

KATARZYNA MARIA GÓRSKA

Związek medycyny i religii. Podobieństwa i różnice w poglądach na temat transplantacji organów wśród przedstawicieli judaizmu, buddyzmu i islamu

Słowa kluczowe: medycyna, bioetyka, kultura, socjologia, prawo, przeszczep organów, judaizm, islam, buddyzm, świadoma zgoda, dar życia

Wstęp

Współczesny kształt medycyny zawdzięczamy wieloletniej pracy nad interdyscyplinarnym rozwojem wielu jej dziedzin, zakorzenionych w starożytnej praktyce dbania o higienę i sposobie zachowania sprawności funkcjonowania człowieka. Ludzka ciekawość i dociekliwość stale popycha naukowców do odkrywania, nie tylko przed światem nauki, coraz to nowszych korelacji między składowymi ciała: anatomią, fizjologią i psychiką.

Ludzkie ciało, nieposiadające zdolności pełnej odbudowy wszystkich narządów – oprócz kilku wyjątków jak np. ograniczona zdolność wątroby do regeneracji – wymaga interwencji medycyny w przypadku zagrożenia życia na skutek poważnych, nieodwracalnych uszkodzeń. Obecnie

uważa się przeszczep za najlepsze rozwiązanie terapeutyczne dla osób cierpiących na przewlekłą i schyłkową niewydolność narządową.¹ Transplantacja, w efekcie której przywracane są czynności upośledzonego organu, przedłuża życie i poprawia jego jakość coraz większej liczbie osób na całym świecie, uwalniając od negatywnych skutków uciążliwej terapii podtrzymującej funkcjonowanie niewydolnego narządu.

Należy podkreślić, iż sama choroba i proces terapeutyczny nie dotyka tylko i wyłącznie pojedynczego istnienia ludzkiego. Człowiek, a więc główny przedmiot studiów medycznych, jest niewątpliwie zakotwiczony w otaczających go strukturach społecznych. Nie można zatem zapomnieć o socjologicznych następstwach rozszerzania wiedzy medycznej w kontekście analizowania mechanizmów funkcjonowania organizmu ludzkiego.²

Przełom w medycynie – nowe wyzwania

Na gruncie rozważań medyczno-prawnych szczególną rolę odgrywa wiek XX., obfitujący w przełomowe eksperymenty i odkrycia. Już na samym początku stulecia, w 1902 roku, rozpoczął się proces myślenia o transplantologii i technikach przeszczepiania całych organów dzięki wiedeńskiemu chirurgowi, Emerichowi Ullmannowi. Asystent Ludwika Pasteura podjął się bowiem próby przeszczepienia psiej nerki.³

Chęć usprawniania uszkodzonego chorobowo ciała człowieka przyczyniła się do rozwoju medycyny i poszerzania zakresu jej zainteresowań. Pierwsze prace nad transplantacją, już tylko na organizmie ludzkim, dotyczyły wyłącznie transferu komórek i tkanek pobranych od innych ludzi, natomiast wraz z duchem czasu i zwiększeniem potrzeb, w dalszej kolejności zaczęto stosować materiał biologiczny pochodzenia zwierzęcego.⁴

W połowie XX. stulecia nastąpił gwałtowny rozwój badań nad przeszczepianiem narządów u ludzi. Równolegle, w latach 50. XX wieku,

1 Durlik M., Klinger M., *Chory dializowany jako biorca przeszczepu*, „Forum Nefrologiczne” 3(3)/2010, s. 201.

2 Jurek J. (red.), *Pobranie narządów po śmierci: psychologiczna sytuacja rodziny, kontekst kulturowy, rola profesjonalistów*, „Psychoterapia” 4 (159)/2011, s. 51–64.

3 Guzik-Makaruk E., *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym: studium porównawcze*, Białystok 2008, s. 414.

4 *Ibidem*.

w zmęczonym wojnami świecie, zaczęto interesować się pojęciem jakości życia, które stosowano w naukach ekonomicznych, socjologii, medycynie i psychologii. Wówczas kreowanie polityki społecznej wyszło poza dotychczas wyznaczone ramy. Można uznać, że rozkwit transplantologii w obecnym kształcie zapoczątkował J.E. Murray, przeszczepiając nerki między jednojajowymi bliźniakami w 1954 roku w Bostonie. Pięć lat później, w 1959 roku, ten sam człowiek dokonał pierwszego przeszczepu *ex vivo* nerek między dwoma braćmi, niebędącymi bliźniakami. W tym samym roku miał miejsce przeszczep *ex mortuo* płuc. Po kolejnych czterech latach, czyli w 1963 roku udało się z powodzeniem przeszczepić wątrobę. Rok 1966 zaowocował transplantacją trzustki, a rok później w Kapsztadzie w RPA dokonano się zwieńczenie pracy nad transplantologią – dokonano pierwszego na świecie przeszczepu serca. Od tego czasu technika i postęp w medycynie nabrały jeszcze szybszego tempa, nie tylko w dziedzinie samych nauk medycznych, ale i im pokrewnych. Nowe wyzwania stanęły przed przedstawicielami nauk społecznych, prawnych, a także przed filozofami i etykami.⁵

Praktyczny wymiar transplantacji

Przeszczep narządowy to nie tylko przedłużenie życia biorcy. Nieodłącznym i podstawowym elementem każdej transplantacji jest przede wszystkim dawca, który w zależności od rodzaju planowanego zabiegu, przekazuje część składową własnego ciała na rzecz drugiego człowieka.⁶ Przekazanie organu wymaga zgody „właściciela” na pobranie organu. Potencjalny dawca już za życia powinien wyrazić zgodę, pozostając w pełnej świadomości co do skutków swego altruistycznego czynu. Po śmierci, w Polsce, uznaje się domniemanie zgody przy braku wyraźnego sprzeciwu rejestrowanego w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów.⁷

⁵ *Ibidem*.

