

Ewa KUCHARSKA¹
Robert NĘCEK²

Transplantacja jako troska o życie i zdrowie bliźniego

Transplantation as a care about neighbour health and life

¹Centrum Medyczne "VADIMED" Kraków
Kierownik: Dr n. med. Ewa Kucharska

²Rzecznik Archidiecezji Krakowskiej
Wykładowca UA JP2
Dr n. teol. Robert Nęcek

Dodatkowe słowa kluczowe:

komórka
narząd
transplantacja
dawca
biorca
etyka
zasady pomocnicze

Additional key words:

cell
organ
transplantation
donor
recipient
ethics
related issues

Patrząc na rozwój współczesnej medycyny, a także obserwując ciągle wydłużanie się średniej przeżycia naszych pacjentów rola transplantologii i problemy z nią związane stają się jeszcze bardziej aktualne i wymagające jeszcze większej uwagi w minionych latach. Transplantologia jest dziedziną nauk medycznych, która rozwinęła się w odpowiedzi na nieudane próby przeszczepień różnych narządów w celu poszukiwania wyjaśnień niepowodzeń przeszczepów. Przeszczepy stały się perspektywą współczesnej medycyny, dając szanse na wydłużenie życia pacjentów ze schorzeniami narządów. Mimo intensywnego rozwoju i ogromnych sukcesów osiągniętych na polu transplantologii niezwykle istotnym problemem pozostaje nadal kwestia pozyskiwania narządów od dawców żywych i martwych. Wiąże się to jak wiadomo zarówno ze stroną prawną jak i etyczną problemu. Niebagatelną rolę odgrywa świadomość społeczna w tym zakresie. Ciągłość edukacji społeczeństwa a także stanowisko kościoła i mediów to nadzieja na przyszłość transplantologii, która ma służyć życiu ludzkiemu.

Wprowadzenie

Patrząc na rozwój współczesnej medycyny, a także obserwując ciągle wydłużanie się średniej przeżycia naszych pacjentów rola transplantologii i problemy z nią związane stają się jeszcze bardziej aktualne i wymagające większej uwagi niż w minionych latach. Tematyka transplantacji znana była już w czasach starożytnych. Problem ten przewijał się ciągle w refleksji filozofów i duchownych. Uważano iż choroby i zranienia są pod boską kontrolą, zaś zastąpienie lub regeneracja uszkodzonych części ciała pozostawała ciągle jako zjawisko nadprzyrodzone¹. Dlatego też Św. Piotr przywrócił piersi Św. Agacie po tym jak rzymski konsul odjął je, używając kleszczy, gdy odrzuciła jego załoty.

Taking into account current developments in medicine and the increasingly extended lifespan of our patients, the role of transplantation and the related issues have become increasingly more urgent and have demanded more attention in recent years. Transplantation is a branch of medical studies which has been developed as a result of the need to find answers to unsuccessful organ transplants. Transplants are the future of the contemporary medicine and provide better prospects for patients with defective organs. In spite of the rapid development and huge successes achieved in the field of transplantation, the major problem we are facing, both in terms of the legal and ethical aspects, is the lack of the organ donors. Developing social awareness and continuous education can bring about positive changes to the current shortage of donors. The role of the church and the media in promoting the importance of organ donation will also greatly contribute to the future success of transplantation thus saving human lives.

W pierwszym wieku naszej ery Św. Marek ponownie przyprawił żołnierzowi rękę, którą ten utracił w walce. Zaś Święci Kosma i Damian przeprowadzili w IV wieku operację naprawy tkanek, o której pamięć przetrwała aż do naszych czasów². Podobnych przykładów legend i faktów można by mnożyć w nieskończoność, niemniej jednak próba uzyskania narządów do przeszczepów jest nadal ogromnie trudna. Na to składa się wiele czynników, które determinują do podjęcia tej problematyki w pogłębionym rozważaniu.

Tematyka ta wzbudza w nas refleksję zarówno natury medycznej, jak i etycznej. Wiąże się to z niezwykłą złożonością tego problemu i potrzebą podjęcia go z perspektywy dorobku nauk medycznych, a także fi-

Adres do korespondencji:
Dr n. med. Ewa Kucharska
Centrum Medyczne "VADIMED"
31-457 Kraków, ul. Fiołkowa 6
Tel. -697988868

¹Nicholas L. Tilney, Przeszczep. Od mitów do rzeczywistości, ICT SA., Warszawa 2009, s. 30-32.

²Tamże, s. 33 i 37.

lozoficznej refleksji w jej etycznym odniesieniu.

Świadomość społeczna konieczności przekazywania narządów lub tkanek osobom tego wymagającym (potrzebującym) jest wciąż zbyt mała. Natomiast ciągle potrzeba uświadamiania ludziom idei transplantacji oraz jej konkretnych wymiarów w zakresie ratowania życia i zdrowia osób dotkniętych różnego typu chorobami wiąże się ze zbyt małym zrozumieniem konieczności przeszczepów i zbyt wąskim ujęciem definicji transplantacji. Rodząca się nadzieja na lepsze zrozumienie zależności między transplantacją a ratowaniem życia ludzkiego skłoniła nas do włączenia się w ten proces kreowania kultury życia we współczesnym świecie, gdzie wokół transplantacji i transplantologii pozostaje wiele niejasności oraz negatywnych stereotypów.

TRANSPLANTACJA - OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA

Rys historyczny rozwoju transplantologii

Transplantologia jest tą dziedziną nauk medycznych, która rozwinęła się w odpowiedzi na nieudane próby przeszczepień różnych narządów w celu poszukiwania wyjaśnień niepowodzeń przeszczepów. Początki współczesnej transplantologii sięgają pierwszych lat XX wieku, a jednym z jej prekursorów był A. Carrel, który opracował technikę zespolenia naczyńiowych. Należy zauważyć, iż modelowym narządem do przeszczepu z racji swojej budowy stała się nerka. Już od lat trzydziestych XX wieku przeprowadzono wiele prób przeszczepienia nerek zwierzęcych ludziom, a pierwszą próbę przeszczepu ludzkiej nerki człowiekowi podjął się w 1933 roku chirurg rosyjski J. J. Woronj. W latach 1947-1952 w USA, Kanadzie i Francji przeprowadzono dalsze nieudane próby podobnych zabiegów. Jednakże sukcesem na tym etapie rozwoju transplantologii było opracowanie techniki operacyjnej używanej do czasów obecnych i jednocześnie stwierdzenie, że przyczyną niepowodzeń był brak podobieństwa organizmów dawcy i biorcy. Pierwsze udane przeszczepienie ludzkiej nerki człowiekowi wykonano w 1954 roku w USA przez J. E. Murray i J. P. Merrill³. Od tej pory sukcesy na polu transplantologii różnych narządów wykonywane były w wielu ośrodkach na całym świecie.

Pomijając szczegółową analizę danych odnoszących się do rozwoju transplantologii w poszczególnych okresach historycznych od starożytności poprzez średniowie-

cze do bliższych nam czasów (temu wiele uwagi poświęcają tacy autorzy jak: J. E. Murray⁴; F.D. Moore⁵; B. Teratti⁶ czy R. Richardson⁷), warto przytoczyć następujące fakty i daty mające wpływ na dalszy rozwój transplantologii na przykładzie Polski, gdzie osiągnięcia w tej dziedzinie są znaczące w skali świata.

