalnych dawców i biorców narządu,
- częstego braku akceptacji stwierdzenia śmierci mózgu przez rodzinę dawcy,
- obawy dotyczącej handlu narządami,
- przyczyn ekonomicznych i organizacyjnych,
- niedostatecznej liczby kampanii reklamowo-informacyjnych.

W życiu społecznym to właśnie środki masowego przekazu pełnią istotną rolę w odbiorze transplantologii jako nowoczesnej

metody leczenia. Niestety, radio, prasa, a w szczególności telewizja „w sposób nadmiernie emocjonalny przedstawiają problemy pojedynczych osób, nie poruszając kwestii transplantacji w wymiarze poznawczym, naukowym, czyli obiektywnym” [4].

### ETYCZNE I PRAWNE PROBLEMY TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW

Szybki postęp w medycynie transplantacyjnej łączy się nierozdzielnie z nowymi dylematami etycznymi. Dotyczą one wątpliwości przekroczenia granic w sytuacji zastosowania nowych metod i technologii w celu ratowania ludzkiego życia. Zadaniem etyki jest ocena ludzkich działań w kategoriach dobra i zła. Zatem główny problem natury etycznej w transplantologii polega na uznaniu, jakie działania medyczne mogą być przyjęte jako etycznie dobre, a które są niedopuszczalne i nieetyczne.

Problemy etyczne w transplantologii dotyczą zarówno dawcy, jak i biorcy [5]. Po stronie biorcy wynikają z uprzedzeń i nieznaną zagadnień medycznych. Najpowszechniejsze wśród nich są następujące:

- przyjęcie fragmentu cudzego ciała odczuwane bywa jako odrażające, w szczególności zaś, gdy dotyczy to serca, czyli organu mającego głębokie konotacje symboliczne;
- obawa, iż nastąpi zmiana osobowości biorcy;
- lęk, że dawca stanie na Sądzie Ostatecznym okaleczony – bez narządu (te obawy utrzymują się do dziś i w dużym stopniu w nich należy upatrywać przyczynę tak często spotykanej niechęci rodziny do wyrażania zgody na pobranie organów zmarłych krewnych);
- tradycja otaczania zwłok szczególnym pietyzmem.

Brak zgody na oddanie narządu wynika u wielu osób z przekonania, że ciało tworzy integralną całość z duchowością człowieka, zgodnie z arystotelesowską tezą o jedności psychofizycznej człowieka. Taka koncepcja nie pozwala na uprzedmiotowienie, utylitarne traktowanie ciała, co z kolei skutkuje sprzeciwem wobec działań transplantacyjnych [6]. Kultowe i religijne uwarunkowania wskazują, iż zmarłemu ciału należy się wyjątkowy szacunek i nie wolno go naruszać. Jednak dzięki osobistemu, bardzo emocjonalnemu zaangażowaniu papieża Jana Pawła II, jego postawy pełnej akceptacji wyrażającej się w propagowaniu dawstwa organów, traktowanego jako przejaw miłości bliźniego, możliwe było przekonanie katolików, co do słuszności idei transplantacyjnej.

Podczas XVIII Międzynarodowego Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego 29 sierpnia 2000 r. w rzymskim Pałacu Kongresów Jan Paweł II spotkał się z około 4 tys. naukowców z ponad 60 krajów. W przemówieniu do uczestników Kongresu powiedział: „Bardzo wysoko cenię sobie fakt, że tak poważnie traktujecie nauczanie moralne Kościoła. Kościół, odnosząc się z szacunkiem do nauki i kierując się przede wszystkim prawem Bożym, nie ma innego celu jak tylko integralne dobro człowieka. Technika przeszczepów to wielki krok naprzód w dziejach nauki służącej człowiekowi. Niemało jest tutaj ludzi, którzy zawdzięczają życie przeszczepowi narządów. W coraz większej mierze technika przeszczepów jawi się, jako skuteczna metoda realizacji podstawowego celu wszelkiej medycyny, którym jest służba ludzkiemu życiu. Dlatego w encyklice *Evangelium vitae* wskazałem, że jednym ze sposobów krzewienia autentycznej kultury życia jest „oddanie narządów, zgodnie z wymogami etyki, w celu ratowania zdrowia, a nawet życia chorym, pozbawionym niekiedy wszelkiej nadziei” (*Evangelium vitae*, 86) [7]. Jan Paweł II wyraźnie popierał transplantację organów, jako przejaw „kultury życia” i wielki postęp służący człowiekowi.

Warto także podkreślić, że stanowisko Kościoła katolickiego nie jest wyjątkowe, wszystkie religie monoteistyczne uznają transplantację jako wyraz miłości do drugiego człowieka.

