

# Maria Nowacka

---

## Cztery sfery oddziaływania terapii transplantacyjnej : stan obecny i perspektywy

---

Diametros nr 19, 93-105

---

2009

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach  
dozwolonego użytku.

## **Cztery sfery oddziaływania terapii transplantacyjnej: stan obecny i perspektywy**

*Maria Nowacka*

### **Wprowadzenie**

Powstanie i rozwój chirurgii transplantacyjnej dały początek pogłębiającemu się procesowi zmiany naszego poczucia moralności oraz rozumienia naszego człowieczeństwa. Przy czym wydaje się, że jesteśmy dopiero na pierwszym etapie tego procesu i jeszcze niezbyt potrafimy zorientować się, jak dalece on zajdzie i jak głębokie mogą być jego konsekwencje. Można wskazać cztery sfery, w których wspomniany proces zachodzi i niewątpliwie będzie się pogłębiał: sfera medyczna, antropologiczna, etyczna oraz społeczno-prawna. Omówimy je w takiej właśnie kolejności.

### **Sfera medyczna**

Chirurgia transplantacyjna uchodzi za znaczące osiągnięcie medycyny XX wieku. Oczywiście nie można porównywać go z tak wielkimi dokonaniem biomedycznymi, jak np. zastosowanie w leczeniu antybiotyków, które zarówno zdynamizowały rozwój określonych terapii, jak i pogłębiły znajomość ludzkiego organizmu. W przeciwieństwie do tego rodzaju odkryć, przeszczepianie narządów nie ma wymiaru ogólnego, pozostając szczegółową techniką operacyjną. Niemniej jednak transplantacje nie pozostają bez wpływu na metodologię medycyny oraz na kierunek jej rozwoju.

Jeśli chodzi o pierwsze zagadnienie, to sukcesy transplantologii ukazały znamienne sprzeczność między postulowaną koniecznością zmiany tradycyjnego paradygmatu medycyny jako dziedziny wiedzy, a faktycznie dominującą tendencją. Od dawna wskazuje się, że tradycyjny model wiedzy medycznej, określany najczęściej jako model biomedyczny, ale także jako mechanistyczny lub redukcjonistyczny, powinien być zastąpiony modelem aksjomedycznym, zwanym także modelem systemowym lub holistycznym<sup>1</sup>. W modelu biomedycznym, wywodzącym się z filozofii Kartezjusza, ciało ludzkie traktowane jest jako maszyna organiczna, rodzaj biologicznego mechanizmu, a zadaniem medycyny ma być naprawianie uszkodzonego elementu tego mechanizmu lub przynajmniej doprowadze-

---

<sup>1</sup> Szawarski [1996] s. 27-35.

nie go do stanu możliwie najbardziej zbliżonego do stanu normalnego. Natomiast w postulowanym modelu aksjomedycznym ciało ludzkie traktowane jest jako naturalny system składający się z szeregu podsystemów, z których każdy jest z kolei złożeniem z szeregu niższych hierarchicznie podsystemów itd. aż do struktur molekularnych i atomowych<sup>2</sup>. Przyjmuje się, że tak rozumiana cielesność ludzka jest sama podsystemem większego systemu, mianowicie człowieka jako osoby, człowiek zaś jest podsystemem w całej hierarchii systemów, takich jak rodzina, społeczeństwo czy ludzkość. Podkreśla się, że lekarz powinien widzieć w pacjencie nie wyłącznie mechanistycznie pojmowany zestaw elementów organicznych, lecz czującą istotę świadomie przeżywającą sytuację, w której się znalazła, czyli lekarz winien sytuować pacjenta nie tylko w sferze biologicznej, lecz także w sferze wartości.

Jednak transplantologia zdaje się mocno potwierdzać zasadność i medyczną skuteczność mechanistycznego traktowania ludzkiego organizmu. Zastępowanie poszczególnych elementów jednego ciała elementami pobranymi z innego ciała może być wręcz ilustracją kartezyjańskiego mechanizmu organicznego. Fakt odrzucania przeszczepu, wymuszający jakby oszukiwanie organizmu za pomocą środków immunosupresyjnych, nie przeczy słuszności mechanistycznego traktowania ciała, a jedynie wskazuje, że każdy mechanizm organiczny jest egzemplarzem jednostkowym, do którego «części zamiennie» pobrane z innych mechanizmów nie pasują bezpośrednio i wymagają przystosowania. Skuteczność chirurgii transplantacyjnej niejako rzutuje na całą medycynę, utwierdzając lekarzy w przekonaniu, że medycyną efektywną jest jedynie medycyna naprawcza<sup>3</sup>. Tym samym wszelkie holistyczne ujęcia terapii sytuowane są wyłącznie w sferze psychicznej i sprowadzają się do nakazu godnego i empatycznego traktowania pacjenta przez lekarza; samo wskazanie na konieczność uwzględniania złożoności organizmu i powiązań wzajemnych jego elementów mieści się przecież w ujęciu mechanistycznym<sup>4</sup>.

Co się tyczy wpływu transplantologii na dalszy rozwój nauk medycznych, to wydaje się, że bierze się on przede wszystkim z niedostatków metody przeszczepiania narządów. Metoda ta pomaga obecnie ludziom, którzy bez przeszczepu straciliby życie, albo których życie (jak w przypadku chorych dializowanych)

---

<sup>2</sup> Brody [1973] s. 71-92.