Już w styczniu 1966 roku prof. Jan Nielubowicz wykonał po raz pierwszy w Polsce udany zabieg przeszczepienia nerki pobranej od osoby zmarłej. Biorczynią była uczennica szkoły pielęgniarskiej, leczona i przygotowywana do zabiegu przez profesora Tadeusza Orłowskiego w Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Warszawie. W owym czasie przeszczepianie narządów nie było jeszcze powszechnie przyjętym sposobem leczenia, a na całym świecie wykonano zaledwie 620 takich operacji⁸.

Dwa lata później (1968r.) prof. Tadeusz Bross we Wrocławiu wykonał bardzo podobny zabieg przeszczepiając nerkę pobraną od dawcy, który był spokrewniony genetycznie z biorcą. Od tego momentu wydawało się, że przeszczepianie nerek stanie się w Polsce w krótkim okresie rutynowym sposobem leczenia chorych z przewlekłą, schyłkową niewydolnością nerek. Niestety tak jednak nie stało się, chociaż problem był nadal aktualny. Utrudniały to istniejące w drugiej połowie lat sześćdziesiątych XX wieku przepisy prawne obowiązujące na terenie Polski. Pomimo dużej wiedzy na temat koncepcji śmierci mózgowiej, rozpoznanie zgonu w oparciu o te kryteria było w Polsce prawnie niedopuszczalne. Dopuszczalne zaś było pobieranie tkanek od zmarłych. Pobieranie nerki od osoby zmarłej odbywało się jako pierwszy akt badania pośmiertnego - które obowiązywało w przypadku zgonu pacjenta w szpitalu.

Pobranie jednej nerki od zdrowego żywego dawcy było aktem bezprawnym. Nieustanna praca profesorów Jana Nielubowicza, Tadeusza Orłowskiego oraz prof. Leszka Kubickiego porządkowała program pobierania nerek od osób zmarłych, a także rozpoczęto próby przeszczepiania nerki pobranej od żywego dawcy. Niezwykle istotnym stał się fakt, iż 1971 roku prof. Jan Mol wykonał jako pierwszy w Polsce (Łódź) i jeden z nielicznych na świecie przeszczepienie serca pobranego od osoby zmarłej. Wzbudziło to ogromne kontrowersje zarówno w środowisku lekarskim, jak i prawniczym. Efektem było zatrzymanie programu przeszczepiania nerek w Łodzi. Ciągłe były nadzieje na to, iż mimo wielu sprzeciwów metoda przeszczepów jednak przyjmie się.

Świat medyczny napotykał także na

opór społeczeństwa, gdyż pobieranie narządów od zmarłych uważano za niemoralne, a w społeczeństwie nie rozumiano konieczności ratowania życia przez dokonanie przeszczepu narządu od drugiego człowieka. Mimo tych wszystkich problemów w Warszawie kontynuowano program przeszczepiania nerek, wykonując najpierw po kilka a później po kilkanaście zabiegów w ciągu roku. W latach osiemdziesiątych XX wieku powstało też w Polsce kilka nowych ośrodków zajmujących się przeszczepami nerek⁹.

Prawdziwy przełom to pierwszy udany w Polsce zabieg przeszczepienia serca wykonany w 1986 roku przez prof. Zbigniewa Religę w Zabrze. Było to niezwykle dlatego, iż w Polsce nadal nie było uregulowań prawnych określających sprawę pobierania narządów od zmarłych przy bijącym sercu, po komisyjnym rozpoznaniu śmierci mózgu¹⁰.

Poza sukcesami dotyczącymi transplantacji nerek i serca, kolejne sukcesy to udane jednoczesne przeszczepienie nerki i trzustki w roku 1989 przez J. Szmidta i M. Lao. Kolejne przeszczepy to przeszczepienie trzustki u osoby z uprzednio przeszczepioną nerką w 2004, a w 2005 roku przeszczepienie obu płuc, 2006 rok pierwszy przeszczep wątroby i jelita, 2008 rok przeszczep komórek wyspowych trzustki w układzie auto i allogenicznym¹¹.

Pomimo ciągłej edukacji pacjentów i poruszania tematu transplantologii w aspekcie społecznym w Polsce brakuje narządów pobieranych od zmarłych dawców do przeszczepów nerek, serc, wątroby, rogówek. W 2003 roku w przeliczeniu na 1 milion Polaków pobrano narządy od 13,7 dawców. Z danych statystycznych wynika, iż stan transplantologii w Polsce, wyniki i przeżycie pacjentów po przeszczepach są takie same jak w ośrodkach europejskich i amerykańskich¹². Są jednak różnego rodzaju bariery, które różnią nasz kraj od innych, jak np. etyczne i obyczajowe. Ogromny wpływ na kształtowanie postaw rodzin dawców i ich samych mają: opinia Kościoła i media. Niezwykle istotną sprawą jest zaangażowanie zespołów lekarskich, zwłaszcza w sytuacji kiedy mamy do czynienia z ludzką tragedią. Najwięcej pobrań jest tam, gdzie zespół szpitala budzi zaufanie u pacjentów i ich rodzin, gdzie zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną przewiduje się jakie są rokowania i przygotowuje rodzinę do ewentualnej tragedii. Wyjaśnienie rodzinie pacjenta wielu problemów (np. stopnia uszkodzenia mózgu, możliwości terapeutycznych podobnych przypadków, posługiwanie się doświadczeniem medycznym, budowanie dobrych kontaktów z rodziną potencjalnego dawcy), to elementy kwalifikacji zawodowych bardzo cenne w tej dziedzinie.

³ Rowiński W., Wałaszewski J. (red.), Zarys chirurgii transplantacyjnej, Warszawa 1993; Kuss R., Bourget P., An Illustrated History of Organ Transplantation, Ruel-Malmaison 1992.

⁴ Murray J. E., Human Sidney Transplant Conference Transplantation 1964.

⁵ Moore F. D., A Miracle, A Privilege, Washington D. C., Josef Henry Press 1995.

⁶ Teratti B., Transplantation and reimplantation in the arts. Surgery 1974.

⁷ Richardson R., Transplanting teeth, Lancet 1999.

⁸ Rowiński W., Aspekty prawne i etyczne przeszczepiania narządów, w: Służba Zdrowia, 26-30.09.2002.

⁹ Nicholas L. T., Przeszczep, op. cit., s. 11.

¹⁰ Ibidem, s. 12.

¹¹ Ibidem, s. 15-16.

¹² Wróbel P., Rynek Zdrowia, nr 4/4, lipiec 2005

Niezwykle często w kontekście trudności związanych z procedurami transplantacji mówi się o kłopotach logistycznych, słabej edukacji społecznej, zbyt małym zaangażowaniu części środowiska medycznego. Bariery stają się w Polsce także koszty niektórych procedur, np. procedura przeszczepu wątroby i prowadzenie pacjenta w pierwszym roku po zabiegu to koszt ok. 200 tys. zł. Najwięcej narządów w przeliczeniu na 1 milion populacji pobiera się w szpitalach województwa: zachodniopomorskiego, opolskiego, dolnośląskiego, mazowieckiego, zaś najmniej w województwach: podkarpackim, podlaskim i lubelskim oraz małopolskim¹³.

