



Kto ma uprawnienie do decydowania o losach martwego ciała? Etyczny problem transplantacji ex mortuo

JAROSŁAW BARAŃSKI, KAMILA ŁAMPIKA
UNIwersYTET MEDYCZNY WE WROCLAWIU

Abstrakt

Nie istnieje bezdyskusyjne rozstrzygnięcie problemu, kto ma uprawnienie do decydowania o losach martwego ciała. Artykuł podejmuje tę kwestię w kontekście transplantacji *ex mortuo*, wskazując, że decyzje rodziny o donacji organów zmarłego krewnego powinny być respektowane, a ona sama powinna być włączona w proces decyzyjny.

Słowa kluczowe:

donacja organów, transplantologia, etyka medyczna.

Medycyna, medykalizując troskę o ciało, definiuje jego stany (choroby, zdrowia, niesprawności, zaburzeń), określając jego wzorce (anatomiczne, fizjologiczne, genetyczne, higieniczne, estetyczne) i dostarczając narzędzi normowania ciała w postaci terapii i polepszenia, wzmocnienia (*enhancement*) jego zdolności i funkcji. Medycyna medykalizuje również martwe ciało, nie tylko podtrzymując funkcje niektórych narządów, lecz nadto czyniąc je rezerwuarem organów do przeszczepienia. Ta medykalizacja rodzi jednak wiele kontrowersji i problemów etycznych nawet wtedy, gdy doświadczamy dobroczynnego wpływu interwencji medycznej: *Wątpliwości zaczynają się wtedy, kiedy ciało staje się magazynem zasobów narządów, tkanek, komórek, wartościowanych jako materiał biologiczny* (Gałuszka, 2015, s. 53). Jedną z tych kontrowersji jest model rutynowego pozyskiwania organów, którego modyfikacja oparta na zgodzie domniemanej stała się podstawą rozwiązań prawno-medycznych w wielu krajach europejskich, także w Polsce.

1. Model rutynowego odzysku organów

Model rutynowego odzysku organów jest modelem rutynowego „ratowania” organów, zakładającym zawłaszczenie ludzkich zwłok przez wyspecjalizowane zespoły medyczne, uposażone przez instytucję państwa w kompetencje prawne, w celu wykorzystania ich w transplantacji *ex mortuo*. W ramach procedur odzysku organów, proponowanych przez Dukeminiera i Sandersa (1968), *te byłyby rutynowo udostępniane w miarę potrzeb jako zasoby społeczne* (Veatch, 1991, s. 215). Model rutynowego odzysku zakłada bowiem, że wszyscy obywatele danego państwa są potencjalnymi dawcami, odwołując się jednocześnie do pozaetycznej argumentacji, iż ciało nie jest już użyteczne dla zmarłej osoby;

że zwłoki i narządy stanowią publiczne aktywa znajdujące się w gestii państwa i stanowią jego własność, coś w rodzaju bogactwa narodowego, którym można dysponować dla dobra obywateli (Szewczyk, 2009, s. 151). Nakłada on na jednostkę utylitarystycznie definiowany obowiązek moralny wobec wspólnoty: oddawanie po śmierci organów nie jest darem, lecz obowiązkiem zgodnie z zasadą wzajemnej korzyści jej członków. To rekompensata dóbr, jaką zmarły uzyskał od tej wspólnoty za życia. Zgodnie z tym modelem zwłoki należy traktować jako „rzecz społeczną”, którą można użyć dla dobra wspólnego. Rutynowe pobieranie organów nie wymaga więc zgody nikogo, w tym za życia sformułowanej przez zmarłego¹. Decyzja o losach martwego ciała należy wyłącznie do zespołu specjalistów medycznych.