<sup>3</sup> Nie deprecjonuje to bynajmniej profilaktyki. Jeśli działania lecznicze traktowane są jako naprawa mechanizmu, to działania profilaktyczne porównać można do jego konserwacji.

<sup>4</sup> Dopowiedzmy, że pozytywne oddziaływanie lekarza na psychikę pacjenta oczywiście polepsza samopoczucie chorego i pozwala mu lepiej znosić dolegliwości, ale nie ma żadnego wpływu na przebieg choroby. Zob. Musiał [2006] s. 132-133.

byłoby pełne cierpienia. Duża skuteczność metody stwarza presję na jej stosowanie, co z kolei sprawia, że ciągle brakuje dawców narządów. Wydłuża się kolejka oczekujących na przeszczep, czego przyczyną jest brak wystarczającej liczby dawców, pogłębiany utrzymującą się nadal niechęcią rodziny do wyrażania zgody na pobranie organów od zmarłych bliskich. Drugą niedogodnością metody jest konieczność stosowania leków immunosupresyjnych, zapobiegających odrzucaniu przeszczepu. Obniża to bardzo jakość życia pacjenta, a nie bez znaczenia jest też fakt, że taka permanentna terapia staje się przez to bardzo kosztowna.

Te niedogodności metody niewątpliwie silnie wzmacniają potrzebę poszukiwania nowych metod naprawczych ludzkiego organizmu. Testowane są m.in. metody wszczepiania tkanek czy struktur neuronowych stymulujących samoistne odrastanie czy choćby wzmacnianie uszkodzonych fragmentów organów. Powodzenie tego rodzaju prób zależy oczywiście od kolejnych odkryć w dziedzinie genetyki, a w konsekwencji od doskonalenia metod inżynierii genetycznej. Docelowym ideałem byłoby opracowanie metod hodowli całych organów lub przynajmniej ich fragmentów z materiału genetycznego biorcy, co pozwoliłoby uniknąć niedogodności zjawiska odrzucania przeszczepu<sup>5</sup>. Wszelkie rozważania na ten temat byłyby obecnie jedynie spekulacjami z zakresu fantastyki naukowej, jednak niewątpliwie to właśnie sukcesy transplantologii są jednym z najważniejszych czynników wyznaczających kierunek poszukiwań. Jeśli za jakiś czas nadzieje związane w tym zakresie z rozwojem genetyki i inżynierii genetycznej zaczną się spełniać, to tym samym transplantacje w swym obecnym kształcie staną się przeszłością. Być może więc chirurgia przeszczepów jest tylko etapem pośrednim na drodze prowadzącej do wypracowania zasadniczo nowych metod terapii<sup>6</sup>.

### **Sfera antropologiczna**

Rozwój transplantologii ma także istotny wpływ na zmianę naszego dotychczasowego rozumienia człowieka, a mówiąc ściślej: na nasze pojmowanie ciała jako elementu bytu ludzkiego. Wydaje się, że początkowe opory, jakie wzbudzało przeszczepianie organów, miały charakter nie tyle etyczny, co estetyczny i (mówiąc z pewną przesadą) metafizyczny. Przyjęcie w siebie fragmentu cudzego ciała odczuwane było jako odrażające, w szczególności zaś gdy dotyczyło serca, czyli organu mającego tak głębokie konotacje symboliczne. Obawiano się również,

---

<sup>5</sup> Szczególnie obiecujące są badania nad możliwościami uzyskiwania z komórek macierzystych, drogą ich stymulacji czynnikami wzrostu, komórek tworzących serce: kardiomiocytów, komórek endotelialnych i komórek gładkich naczyń krwionośnych. Niedawno wykazano skuteczność tak wyhodowanych komórek, wszczepiając je myszom; zob. Lei, Soonpaa, Adler [2008] s. 524-529.

<sup>6</sup> Por. Kaliciński [1994] s. 179.

że nastąpić może zmiana osobowości biorcy, jeśli zaś chodzi o dawcę, to z przykrością myślano, iż stanie on okaleczony na Sądzie Ostatecznym. 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.

Szczególne odczucia estetyczne związane z własnym ciałem, jak też tradycja otaczania zwłok szczególnym pietyzmem mają niewątpliwie podstawę w silnym, jakby naturalnym przekonaniu, że ciało tworzy integralną całość z duchowością człowieka, które to przekonanie znalazło swój filozoficzny wyraz w arystotelesowskiej tezie o jedności psychofizycznej człowieka. To przekonanie ma jednak inny charakter niż filozoficzna teza o jedności psychofizycznej człowieka. Naturalne odczuwanie jedności z własnym ciałem nie pozwala na jego przedmiotowe, utylitarne traktowanie, co z kolei skutkuje sprzeciwem wobec działań transplantacyjnych. Natomiast filozoficzna teza o jedności psychofizycznej człowieka nie stoi w sprzeczności z akceptacją medycznego wykorzystywania zwłok lub fragmentów żywego ciała. Można wykazać, że w kontekście głównych systemów filozoficznych – zarówno platonizmu i arystotelizmu, jak kartezjanizmu czy fenomenologii – nie da się wskazać żadnych podstaw dla sprzeciwu wobec medycznego użytkowania ciała<sup>7</sup>.