Dla przykładu, dawstwo i transplantacja jest silnie wspierana przez Adwentystów Dnia Siódmego. W wielu szpitalach prowadzonych przez Adwentystów przeprowadza się transplantacje, a najbardziej znany szpital w Loma Linda w Kalifornii specjalizuje się w transplantacji serca u dzieci. W 1998 r. Konwencja Południowych Baptystów uchwaliła rezolucję zachęcającą lekarzy do rozmowy o dawstwie narządów w momencie „ostatecznych rozstrzygnięć” oraz „popierania idei dawstwa narządów i tkanek w duchu współczucia, zrozumienia potrzeb innych osób”. Buddyści, Islamiści oraz wyznawcy Hinduizmu wierzą, że decyzja o oddaniu narządów lub tkanek po śmierci jest indywidualną sprawą każdego i jest aktem miłosierdzia najwyższej wartości. Także wszystkie nurty Judaizmu wspierają i zachęcają do dawstwa narządów. W 1991 r. Rada Rabinów Amerykańskich wydała oświadczenie, w którym stwierdziła „jeśli zachodzi okoliczność oddania narządów do ratowania zagrożonego życia, jest nakazem moralnym. (...) Życie ludzkie jest wartością najwyższą (...)” [8]. Wśród wyznawców prawosławia w Polsce transplantację narządów to nadal temat licznych debat. Kościół prawosławny nie sprzeciwia się oddaniu narządów i tkanek po śmierci, jeśli są wykorzystane do poprawy życia ludzkiego, dla transplantacji czy eksperymentu medycznego mającego służyć poprawie skuteczności leczenia lub zapobieganiu chorobom [9].

Sprzeciw wobec przeszczepów związany z przekonaniem obojętności w społeczności romskiej (uznaje się, że w ciągu roku po śmierci dusza zmarłego podąża do początków, a ciało nie może być naruszone, gdyż dusza przybiera jego kształt), jednak coraz więcej Romów zgadza się na przeszczepianie narządów od dawców żywych [10].

Świadkowie Jehowy nie zgadzają się na transfuzję krwi zarówno własnej, jak i obcej. Kierują się przekonaniem religijnym, powołując się na Biblię. Poddają się zabiegom chirurgicznym przy założeniu, że obieg krwi ani na moment nie został przerwany. Warunkiem przeszczepienia jakiegokolwiek organu jest dokładne jego oczyszczenie z zalegającej krwi [11].

Odrębności kulturowe Romów, wyznawców konfucjanizmu czy szintoizmu powodują, że nie wyrażają oni zgody na pobieranie i przeszczepianie narządów od zmarłych dawców. Niemniej jednak większość religii na świecie nie zabrania formalnie pobierania i transplantacji narządów [9].

Przeszczepianie narządów pobranych od osób zmarłych ma zarówno wielu zwolenników, jak i przeciwników. Dwa główne zarzuty moralne to:

- miejsce pietyzmu zajęło utilitarne traktowanie ciała jako surowca,

- chirurgia przeszczepów to nowy rodzaj ludożerstwa – kaniibalizm medyczny.

W wyniku rozwoju nauk biologicznych/medycznych, a szczególnie różnych metod wspomagających zdrowie człowieka, oraz zmian społecznych kształtujących społeczeństwo nowoczesne wzrosła także akceptacja możliwości pobrania narządów do przeszczepienia ze zwłok. W konsekwencji doprowadziło to do nowego sposobu postrzegania ciała ludzkiego [12]. Należy tu jednak zważyć, że transplantolodzy mają obowiązek traktowania ciała dawcy z należyty szacunkiem, muszą nadawać zwłokom właściwy wygląd po pobraniu narządów i w żadnym przypadku nie mogą traktować ciała dawcy (czy jego części) w sposób przedmiotowy.

Według Niewiedzia [6] zmiany w kulturze postmodernistycznej polegają między innymi na uznaniu ważności ciała ludzkiego. Obecnie to wygląd i kondycja ciała w dużej mierze kształtują tożsamość jednostki. Z tego też powodu:

- coraz powszechniejsza staje się postawa pełnego przyzwolenia na medyczne wykorzystanie własnego ciała po śmierci i gotowość (przynajmniej deklaracyjna) oddania za życia własnego organu podwójnego osobie w śmiertelnym zagrożeniu;
- ciało nie jest istotnym składnikiem bytu ludzkiego, skoro można je tak dalece zmieniać, nie zmieniając przez to samoświadomości osoby;
- coraz bardziej zewnętrznie traktowana jest przez człowieka własna cielesność („ja cielesne przedmiotowe”);
- modyfikujemy ciało w takim zakresie, jaki jest dla nas korzystny i w jaki pozwalają aktualne możliwości medycyny;
- modyfikujemy ciało zarówno w sytuacji zagrożenia życia, korzystając z możliwości chirurgii transplantacyjnej, jak i w sytuacji dyskomfortu estetycznego, korzystając w coraz szerszym zakresie z usług chirurgii plastycznej i estetycznej.

W ślad za zmianami w sferze społecznej na temat ciała i transplantacji pojawiły się nowe rozwiązania legislacyjne. Pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek i narządów dokonywane jest na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r., która wprowadziła stwierdzenie „trwałego i nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu)” [13]. Ale zanim ta ustawa przybrała obecny kształt, dokonano nowelizacji pierwszej ustawy z dnia 26 października 1995 r. [14], która weszła w życie 7 marca 1996 r. (pierwsza nowelizacja 20.06.1997 r.). Dokument ten był swobodnym kamieniem milowym dla polskiej medycyny transplantacyjnej. Regulował między innymi kryteria stwierdzenia śmierci pnia mózgu.

Polska była jednym z nielicznych krajów, w których obowiązywała zmodyfikowana koncepcja śmierci [15]. Druga nowelizacja uchwalona 8.06.1997 r. wprowadziła przepisy karne. Polegała ona na podwyższeniu górnej granicy pozbawienia wolności za przestępstwo określone w art. 20 ust. 1 ustawy (zakaz komercjalizacji) do lat 3 [16].