Istotną rolę w pozyskiwaniu dawców odgrywa koordynator zatrudniony w szpitalu. Jest on odpowiedzialny za poszukiwanie dawców oraz sposób uświadomienia ich o znaczeniu i roli przekazania wartościowych narządów osobom potrzebującym. Jego kompetencje merytoryczne i społeczna wrażliwość oraz postawa wobec pacjentów decydują o efektach podejmowanych działań. Każdy pozyskany narząd oznacza szansę ratowania zdrowia i życia konkretnego człowieka, stąd misja, jaka towarzyszy działalności koordynatora jest wyjątkowo znacząca.

Definicja i rodzaje transplantacji organów

Polski Ustawodawca nie podaje legalnej definicji transplantacji poprzestając na dookreślenie takich pojęć jak w szczególności pobieranie, przetwarzanie, przechowywanie, które to zdają się być pośrednim odniesieniem do idei transplantacji¹⁴.

Samo pojęcie transplantacji pochodzi z języka łacińskiego i odwołuje się do słowa transplantare czyli przesadzać, przenosić. Pod pojęciem transplantacji rozumiemy także metodę leczenia za pomocą wymiany tkanek lub całych organizmów. Jest to metoda ratowania życia chorego, który potrzebuje zdrowego narządu by żyć. Przeszczepianie to postępowanie operacyjne polegające na przeniesieniu tkanki lub narządu w miejscu brakującego narządu, ubytku lub uszkodzenia prowadzącego do daleko posuniętej niewydolności¹⁵.

Zgodnie ze współczesnym rozumieniem transplantacja jest to pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek i narządów pochodzących ze zwłok lub od żywego człowieka¹⁶. Definicja ta prowadzi do dychotomicznego podziału na transplantację ex mortuo

i ex vivo. Transplantacja ex mortuo jest wtedy, gdy transplant pozyskuje się ze zwłok, zaś ex vivo, gdy dawcą przeszczepu jest żywy człowiek. Transplantacja ex mortuo jest ściśle związana z pobieraniem komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich zarówno w celach diagnostycznych, leczniczych, jak i naukowych i dydaktycznych. Przesłankami tego rodzaju transplantacji są śmierć mózgowa dawcy, brak istnienia sprzeciwu dawcy wobec przeszczepu i następnie zasadność medyczna. Problematyka zgody domniemanej poruszana była wielokrotnie między innymi przez Zbigniewa Zalewskiego¹⁷, zaś kwestiom śmierci mózgu uwagę poświęcali tacy autorzy jak Marek Moskała, Wojciech Rowiński czy Andrzej Matyja¹⁸.

Transplantacja ex vivo jest szeroko stosowaną formą ratowania życia, w której dawcą danego narządu, tkanki lub komórki jest osoba żyjąca. Podstawowymi problemami występującymi w tym typie transplantacji są procesy immunologiczne, które występują przy przeszczepach genetycznie różnych od organizmu biorcy. Tolerancja przeszczepu jest możliwa tylko w wypadku przeszczepów syngenicznych, (pochodzących od dawców identycznych genetycznie). Jeśli zaś dawca różni się genetycznie konieczna jest modyfikacja układu immunologicznego. Aby osiągnąć tolerancję przeszczepu u takiego dawcy, konieczna jest modyfikacja czynności układu immunologicznego, której możemy dokonać poprzez równoczesne przeczepienie komórek odpornościowych lub też przez zastosowanie przeciwciał bądź leków hamujących czynność układu odpornościowego.

W mechanizmach genetycznych, które warunkują przyjęcie przeszczepu bardzo istotne są antygeny zgodności tkankowej. Układ antygenów HLA to antygeny zgodności tkankowej, które dzielimy na dwie klasy:

- Klasa I - antygeny grup A, B i C
- Klasa II - antygeny grupy D (DR, DQ, DP, DO).

Dla celów transplantacyjnych oznacza się antygeny grupy A, B oraz DR. Łącznie odnosi się to do 6 antygenów (po 2 w każdej grupie), które w zróżnicowany sposób determinują skuteczność i powodzenie przeszczepów. Z badań wynika, że największy wpływ na sukces transplantacyjny mają antygeny grupy DR, najmniejszy zaś grupy A¹⁹.

Zarówno jeden jak i drugi rodzaj transplantacji (ex mortuo, ex vivo), jest jednakowo ważny, gdyż daje możliwość ratowania życia konkretnej osobie ludzkiej. Ważne jest przy tym, aby proces pozyskiwania narządów

do transplantacji odbywał się w zgodzie z zasadami etyki lekarskiej oraz obowiązującą regulacją prawną. Nie bez znaczenia jest tu świadomość i odpowiedzialność zarówno po stronie biorcy, jak i dawcy narządów ratujących zdrowie i życie ludzkie.

Pozyskiwanie narządów do przeszczepu i ich kryteria

Proces pozyskiwania narządów do transplantacji wymusił wprowadzenie regulacji prawnych, gdyż przeszczepy muszą być zgodne zarówno z merytoryczną wiedzą medyczną, jak i normami prawa stanowionego. Do roku 1975 problematyka przeszczepów w Polsce nie była uregulowana a podejmowane działania w tym zakresie opierano wyłącznie na wiedzy i sztuce medycznej. Dopiero w roku 1975 ukazały się wytyczne Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie zabiegu przeszczepiania nerek. Były one stosowane przez analogię do innych narządów przez wiele lat²⁰. W roku 1991 uchwalono Ustawę o Zakładach Opieki Zdrowotnej, która porządkowała kwestię transplantacji odnosząc się do organów pobieranych ze zwłok²¹. Kompleksową regulację prawną dotyczącą transplantacji wprowadziła dopiero Ustawa z dnia 26 października 1995 roku o pobieraniu, przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów²². Obejmowała ona kwestie transplantacji zarówno ex mortuo, jak i ex vivo.

Przystąpienie Polski do grupy państw członkowskich Unii Europejskich warunkowało zmiany w zakresie regulacji prawnej i wymusiło wprowadzenie przepisów zgodnych z zasadami i przepisami prawa obowiązującego na terenie Unii Europejskiej. Konsekwencją tego było uchwalenie nowej ustawy dotyczącej transplantacji: Ustawy z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów²³. Reguluje ona zarówno przeszczepy ex mortuo, jak i ex vivo. Określa w szczególności zasady dotyczące transplantacji ludzkich organów. Monika Brzozowska wyróżnia na tej podstawie 9 przewodnich zasad warunkujących legalność procesu pozyskiwania komórek, tkanek i narządów do transplantacji. Określają one reguły pozyskiwania, przechowywania, przetwarzania, przeszczepiania, testowania narządów z ciał osób zmarłych, a także obowiązki personelu medycznego względem dawców i biorców. Regulują one również zakazy związane z przyjmowaniem korzyści materialnych (tzw. handel narządami)²⁴.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Ustawa dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz. U. Nr 169, poz. 1411 z późn. zm., art. 2.