Niemniej jednak w dużej mierze pod wpływem chirurgii przeszczepów wskazane podejście do własnego ciała ulega znamienym modyfikacjom. Coraz powszechniejsza staje się postawa pełnego przyzwolenia na medyczne wykorzystanie własnego ciała po śmierci i przynajmniej deklaratywna gotowość oddania za życia własnego organu podwójnego osobie w śmiertelnym zagrożeniu. Można domniemywać, że postawa taka umacnia się pod wpływem sukcesów chirurgii transplantacyjnej. Ponieważ coraz oczywistsze staje się traktowanie części ciała jako materiału zamiennego, więc skłania to do akceptacji poglądu, że ciało nie jest istotnym składnikiem bytu ludzkiego, skoro można je tak dalece zmieniać, nie zmieniając przez to samoświadomości osoby.

Faktycznie zaczynamy coraz wyraźniej (choć nie zawsze świadomie) przyjmować kartezjańskie przeświadczenie o niezależności istoty człowieka od natury jego ciała. Przyzwalamy na ingerencję w nasze ciało i na modyfikowanie go tak dalece, jak tylko działania te nie dotyczą odpowiedzialnych za naszą świadomość struktur mózgu. Medycyna, a szczególnie transplantologia, potwierdza zasadność takiej postawy. Już czterdzieści lat temu wybitny polski lekarz-psychiatra Tadeusz Bilikiewicz, zainspirowany możliwościami przeprowadzenia

---

<sup>7</sup> Zob. na ten temat Nowacka [2002].

operacji hemisomatektomii, czyli amputacji całej dolnej połowy ciała, przeprowadził eksperyment myślowy, rozważając amputowanie człowiekowi kolejnych partii ciała aż do pozostawienia jedynie sztucznie odżywianego preparatu mózgowego<sup>8</sup>. Bilikiewicz sądził, że w takim preparacie mózgowym, odcięty od wszelkich doznań zmysłowych, zachowałyby się jedynie funkcje psychiczne. Chirurgia przeszczepów zdaje się wskazywać, że teoretycznie możliwe jest zastąpienie kolejno wszystkich organów innymi, pobranymi z zewnątrz, a nawet zastąpienie organów ludzkich zwierzęcymi, co bynajmniej nie spowoduje zmiany w człowieku jako takim, o ile nie zostaną naruszone odpowiednie struktury mózgu. Zapewne z czasem dojdziemy do odkrycia dokładnie tych elementów mózgu, które warunkują naszą świadomość rzeczywistości i samych siebie. A wówczas tylko one uznawane będą za współtworzące nasze człowieczeństwo.

Na razie jednak możemy jedynie skonstatować coraz bardziej zewnętrzne traktowanie przez człowieka własnej cielesności. Gotowi jesteśmy modyfikować ją w takim zakresie, jaki jest dla nas korzystny i na jaki pozwalają aktualne możliwości medycyny. Modyfikujemy je zarówno w sytuacji zagrożenia życia, korzystając z możliwości chirurgii transplantacyjnej, jak i w sytuacji dyskomfortu estetycznego, korzystając w coraz szerszym zakresie z usług chirurgii estetycznej. Ciało staje się coraz bardziej zewnętrzne wobec nas; niektórzy skłonni są widzieć w tym powrót do kartezjańskiego pojmowania ciała<sup>9</sup>.

### Sfera etyczna

Duże kontrowersje terapia transplantacyjna wzbudzała i nadal wywołuje w sferze etycznej. Wydaje się, że z biegiem czasu wątpliwości moralne zanikają, tzn. coraz mniej osób skłonnych jest je podzielać, ale świadczy to zarazem o pewnych charakterystycznych zmianach dokonujących się w naszej moralności<sup>10</sup>. Można sformułować dwa główne zarzuty moralne. Pierwszy z nich jest wskazaniem, że chirurgia przeszczepów to nowy rodzaj ludożerstwa – kanibalizm medyczny. Na gruncie polskim tezę taką głosi stanowczo Bogusław Wolniewicz<sup>11</sup>. Jego zdaniem przeszczepianie organów nie różni się w swej istocie od kanibalizmu, gdyż odmienności dotyczą jedynie aspektu technicznego: w przypadku kanibalizmu mamy do czynienia ze zjadaniem części ciała drugiego człowieka, a przy transplanta-

---

<sup>8</sup> Zob. Bilikiewicz [1968]. Zob. także omówienie tych rozważań w kontekście terapii transplantacyjnej: Nowacka [2001] s. 37-44.

<sup>9</sup> Zob. Kopania [2002].

<sup>10</sup> Szerzej o moralnych problemach z transplantacją zob. Nowacka [2003].

<sup>11</sup> Wolniewicz [1991, 1998-2003].

cji z operacyjnym wszczepieniem ich. W obu wypadkach zaś istota pozostaje ta sama, a jest nią chęć uratowania życia (jak w przypadku kanibalizmu głodowego) oraz wzmocnienia własnych sił i energii życiowych (jak w przypadku kanibalizmu religijnego).