Ustawa transplantacyjna wprowadziła zasadę zarejestrowanego sprzeciwu (powszechnie nazywanej zgodą domniemaną). Powtarza to także zapis w Kodeksie lekarskim (Art. 33. „Lekarz może pobierać komórki, tkanki i narządy ze zwłok w celu ich przeszczepiania, o ile zmarły nie wyraził za życia sprzeciwu”) [17]. Zatem z punktu widzenia prawnego i wobec autonomii jednostki wiążąca jest decyzja osoby o oddaniu po śmierci narządów do przeszczepienia (wyrażana w Polsce przez niezłożenie za życia sprzeciwu na pobranie). Pomimo tego lekarze nie decydują się na pobieranie narządów, jeśli spotkają się ze zdecydowanym sprzeciwem rodziny. Wynika to z uwarunkowań kulturowych i humanitarnych (poszanowanie woli rodziny w niezwykle dla niej trudnej sytuacji utraty osoby bliskiej). Niemniej ważne w tym aspekcie jest też unikanie tworzenia w małych społecznościach sytuacji konfliktowych (pobranie narządów bez uszanowania opinii rodziny), co może wpływać na możliwość dalszego pobierania narządów w tym szpitalu.

Zarówno lekarze, jak i również pielęgniarki w stosunku do pa-

cja – dawcy narządu i jego rodziny – zobowiązani są do postępowania zgodnie z zasadami etyki lekarskiej i pielęgnarskiej. Art. 12. Kodeksu lekarskiego stanowi, że: „Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności” [17] oraz poszanowania zwłok zgodnie z art. 11 ustawy: „Lekarz pobierający ze zwłok ludzkich komórki, tkanki lub narządy jest obowiązany zapewnić nadanie zwłokom należytego wyglądu” [13].

Podmiotem opieki pielęgnarskiej jest jednak nie tylko dawca, ale również jego rodzina, znajdująca się w traumatycznej sytuacji, zwykle niegodząca się ze śmiercią bliskiej osoby. Dla każdej pielęgnarki istotny powinien być system wartości prezentowany w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych, który jest „drogowskazem” i ma na celu wyznaczanie norm postępowania w pracy z chorymi i ich rodzinami.

Obowiązek moralny pietyzmu dotyczy obchodzenia się z szacunkiem i miłością z ciałem osoby zmarłej. Przede wszystkim dotyczy to zobowiązania do ich pochowania, nie zawiera jednak kategorycznego zakazu zachowania integralności cielesnej zwłok. Etyczną granicą pietyzmu jest obowiązek miłości i służba bliźnim, które krewni powinni realizować wobec zmarłego w jego imieniu. Zwłoki ludzkie są pozostałościami po widzialnej postaci („nośnik osoby”). Oznacza to, że szacunek okazany zwłokom jest tylko w sensie analogicznym szacunkiem dla osoby, która już nie żyje. Niewątpliwym jest fakt, że w sensie ostatecznym zwłoki „należą do ziemi”, a więc należy zagwarantować prawo pochówku doczesnych szczątków człowieka.

W celu poszanowania uczuć rodziny i bliskich, którzy doświadczają żałoby po zmarłym, ważne są delikatność i pietyzm względem zwłok. Ponadto, ważna jest kontrola nad emocjami, jakiej muszą dokonać pracownicy opieki medycznej, sprawowanie kontroli nad zachowaniami bezdusznymi i rutynowymi, umożliwienie pożegnania ze zmarłym, jak również oddanie zwłok w stanie estetycznie akceptowalnym po eksplantacji [5]. Przy zachowaniu wymienionych zasad nie ma miejsca na traktowanie ciała jako „surowca”. Bardzo ważnym aspektem społecznym przywoływanej już ustawy jest penalizacja jakichkolwiek form komercjalizacji. Zasada „non profit” jest jednym z najważniejszych zapisów gwarantującą nieodpłatne oddawanie do przeszczepienia komórek, tkanek i narządów. Głównym kryterium alokacji narządów jest zagwarantowanie takiego samego dostępu osobom oczekującym na przeszczepienie z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej. W Polsce powoli do świadomości zdaje się docierać fakt, że narządy pobrane od osób zmarłych w celu ich transplantacji są dobrem społecznym, nie należą do ośrodka, w którym je pobrano, ani do rodziny zmarłego. Ważne jest, aby wyjaśniać pacjentom i ich rodzinom przyczyny wcześniejszej transplantacji u pacjentów, którzy oczekują na narząd krócej niż inni (kryteria medyczne decydujące o pilności przeszczepienia, ze względu na zagrożenie zdrowia i życia). Jest to istotne, ponieważ wszelkie niejasności prowadzą do powstania podejrzeń o merkantylne zachowania personelu medycznego [18]. Nadzór nad przestrzeganiem przepisów wynikających z ustawy transplantacyjnej sprawuje Minister Zdrowia, który zobligowany jest do przedstawiania co trzy lata Komisji Europejskiej sprawozdań z zakresu czynności podejmowanych na terenie kraju, także działań mających na celu propagowanie idei dawstwa oraz sposobu wdrażania i realizacji przepisów unijnych (art. 42 ustawy) [13].