¹⁵ Kopalniński W. (red.), Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych, WP, Warszawa 1989, s. 521; Szymczak M. (red.), Słownik języka polskiego, T. 3, PWN, Warszawa 1984, s. 525.

¹⁶ Boss N. (red.), Hexal podręczny leksykon medycyny, Urban & Partner, Wrocław 1996, s.711.

¹⁷ Zalewski Z., Problematyka zgody domniemanej, w: Ciepły S. (red.), Etyczne aspekty transplantacji, Komisja Etyki ORL w Krakowie, Galicyjska Gazeta Lekarska, Kraków 2009, s. 28-35.

¹⁸ Moskała M., Wątpliwości wobec orzekania o śmierci pnia mózgu, w: Ciepły S. (red.), op. cit., s. 36-41.

¹⁹ Boss N. (red.), op. cit., s. 31; Kokot F. (red.), Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów, WL PZWL, Warszawa 1996, s. 411.

²⁰ Paszkowska M., Serwis Prawo i Zdrowie, 11.09.2009

²¹ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o Zakładach Opieki Zdrowotnej, tekst jednolity: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.

²² Dziennik Ustaw nr 138, poz. 682 z późn. zm.

²³ Dziennik Ustaw nr 169, poz. 1411 z późn. zm.

²⁴ Brzozowska M., ...

W obecnej sytuacji prawnej każda transplantacja ma na celu ratowanie życia osoby ze skrajną schyłkową niewydolnością danego narządu. Współcześnie napotyka się wiele problemów wynikających z różnych przyczyn takich jak długa lista oczekujących, odpowiedni dobór dawcy i biorcy (całkowita zgodność immunologiczna, tj. dawca i biorca muszą być identyczni pod względem genetycznym np. w przypadku szpiku), przeszczep jako skomplikowane przedsięwzięcie organizacyjne, ograniczenia światopoglądowe dawców i biorców, trudności finansowe współczesnej służby zdrowia.

Istnieją ściśle określone kryteria jakie musi spełniać potencjalny dawca. Nie pobiera się narządów od osób zakażonych wirusami (HIV), bakteriami czy grzybami, które chorowały na nowotwory złośliwe, miażdżycę uogólnioną czy choroby immunologiczne, a także takie choroby które mogły doprowadzić do uszkodzenia poszczególnych narządów. Istnieją także ograniczenia wiekowe będące przeciwwskazaniem do pobrania, a więc jest to wiek powyżej 70 lat oraz inne choroby jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, bądź nadużywanie środków farmakologicznych, alkoholu czy też innych używek prowadzących do zniszczenia organów.

Egzemplifikacją powyższego mogą być nerki, które pobiera się do transplantacji według ściśle określonych zasad. Są to:

- Wiek - od 7 dni do 70 roku życia dawcy.
- Brak przewlekłych chorób nerek dawcy.

W przypadku zaś serca kryteriami doboru są:

- Wiek - poniżej 50 roku życia
- Brak rozległych uszkodzeń klatki piersiowej
- Brak chorób serca,
- Krótki czas pobytu na OIOM²⁵.

Dawcą narządów może być także ofiara wypadku. Kryterium śmierci będzie wówczas ostateczne zatrzymanie akcji serca. Stosowane jest także w transplantologii kryterium śmierci mózgowej, które zostało zaakceptowane przez polskie prawo i obowiązuje od 1996 roku. Zgodnie z nim śmierć mózgowa następuje wówczas, gdy chory przestaje samodzielnie oddychać, jest w śpiączce oraz poprzez badania zostało potwierdzone uszkodzenie struktury mózgu. W przypadku podejrzenia śmierci mózgowej obowiązkiem ordynatora jest sprawdzenie czy nie występują jeszcze odruchy z pnia mózgu. W przypadku ich braku komisja skła-

dająca się z 3 lekarzy, a także jednego specjalisty anestezjologa orzeka śmierć mózgu. Zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce jest to moment, w którym ustaje obowiązek dalszego stosowania jakiegokolwiek terapii, choćby nawet nadal trwała samodzielnie praca serca. Jest to moment, w którym można przystąpić do pobierania narządów²⁶.

Współczesna medycyna daje nam ogromną siłę jaką są przeszczepy. To właśnie transplantologia dała nam szansę na ostatnie długie życie w jak najlepszej kondycji. Ważne jest przy tym, aby ludzkość umiejętnie i z rozwagą korzystała z odkrywanego potencjału rozwoju naukowego. Dość łatwo bowiem przekroczyć te granice, które powodują, że działania podejmowane z myślą o dobru pacjenta przynosi efekty odwrotne.

TRANSPLANTACJA NAJPIĘKNIEJSZĄ FORMĄ MIŁOŚCI BLIŹNIEGO

~ osoba ludzka podmiotem działań medycznych

Człowiek - dzięki podobieństwu do Boga i zdolności wejścia z Nim w relację dialogu - jest osobą obdarzoną godnością, która wyraża się w wolnej woli i rozumności. Oznacza to, że "cały człowiek - a więc nie tylko jego dusza duchowa wraz z umysłem i wolną wolą, lecz także jego ciało - ma udział w godności <obrazu Boga>²⁷. Z tej racji istnieje konieczność szacunku dla ciała każdego człowieka, zwłaszcza człowieka dotkniętego cierpieniem. Godność więc wyznacza płaszczyznę zachowania i działania, na której osoba ludzka traktowana jest nie jako środek do celu, nawet w imię postępu i dobrobytu, lecz jako cel sam w sobie²⁸. Oznacza to, że każda ingerencja medyczna musi brać pod uwagę integralną całość pacjenta, na którą składa się jedność między duchem i ciałem. Oznacza to także, iż ciało nie jest jedynie częścią osoby, ale nieodłącznym elementem całości, któremu przysługują należyte szacunek i należny szacunek. Z tej racji medycyna będąca wiedzą i sztuką lekarską zobowiązana jest do traktowania pacjenta jako podmiotu leczenia. Dlatego relacja pacjenta i lekarza winna przyjąć postać współuczestnictwa i współodpowiedzialności²⁹. Wyraźnie mówi o tym Karta Pracowników Służby Zdrowia: „praktyczne spotkanie i synteza wymagań oraz zadań, jakie wynikają z pojęć zdrowia i służby zdrowia, stanowią podstawę i drogę do humanizacji medycy-

ny. Powinna być ona rozwijana zarówno w zakresie osobowo-zawodowym (relacja lekarz-pacjent) jak również w wymiarze społeczno-politycznym, by bronić w strukturach instytucjonalnych i technologicznych interesów ludzko-chrześcijańskich w społeczności oraz infrastruktur instytucjonalnych i technologicznych³⁰.

W tym kontekście pacjent nie może być traktowany jako materiał doświadczalny w eksperymentach medycznych i sprowadzony do roli banku organów w zabiegach transplantacyjnych³¹, lecz jako podmiot „cywilizacji miłości i życia, bez których egzystencja osób i społeczeństwa traci swój sens najbardziej ludzki³².