Niewątpliwie należy przyznać rację Wolniewiczowi, że zachodzi analogia między kanibalizmem a transplantacjami. Czy jednak implikuje to negatywną ocenę moralną? Z pewnością nie mamy moralnego prawa potępiać ludzi decydujących się na zjedzenie fragmentów zwłok, by uratować się od śmierci głodowej. Nie możemy też bezpośrednio odnosić naszych norm moralnych do kontekstu stosowanych przez niektóre plemiona pierwotne rytualnych praktyk zjadania fragmentów ciała zabitych w walce wrogów. Na czym więc miałyby polegać niemoralność dokonywania przeszczepów? Wolniewicz nie domaga się zaniechania praktyk transplantacyjnych, realistycznie oceniając, że ludzkość nie zrezygnuje ze skutecznej metody terapii. Chodzi mu o coś innego – o uznanie, że oto dokonuje się (albo może już się w pełni dokonała) zmiana tradycyjnego w naszej cywilizacji traktowania zwłok: miejsce pietyzmu zajęło utylitarne traktowanie ciała jako surowca. Zdaniem Wolniewicza jest to zasadnicza zmiana naszej dotychczasowej hierarchii wartości. Warto zacytować fragment jednego z późniejszych jego tekstów: „Nie przeciwstawiam się transplantacjom. Przeciwstawiam się znowiu milczenia, która wokół tej sprawy panuje. Przeciwstawiam się udawaniu, że nie dzieje się nic nadzwyczajnego. Bo tu się dzieje coś nadzwyczajnego – przewraca się do góry nogami nasz system wartości. A ponieważ system wartości jest kręgosłupem poglądu na świat, to jednocześnie przewraca się do góry nogami nasz cały pogląd na świat. O tym trzeba myśleć, o tym trzeba mówić, a nie udawać, że transplantacje to normalna medycyna”<sup>12</sup>. Ta zmiana systemu wartości ma polegać na tym, że o ile dotychczasowy system wartości był hierarchizowany w odniesieniu do określonych ideałów, o tyle nowy system wartości wyznaczany jest w sposób utylitarystyczny. Chyba taka interpretacja stanowiska B. Wolniewicza jest właściwa.

Drugi zarzut moralny wobec praktyk transplantacyjnych postawił Jerzy Kopania<sup>13</sup>. Jego zdaniem w terapię transplantacyjną wpisana jest istotna niemoralność, polegająca na tym, że pacjent oczekujący na przeszczep ze zwłok faktycznie oczekuje na śmierć drugiego człowieka. Jest to skaza moralna, której nie usuje ani fakt, że przecież biorca nie powoduje śmierci dawcy, ani tym bardziej fakt, że chory człowiek wypiera ze swej świadomości owo oczekiwanie. Ocenie moralnej bezpośrednio podlega tutaj postawa pacjenta, a pośrednio chirurgia transplan-

---

<sup>12</sup> Wolniewicz [1998-2003] s. 298.

<sup>13</sup> Kopania [1999, 2002].

tacyjna, która stworzyła możliwość zajęcia takiej postawy. Winą moralną Kopania obarcza nie chorego człowieka, lecz lekarzy, którzy stwarzają mu możliwość uratowania życia dzięki niemoralnej z istoty praktyce. Podobnie jak Wolniewicz, również Kopania nie domaga się rezygnacji z praktyk transplantacyjnych, uznając, że nie ma możliwości zrezygnowania ze skutecznej terapii, a nadto że nie mamy moralnego prawa wymagać od śmiertelnie chorego człowieka rezygnacji z niemoralnej w swej istocie terapii, czyli nie możemy żądać poświęcenia własnego życia w imię ideału moralnego. Podobnie też chodzi mu jedynie o to, abyśmy uświadomili sobie, że dokonuje się zmiana naszej moralności: za wartość najwyższą uznane zostaje życie, a w konsekwencji akceptujemy wszystko, co zachowaniu życia służy, nawet jeśli dotychczas uznawaliśmy to za niemoralne. Kopania konstatuje, że oto „dokonuje się zmiana oblicza moralnego naszej cywilizacji”; Wolniewicz cytując te słowa, ocenia, że jest to prawda odkrywczą<sup>14</sup>.

Obu autorom, choć patrzą na problem z dwu różnych punktów widzenia, chodzi o to samo – o uznanie, że nastaje nowa, czysto utylitarystyczna moralność. I obaj są tym procesem przerażeni, a zarazem uznają, że nie ma żadnej możliwości jego zatrzymania. Dla obu też ta dokonująca się zmiana moralności jest fragmentem szerszego procesu odchodzenia naszej cywilizacji od dotychczas wyznawanego systemu wartości religijnych: w miejsce chrześcijaństwa wchodzi nowa religia, całkowicie świecka, w której największą świętością jest życie doczesne (bo w inne się nie wierzy). W imię tej świętości dozwolone jest szerokie spektrum działań, w tym działania transplantacyjne; co więcej, uzyskują one wymiar sakralny. Chirurgia transplantacyjna nie stanowi przyczyny tej zmiany, a jedynie jest jej wyraźnym świadectwem. Niemniej jednak jej rozwój i skuteczność stymulują i wzmacniają proces tworzenia się owej świeckiej religijności. Dodatkowym potwierdzeniem tego przekonania jest dla obu autorów stanowisko Kościoła – początkowo dość ostrożna postawa zastąpiona została, w głównej mierze dzięki osobistemu, bardzo emocjonalnemu zaangażowaniu papieża Jana Pawła II, postawą pełnej akceptacji, wyrażającą się w propagowaniu dawstwa organów, traktowanego jako przejaw miłości bliźniego<sup>15</sup>. Dla obu naszych autorów takie stanowisko Kościoła jest niezrozumiałe.