Pomimo nadziei, jaką niesie transplantacja, niestety w różnych polemikach i debatach na ten temat można spotkać odosobnione stanowiska sugerujące jej okrucieństwo i brak humanizmu. Głosy te są niejednokrotnie bardzo ostre i sugerują „zdegenerowanie społeczne i brak poszanowania dla świętości zmarłego człowieka” [12]. Stanowisko profesora filozofii i logiki Bogusława Wolniewicza w kwestii transplantacji jest z jednej strony wyrazem jego postawy moralnej, z drugiej zaś wyrazem jego realizmu w ocenie moralnych postaw ludzi. Uważa on, że praktyki transplantacyjne są działaniami niemoralnymi, zarazem jednak uznaje, że wobec przewidywanych ogromnych

korzyści utylitarnych raczej zmienimy swoje nastawienia moralne niż zrezygnujemy z „niemoralnej” metody ratującej życie i zdrowie człowieka, określając transplantacje mianem „neokanibalizmu” i dobitnie stwierdzając, że mamy do czynienia z żerowaniem na trupach. Wolniewicz argumentuje, że zarówno pod względem logicznym, jak i moralnym transplantacje są w istocie tym samym, czym jest ludożerstwo głodowe. Jego zdaniem są one równoważne, jako że „wszystko, co da się powiedzieć za lub przeciw przeszczepianiu organów ludzkich, da się też powiedzieć za lub przeciw odżywianiu ludzkim mięsem w czasach głodu i odwrotnie. Możemy zatem uznać transplantacje za dopuszczalny sposób ratowania życia, ale wtedy trzeba też uznać za dopuszczalne ludożerstwo głodowe” [19]. Wolniewicz nie kwestionuje i nie neguje transplantacji jako takiej, ale przeciwstawia się jedynie „zмовіе milczenia”, a jego stanowisko jest raczej głosem w dyskusji na temat medycznej „nowomody”. Jest to jego sprzeciw wobec „upiększania tragedii”, swoisty apel, aby używać odpowiednich desygnatów logicznych, a nie próba zmiany społecznej rzeczywistości przez zabiegi typu *political correctness* [12]. Trudno dyskutować z poglądem filozofa, aczkolwiek porównywanie metody ratującej życie z ludożerstwem głodowym wydaje się zabiegiem, co prawda zgodnym z zasadami logiki, ale budzącym kontrowersje. Podobne porównania spotyka się często w sytuacji stosowania nowych procedur medycznych (np. zapłodnienie *in vitro*). Ponadto, pogląd wskazujący na tzw. upiększanie tragedii wydaje się egemplifikacją powszechnego błędu atrybucyjnego, jakiego dopuszcza się autor. Zasadnicze pytanie, jakie można postawić w tej sytuacji, to pytanie dlaczego? Dlaczego lekarze transplantologów upiększają tragedię? Wydaje się, że Wolniewicz stawiając w taki sposób kwestię, przypisuje lekarzom odpowiedzialność za śmierć pacjenta. W związku z tym starają się, przez praktyki transplantacyjne, uniknąć owej odpowiedzialności. Tak prowadzone rozumowanie niestety doprowadza do klimatu społecznej niechęci wobec transplantacji i w konsekwencji – obiektywnych trudności w uzyskiwaniu narządów do przeszczepu.

Specyficznym obszarem medycyny transplantacyjnej jest przeszczepianie narządów (nerek i fragmentu wątroby) pobranych od żywych dawców. W Polsce odsetek tego typu przeszczepów jest niski i wynosi 4,9% w przypadku nerek. Badanie przeprowadzone we wrześniu 2014 r. przez agencję badawczą PBS w grupie 1005 osób w wieku 18–44 lata wykazało, że 87% ankietowanych byłoby skłonnych lub raczej skłonnych do tego, by pomóc bliskiej osobie przez oddanie jej za życia swojego narządu. Zastanawiające jest zatem, dlaczego tak mało tego typu przeszczepów jest wykonywanych w Polsce. Spośród wielu przyczyn należy tu wymienić:

- lęk przed uszkodzeniem ciała, lęk przed doświadczeniem negatywnych emocji;
- Ja cielesne przedmiotowe – człowiek jest właścicielem swojego ciała, które traktuje jak instrument niezbędny w realizacji własnych celów, po oddaniu organu ciało jako instrument nie spełni swoich zadań;
- Ja cielesne podmiotowe – przed przeszczepem może wystąpić lęk kastracyjny, po zabiegu rana narcystyczna, żal po stracie;
- Ja cielesne normatywne – moje ciało jest gorsze w porównaniu z innymi [6].

Według badań niezależnego ośrodka badań opinii publicznej TNS OBOP, brak informacji na temat przeszczepów jest też przyczyną powszechnych obaw. Aż 70% Polaków obawia się utraty życia przy przeszczepianiu narządów. Z przeprowadzonych badań opinii publicznej wynika, obok pozytywnego stosunku, również brak wiedzy Polaków na temat przeszczepów [20]. Pobieranie narządów od żywych dawców dotyczy m.in. ryzyka powikłań, do jakich może dojść w trakcie całej procedury. Akt oddania narządu jest bez wątpienia unikatowym wydarzeniem, wiąże się jednak z narażeniem dawcy na potencjalne szkody wynikające z zabiegu operacyjnego (stres, ból, blizna). Dawca jest poddawany operacji, której z medycznego punktu widzenia nie potrzebuje, wymaga okresu rehabilitacji, a także jest narażony na potencjalne pooperacyjne powikłania, a nawet zgon (co

zdarza się niezwykle rzadko). Wola oddania własnego narządu na rzecz biorcy jest aktem szczególnego altruizmu i zobowiązuje lekarzy do postępowania zapewniającego bezpieczeństwo dawcy i biorcy [21].