~ lekarz jako „dobry Samarytanin”

Karta Pracowników Służby Zdrowia stwierdza, że zadaniem lekarza jest służba zdrowiu, które jest podstawowym dobrem człowieka. Służba ta - poprzez troskliwą i czujną obecność przy pacjentach - staje się formą chrześcijańskiego świadectwa³³, a wyraża się w leczeniu ciała chorego człowieka. W tym właśnie leczeniu lekarz osiąga swoją własną tożsamość³⁴. Dlatego kard. Fiorenzo Angelini słusznie zauważył, że wzorcową kartą dla posługi lekarskiej jest „Ewangelia cierpienia w obrazie Miłosierdnego Samarytanina³⁵. Oznacza to, że misja lekarska staje się powołaniem i odpowiedzialnością na transcendentne „wezwanie, które ukonkretnia się w cierpiącym i wzywającym obliczu pacjenta powierzonego konkretnym zabiegom. Pełna miłości troska o chorego jest więc podjęciem boskiej misji, która sama może motywować i podtrzymywać najbardziej bezinteresowne, dyspozycyjne i wierne zaangażowanie oraz nadawać mu <znaczenie kapłańskie>³⁶. W takiej konfiguracji nie ma miejsca na poczucie samotności, gdyż miłość jest głównym wyznacznikiem podejścia do pacjenta. Jest to szczególnie istotne w dobie najgłębszej odmiany ubóstwa, jaką jest samotność. Ojciec święty Benedykt XVI podkreśla, że wszelkie formy ubóstwa powstają z izolacji, która rodzi się z poczucia tego, że nie jest się kochanym³⁷. Z tej racji, aby pacjent nie czuł się samotny świat medyczny zobowiązany jest nie tylko do poznania sedna choroby, ale nade wszystko do ujęcia człowieka w znaczeniu holistycznym. Holistyczne podejścia do pacjenta to takie, które widzi nie tylko ciało chorego, ale także wymiar duchowy. Nie ulega wątpliwości, że medycyna przyczynia się do lepszego rozumienia człowieka. Jednak będzie niepełna i fragmentaryczna, jeśli nie zauważy osoby ludzkiej jako całości³⁸.

²⁵ ...
²⁶ ...

²⁷ Por. Jan Paweł II. Każdy człowiek nosi w sobie obraz i podobieństwo Boże. Przemówienie do uczestników międzynarodowej konferencji poświęconej umysłowo chorym (30.11.1996). W: W trosce o życie. Dokumenty Kościoła. Red. K. Szczygieł. Tarnów 1998 s. 290.

²⁸ Por. Tamże.

²⁹ Por. W. Gubała. Problemy moralne związane z leczeniem choroby nowotworowej. "Analecta Cracoviensia" 2000 nr XXXII s. 117-118.

³¹ Por. W. Gubała. Problemy moralne związane z leczeniem choroby, s. 119. ³⁰ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia, nr 9.

³² Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia, nr 9.

³³ Por. Tamże, nr 1.

³⁴ Por. J. Lozano Barragan. Tożsamość lekarza katolickiego. W: Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia. Red. A. Muszala, J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki. Kraków 2011 s. 145.

³⁵ F. Angelini. Służba choremu to służba życiu. Przemówienie skierowane do papieża Jana Pawła II. W: TAMŻE, s. 84.

³⁶ Papieska. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia, nr 3.

³⁷ Por. Benedykt Encyklika Caritas in veritate nr 53.

³⁸ Por. J. A. Pagola. W stronę medycyny holistycznej. W: Dolentium Hominum. Duchowni i świeccy wobec ludzkiego cierpienia. Red. A. Muszala, J. Binnebesel, P. Krakowiak, M. Krobicki. Kraków 2011 s. 289.

W tym kontekście „pracownik służby zdrowia, jeśli ożywia go duch rzeczywistości chrześcijański, łatwiej odkrywa szczególny wymagający wymiar misyjny swojego zawodu, gdyż rzeczywistość <jest w nim zaangażowane całe jego człowieczeństwo i jest wymagane od niego całkowite poświęcenie>”³⁹. Chodzi o to, że lekarz będąc sługą życia, siłą rzeczy staje się sługą Boga, gdyż życie jest Jego darem. Nieprzypadkowo więc Jan Paweł II zwracając się do chorych dzieci powiedział - „modłę się o zdrowy blask waszych oczu, o radosny uśmiech, o szczęście. Modłę się, by mimo choroby było wam dobrze w tym szpitalu, byście spotkały Kochających was ludzi, mądrych lekarzy, troskliwe pielęgniarki i pielęgniarzy, dobrych kolegów i koleżanki”⁴⁰.

Warto zauważyć, że lekarz traktujący pacjenta holistycznie podejmuje współpracę z przedstawicielami różnych dyscyplin naukowych zdając sobie sprawę z tego, że interdyscyplinarność uwolni medycynę z biologicznego redukcjonizmu. W ten sposób podejmowany dialog w zakresie różnych dyscyplin naukowych umożliwia wieloaspektowe podejście do pacjenta i integralne służeńie jego zdrowiu⁴¹. Promując całościowe podejście do chorego w życiu lekarza dochodzi do spotkania i wzajemnego przenikania się zawodu, powołania i misji. Wówczas działalność medyczno-sanitarna staje się rzeczywistą służbą życiu i posługą leczenia⁴², a postawa lekarza staje się postawą „miłosiernego samarytanina z przypowieści, który zatrzymuje się przy zranionym człowieku, stając się jego <bliźnim> w miłości (Por. Łk 10, 29-73)”⁴³.

MEDYCZNE APLIKACJE ZASAD POMOCNICZYCH

Ojciec święty Benedykt XVI przemawiając do Papieskiej Akademii <Pro Vita> podkreślił, że w kwestiach medycznych na pierwszy plan należy wysuwać odwołanie do godności osoby ludzkiej. Uznanie godności

jest podstawowym i niezbywalnym prawem. Bez tego odniesienia nie byłoby możliwe sformułowanie etycznej oceny osiągnięć nauki zakładających bezpośrednią ingerencję w życie człowieka. Papież słusznie zauważył, że naukowcy „nie mogą myśleć, że mają w rękach bezwzrusną i plastyczną materię”⁴⁴. Biorąc pod uwagę podstawową zasadę etyczną, że cel nie uświęca środków⁴⁵, koniecznością wręcz staje się wskazanie określonych zasad będących pomocą w wyznaczaniu moralnych granic i stojących na straży integralności życia⁴⁶. W tym duchu właśnie zostaną omówione główne zasady pomocnicze: zasada niedysponowalności, solidarności, czynu o podwójnym skutku, całościowości i proporcjonalności.

~ zasada niedysponowalności

Zasada niedysponowalności wynika z prawdy o świętości ludzkiego życia. Jan Paweł II przywołując biblijną historię Kaina i Abla stwierdza, że owa nienaruszalność wpisana jest w serce każdego człowieka od samego początku i wyraża się w przymierzu synajskim przybierając postać Dekalogu. To przesłanie zostaje uzupełnione Nowym Testamentem, który jest „stanowczym wezwaniem do uszanowania zasady nienaruszalności życia fizycznego i integralności osobistej, zaś jego punktem kulminacyjnym jest pozytywne przykazanie, które każe poczuwać się do odpowiedzialności za bliźniego jak za siebie samego: <będziesz miłował bliźniego jak siebie samego> (Kpł 19, 18)”⁴⁷. Oznacza to, że człowiek poddany jest nie tylko prawom biologicznym, ale również prawom etycznym, których nie wolno lekceważyć, ani bezkarnie deprecjonować⁴⁸. W kontekście chirurgii transplantacyjnej zasada niedysponowalności napotykała na pewne trudności, gdyż rozwój chirurgii rozpoczął złożony problem dawstwa organów i tkanek, wywołując szerokie dyskusje w gronie etyków i teologów na temat integralności organizmu dawcy⁴⁹.

