

Rowiński, Wojciech

Etyczno-obyczajowe aspekty nowych technologii medycznych

Rocznik Żyrardowski 5, 9-12

2007

Artykuł został zdigitalizowany i 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, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Wojciech Rowiński¹

Etyczno-obyczajowe aspekty nowych technologii medycznych²

Nowe technologie medyczne stanowią wytwór myśli człowieka oraz wynik rozwoju nowych technik diagnostycznych, postępu farmakoterapii i biotechnologii. Rozwój gospodarki rynkowej, procesy globalizacji spowodowały, że nowe technologie stały się dostępne prawie we wszystkich krajach świata. Wraz z nowymi technologiami pojawiły się wśród społeczeństw na całym świecie oczekiwania, że wszystko, co możliwe, będzie dostępne. Jedną z takich nowoczesnych, zaawansowanych technologii medycznych jest medycyna transplantacyjna. Ta specjalność medyczna różni się tym od wszystkich innych, że w procesie leczenia potrzebny jest żywy narząd pochodzący od osoby zmarłej lub od dawcy żywego.

Dostępność wszystkich nowych technologii medycznych, a medycyny transplantacyjnej w szczególności, ograniczona jest przez niedoskonałości lub błędną interpretację przepisów prawnych, bariery etyczno-obyczajowe oraz ograniczenia finansowe.

Do najistotniejszych problemów etyczno-obyczajowych przeszczepiania narządów należą: dostępność takiego leczenia, problem czyja zgoda jest potrzebna na oddanie (pobranie) narządu, pochodzenie narządu (dawca zmarły, dawca żywy), wybór biorcy i zapewnienie bezpieczeństwa całej procedury i jej przejrzystości, informacje przekazywane biorcom narządu i sposób uzyskiwania świadomej zgody na zabieg.

Doskonałe wyniki przeszczepiania narządów spowodowały, że ten sposób leczenia stał się ofiarą własnego sukcesu. Podstawowym problemem w chwili obecnej, zarówno w Polsce, jak i na całym świecie staje się brak odpowiedniej liczby dostępnych narządów do przeszczepienia dla oczekujących na ten zabieg chorych.

W 2005 roku przeprowadzono w Polsce 1024 operacje przeszczepienia nerki, 160 operacji przeszczepienia wątroby, 18 razy przeszczepiono

¹ Prof. dr hab. Wojciech Rowiński – Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Instytut Transplantologii, Akademia Medyczna w Warszawie, Nowogrodzka 59, 02-006 Warszawa.

² Skrót wykładu wygłoszonego 16.09.2006 roku na Inauguracji Roku Akademickiego w Wyższej Szkole Rozwoju Lokalnego w Żyrardowie.

trzustkę wraz z nerką, a u 120 chorych przeszczepiono serce. Mimo że liczby te są większe niż przed kilku laty, potrzeby są wielokrotnie wyższe.

Ustawa transplantacyjna, znowelizowana w 2005 roku uregulowała wszystkie aspekty prawne tej metody leczenia. Zezwala ona na pobieranie narządów od zmarłych, którzy za życia nie zarejestrowali swojego sprzeciwu, po stwierdzeniu śmierci mózgu przez niezależną trzysobową komisję lekarską, zezwala na pobieranie parzystego narządu unaczynionego (nerki) lub jego fragmentu (wątroba) od osoby żywej spokrewnionej genetycznie lub emocjonalnie (współmałżonek), określa zasady związane z przeszczepianiem szpiku oraz penalizuje jakąkolwiek próbę komercjalizacji tej metody leczenia. Wprowadzenie Ustawy wraz z odpowiednimi rozporządzeniami wykonawczymi nie spowodowało, ponieważ nie mogło na to bezpośrednio wpłynąć, zwiększenia liczby przeszczepianych narządów. Zasadniczą przyczyną takiego stanu rzeczy są bariery obyczajowe i coraz bardziej widoczne ograniczenia finansowe.

Możliwości zwiększenia liczby przeprowadzanych zabiegów przeszczepienia narządów upatruje się w poszerzaniu kręgu dawców żywych, od których pobiera się nerkę, próby wykorzystywania narządów od większości osób zmarłych, a w przyszłości w postępie biotechnologii (przeszczepy odzwierzęce od modyfikowanych genetycznie zwierząt, wykorzystanie komórek macierzystych, a być może i klonowanie narządów).

Do „czułych” w odbiorze społecznym aspektów medycyny transplantacyjnej należą określenie – kogo można nazwać dawcą i problem, czyja zgoda jest potrzebna na pobranie narządów po śmierci i znaczenie autonomii, rozpoznawanie zgonu człowieka (koncepcja i kryteria śmierci człowieka) oraz obawy przed komercjalizacją. Obawy te są często nasilane przez środki przekazu poszukujące sensacji oraz w następstwie nieostrożności sformułowań.