Jeśli obaj filozofowie mają rację, to konstatowany przez nich fakt nieuchronności dokonujących się zmian powinien skłaniać do namysłu. Obecnie tworzenie się nowej moralności głosi kontrowersyjny etyk australijski Peter Singer. Twierdzi on, że postulowana przez niego etyka jakości życia z konieczności zastą-

---

<sup>14</sup> Wolniewicz [1998-2003] s. 141.

<sup>15</sup> Zob. Jan Paweł II [1997].



pi dotychczasową etykę świętości życia, ponieważ zmusza nas do tego rozwój nauk biomedycznych. Singer traktuje swoją propozycję etyki jakości życia jako przełom w myśleniu o wartości życia i to przełom tak radykalny, że zasługujący na miano „przewrotu kopernikańskiego” w etyce<sup>16</sup>. Utwierdzenie się tej nowej etyki jakości życia polegać ma na takiej zmianie dotychczasowych zasad moralnych, aby stały się one zgodne z bieżącą praktyką, szczególnie praktyką medyczną. A zatem to nowe sposoby postępowania ludzi zmieniać mają etykę; inaczej mówiąc, to nie nowa etyka ma zmienić dotychczasowy sposób życia, lecz nowy sposób życia ma zmienić dotychczasową etykę. Dotąd w cywilizacji europejskiej postęp moralny polegał na tym, że nowa postawa moralna świadomie i celowo przeciwstawiała się zastanej moralności, czyli to nowa etyka zmieniała sposób postępowania ludzi. Tak było w przypadku koncepcji stoików znoszącej podział na obywateli i niewolników (lub na Greków i barbarzyńców). Podobnie było z chrześcijańską etyką miłości bliźniego znoszącą relację swój/obcy i głoszącą postulat miłości każdego bliźniego. Tak też było w przypadku etyki Kanta, która pogłębiła pojęcie moralnej autonomii człowieka. Wszystkie te koncepcje miały jedną cechę wspólną – przeciwstawiały się akceptacji tego, co ludzie uznawali (społecznie i indywidualnie) za słuszne<sup>17</sup>.

Halina Promieńska argumentuje, że z uwagi na powyższe ten „kopernikanizm” proponowanej przez Singera nowej etyki jest pozorny<sup>18</sup>. W etyce w ogóle trudno jest o jakieś „przewroty”, ponieważ jej uprawianie polega na swoistym drażnieniu sensu pojęć etycznych, aby dzięki temu odnajdywać ich głębszą interpretację. Tymczasem Singer chce przystosować teorię etyki do bieżących potrzeb praktyki, szczególnie medycznej i to stanowi zasadniczy argument przeciwko uznaniu jego propozycji za przełomową. Jednak sprawa nie przedstawia się tak prosto. Nie mamy przecież podstaw, aby wykluczyć, że Singer ma rację w tym sensie, że oto na naszych oczach dokonuje się zmiana paradygmatu etyki. A jeśli tak, to czy akceptacja terapii transplantacyjnej, mimo jej moralnej kontrowersyjności, może służyć za argument, że wraz z coraz większymi możliwościami medycyny skłonni jesteśmy zmieniać naszą moralność, jeśli dzięki temu lepiej chronić będziemy nasze życie? Warto się nad tym zastanowić.

---

<sup>16</sup> Zob. Singer [1997].

<sup>17</sup> Por. Ślęczek-Czakon [2004] s. 228.

<sup>18</sup> Zob. Promieńska [2000].

## Sfera społeczno-prawna

Wskazana tendencja zmian w sferze etycznej powodowana sukcesami chirurgii transplantacyjnej musi także stymulować dokonywanie zmian w sferze społecznej i prawnej. Nie jest przy tym najistotniejszy fakt, że terapia transplantacyjna generować może (i rzeczywiście generuje) działania patologiczne i przestępcze. Istnieje już bogata literatura omawiająca takie zagadnienia, jak handel organami do przeszczepów czy przestępcze ich pozyskiwanie. Nawet przy zachowaniu standardów moralnych i organizacyjnych dochodzi w systemie społecznego, czyli w istocie państwowego kierowania służbami medycznymi do swoistej konkurencji między szpitalami o dostęp do zwłok<sup>19</sup>. Ale tego rodzaju negatywne procesy nie są znaczące dla oceny działań transplantologicznych, ponieważ każda metoda i każdy środek może być wykorzystany w sposób niemoralny i w złych intencjach. Ważne jest natomiast to, że chirurgia transplantacyjna zapoczątkowała proces charakterystycznych zmian medycyny w jej sferze społecznej, a w konsekwencji także w sferze prawnej.