Szybki rozwój transplantologii wyzwolił

nadzieję stwarzając możliwość działań rekonstruujących i zastępujących chorą tkankę bądź narząd. Epokę przeszczepów rozpoczął węgierski chirurg z Wiednia Emeric Ullmann w 1902 roku próbą przeszczepienia psiej nerki. Natomiast pierwszego udanego przeszczepu organu ludzkiego (był to przeszczep nerki bliźniaka) dokonał w 1953 roku amerykański chirurg w Bostonie, F.J. Murray. Przez lata był zastój w rozwoju z powodów odrzutów przeszczepów. Dopiero zrozumienie funkcjonowania mechanizmów odpornościowych spowodowało ruch i kontrowersyjne próby stały się zalecaną i uznaną terapią medyczną⁵⁰. Warto zauważyć, że etyczna ocena ingerencji w organizm długo stanowiła przedmiot kontrowersji. Chodzi o to, że część etyków odrzucało taką możliwość, choć większość ją respektowało opierając się na bazie miłości bliźniego⁵¹. Dopiero Jan Paweł II definitywnie rozwiązał wszelkie spory mówiąc, że „każdy przeszczep organu ma swoje źródło w decyzji o wielkiej wadze etycznej: <decyzji, aby bezinteresownie ofiarować część własnego ciała z myślą o zdrowiu i dobru innego człowieka>. Na tym właśnie polega szlachetność tego czynu, który jest autentycznym aktem miłości”⁵², a w Katechizmie Kościoła Katolickiego czytamy, że „życie i zdrowie fizyczne są cennymi dobrami powierzonymi nam przez Boga. Mamy się o nie rozsądnie troszczyć, uwzględniając potrzeby drugiego człowieka i dobra wspólnego”⁵³. Zasada niedysponowalności nie oznacza więc pozbawienia osoby ludzkiej obowiązku troski o zdrowie i życie. Co więcej, traktowanie jej w wymiarze statycznym i absolutnym tworzyłoby przesadną antropomorfizację obrazu Boga. Dlatego absolutyzacja nienaruszalności prowadziłaby do przypisania biologicznemu życiu człowieka wartości bezwzględnej. Tymczasem nie jest ono dobrem największym⁵⁴. Z tej racji w Katechizmie czytamy, że przeszczep narządów jest „zgodny z prawem moralnym i może zasługiwać na uznanie, jeśli zagro-

³⁹ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia, nr 3.

⁴⁰ Jan Paweł II. Przemówienie wygłoszone w szpitalu pediatrycznym (Kraków, 13.08.1991). W: Tenże. Dzieła zebrane. Homilie i przemówienia z pielgrzymek - Europa. T. IX. Kraków 2008 s. 587.

⁴¹ Por. J. A. Pagola. W stronę medycyny holistycznej, s. 290.

⁴² Por. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia, nr 4.

⁴³ Tamże, nr 3.

⁴⁴ Benedykt XVI. Przemówienie do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii <Pro Vita> (13.02.2010). "L'Osservatore Romano" 5:2010 s. 21.

⁴⁵ Kardynał Dionigi Tettamanzi formułę "cel uświęca środki" nazywa formą moralizmu. Píše: "Inną formą moralizmu odnajdujemy w powszechnie znanej i stosowanej zasadzie makiawelizmu: <cel uświęca środki>. Tym, co się liczy - powiadają - są skutki, pozytywne wyniki naszych czynów, a więc uzyskanie dobra czy uniknięcie zła. Nie ulega wątpliwości, że trzeba się liczyć także z następstwami, przede wszystkim jednak należy brać pod uwagę to <jak> czyny pochodzą od człowieka, a więc trzeba zwracać uwagę na świadome i dobrowolne działania człowieka. Otóż istnieją takie czyny, które mocą samej swej wewnętrznej struktury zawsze sprzeciwiają się godności osoby - te, które teologowie nazywają aktami wewnętrznie <złymi> - i w konsekwencji są moralnie niedozwolone bez żadnego wyjątku. Zamordowanie niewinnego, na przykład. Takie jest nauczanie świętego Pawła: <nigdy nie wolno czynić zła, ażeby stąd wynikało dobro> (zob. Rz 3, 8)". D. Tettamanzi. Przygody chrześcijaństwa. W poszukiwaniu wiary. Kraków 2004 s. 90.

⁴⁶ Por. J. Wróbel. Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych. Kraków 1999 s. 259.

⁴⁷ Por. Jan Paweł II. Encyklika Evangelium vitae nr 40.

⁴⁸ Por. Tamże, nr 42.

⁴⁹ Por. J. Wróbel. Człowiek i medycyna, s. 281.

⁵⁰ Por. P. Morciniec. Transplantacja organów. W: Jan Paweł II. Encyklopedia nauczania moralnego. Red. J. Nagórny, K. Jeżyna. Radom 2005 s. 550.

⁵¹ Por. J. Wróbel. Człowiek i medycyna, s. 281-282.

⁵² Jan Paweł II. Do uczestników Kongresu Światowego Towarzystwa Transplantologicznego (29.08.2000). "L'Osservatore Romano" 11-12:2000 s. 21. Papież podkreślił: "winniśmy cieszyć się, że medycyna - w swojej służbie życiu - znalazła w transplantacji narządów nowy sposób służeńia rodzinie ludzkiej właśnie przez ochronę tego fundamentalnego dobra osoby". Jan Paweł II. Najwyższy akt miłości. Przemówienie do uczestników I Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantacji Narządów (20.06.1991). W: W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Red. K. Szczygieł. Tarnów 1998 s. 219.

⁵³ Katechizm Kościoła Katolickiego nr 2288.

⁵⁴ Por. J. Wróbel. Człowiek i medycyna, s. 290.

zenia i ryzyko fizyczne i psychiczne ponoszone przez dawcę są proporcjonalne do pożądanego dobra biorcy⁵⁵.