Koncepcja rutynowego pobierania narządów ignoruje jednak autonomiczną zdolność jednostki do decydowania o sobie, także wtedy, gdy formułowałaby ona życzenia, które sięgają czasu po jej śmierci, choćby w wyrażeniu woli dotyczącej obchodzenia się z jej ciałem. Ignorowanie tych życzeń jest sprzeczne z zasadą szacunku dla ludzkiej autonomii. Nawet wtedy, gdy model ów jest ograniczony możliwością zgłoszenia sprzeciwu, przyjmowanie zgody domniemanej wobec tych, którzy owego sprzeciwu nie wyrazili, budzi poważne wątpliwości moralne, ponieważ wyrażenie niezgody na działania medyczne poprzez zgłoszenie w rejestrze sprzeciwów ma charakter czysto formalny i nie jest poprzedzone wyjaśnieniem. Trudno mówić wtedy o decyzji

¹ W świetle polskiego ustawodawstwa zgodę na pobieranie komórek, tkanek lub narządów reguluje art. 4 i 5 Ustawy z dn. 1 lipca 2005r., o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 2005 Nr 169, poz. 141). W myśl art. 5 obowiązuje tzw. zgoda domniemana – organy do przeszczepu od osoby zmarłej można pobrać, jeśli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu [przyp. red.]

kompetentnej. Chyba że przyjmiemy wprost konkluzję, że niewyrażenie sprzeciwu jest przejawem racjonalności, niezależnie od tego, czy uobecnia się ona w intencjach potencjalnego dawcy czy też nie: *Powolywanie się na zgodę domniemaną jest wątpliwe moralnie, gdyż część obywateli nie zgłasza sprzeciwu powodowana nie tyle pobudkami altruistycznymi, ile niechęcią do myślenia o własnej śmierci, zwykłą ignorancją i lenistwem bądź obawą przed ujawnianiem władzom zdrowotnym swoich preferencji* (Szewczyk, 2009, s. 155). Niezgłaszanie sprzeciwu nie nosi zatem znamion potencjalnego daru, tym bardziej nie jest przejawem dobroczynności, ponieważ jest zazwyczaj nieświadome.

Model przekazywania organów jako daru, w sposób świadomy, usuwa rozszczenia państwa, stawia jednocześnie jednoznaczne granice, czytelne moralnie, a dotyczące ingerencji w martwe ciało. Jak piszą R.M. Veatch i L.F. Ross, *Model daru oparty jest na moralnym przeświadczeniu, że istnieje obowiązek respektowania cielesnej integralności członków wspólnoty moralnej i że ta powinność trwa nawet po ich śmierci. Tak jak istnieje obowiązek poszanowania woli, autonomii i integralności ciała – zdolności do decydowania o tym, co stanie się z ciałem – osoby uczestniczącej w projekcie badawczym, tak samo ów szacunek jest wymagany nawet po jego lub jej śmierci* (Veatch, Ross, 2015, s. 132). Oboje zakładają jednak, że pozyskiwanie organów w innym modelu, tj. w rutynowym ich odzysku, zwiększyłaby dostępność tychże w USA, odnotowując jednocześnie za rok 2014, iż dawców było jedynie 8 tys., a oczekujących na przeszczep aż 123 tys. chorych, i dodając, że 7 tys. osób zmarło nie otrzymawszy organu.

Zapewne ta dostępność byłaby większa, choć tego typu prognozyka nie sprawdza się w Polsce, w której istnieje model oparty na tzw. zgodzie domniemanej ograniczonej sprzeciwem. Dla przypomnienia, ustawa z dnia

1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów stanowi, że (art.5.1) *Pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia lub pobrania komórek lub tkanek w celu ich zastosowania u ludzi można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu”, a sprzeciw ten (art.6.) „wyraża się w formie: 1) wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich; 2) oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis; 3) oświadczenia ustnego złożonego w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego.*

Zgodnie z danymi Poltransplantu w Centralnym Biurze Sprzeciwów zgłoszono do 2016 roku ok. 29 tys. sprzeciwów (761 na milion mieszkańców Polski), przy czym 300 osób dotąd cofnęło ów sprzeciw. Do Biura w 2016 roku wpłynęły 1592 zapytania o sprawdzenie istnienia sprzeciwu, a tylko w dwóch przypadkach miał miejsce fakt jego potwierdzenia. W roku 2016 w Polsce dawców rzeczywistych było 542 (wykorzystanych – 525), pobrań narządów dokonano 1637 (wykorzystanych narządów – 1522), a na przeszczep oczekuje aż 5274 osoby, z tego na nerkę – 1031, na wątrobę – 173 i na serce – 388 osób (Poltransplant 2017).