Rzetelna informacja i ciągłe budowanie świadomości społecznej na temat przeszczepiania narządów to podstawowe warunki poprawienia sytuacji polskiej transplantologii i uzyskania wzrostu liczby wykonanych przeszczepów. Szczególnie ważnym i odpowiedzialnym zadaniem środowiska lekarskiego jest wyjaśnianie rodzących się w społeczeństwie wątpliwości związanych z przeszczepianiem narządów. Należy rozszerzać akcje uświadamiające na temat znaczenia przeszczepiania narządów i skuteczności tej metody leczenia dla chorych ze skrajną niewydolnością serca, wątroby czy płuc, a w przypadku nerek – to najlepsza i najtańsza z dostępnych metod leczenia „nerkozaścępczego”. Konieczna jest także pomoc ze strony autorytetów Kościoła katolickiego w Polsce. Nie można także pomijać roli mediów, w tym szeroko rozumianych mediów elektronicznych. Szum informacyjny dokonujący się za pośrednictwem środków masowego przekazu, a szczególnie Internetu, stwarza sztuczny świat słów, obrazów, symboli, mitów i ideologii oddalający się często od realnej rzeczywistości.

Psycholodzy prowadzą badania nad zasadą społecznego dowodu słuszności. Głosi ona, że o tym, czy coś jest poprawne czy nie decydujemy przez odwołanie się do tego, co myślą na dany temat inni ludzie. Według Caldiniego „(...) 95% ludzi to imitatorzy (naśladowcy), a tylko 5% to inicjatorzy, ludzi bardziej przekonuje postępowanie innych, niż jakikolwiek dowód jakości produktu, który moglibyśmy im przedstawić” [22]. Wobec tych zjawisk istnieje pilna potrzeba stworzenia instytucji (bądź gremium), która miałaby rzeczywisty wpływ na treści i sposób przekazywania informacji, bowiem Internet ma zalety, które można dobrze wykorzystać, takie jak: dostępność, możliwość dostosowania treści do różnych grup odbiorców czy stała aktualizacja treści.

W kontekście omawianych powyżej zagadnień ważne jest również rozważenie etycznych aspektów stosowania oświadczeń woli, które są wyrazem autonomizacji praw jednostki. Przepisy prawne obowiązujące w Polsce wskazują, że pobieranie narządów od osób zmarłych jest dopuszczalne w sytuacji, gdy człowiek za życia nie wyraził sprzeciwu. W każdej zatem sytuacji, kiedy rozważane jest pobranie narządów, konieczne jest sprawdzenie, czy nazwisko danej osoby nie figuruje w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów (dalej CRS). Ze względu na wskazane w ustawie transplantacyjnej inne dwie formy wyrażenia sprzeciwu (oświadczenie pisemne danej osoby lub oświadczenie ustne potwierdzone przez dwóch świadków pisemnie przez nich potwierdzone) konieczne jest przeprowadzenie rozmowy z rodziną zmarłego. W czasie rozmowy należy wyjaśnić, czy oprócz wpisu w CRS osoba zmarła nie wyraziła swojej woli w innej formie.

Rozmowa z rodziną ma na celu zatem, poza przekazaniem informacji o śmierci danej osoby (stwierdzenie śmierci mózgu) i informacji o zamiarze pobrania narządów, wyjaśnienie kwestii pozostawienia sprzeciwu osoby zmarłej w formie innej niż wpis do CRS.

Względy społeczno-obyczajowe nie pozwalają na ignorowanie roli rodziny i jej prawa do informacji. Rozmowę z rodziną podejmuje się w celu ustalenia stanowiska zmarłego w omawianej sprawie. Zakłada się, że najbliżsi krewni, którzy przecież najlepiej znali zmarłego, wiedzą, jakie było jego nastawienie wobec możliwości pobrania narządów do przeszczepienia oraz wypowiedzą się w jego imieniu i zgodnie z jego wolą. W przypadku dzieci sprzeciw w ich imieniu mogą zarejestrować lub wyrazić opiekunowie prawni [13].

Opisane powyżej postępowanie wchodzi w skład tzw. autoryzacji pobrania narządów, która obejmuje potwierdzenie braku sprzeciwu osoby zmarłej na pobranie narządów, potwierdzenie, że potencjalny dawca nie żyje (służą temu szczegółowe kryteria rozpoznawania zgonu człowieka w oparciu o rozpoznanie

śmierci mózgu [13]) oraz zebranie danych składających się na charakterystykę dawcy świadcząca o przydatności i bezpieczeństwie narządów pobranych od danej osoby.

## STWIERDZANIE ŚMIERCI MÓZGU

Najczęściej do przeszczepienia pobierane są narządy od osób zmarłych, u których stwierdzono śmierć mózgu [18]. W Polsce pobrania takie są dopuszczalne w oparciu o ustawę transplantacyjną, która w sprawie kryteriów i sposobu rozpoznawania śmierci mózgu odsyła do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. (M.P. z 2007 r. nr 46, poz. 547) [23]. W załączniku do tego obwieszczenia czytamy: „spełnione wszystkie kryteria, właściwe wykonanie prób, a w uzasadnionych przypadkach badań instrumentalnych, zezwalają komisji złożonej z trzech lekarzy specjalistów, w tym co najmniej jednego z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii, na stwierdzenie zgonu osoby badanej w wyniku śmierci mózgu”.