~ zasada solidarności

W nauczaniu społecznym Kościoła zasada solidarności ma swoje ugruntowane miejsce. Oznacza zgodność, wzajemne wspieranie się i jednomyślność w działaniu. Solidarność to bliskość. To odpowiedzialność jednych za drugich, to wspólna odpowiedzialność i wspólne zobowiązanie⁵⁶. Jest to szczególnie istotne, gdyż w ludzkim życiu - w dobie kryzysu kultury solidarnościowej⁵⁷ - zauważalne jest napięcie między podjęciem odpowiedzialności a unikaniem przed odpowiedzialnością⁵⁸. Tymczasem solidarność jest obmyśleniem, jak stawiać czoła trudnościom razem. Nie jest więc ona nieokreślonym współczuciem lub powierzchnym rozrzewnieniem, lecz mocną i trwałą wolą angażowania się na rzecz dobra innych⁵⁹. W tym kontekście pojawiające się cierpienie nie jest cierpieniem równe, zatem i solidarność przyjmuje różne formy angażu⁶⁰. Z tej racji Jan Paweł II podkreślił, że przeszczep, a nawet zwykłe przetoczenie krwi nie jest zwykłym zabiegiem, ale darem samego siebie, darem miłości i solidarności⁶¹. Solidarność jest więc wyjściem z egoizmu i indywidualizmu. Jest skierowaniem ku potrzebom bliźniego⁶². Oznacza to, że solidarność staje się troską człowieka o człowieka, „staje się wyrzeczeniem, jest gotowa do poświęceń, co więcej poszukuje ich”⁶³. W tym duchu właśnie Papieska Rada do spraw Duszpasterstwa Służby Zdrowia zwróciła uwagę na fakt pojawiania się w dziedzinie medycznej nowych i wspaniałych wyzwań. Chodzi o to, że „jesteśmy wyzwani, by miłować naszego bliźniego na nowe sposoby; mówiąc językiem ewangelicznym, miłować <aż do końca> (J 13, 1), nawet jeśli w pewnych granicach, które nie mogą być przekroczone, granicach postawionych przez samą naturę ludzką”⁶⁴.

Wymiar międzyludzkiej solidarności stał przedmiotem nauczania biskupa poznań-

skiego, arcybiskupa Stanisława Gądeckiego. Zaznaczył on, że transplantologia jest szczególną postacią ofiarnej miłości. Przypomniał podział dawców narządów na dawców żyjących i zmarłych. W przypadku dawcy żyjącego elementarnym wymogiem jest ochrona jego życia. Chodzi więc o pobranie takiego organu parzystego za życia, który nie spowoduje okaleczenia zagrażającego życiu ofiarodawcy. Natomiast w przypadku dawcy zmarłego możliwe jest pobranie wielu organów, również pojedynczych, ale po zaistnieniu dwóch elementów: Otóż po zgody potwierdzonym przez komisję lekarską i po wyrażeniu zgody na przeszczep po śmierci. Przewiduje się dwa sposoby wyrażenia zgody: tak zwana „zgoda domniemana”. Uznaje się, że zgodę brak sprzeciwu za życia. Owa zgoda budzi jednak wiele wątpliwości. W praktyce lekarze pytają o zgodę rodzinę zmarłego. Powszechnie promuje się „pozytywną zgodę”, która polega na zadeklarowaniu za życia woli pobrania narządów po śmierci⁶⁵. Arcybiskup Gądecki podkreśla, że „akt ten posiada swoją duchową wartość nawet wtedy, gdy nie dojdzie do skutku. Pozytywnie wyrażona zgoda rozwiewa szereg wątpliwości i trudności stojących przed rodziną zmarłego i lekarzami, którzy pragną wszcząć procedurę pobierania narządów do przeszczepu”⁶⁶.

~ zasada czynu o podwójnym skutku

Na wstępie należy stwierdzić, że ingerencja medyczna zawsze ma złożony charakter. Nawet przy największej przewidywalności może wystąpić nieprzewidywany skutek, a nawet różnorodność skutków, często o wymiarze negatywnym. Z tej racji słusznie pojawiają się pytania o moralność takiej medycznej interwencji. Wielką pomocą w rozwiązywaniu dylematu przychodzi zasada „czynu o podwójnym skutku”⁶⁷. Odpowiedzi na tę wątpliwość udziela papież Paweł II w encyklice „*Humanae vitae*” podkreślając, że „Kościół uważa za moralnie dopuszczalne stosowanie środków leczniczych niezbęd-

nych do leczenia chorób, choćby wynikną stąd miała przeszkoda, nawet przewidywana, dla prokreacji, byleby ta przeszkoda nie była z jakichś motywów bezpośrednio zamierzona”⁶⁸. W tym kontekście do Kongregacji Nauki Wiary wpłynęło zapytanie dotyczące <izolowania macicy>: „czy jest dozwolone całkowite usunięcie macicy, gdy została ona poważnie uszkodzona (np. w następstwie porodu lub cesarskiego cięcia) i gdy w opinii lekarzy jest to wskazane ze względu na bezpośrednie zagrożenie życia lub zdrowia matki, chociaż spowoduje to zarazem jej trwałą bezpłodność?”⁶⁹. W odpowiedzi uzyskano wyjaśnienie, że dozwolone jest usunięcie macicy. W motywacji czytamy, że „usunięcie macicy jest dozwolone, ponieważ ma charakter leczniczy, chociaż przewiduje się, że spowoduje trwałą bezpłodność. Patologiczny stan macicy (na przykład krwotok, którego nie można powstrzymać w inny sposób) sprawia, że jej usunięcie staje się wskazane z medycznego punktu widzenia. Właściwym celem zabiegu jest zatem wyeliminowanie poważnego aktualnego niebezpieczeństwa zagrażającego kobiecie, a nie zapobieżenie ewentualnej ciąży”⁷⁰.

Warto dodać - za biskupem Józefem Wróblem - konieczność wypełnienia czterech warunków realizacji czynu związanego ze skutkiem ubocznym złym:

1. Czyn sam w sobie jest moralnie dobry lub przynajmniej obojętny.
2. Skutek bezpośredni tegoż czynu jest dobry.
3. Skutek bezpośredni (dobry) jest celem działającego, a zły co najwyżej dopuszczony (tolerowany).
4. Istnieją proporcjonalnie ważne racje dla spełnienia takiego czynu⁷¹.

~ zasada całościowości

Etos medycyny i lekarza ulegałyby degradacji, gdyby lekarz używał medycyny jako narzędzia do innych celów niż pomoc w prawidłowym funkcjonowaniu pacjenta. Chodzi o to, że głównym i jedynym zadaniem medycyny nie jest konstruowanie, lecz faktycz-

⁵⁵ Katechizm Kościoła Katolickiego nr 2296. Natomiast Jan Paweł II zauważył, że „osoba może podarować tylko to, czego może pozbawić się bez poważnego niebezpieczeństwa lub szkody dla własnego życia bądź tożsamości osobowej, i to dla słusznej i proporcjonalnej racji. Jest oczywiste, że narządy niezbędne dla życia mogą być ofiarowane tylko po śmierci”. Jan Paweł II. Najwyższy akt miłości. Przemówienie do uczestników I Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantacji Narządów (20.06.1991), s. 220. Por. Także. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia, nr 86.

⁵⁶ Por. R. Nęcek. Miłosierdzie i solidarność w nauczaniu społecznym Kościoła. W: Współczesne oblicza miłosierdzia. Red. L. Mateja. Kraków 2007 s. 46.

⁵⁷ Por. M. Toso. Welfare society. L'apporto dei pontefici da Leone XIII a Giovanni Paolo II. Biblioteca di scienze religiose. T. 116. Roma 1995 s. 370; R. Nęcek. Solidarność jako fakt, zasada i cnota w nauczaniu społecznym Jana Pawła II. „Sosnowieckie Studia Teologiczne” 7:2005 s. 205-206.