W perspektywie wieloletniej okazuje się jednak, że głównym problemem transplantologii jest wczesna identyfikacja potencjalnych dawców, nie zaś poglądy i przekonania dotyczące transplantacji *ex mortuo*. Tym niemniej, w narracji publicznej ma miejsce utyskiwanie na niską świadomość dotyczącą transplantacji, co ma być główną przeszkodą w dostępie do organów i swoistym argumentem za akceptowaniem zgody domniemanej. Nikt nie wskazuje jednak na to, jak brak tej wiedzy miałby ograniczać możliwości przeszczepów. To obwinianie ma charakter obłudny, ponieważ można odnieść wrażenie, że brak społecznej

dyskusji i pełnej informacji w tym zakresie bierze się z lęku, iż wiedza taka spowodowałaby lawinowy wzrost deklaracji sprzeciwu. To przeświadczenie nie ma żadnych potwierdzeń empirycznych, a wypływa z przekonania, że ludzie są egoistyczni i chciwi siebie samych nawet po śmierci. A przecież można założyć równie apriorycznie, że brak tej wiedzy i form obywatelskiej debaty czyni z nich takich właśnie.

2. Argumentacje quasi-etyczne

W argumentacji bioetycznej, opowiadającej się za rutynowym odzyskiem organów, tkwi wiele uzasadnień pozorujących racje etyczne. Nie odwołują się one bowiem do wartości, lecz do potocznego osądu. Założenie bowiem, że zmarłemu ciało nie jest potrzebne; że go nie będzie już używał, jest trywialną konstatacją, lecz dyskretnie opowiadającą się za zawłaszczeniem zwłok. To argumentacja pozaetyczna i zdroworozsądkowa, nedorzeczna w swej istocie. Jedyna reguła etyczna, którą da się wyinterpretować, byłaby następująca: „co nie należy do nikogo (tutaj: martwe ciało nie należy do nikogo), mogą uczynić własnym”. Ta reguła w swojej miałkości odpowiada podobnym zdroworozsądkowym – np. „znalezione, nie kradzione”. W tym przeświadczeniu quasi-moralnym tkwi jednak założenie, że wraz ze śmiercią człowieka przestaje istnieć jego przeszłość, osobnicza, biograficzna; że martwe ciało nie desygnuje czyjeś tożsamości. A to nieprawda, ponieważ przeszłość istnieje w pamięci bliskich, także na mocy obyczajów. Stosunek rodziny do zmarłego bliskiego potwierdza to dobitnie, jak społeczno-historyczny kontekst odnajdywanych szczątków ludzkich. Dla transplantologów zaś martwe ciało to zwłoki, z których można pobrać organy; dla rodziny zmarły nadal jest ojcem, matką, synem bądź córką. Te dwie biegunowe perspektywy są realne: jedna zdefiniowana przez kompetencje medyczne, druga zaś przez sferę emocjonalną.

Równie nedorzeczny argumentem jest założenie, że milczenie jest wyrażeniem zgody: zwłoki bowiem nie milczą, bo milczenie jest zdolnością ludzkiego organizmu żywego, a tym bardziej nie wyrażają zgody. Zgodę wyrażają żywi, ale tylko wtedy, gdy są do tego uprawnieni. Chyba że traktujemy osobę zmarłą, u której stwierdzono śmierć mózgu, nadal za pacjenta, który ze względu na swój stan jest niekompetentny. Domniemanie zaś, że gdyby osoba zmarła byłaby za życia zapytana o swoją wolę, wyraziłaby ją w oczekiwany sposób, jest argumentem słabym, by nie rzec wprost – wielce kontrowersyjnym. Nasuwa się bowiem jedno zastrzeżenie – dlaczego ją o to nie zapytano za życia? Podobnym argumentem opowiadającym się za rutynowym odzyskiem organów, jest przeświadczenie, że martwemu nie wyrządza się krzywdy pobierając organy. Chodzi tutaj o poczucie krzywdy, jej istnienie lub brak, które również jest zdolnością osoby żywej, ta zaś jako potencjalny dawca nie jest pytana o to, czy uznaje lub nie za krzywdzące przeznaczanie jego zwłok do przeszczepu organów bez jej zgody.