Śmierć mózgu jest rozpoznaniem klinicznym, potwierdzającym całkowitą i nieodwracalną utratę wszelkich czynności mózgu, a więc prowadzącym do uznania danej osoby za zmarłą. Przez wiele lat stwierdzano śmierć pnia mózgu, koncentrując się na nim, jako strukturze centralnej, integrującej funkcje mózgu. Przez pień przechodzą wszystkie bodźce płynące z ciała do mózgu, jak również wszystkie polecenia generowane przez mózg. Obecnie w Polsce powrócono do koncepcji śmierci mózgu [18].

Szczególnie ważnym i odpowiedzialnym zadaniem środowiska lekarskiego jest wyjaśnianie rodzących się w społeczeństwie wątpliwości związanych ze stwierdzeniem śmierci mózgu. Jak wskazują badania opinii społecznej wiedza naszego społeczeństwa w tym zakresie nie jest wystarczająca. Według badania TNS CBOS z 2015 r. co drugi Polak jest świadomy, że śmierć człowieka następuje wówczas, gdy w sposób nieodwracalny zniszczony jest mózg [25]. Podobne wyniki opublikowane zostały w Komunikacie Badań CBOS z 2012 r., z których wynika, że blisko połowa badanych (49%) skłania się ku tradycyjnej definicji, rozumiejąc śmierć jako zatrzymanie się pracy serca. Z kolei ponad dwie piąte (44%) uważa, że śmierć następuje wtedy, gdy nieodwracalnie zniszczony jest mózg [24].

Niestety co pewien czas pojawiają się brzemienne w skutkach wypowiedzi, publikacje i pseudonaukowe dyskusje, jak np. opublikowany doktorat dominikanina o. Jacka Marii Norkowskiego pt. „Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów”. Autor w oparciu o swoje przekonania neguje w nim zasadność pojęcia śmierci mózgu. W wywiadach głośno deklaruje swoje stanowisko: „medycyna jako nauka empiryczna nie zajmuje się naturą człowieka od strony duchowej, nie bada, jaka jest relacja między umysłem a materią, ponieważ należy to już do sfery filozofii. W moim najgłębszym przekonaniu pacjenci w stanie śmierci mózgowej są osobami żyjącymi. Nie jest prawdą, że jakiegokolwiek doświadczenie medyczne może nam dowieść, iż umysł ludzki ginie razem z ciałem, czy też, że jego istnienie ogranicza się tylko do mózgu człowieka. Takie spojrzenie na zgon człowieka wykracza poza naukowe ramy medycyny. Dopóki ciało jest termodynamiczną całością, w której możliwe jest zaobserwowanie zwyczajnych procesów życiowych – dopóty nie można mówić o śmierci organizmu jako całości” [26]. Najbardziej bulwersujące jest w tych wypowiedziach otwarte stwierdzenie, że dawcy narządów do przeszczepienia są zabijani „na transplantacyjnym stole”. Teza taka, poza jej absolutną niedopuszczalnością i absurdalnością, jest też nie do obronienia w świetle wyżej wskazanych przepisów prawnych i kryteriów medycznych przyjętych dla stwierdzania śmierci mózgu.

Równocześnie z wypowiedziami o. Norkowskiego społeczeństwo polskie usłyszało słowa podważające istnienie zjawiska śmierci mózgu wypowiedziane przez prof. Jana Talara – bydgoskiego lekarza, który oświadczył, że polscy chirurdzy wycinają serca żyjącym jeszcze ludziom. Talar twierdzi, że „stan wegetatywny według klasycznej definicji rozpoznajemy u pacjenta,

który jest przytomny, ale pozbawiony świadomości. Zachowane są u niego reakcje odruchowe, które zależą od prawidłowego funkcjonowania rdzenia przedłużonego, w tym np. reakcje obronne, postawy ciała, regulacja temperatury, krążenie, oddychanie, trawienie podanych dożyłkowo pokarmów. Pacjent jest jednak pozbawiony zmysłowego kontaktu ze światem zewnętrznym, co jest efektem uszkodzenia półkul mózgowych, które normalnie zapewniają człowiekowi świadomość siebie, otoczenia, warunkują celowość działania” [27]. Prof. Talar jednak w swoich wypowiedziach nie wyjaśnia społeczeństwu, że pacjenci, którymi się zajmował, byli w śpiączce, w stanie wegetatywnym, jednak u żadnego z jego pacjentów nie stwierdzono śmierci mózgu, zatem nie następowały dzięki jego leczeniu wybudzenia ludzi ze śmiercią mózgu, a u ludzi z uszkodzeniami mózgu.

Optymistyczny jest fakt, że głosów krytycznych i przeciwnych wobec przeszczepianiu narządów i tkanek jest coraz mniej i że są coraz słabsze, nieoparte argumentami, ale wywołują negatywne emocje, rodzą strach i brak zaufania.

Dla zwykłego człowieka śmierć jest postrzegana w układzie 0–1, albo żyje albo nie. Nie ma miejsca na stany przejściowe czy też wątpliwe. Obecnie na całym świecie, zarówno prawnicy, jak i medycy są zgodni, iż za zmarłą można uznać osobę, u której stwierdzono śmierć mózgu zdefiniowaną jako nieodwracalną utratę jego funkcji. W sytuacji, gdy dochodzi do traumatycznego przeżycia, jakim jest niewątpliwie strata bliskiej osoby, działają bardzo silne stresory. Człowiek staje w obliczu definicji, diagnozy i rozumienia śmierci mózgowej. Badania CBOS z 2012 r. wskazują, że około jedna siódma respondentów (14%) przypuszcza, że sprzeciw wobec pobrania narządów wynika z niewielkiej świadomości społecznej, braku wiedzy o tej dziedzinie medycyny, a także zbyt skąpych informacji na temat transplantologii [25]. Badania opublikowane w 2010 r. przez „Eurobarometr” wykazały, że Polska pod względem wiedzy na temat stanu prawnego dotyczącego transplantacji organów znalazła się na 14 miejscu pośród państw Unii Europejskiej [28].