Jeśli chodzi o pierwszą sferę, to zmiana ta polega na swoistej uniwersalizacji działań medycznych. Stosowanie chirurgii transplantacyjnej wymaga bardzo szerokiej i sprawnie funkcjonującej sieci logistycznej, obejmującej przepływ informacji o dawcach, kwalifikowanie poszczególnych dawców i biorców, przydzielanie organów poszczególnym ośrodkom itp. Działanie takiej sieci nie jest możliwe, a w każdym razie byłoby dalece nieefektywne, w skali jednego czy nawet kilku szpitali. Dlatego obecnie w poszczególnych krajach istnieją specjalne ośrodki koordynujące, jak też wypracowano metody koordynacji międzynarodowej. Medycyna nabiera więc charakteru społecznego, przestaje być oparta jedynie na zespole relacji między lekarzem a pacjentem. Transplantologia, jak żadna inna dziedzina medyczna, dostarcza argumentów na rzecz tezy, że działania medyczne mają wymiar społeczny. Takie widzenie medycyny wpisuje się dobrze w kontekst działań podejmowanych na gruncie tej dziedziny medycznej, jaką jest tzw. zdrowie publiczne. Problem zdrowia przestaje być wyłącznie problemem jednostki, a zaczyna być postrzegany jako problem społeczny. Wzmacniane jest w rezultacie stanowisko tych, którzy opowiadają się za jak najszerszym uspołecznieniem działań medycznych i argumentują, że zbyt daleko posunięta prywatyzacja usług medycznych nie tylko uniemożliwi większości obywateli skorzystanie z możliwości terapii, ale nadto przyczyni się do zahamowania rozwoju nowych metod leczenia<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> Jak to wygląda na terenie polskim, można dowiedzieć się z interesującego artykułu zamieszczonego w popularnym tygodniku: Henzler [2004].

<sup>20</sup> Szerzej na temat negatywnych etycznych konsekwencji komercjalizacji medycyny zob. Biesaga [2006] s. 90-98.

Stanowisko takie zdaje się umacniać, mimo że jednocześnie obniża się – zarówno w Polsce, jak w całej Europie – jakość społecznie finansowanych usług medycznych<sup>21</sup>. Dlatego warto byłoby zbadać przy użyciu metod socjologicznych, w jakiej mierze postawy te są wzmacniane społeczną organizacją działań chirurgii transplantacyjnej.

Ten społeczny charakter medycyny transplantacyjnej wywierać musi wpływ na prawną stronę organizacji jej działań. Bardzo wymowne są tutaj problemy prawne związane z pozyskiwaniem organów do przeszczepów. W Polsce i wielu innych krajach wprowadzono zasadę zgody domniemanej, ponieważ sądzono, że rozwiązanie takie ułatwi pobieranie części ze zwłok. Jednak okazało się, że siła tradycji jest nadal zbyt duża, aby lekarze odważyli się pomijać sprzeciw rodziny zmarłego; przede wszystkim sprzeciw ten respektują z obawy przed możliwymi procesami sądowymi<sup>22</sup>. W tej sytuacji podnosić się zaczęły głosy postulujące zmianę prawa polegającą na wprowadzeniu zasady zgody wyrażonej. Zakłada się teraz, że odpowiednia agitacja sprawi, że coraz więcej ludzi będzie nosiło przy sobie zapis pozwalający wykorzystać medycznie ich zwłoki. Jak przedtem, tak i obecnie chodzi o jedno – o takie dostosowanie prawa, aby można było jak najszybciej i bez problemów organizacyjnych pobrać organy do przeszczepu.

Ta tendencja prawna, by maksymalnie ułatwiać pobieranie organów ze zwłok, ujawnia się nadto w o wiele bardziej istotnym aspekcie. Chodzi mianowicie o to, że sprawna organizacja pobierania organów i tkanek do przeszczepów wymaga nie tylko przyjęcia takiej zasady zgody, która w danym kontekście kultu-

---

<sup>21</sup> „Nie tylko w Polsce narzeka się na służbę zdrowia. Obywatele siedmiu krajów Unii Europejskiej ujęci w badaniu The Stockholm Network zgodnie zgłaszali potrzebę reformy systemów ochrony zdrowia w swoich krajach. Badanie objęło ponad 8 tys. osób w siedmiu krajach: Czechach, Francji, Niemczech, we Włoszech, Holandii, Hiszpanii i Szwecji. 81% ankietowanych obawia się, że bez reformy jakość opieki medycznej nie poprawi się albo spadnie. Jeszcze więcej, bo 84% ankietowanych sądzi, że niezbędne są jak najszybsze zmiany w publicznych systemach ochrony zdrowia. Najsilniej wyrażają taką opinię osoby pracujące i płacące podatki. Jak podkreślano w raporcie, publiczne systemy ochrony zdrowia w Europie opierają się na zakorzenionym w tych społeczeństwach przekonaniu o potrzebie istnienia państwa opiekuńczego i wierze w społeczną solidarność. Z drugiej strony krajowe systemy ochrony zdrowia otrzymują coraz niższe wpływy wraz z kurczeniem się wpływów do budżetu. To z kolei wiąże się ze starzeniem społeczeństwa i większą mobilnością osób pracujących”; S. Augustyniak, *Służba zdrowia wymaga leczenia w całej Europie*, [www.idg.pl/news/68484](http://www.idg.pl/news/68484). Szczególnie znamieną jest sytuacja w Szwecji, gdzie służba zdrowia wskazywana była jako wzorcowa. „Nie występują tam problemy na taką skalę, jak w naszej służbie zdrowia, jednak Szwedzi przyzwyczajeni do komfortowych warunków leczenia, z obawą spoglądają na przyszłość. Głównym powodem do narzekań jest coraz dłuższy czas oczekiwania na wizytę u lekarza. Pacjenci zmuszeni są czekać po parę godzin na zwykłą wizytę, a na zabieg czy operację nawet po parę miesięcy. Coraz częściej na kontakt z lekarzem oczekują pacjenci, których wyleczenie w dużej mierze zależy od czasu”; [www.hrc.pl/index.php?dzid=48&did=393](http://www.hrc.pl/index.php?dzid=48&did=393).