⁵⁸ Por. J. Tischner, J. Zakowski. Tischner czyta Katechizm. Kraków 2009 s. 216.

⁵⁹ Por. Jan Paweł II. Encyklika *Sollicitudo rei socialis* nr 38.

⁶⁰ Por. J. Tischner. Etyka solidarności. Kraków 2000 s. 31.

⁶¹ Por. Jan Paweł II. Najwyższy akt miłości. Przemówienie do uczestników I Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantacji Narządów, s. 221.

⁶² Por. A. Raucher. Personalität. Solidarität. Subsidiarität. Katholische Soziallehre in Text und Kommentar. Heft I. Köln 1975 s. 22; Tenze. Kirche in der Welt. Beiträge zur christlichen Gesellschaftsverantwortung. Dritter Band. Würzburg 1998 s. 440.

⁶³ Benedykt XVI. Encyklika *Deus caritas est* nr 6.

⁶⁴ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia, nr 85.

⁶⁵ Por. S. Gądecki. O transplantacji. List pasterski arcybiskupa metropolity poznańskiego na Światowy Dzień Chorego w roku 2011 (6.02.2011). W: www.kwilcz.archpoznan.org.pl/o_transplantacji.html.

⁶⁶ Tamże.

⁶⁷ Por. J. Wróbel. Człowiek i medycyna, s. 331.

⁶⁸ Paweł VI. Encyklika *Humanae vitae* nr 15.

⁶⁹ Kongregacja Nauki Wiary. Patres congregationis. Odpowiedzi na przedstawione wątpliwości dotyczące „izolowania macicy” i innych zagadnień (31.07.1993). W: W trosce o życie. Dokumenty Kościoła. Red. K. Szczygieł. Tarnów 1998 s. 391.

⁷⁰ Tamże, s. 392.

⁷¹ J. Wróbel. Człowiek i medycyna, s. 340.

ne leczenie człowieka⁷². Jakże ważna w tym kontekście jest zasada całościowości mówiąca, że całość jest istotniejsza od części. Inaczej mówiąc organizm ludzki należy traktować całościowo. Doskonale ujął to już papież Pius XI stwierdzając, że „człowiek rozporządza częściami swojego ciała tylko do tych celów, do których ze swej natury są przeznaczone. Nie można ich zniszczyć lub kaleczyć lub w jakiś inny sposób udaremnić naturalnego ich przeznaczenia, chyba, że tego domaga się zdrowie całego organizmu⁷³.

Nauczanie papieskie potwierdzone zostaje przez Kartę Pracowników Służby Zdrowia, gdzie czytamy "w celu integracji zdrowia osoby, w przypadku nieobecności innych środków, mogą być konieczne interwencje, które zakładają modyfikacje, okaleczenie i usunięcie narządów. Manipulacja terapeutyczna organizmu jest tu uprawniona przez zasadę całościowości, i dlatego właśnie jest nazywaną zasadą terapeutyczną, na mocy której <każdy poszczególny narząd jest podporządkowany całości ciała i powinien być mu podporządkowany w przypadku konfliktu. W konsekwencji ten, kto otrzymał użycie całego organizmu ma prawo do poświęcenia poszczególnego organu, jeśli zachowanie jego funkcjonowania powodują całości organicznej dużą szkodę, niemożliwą do uniknięcia w inny sposób>⁷⁴.

~ zasada proporcjonalności

W kręgu problematyki leczenia pacjentów znajduje się zasada proporcjonalności. Wyraża się ona w stosowaniu środków zwyczajnie proporcjonalnych i nadzwyczajnie nieproporcjonalnych. Otóż współczesna medycyna dysponująca coraz większym i lepszym arsenałem środków i metod leczenia - poprzez swoją złożoność - wywala poważne problemy natury moralnej. Chodzi bowiem o właściwy dobór środków i metod w określonym przypadku. Inaczej mówiąc pojawia się konieczność proporcjonalności działań medycznych i stosowanych środków leczniczych⁷⁵. Zasada proporcjonalności pełni istotną rolę pomocniczą, gdyż pozwala odstąpić od działań nieproporcjonalnych w przypadku pacjentów znajdujących się w sytuacji terminalnie nieodwracalnej. Warto podkreślić, że lekarz ma obowiązek - w nagłych przypadkach w imię tej zasady przy wielości potrzebujących pomocy - przyjść z pomocą najpierw tym pacjentom, których jakość życia będzie wystarczająco duża⁷⁶.

Warto zauważyć, że za zwyczajne uważa się takie środki i metody, które z jednej strony są proporcjonalne do potrzeb pacjenta, a z drugiej strony biorą pod uwagę jego kondycję psychofizyczną. Natomiast środki i metody nadzwyczajne to takie, które przedstawiają się jako nie sprawdzone, a przez to ryzykowne, co oznacza, że mogą przy-

nieść pogorszenie zdrowia pacjenta⁷⁷. W tym kontekście w Kartce Pracowników Służby Zdrowia zawarty jest opis zasady proporcjonalności, której sprecyzowanie brzmi następująco: „gdy nie ma do dyspozycji innych środków, wolno - za zgodą chorego - zastosować środki dostarczone przez najnowsze odkrycia medyczne, chociaż nie zostałyby jeszcze sprawdzone w prowadzonych doświadczeniach i wiązałyby się z pewnym niebezpieczeństwem⁷⁸.

Należy podkreślić, że przy stosowaniu środków nadzwyczajnych i nieproporcjonalnych - do takich należy uporczywa terapia - nie ma obowiązku ich stosowania. Mówi o tym w encyklice „Evangelium vitae” Jan Paweł II stwierdzając, że należy ocenić, czy „stosowane środki lecznicze są obiektywnie proporcjonalne do przewidywanej poprawy zdrowia. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci⁷⁹.

⁷² Por. T. Kraj. Granice genetycznego ulepszania człowieka. Teologiczno-moralny problem nieterapeutycznych manipulacji genetycznych. Kraków 2010 s. 292.

⁷³ Pius XI. Encyklika Casti connubii nr 148-149.

⁷⁴ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia, nr 66

⁷⁵ Por. W. Gubała. Problemy moralne związane z leczeniem choroby, s. 123.

⁷⁶ Por. J. Wróbel. Człowiek i medycyna, s. 403.

⁷⁷ Por. W. Gubała. Problemy moralne związane z leczeniem choroby, s. 124.

⁷⁸ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia, nr 65.

⁷⁹ Jan Paweł II. Encyklika Evangelium vitae nr 65. Natomiast Karta Pracowników Służby Zdrowia mówi, że

⁸⁰ Jan Paweł II. Encyklika Evangelium vitae nr 65. Natomiast Karta Pracowników Służby Zdrowia mówi, że

"wolno przerwać użycie takich środków, ilekroć nie osiąga się spodziewanych skutków, ponieważ nie ma już proporcji między kosztem środków i zatrudnionych do tego ludzi i przewidywanymi skutkami lub zastosowane środki lecznicze zadają choremu bóle lub powodują uciążliwości większe od przewidywanych korzyści". Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia. Karta Pracowników Służby Zdrowia, nr 65.