W lutym 2009 r. z inicjatywy Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej powstał program „Partnerstwo dla transplantacji”, którego celem było między innymi uzyskanie społecznej akceptacji i wsparcia dla idei transplantacji, a wśród działań priorytetowych stworzenie akcji społecznej, która podniesie poziom wiedzy Polaków na temat transplantologii [29].

## ASPEKTY EKONOMICZNE TRANSPLANTACJI

Wycena świadczeń transplantologicznych jest w Polsce skomplikowana, a finansowanie (pomimo relatywnie wysokiej wyceny procedur) pochodzi wyłącznie ze środków publicznych. Wobec faktu, że są to w większości (poza przeszczepieniem nerki) procedury ratujące życie, koszty ponoszone na medycynę transplantacyjną nie są przez społeczeństwo kwestionowane. Ponadto, osoby po przeszczepie stają się „pełnowartościowymi” obywatelami, ponieważ większość z nich już po roku wraca do pracy. Koszty samego zabiegu są wysokie, ale w porównaniu

z kosztami przewlekłej dializoterapii czy leczenia w schyłkowym stadium niewydolności wątroby, serca czy płuc są kilkakrotnie niższe. Pomimo że w debacie publicznej spotykamy się ze stwierdzeniami o roli rachunku ekonomicznego jako istotnego elementu zarządzania ochroną zdrowia, nikt nie kwestionuje kosztownego leczenia chorych onkologicznych, wcześniaków czy chorych psychicznie. Podobnie nie ma większego sensu zastanawianie się nad opłacalnością procedur transplantacyjnych, ratujących wartość najwyższą – zdrowie i życie chorego. Osoby po przeszczepieniu narządów zyskują drugie życie, realizują się w wielu przestrzeniach społecznego życia, zarówno zawodowym, jak i rodzinnym. Wiele z tych osób udziela się w stowarzyszeniach biorących udział w edukacji społeczeństwa przez akcje promujące ideę transplantacji, wspierając chorych i ich rodziny [12].

## ZAKOŃCZENIE

Transplantologia jest dynamicznie rozwijającą się dziedziną medycyny i ze strony społeczeństwa wymaga zrozumienia istoty przeszczepu, śmierci mózgu oraz głębszego zainteresowania. Przeszczepianie ludzkich narządów jest metodą leczenia, która w odbiorze społecznym budzi emocje. W powszechnej opinii funkcjonuje przekonanie o „niedojrzałości” społeczeństwa polskiego, o nieprzychylnym nastawieniu wobec transplantacji narządów. Jednak systematycznie przeprowadzane w Polsce badania opinii społecznej nie potwierdzają takich tez, a przeciwnie – niezmiennie wskazują na generalnie pozytywny stosunek Polaków do zabiegów transplantacji. Wyniki badań postaw społecznych wskazują na wiele ważnych psychospołecznych czynników, które mogą sprzyjać pozyskiwaniu narządów lub przeciwnie stwarzać specyficzne bariery. Zmiana zdecydowanie negatywnych postaw wobec pobierania i przeszczepiania narządów wymaga czasu i może nastąpić przez wygaszanie obaw i odwoływanie się do pozytywnych emocji. Konieczne są wszechstronne działania burzące negatywne stereotypy dotyczące przeszczepiania narządów i tkanek. Celem akcji promujących ideę transplantacji powinno być przekazanie rzetelnej wiedzy na temat transplantacji i krwiodawstwa (aspekty medyczne, prawne i etyczne), kształtowanie umiejętności dokonywania świadomych wyborów, kształtowanie postawy odpowiedzialności i umiejętności różnorodnego rozwiązywania problemów zdrowotnych innych ludzi, promowanie dawstwa narządów i znaczenia przeszczepiania narządów i tkanek, promowanie przeszczepiania narządów jako jednej z szeregu metod leczniczych ratujących zdrowie i życie, prowadzenie działań edukacyjnych w środowisku pedagogów, psychologów, nauczycieli i pracowników ochrony zdrowia, integrację środowisk i stowarzyszeń zajmujących się pomocą ludzkiej przed i po przeszczepie. Do ratowania życia chorym ze schyłkową niewydolnością narządów, dla których przeszczep jest jedyną szansą na przeżycie, potrzebna jest wiedza, umiejętności, a także świadomość i wsparcie ze strony społeczeństwa.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorki.

Konflikt interesów: Autorka nie zgłasza konfliktu interesów.