<sup>22</sup> Bliscy zmarłego mogliby zaświadczać przed sądem, że za życia wyrażał on ustnie sprzeciw wobec możliwości wykorzystania jego organów.

rowym i obyczajowym pozwala uzyskać więcej pobrań, lecz nadto wymaga nadania zwłokom takiego statusu prawnego, który umożliwi obrót nimi w sferze działań medycznych. Ze względów religijnych i kulturowych zwłoki nie mogą być – przynajmniej obecnie – przedmiotem stosunków prawnych. Niemniej jednak wzrastający stopień medycznego wykorzystywania zwłok coraz wyraźniej skłania do faktycznego przypisywania im charakteru przedmiotowego. Poprzednio obowiązujący w Polsce Kodeks Karny, pochodzący z 1969 r., zapis dotyczący ochrony zwłok umieszczał w rozdziale „Przestępstwa przeciwko wolności sumienia i wyznania”<sup>23</sup>. W nowym, obecnie obowiązującym Kodeksie Karnym, pochodzącym z 1997 r., analogiczny zapis został przesunięty do rozdziału „Przestępstwa przeciwko porządkowi publicznemu”<sup>24</sup>. W rozdziale „Przestępstwa przeciwko wolności sumienia i wyznania” znalazł się natomiast zapis dotyczący zakłócania uroczystości pogrzebowych. Te przeniesienia mogą świadczyć, że zwłoki w świadomości prawniczej nie należą już do sfery sacrum. W sferze sakralnej mieści się obrzęd, ale nie sam przedmiot tego obrzędu. Zwłoki są więc rzeczą – wprawdzie wyróżnioną, ale tylko rzeczą.

Z prawnego punktu widzenia pojawia się w tym miejscu pytanie, kto jest właścicielem (dysponentem) tej szczególnej rzeczy. Uznanie, że jest nim rodzina (spadkobiercy), znacznie utrudniłoby działania transplantologów, dlatego prawo zdaje się zmierzać raczej w kierunku jakby upaństwowienia czy uspołecznienia zwłok. Być może z czasem zostanie jawnie przyjęte następujące rozwiązanie: zwłoki zostaną prawnie uznane za przedmiot obrotu prawnego, ale przedmiot wyróżniony, stanowiący dobro społeczne i z tej racji podlegający specjalnej ochronie. Ten szczególny charakter zwłok jako przedmiotu prawa wynikał będzie z wielkiej wartości utylitarnej, jaką się im przypisuje. To właśnie uznanie zwłok za wyjątkowo cenny materiał, nie zaś jakikolwiek wzgląd etyczny, prowadzi do narzucania ograniczeń prawnych w dysponowaniu nimi. Z drugiej strony zaś jedynie przy prawnym uznaniu zwłok za swoistą własność państwową czy społeczną można będzie narzucić takie zasady dysponowania nimi, które umożliwią najbardziej efektywne ich wykorzystanie.

## **Wnioski**

Powstanie i rozwój chirurgii transplantacyjnej niewątpliwie zmienia naszą moralność, a ogólniej: nasz stosunek do świata wartości. Transplantologia ukazała człowiekowi jego własne ciało jako nie tylko poddające się różnym modyfika-

---

<sup>23</sup> Zob. Ustawa z dnia 19 kwietnia 1969 r.: Kodeks Karny, Dz.U. z 1969 r., Nr 13, poz. 94.

<sup>24</sup> Zob. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r.: Kodeks Karny, Dz.U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553.

com (co przecież już wcześniej ukazywała rozwijająca się dynamicznie chirurgia estetyczna), ale jako podlegające wymianie. Ludzkie ciało przestało już faktycznie być przedmiotem tego szczególnego szacunku i pietyzmu, jakim do niedawna go darzono. Cieleśność człowieka nie jest już uważana za istotny element bytu ludzkiego, lecz stała się jedynie bardzo użytecznym przedmiotem – najpierw jako materialny nośnik naszego życia, a po śmierci jako cenny rezerwuuar części zamiennych. Coraz powszechniejsze staje się poczucie zewnętrżności ciała względem człowieka, czyli – ujmując to z drugiej strony – poczucie, że wyłącznie sfera świadomości człowieka stanowi o jego człowieczeństwie, bez udziału cielesności. Tym, co człowiek chce chronić, jest więc nie jego ciało jako takie, lecz jego świadomość rzeczywistości i samego siebie; nasze ciało chronimy o tyle tylko, o ile jest ono niezbędne do zachowania świadomego życia lub o ile warunkuje określone korzyści i przyjemności życiowe. Na tej podstawie kształtuje się utylitarny stosunek do naszej ludzkiej cielesności: ciało staje się w coraz większej mierze jedynie cennym przedmiotem.