Należy odrzucić te argumentacje, ponieważ ich miałkość i banalność oraz imitowanie racji etycznych ma na celu jedno: pozbawienie jednostek lub rodziny zmarłego zdolności do decydowania o donacji. W ostateczności pojawia się argument „dar życia”, czyli przyjęcie, że wartość życia jest naczelną wobec wartości samostanowienia o sobie i swoim ciele. Lecz „dar życia” jest tutaj narzuconym obowiązkiem, który usuwa dobrowolność daru. Jest przymusem prawnie zdefiniowanym. „Dar życia” to metaforyczny slogan, kluczowy dla edukacji transplantologicznej, lecz nieprzekonywujący dla podjęcia przez rodzinę decyzji o donacji, ponieważ wyraża presję, aby okazać się altruistą (Sque, Payne, Clark, 2007). Uwzględniając to, że rodziny upatrują w geście donacji dobrowolne poświęcenie dla innego człowieka, silniej powinno orientować personel medyczny

na wsparcie rodziny w żałobie, uwzględniając nie tylko wiele wątpliwości, z którymi boryka się ona wyrażając zgodę na pobranie narządów, lecz również obawę przed społecznym napiętnowaniem. Toteż odzieranie bliskich z tych emocji, ignorowanie ich albo obwinianie jest przejawem dehumanizacji zakłócającej przebieg żałoby.

3. Czy rodzina powinna decydować?

Problem donacji dotyczy istotnej kwestii: czyje roszczenia do tego, jak traktować martwe ciało, są uprawnione i kto ma prawo decydowania o donacji organów. Jeśli rodzina podejmuje decyzję zastępczą, to na dwa sposoby: zgodnie z tym, co zmarły sobie życzył, bądź kierując się własnym rozumieniem dobra zmarłego (Boddington, 1998). W podjęciu decyzji rodziny odrywają istotną rolę przekonania dotyczące fizycznej integralności ciała, rozważanej pod kątem własności, suwerenności, godności i prywatności: *Dostępne dowody empiryczne dowodzą, że integralność ciała (i) jest silnym i znaczącym czynnikiem przewidyującym intencję i rzeczywistą decyzję o oddawaniu narządów oraz (ii) ma bezpośredni i negatywny wpływ na podpisanie kart dawców i decyzji o oddaniu* (Viens, 2016, s. 22]. Preferowany model rutynowego odzysku organów nie dopuszcza do artykulacji tych wartości i ignoruje obawy jednostek lub rodziny związane z oszpecceniem zwłok.

Rodzina jednak ma moralne uzasadnienie dla wyrażania swoich preferencji co do postępowania z ciałem zmarłego ze względu na zobowiązania wynikające z więzi emocjonalnych i domaga się ich respektowania. Z pewnością są to uzasadnienia o wiele bogatsze niż te, które uprawniają państwo bądź jego instytucje czy też formalnie określone wspólnoty do dysponowania zwłokami. Kluczowe są dwa argumenty przemawiające za uprawnieniem moralnym rodziny do decydowania o donacji organów zmarłego krewnego. Po pierwsze

rodzina „wytwarza” ciała, chroni je, pielęgnuje, żywi i wyposaża w zdolności psychofizyczne. Po drugie zobowiązania moralne wobec osoby zmarłej definiowane są przez uczucia głębokie i złożone, aksjologicznie bogate (Barański, 2016).