## BIBLIOGRAFIA

1. [http://www.poltransplant.org.pl/statystyka\\_2015.html](http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2015.html) (cyt. 07.11.2015).
2. Jakubowska-Winecka A, Rowiński W. *Postawy wobec przeszczepiania narządów w Polsce. Wyniki badań społecznych – kwiecień, 2007*. Referat wygłoszony na VII Międzynarodowym Kongresie Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego. Warszawa, 11–13.05.2007.
3. Rowiński W. Nagonka prasowa zabija chorych. Dostępny na URL: <http://wyborcza.pl/1,75248,4110108.html> (cyt. 07.07.2015).
4. Rowiński W, Wałaszewski J, Safjan D, i wsp. *Problemy etyczno-obywatelskie przeszczepiania narządów*. W: Rowiński W, Wałaszewski J, Pęczak L, red. *Transplantologia kliniczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004: 307–312.
5. Morciniec P. Etyczne granice transplantacji. *Rocznik Teologii Katolickiej* 2003; T. 2: 75–88.
6. Niewiedział D. *Ja cielesne w sytuacji przeszczepu rodzinnego*. Konferencja „Przeszczep Rodzinny – Bezczenny Dar”, Zielona Góra, 27.10.2012.
7. [http://www.opoka.org.pl/zycie\\_kosciola/media/osservatore/osservatore112000.html](http://www.opoka.org.pl/zycie_kosciola/media/osservatore/osservatore112000.html) (cyt. 11.07.2015).
8. Małkowski P. *Kulturowe uwarunkowania w transplantologii*. W: Majda A, Zalewska-Puchała J, Ogórek B, i wsp., red. *Pielęgniarstwo transkulturowe. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 327–335.
9. Antos E, Zelman M. Kulturowe i religijne uwarunkowania przeszczepiania narządów w Polsce i na świecie. *J Publ Health Nurs Med Rescue* 2012; 1: 7–13.
10. Wrońska I. *Romowie*. W: Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędzióra-Kornatowska K, red. *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 55.
11. Kózka M. *Świadkowie Jehowy*. W: Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędzióra-Kornatowska K, red. *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 55.
12. Chmiel S. *Społeczne i kulturowe bariery martwego dawstwa narządów w opinii koordynatorów transplantacyjnych* (praca doktorska). Uniwersytet w Białymstoku; 2014: 44, 118.

13. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. nr 169, poz. 1411 ze zm.).
14. Ustawa z dnia 26 października 1995 o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. 1995, nr 138, poz. 682). Dostępna na URL: [http://www.poltransplant.org.pl/ust\\_iednoli.html](http://www.poltransplant.org.pl/ust_iednoli.html) (cyt. 29.07.2015).
15. Guzik-Makaruk E. *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Studium porównawcze*. Białystok: Wydawnictwo Temida 2; 2008: 273–283.
16. Dz.U. 1997 nr 88, poz. 554.
17. [http://www.nil.org.pl/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej](http://www.nil.org.pl/_data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej) (cyt. 07.11.2015).
18. Szmyt D. Postawy wobec alokacji narządów do przeszczepów. *Mag Pielęgni Położ* 2012; 12: 38.
19. Smakulska J. *Bogusława Wolniewiczza Etyka Życia*. Katowice: Uniwersytet Śląski w Katowicach; 2011: 36.
20. [http://sklep.przesczcep.pl/news\\_1004\\_75\\_polakow\\_twierdzi\\_ze\\_przesczcepow\\_w\\_polsce\\_wykonuje\\_sie\\_za\\_malo.htm](http://sklep.przesczcep.pl/news_1004_75_polakow_twierdzi_ze_przesczcepow_w_polsce_wykonuje_sie_za_malo.htm) (cyt. 27.11.2015).
21. [http://klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/.../dawca\\_zywy\\_narzadzow](http://klinikamedycynytransplantacyjnej.wum.edu.pl/.../dawca_zywy_narzadzow) (cyt. 11.07.2015).
22. Caldini R. *Wywieranie wpływu na ludzi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2007: 131–133.
23. Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. Kryteria i sposób stwierdzania trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalone przez specjalistów z dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii oraz medycyny sądowej. Dostępny na URL: [http://www.poltransplant.pl/Download/prawo/obw\\_17072007.pdf](http://www.poltransplant.pl/Download/prawo/obw_17072007.pdf) (cyt. 29.07.2015).
24. <http://www.zgodanazycie.pl/userfiles/images/PREZENTACJA-05.jpg> (cyt. 29.11.2015).
25. [http://www.uniatransplantacyjna.pl/images/cbos\\_2012.pdf](http://www.uniatransplantacyjna.pl/images/cbos_2012.pdf) (cyt. 29.11.2015).
26. <http://www.pch24.pl/horror-transplantacji---smiercmozgowanie-istnieje-11726,i.html#ixzz3iVnoHmQr> (cyt. 11.07.2015).
27. [http://wyborcza.pl/1,87648,14778670,Bijace\\_serca\\_zwlok.html](http://wyborcza.pl/1,87648,14778670,Bijace_serca_zwlok.html) (cyt. 11.07.2015).W
28. European Commission, Special Eurobarometer 333a. Organ Donation and Transplantation Available from URL: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_333a\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_333a_en.pdf) (cited 03.12.2011).
29. [http://www.uniatransplantacyjna.pl/index.php?option=com\\_content&task=view&id=265&Itemid=230](http://www.uniatransplantacyjna.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=265&Itemid=230) (cyt. 30.11.2015).

**Adres do korespondencji:**

Mgr Iwona Bonikowska  
Zakład Pielęgniarstwa  
Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytet Zielonogórski  
ul. Energetyków 2  
65-729 Zielona Góra  
Tel.:  
E-mail: [i.bonikowska@wlnz.uz.zgora.pl](mailto:i.bonikowska@wlnz.uz.zgora.pl)

Praca wpłynęła do Redakcji: 03.12.2016 r.

Po recenzji: 15.01.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 25.01.2017 r.