Ta swoista deprecjacja i utylitarne traktowanie ciała nie łączy się jednak – i na to należy zwrócić szczególną uwagę – z dowartościowaniem duchowości człowieka. Postępujące w naszej cywilizacji procesy laicyzacji sprawiają, że również aspekt duchowy człowieka pojmowany jest wyłącznie w perspektywie doczesnej. W tej sytuacji życie doczesne staje się wartością najwyższą i w konsekwencji wszelkie działania służące zachowaniu, przedłużaniu i polepszaniu jakości życia są akceptowane jako moralne. To dlatego wszelkie wątpliwości moralne związane z transplantacjami są usuwane w obliczu zagrożenia życia. A skoro życie staje się wartością najwyższą, to właściwa człowiekowi potrzeba posiadania sfery sacrum sprawia, że uświęcone zostaje życie – życie doczesne, a więc biologiczne. Chirurgia transplantacyjna poprzez swój społeczny charakter wzmacnia tego rodzaju postawy. W sferze etycznej ma to ten skutek, że dominować zaczyna utylitarystyczne pojmowanie moralności – moralne jest to, co zwiększa sumę dobra. Ponieważ zaś dobro pojmowane jest w swym wymiarze materialnym i biologicznym – jako życie dobrej jakości – stąd chirurgia transplantacyjna zaczyna pełnić rolę najbardziej wyrazistego dostarczyciela tego dobra. W miarę rozwoju genetyki i metod inżynierii genetycznej rolę tę przejmie medycyna ingerująca w genom człowieka. Można więc zaryzykować przypuszczenie, że wprawdzie chirurgia przeszczepów jest tylko przejściowym etapem rozwoju medycyny, ale wzmocniona przez nią utylitarystyczna postawa moralna stanie się dominująca, wypierając deontologiczne pojmowanie moralności.

## Bibliografia

- Biesaga [2006] – T. Biesaga, *Elementy etyki lekarskiej*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.
- Bilikiewicz [1968] – T. Bilikiewicz, *Somatotectomia totalis i jej psychopatologiczne następstwa*, „Psychiatria Polska” II, 5, 1968.
- Brody [1973] – H. Brody, *The System View of Man: Implications for Medicine, Science, and Ethics*, „Perspectives in Biology and Medicine”, 17, 1, 1973, Autumn 1973.
- Henzler [2004] – M. Henzler, *Zagubione serca (i inne narządy)*, „Polityka” nr 48(2480) z 27 listopada 2004 r.
- Jan Paweł II [1997] – Jan Paweł II, „Podarować część siebie”: Fragmenty przemówienia do uczestników Kongresu transplantologicznego, Watykan 20.06.1996, „W drodze” 1(281), 1997.
- Kaliciński [1994] – A. Kaliciński, *Serce i Ty*, Medicus, Warszawa 1994.
- Kopania [1999, 2002] – J. Kopania, *Transplantacje – oznaka nowej moralności*, „Kwartalnik Filozoficzny” 1, 1999; przedr. w: tenże, *Etyczny wymiar cielesności*, wyd. cyt.
- Kopania [2002] – J. Kopania, *Etyczny wymiar cielesności*, Aureus, Kraków 2002.
- Lei, Soonpaa, Adler [2008] – Lei Yang, M.S. Soonpaa, E.D. Adler i inni, *Human cardiovascular progenitor cells develop from a KDR+ embryonic-stem-cell-derived population*, „Nature” vol. 453, 22 May 2008.
- Musiał [2006] – Z. Musiał, *Antyracjonalizm*, w: Z. Musiał, J. Skarbek, B. Wolniewicz, *Trzy nurty: racjonalizm – antyracjonalizm – scjentyzm*, Uniwersytet Warszawski, Wydział Filozofii i Socjologii, Warszawa 2006.
- Nowacka [2001] – M. Nowacka, *Redukcja sfery cielesnej jako terapia przyszłości*, „Archeus. Studia z bioetyki i antropologii filozoficznej” 2, 2001.
- Nowacka [2002] – M. Nowacka, *Filozoficzne aspekty terapii transplantacyjnej*, Trans Humana, Białystok 2002.
- Nowacka [2003] – M. Nowacka, *Etyka a transplantacje*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
- Promieńska [2002] – H. Promieńska, *Rzeczywiste i pozorne „przewroty kopernikańskie” w etyce, czyli o bioetyce trochę dyskusyjnie*, „Archeus. Studia z bioetyki i antropologii filozoficznej” 1, 2000.
- Singer [1997] – P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, PIW, Warszawa 1997.
- Ślęczek-Czakon [2004] – D. Ślęczek-Czakon, *Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2004.
- Szawarski [1996] – Z. Szawarski, *Dwa rodzaje wiedzy medycznej*, „Sztuka leczenia” II, 3, 1996.
- Wolniewicz [1991, 1998-2003] – B. Wolniewicz, *Neokanibalizm*, „Res Publica” 9-10, 1991; przedr. w: tenże, *Filozofia i wartości*, t. I, Wydział Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1998-2003.
- Wolniewicz [1998-2003] – B. Wolniewicz, *Diabeł, czyli miłość zła*, w: tenże, *Filozofia i wartości*, wyd. cyt., t. II.
- Wolniewicz [1998-2003] – B. Wolniewicz, *Uwagi o klonowaniu*, w: tenże, *Filozofia i wartości*, wyd. cyt., t. III.