4. Czy decyzje rodziny zmarłego są przeszkodą dla zwiększenia dostępności organów?

Podjęcie działań transplantacyjnych warunkowane jest w Polsce sprawdzeniem w Centralnym Biurze Sprzeciwów, czy zmarły nie wyraził sprzeciwu, a jeśli takiego nie ma, lekarze mają obowiązek zapytać rodzinę, czy zmarły nie wyraził sprzeciwu w innej postaci, w tym sensie – zapytać o opinię dotyczącą donacji organów. W praktyce ta procedura może przyjmować postać uzyskania zgody rodziny na pobranie narządów od zmarłego wraz z założeniem, że rodzina pragnie kierować się dobrem zmarłego lub własnym dobrem. To jednak dyskretnie potwierdzenie, że ma ona moralne uzasadnienie dla wyrażenia preferencji odnoszących się do postępowania ze zwłokami jej krewnego.

W narracji bioetycznej nierzadko można spotkać opinię, zgodnie z którą niezgoda rodziny, choć niemająca umocowania prawnego w Polsce, na pobranie organów stanowi istotną, jeśli nie główną, przeszkodę dla zwiększenia dostępności organów: *Jednak ani istniejący stan prawny, ani późniejsza nowelizacja wspomnianej ustawy transplantacyjnej, nie zapewniły zadowalającego poziomu dostępności do narządów, pozwalającego na wykonywanie przeszczepów w skali porównywalnej z najlepszymi światowymi ośrodkami klinicznymi. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy może być powszechny zwyczaj wśród lekarzy uzyskiwania zgody od rodzin osób zmarłych na pobranie narządów ze zwłok, połączony z dużym oporem społecznym wobec eksplantacji organów*

ze zwłok osób bliskich. W sytuacji potrzeby pobrania narządów, niektóre osoby traktują to jako swego rodzaju formę profanacji zwłok ich najbliższych. Sytuacji nie poprawia niedostateczna znajomość społeczna zagadnień związanych ze śmiercią mózgu i stwierdzaniem zgonu osób leczonych w warunkach oddziałów intensywnej opieki medycznej oraz niewystarczające zaufanie rodzin zmarłych lub nawet często jego brak, wobec lekarzy (Żaba, Świdorski i in. 2009, ss. 159–160). Autorzy tej tezy konstatują nadto, że rodziny zmarłych osób przeżywają emocje i racjonalne argumenty nierzadko nie przekonują rodzin pogrążonych w rozpacz po stracie bliskich osób i w konsekwencji lekarze spotykają się ze sprzeciwem względem pobrania organów od zmarłego (Żaba, Świdorski i in., 2009, s. 161).

Osoby przeżywające śmierć bliskiego nie mogą myśleć racjonalnie, jeśli ich udziałem są niezwykle silne emocje: żałoba i poczucie straty, ból jej towarzyszący jest ceną, jaką płacimy za miłość (Sque, Long-Sutchall, 2011, s. 73). Dlatego rozmowa z rodziną o możliwym oddaniu organów do przeszczepu przebiega w sytuacji skrajnie trudnej. Kiedy w rodzinie trwa proces zaprzeczania realności śmierci, prośba o zgodę na dawstwo organów gwałtownie konfrontuje rodzinę z zaistniałą utratą. Może to wyzwać protest wobec zaistniałej sytuacji, niezgodę na realność śmierci, a w konsekwencji – niezgodę na dawstwo organów. Można zatem postawić hipotezę, że brak zgody na oddanie organów może być efektem złości czy buntu, który jest naturalnym etapem konfrontowania się ze śmiercią bliskiego (Jurek, Chwał i in., 2011, s. 55). Stan emocjonalny nie może jednak dyskwalifikować zdolności do podejmowania decyzji przez rodzinę, wręcz przeciwnie: wymaga ona większej troski, wyrozumiałości i opieki, aby tę decyzję wyrazić zgodnie z własnymi preferencjami, także uwzględniając przekonania zmarłego. Okazuje się bowiem, że rodziny, które nie zgodziły się na pobranie organów od zmarłego krewnego, uważały, że moment, w którym były

o to pytane, był niestosowny, dodatkowo nie czuły się również odpowiednio poinformowane o dawstwie i związanych z tym procedurach. Wskazywały na złą kolejność przekazywania informacji: pytanie o znajomość poglądów osoby zmarłej na temat dawstwa często padało przed komunikatem o śmierci mózgowej. Krewni osoby zmarłej często czuli, że personel medyczny był wrogo nastawiony zarówno do nich, jak i pacjentów, którymi nie opiekował się w dostateczny sposób (Jurek, Chwał i in., 2011, s. 55).