Określenie „dawca” nasuwa skojarzenie z dawcą krwi lub komórek krwiotwórczych, lub rodzinnym dawcą nerki czy fragmentu wątroby. Nie należy jednak używać określenia „brak dawców narządów” w odniesieniu do osób zmarłych. W rzeczywistości istnieje niedostatek narządów pobieranych od osób zmarłych. Nie można również określić mianem „dawca” osoby sprzedającej swój narząd. W jeszcze większym stopniu złe skojarzenia związane są z określeniem „zgoda domniemana”. Określenie to, stosowane na całym świecie, budzi sprzeciw wśród zwolenników koncepcji „świadomej zgody”. Znacznie lepszym rozwiązaniem byłoby stosowanie określenia „zarejestrowany sprzeciw”. Przy upewnieniu się, że całe społeczeństwo zdaje sobie sprawę z prawa do świadomego zarejestrowania sprzeciwu można by pobierać narządy od wszystkich zmarłych (z wyjątkiem tych, którzy taki sprzeciw zarejestrowali).

Zgon człowieka można określać z punktu widzenia ludzkiego oraz medycznego. Biblijne określenia „Z prochu powstałeś i w proch się obrócisz” lub „człowiek umiera, gdy Jego Dusza opuszcza ciało” przyjmowane są przez miliardy ludzi niezależnie od ich wyznania. Tym koncepcjom śmierci nie towarzyszą łatwe do określenia kryteria, a na pewno niemożliwe byłoby wykorzystanie żywego narządu od osoby zmarłej, co stanowi podstawowe kryterium pozwalające na jego przeszczepienie.

W rozpoznawaniu zgonu człowieka nie ma miejsca na jakąkolwiek pomyłkę. Kryteria muszą być jasne i w pełni przejrzyste. Z medycznego punktu widzenia od wieków za moment zgonu człowieka przyjmowano całkowite ustanie pracy serca i czynności oddechowej. Wiadomo jednak, że śmierć człowieka nie jest „zdarzeniem”, a pewnym procesem. Człowiek umiera, gdy dochodzi do nieodwracalnego uszkodzenia tej części mózgu (pnia mózgu), która odpowiada za wszystkie, życiowo ważne, czynności organizmu (oddychanie, termoregulacja, podstawowe czynności metaboliczne, praca układu krążenia). Ustanie tych czynności stanowi punkt, z którego nie ma odwrotu. Kryteria medyczne rozpoznawania nieodwracalnego ustania czynności pnia mózgu są jasno zdefiniowane i w takiej sytuacji komisja lekarska (trzech lekarzy odpowiedniej specjalności, nie powiązanych z pobieraniem i przeszczepianiem narządu) ma prawo rozpoznania zgonu (i wyłączenia respiratora, sztucznie utrzymującego czynność oddechową). Przyjęcie koncepcji śmierci pnia mózgu jako zgonu człowieka pozwala zatem na wykorzystanie żywego narządu od osoby zmarłej.

Obawy przed komercjalizacją podsycane są przez sensacyjne i nieodpowiedzialne doniesienia prasowe i radiowo-telewizyjne, które nadal (choć coraz rzadziej) pojawiają się w wielu krajach świata.

Przełamywanie barier obyczajowych i uzyskanie akceptacji społecznej stanowią nieodzowny warunek dalszego rozwoju medycyny transplantacyjnej. Przed rokiem Fundacja „Zjednoczeni dla Transplantacji” wraz z pracownikami Instytutu Transplantologii oraz Instytutem Badania Opinii Demoskop przeprowadziły badanie postaw w społeczeństwie i środowisku medycznym dotyczących przeszczepiania narządów od osób zmarłych i dawców żywych. Badanie te potwierdzają istnienie barier obyczajowych oraz niepełną akceptację tej metody leczenia. Dlatego też istnieje zatem potrzeba prowadzenia szeroko pojętej edukacji w społeczeństwie.

Ethical and Moral Aspects of New Technologies in Medicine

Summary

Being the latest achievement of human mind, new medical technologies, owing to the immense progress in diagnostic techniques and tools, the recent development in pharmacological therapies and biotechnologies, have been widely implemented in medicine, particularly in transplant surgery. Unlike other fields of medicine, transplant surgery requires living organs that come from a dead person or a living donor. At this point a number of ethical and moral issues arise, which very often make it virtually impossible to carry out a transplant surgery as there is a constant lack of organs for that purpose.