Nadto, te trudności wzmaga doświadczanie martwego ciała bliskiej osoby, potencjalnego dawcy: Dawcy są osobliwymi istotami granicznymi, schwytanymi gdzieś pomiędzy statusem pacjenta a zwłok (Lesley, 2006, s. 4). Krewni doświadczają pulsu, oddechu, ciepłoty ciała, nie doświadczają zaś śmierci mózgu². Próbuja

2 Pobieranie narządów możliwe jest po stwierdzeniu trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierć mózgu) lub po stwierdzeniu nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu mówi: W większości przypadków klinicznych obrzęk mózgu wynikający z jego uszkodzenia narasta od strony przestrzeni nadnamiotowej, a pień mózgu umiera jako ostatnia jego część. W takich sytuacjach czynnikiem kwalifikującym śmierć mózgu jest nieodwracalny brak funkcji pnia mózgu. Trwałe uszkodzenie pnia mózgu ustala się na podstawie braku określonych odruchów nerwowych i braku spontanicznej czynności oddechowej. Postępowanie takie, oparte przede wszystkim na badaniach klinicznych, w przeważającej liczbie przypadków jest możliwe, a jego wynik – pewny.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia mówi: Zatrzymanie krążenia, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, prowadzi w krótkim czasie do śmierci komórek mózgowych i ostatecznie do śmierci mózgu. Jednocześnie komórki stanowiące strukturę narządów bardziej odpornych na niedotlenienie wynikające z braku perfuzji zachowują przez pewien czas swoją funkcję, co stwarza możliwość ich pobrania i skutecznego przeszczepienia. Stwierdzenie zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia opiera się na całościowej interpretacji danych z wywiadu chorobowego

uchwycić stan osoby bliskiej w wyobrażeniach snu, które konotują silnie z terminem „wybudzenie”. Dla transplantologów sytuacja jest przejrzysta w kontekście śmierci mózgu i taka powinna pozostać, dla rodziny z pewnością taką nie jest. Postulowanie, aby transplantologowie w umiejętny psychologicznie sposób stawiali pytanie, czy odmawiając teraz pobrania z ciała zmarłego krewnego, sami zrezygnowalibyśmy z przeszczepu ratującego ich życie, nie chcąc naruszać ciała innego, obcego im zmarłego (Nowacka, 2013, s. 10), nadto w rozmowie wskazywali, że mamy tu do czynienia nie z profanacją ciała, a z darowaniem życia (Nowacka, 2013, s. 9), jest bodaj chybione, bo zawiera elementy obwiniania, wychodząc z wartościującego przeświadczenia, że sprzeciw wobec pobrania organów ze zwłok staje się sprzeciwem wobec życia (Nowacka, 2013, s. 10). Jest to sytuacja graniczna dla rodziny i dla transplantologów. Niewłaściwy kontakt, brak wsparcia i troski wobec rodziny pogrążonej w żałobie, brak zrozumienia jej obaw, sprzyja postawie braku akceptacji dla donacji; lekarze zaś ze względu na to, że rodzina nie jest włączona w proces decyzyjny, rezygnują z roli terapeuty na rzecz reprezentanta paternalizmu klinicznego, który polega na ograniczeniu autonomii jednostki, wymusza uległość wobec władzy lekarzy i instytucji (Gałuszka, 2013, s. 124).

Choć lekarze zwracają uwagę na trudności związane z niewłaściwymi relacjami z rodzinami zmarłych bądź sygnalizują brak doświadczenia i umiejętności w prowadzeniu z nimi rozmów, to jednak wskazują na istotne przesłanki sprzyjające zwiększeniu pobrań: wiedza i doświadczenie lekarzy, lepsza organizacja, wypracowane standardy postępowania

i klinicznych objawów nieodwracalnego zatrzymania krążenia. Poniższe wytyczne definiują kryteria rozpoznawania i sposób stwierdzania nieodwracalnego zatrzymania krążenia przed przystąpieniem do czynności związanych z przygotowaniem do planowanego pobrania komórek, tkanek lub narządów.

w przypadku podejrzenia śmierci mózgu. W 2016 roku szpitale zgłosiły 667 dawców: w 37 przypadkach odstąpiono od procedur z przeciwwskazań medycznych – 5,5%; w 73 zaś przypadkach z powodu braku autoryzacji – 10,8% (Poltransplant 2017), czyli głównie z powodu wyrażenia sprzeciwu rodziny. Trudno uznać ten sprzeciw za przeszkodę w sposób znaczący hamującą rozwój transplantologii i równie znacząco ograniczający dostęp do organów, choć nie można zignorować faktu, że brak autoryzacji mógł uniemożliwić uratowanie życia lub polepszenia jego jakości ok. 400 osobom oczekującym na przeszczep.

5. Zakończenie

Kluczowa kwestia etyczna w transplantacji ex mortuo związana jest z tym, kto jest uprawniony do decydowania o losach martwego ciała. Rutynowy odzysk organów pozbawia jednostkę zdolności do podejmowania decyzji o sobie, a rodzinę – decyzji o losach martwego ciała ich krewnego. Jest to wywłaszczanie rodzin zmarłych z tych obyczajów, które uzdolniły je i zobowiązały do ochrony, pielęgnacji i poszanowania (dbałości o nienaruszalność) martwego ciała krewnego. Przyjęcie rozwiązania polegającego na złożeniu deklaracji sprzeciwu jest obciążone wątpliwościami (wyrażenie sprzeciwu na interwencję medyczną bez poinformowania), choć sam ów sprzeciw zarejestrowany w Biurze Sprzeciwów nie odgrywa w Polsce znacząco istotnej roli, czyli nie ogranicza dostępu do organów.

Problem zatem dotyczy uzyskania akceptacji rodziny dla pobrania organów po śmierci krewnego. To wymaga pracy zespołu terapeutów, którzy będą w stanie udzielić tej rodzinie wsparcia i otoczyć ją opieką. Aby czynić to efektywnie, należy przyjąć, że w sytuacji niezgłoszenia przez zmarłego sprzeciwu, rodzina powinna być włączona w proces decyzyjny. Potrzebne są zatem badania nad motywami podejmowanych decyzji oraz nad potrzebami

i oczekiwaniami rodzin, które zmierzają się z podjęciem decyzji o donacji, aby wypracować takie standardy postępowania i opieki, dzięki którym rodziny pogrążone w żałobie skłonne będą do zaakceptowania donacji. 🗨️

Praca zrealizowana w ramach tematu statutowego nr ST.A150.17.019.

Jarosław Barański, dr hab., kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Autor książek, m.in.: „Śmierć i zmysły” (2000), „Sztuka jako nieporozumienie” (2002), „Ciało i sztuka leczenia” (2011), „Utopia zmedykalizowana” (2013), a także współredaktor podręczników: „Zdrowie i choroba”, „Porozumiewanie się lekarza z pacjentem”, „Relacja lekarz-pacjent”, „Agresja w opiece zdrowotnej”. Członek redakcji czasopisma „Clinical Education and Medical Simulation”; członek rady naukowej Towarzystwa Komunikacji Medycznej, członek zarządu IPPNW sekcja polska. Główny obszar zainteresowań badawczych: filozofia ciała, literatury, medycyny oraz etyka cnoty.

Afiliacja:

Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Mikulicza-Radeckiego 7
50-368 Wrocław
Tel. 663149840

Kamila Łampika, asystent w Zakładzie Humanistycznych Nauk Lekarskich na Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu. Ukończyła studia magisterskie na Wydziale Nauk Historycznych i Pedagogicznych w Instytucie Pedagogiki oraz na Wydziale Nauk Społecznych w Instytucie Filozofii Uniwersytetu Wrocławskiego. Uczestniczka kursów Szkoła Coachingu Lilianny Kupaj oraz Szkoła Trenerów CEL. Obszar zainteresowań: komunikacja interpersonalna w relacji lekarz-pacjent, etyka medyczna, emancypacja kobiet, a także kariery zawodowe kobiet. Autorka artykułów: „Świadomość form komunikowania

się jako pierwszy krok rozwoju kompetencji miękkich u lekarzy”, „Dobry lekarz z perspektywy dziecka”, „Przeszkody w komunikacji pomiędzy lekarzami, a starszymi pacjentami”. Współpracuje z Fundacją „Eudajmonia” na rzecz osób z niepełnosprawnością.

Afiliacja:

Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Mikulicza-Radeckiego 7
50-368 Wrocław

Bibliografia

- Barański, J. (2016). Do kogo należy martwe ciało? *Medium. Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej*, 11 (316), ss.11–13.
- Boddington, P. (1998). Organ Donation After Death – Should I Decide, or Should My Family?, *Journal of Applied Philosophy*, 15, 1, ss. 69–81.
- Dukeminier, J., Sanders, D. (1968). Organ Transplantation. A Proposal for Routine Salvaging of Cadaver Organs, *New England Journal of Medicine*, 22, 279(8), ss.413–419
- Gałaszka, M. (2013). Medycyna jako władza w społeczeństwie ryzyka. W: I.Ю. Робах, Г.Л. Демочко, В.А. Мац (red.), *Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я*, Харківський національний медичний університет, Харків, ss. 121–124.
- Gałaszka, M. (2015). Komerjalizacja ciała ludzkiego w społeczeństwie ryzyka biomedycznego, *Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica*, 55, ss. 37–56.
- Jurek, J., Chwal, M., Janusz, B., de Barbaro, B. (2011). Pobieranie narządów po śmierci: psychologiczne sytuacja rodziny, kontekst kulturowy, rola profesjonalistów, *Psychoterapia* 4(159), ss. 51–64.
- Lesley, A.S. (2006). *Strange Harvest: Organ Transplants, Denatured Bodies, and the Transformed Self*. Berkeley-Los Angeles: University of California Press.
- Nowacka, M. (2013). O sprzeciwie wobec pobrania narządów od zmarłych dawców, *Studia z bioetyki i antropologii filozoficznej*, 14, ss. 5–16.

- Poltransplant, 2017, *Biuletyn informacyjny*, 1(25).
- Sque, M., Payne, S., Clark, J.M. (2007). Gift of life or sacrifice? Key discourses for understanding decision-making by families of organ donors. W: Sque, M., Payne, S., *Organ and Tissue Donation: An Evidence Base for Practice*, Open University Press, Maidenhead, New York, ss. 40–58.
- Sque, M., Long-Sutchall, T. (2011). Bereavement, decision-making and the family in organ donation. W: Farreli, A.-M., Price, D., Quigley, M., *Organ Shortage, Ethics, Law and Pragmatism*. New York: Cambridge University Press, ss. 67–86.
- Szewczyk, K. (2009). *Bioetyka T.2, Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*. Warszawa: PWN.
- Veatch, R.M. (1991). *The Patient-Physician Relation. The Patient as Partner, Part 2*. Indiana University Press, Bloomington and Indianapolis.
- Veatch, R.M., Ross L.F. (2015). *Transplantations Ethics*. Washington: Georgetown University Press.
- Viens A.M. (2016). Bodily Integrity as a Barrier to Organ Donation. W: Fox, R.J., Assadi, G., Marckmann, G. (red.), *Organ Transplantation in Times of Donor Shortage. Challenges and Solutions*. Springer International Publishing Switzerland, ss. 19–26.
- Żaba Cz., Świdorski P., Żaba Z., Grześkowiak M. (2009). Prawno-medyczne aspekty pobierania narządów ze zwłok, *Nowiny Lekarskie*, 78, 2, ss. 159–164.

Who Is Eligible to Take Decision Regarding the Fate of a Dead Body? Ethical Problem of Transplantation ex mortuo

Abstract

There is no non-controversial answer to the question, who is eligible to make decision regarding a dead body. The paper discusses this issue in the context of transplantation ex mortuo, pointing out that families' decisions regarding the donation of organs of a dead relative should be taken into account and respected and that the family should be included in the decision making process.

Keywords:

organ donation, transplantation, medical ethics.