⁶ Muszala A. (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2007, s. 548–552., Zob. też: Rutkowski B. (red.), *Wytężne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów*, Gdańsk 2009 oraz: Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant”, <http://www.poltransplant.org.pl> [dostęp: 12.07.2015].

⁷ Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant”, <http://www.poltransplant.org.pl/crs1.html> [dostęp: 12.07.2015]; Por. Guzik-Makaruk E.,

Transfer jednej nerki lub fragmentu wątroby jest szansą na zachowanie życia zarówno dawcy, jak i biorcy. Mając natomiast do czynienia z potrzebą transferu całego, pojedynczego organu, gest przekazania narządów jest jeszcze wyraźniejszym darem życia – dawca bez tego narządu nie jest w stanie samodzielnie funkcjonować, a pobranie może nastąpić tylko i wyłącznie po jego śmierci. Koniec życia jednego człowieka wiąże się w tym wypadku z szansą na przedłużenie innego ludzkiego istnienia.

Prawny obowiązek nałożony na przedstawicieli zawodów medycznych, który wymaga permanentnego udoskonalania wiedzy i aktualizowania danych o najświeższe doniesienia ze świata nauki w obrębie danej specjalizacji, przekłada się na konieczność systematycznego nowelizowania prawa, w tym wypadku prawa medycznego.⁸ Raz ustanowione akty prawne, w obliczu ciągłych zmian w naukach społecznych, tracą na aktualności. Społeczny wymiar nauk medycznych i prawnych, oraz wzajemne ich przenikanie, skutecznie wymusza wprowadzanie zmian porządku prawnego. Stąd też permanentne próby udoskonalania i dostosowywania regulacji prawnych do pojawiających się nowych procedur medycznych, wspólnie uznawanych za najlepsze.

Śmierć mózgu

Wraz z poszerzaniem zasobów wiedzy medycznej na temat współzależnych od siebie mechanizmów funkcjonowania ludzkiego ciała, człowiek stanął przed nowym wyzwaniem – etycznym wyznaczeniem granic życia. Ustanie bicia serca i nieodwracalne zatrzymanie krążenia krwi w organizmie przestało być wystarczającym kryterium zgonu.⁹ Granice zostały przesunięte dalej dzięki, coraz większym możliwościom intensywnej terapii, pozwalającej na podtrzymywaniu funkcji życiowych poszczególnych

op. cit., s. 296., Dobrowolska B., *Próby komercjalizacji idei transplantacyjnej w prawie międzynarodowym*, <http://monz.pl/fulltxt.php?ICID=974338> [dostęp: 12.07.2015].

⁸ Art. 4 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 1997 r., Nr 28, poz. 152): *Lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.*

⁹ Muszała A., *op. cit.*, s. 548; zob. też: Rutkowski B., *op. cit.*, s. 18–25.

narządów oraz poszerzaniu metod diagnostycznych i pogłębianiu wiedzy o funkcjonowaniu samego mózgu, swoistego „centrum dowodzenia”. Kryteria śmierci mózgu, ustalone w 1968 roku przez Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School na podstawie najnowszej ówczesznie wiedzy, wyczerpały pytania na temat wyznaczenia granicy ludzkiego życia, tym samym pozbawiając, na jakiś czas, dylematów moralnych i etycznych lekarzy. W efekcie zwiększyła się podaż sprawnych narządów spełniających kryteria do przeszczepu, co wpłynęło skutecznie na dalszy rozwój transplantologii.¹⁰

Brak odruchów pniowych, trwały bezdech oraz całkowity brak reakcji na bardzo bolesne bodźce z zewnątrz to główne przesłanki do orzeknięcia śmierci mózgu. Ponadto, by bez żadnej wątpliwości orzec o śmierci mózgu, konieczna jest wiedza o przyczynie śpiączki. By wykluczyć jakiejkolwiek nieprawidłowości, w toku pracy specjalnej komisji, uzupełnia się proces o badania mające na celu wykluczenie wpływu leków na przetrwałość braku oznak ze strony OUN oraz poddaje się pacjenta badaniom elektrofizjologicznym i badaniom przepływu mózgowego.¹¹ Szereg procedur medycznych ma dostarczyć dostatecznych przesłanek, by orzec o definitywnej śmierci człowieka. Można wtedy wykluczyć, że pacjent pozostaje w bardzo głębokiej śpiączce, natomiast aparatura medyczna podłączona do ciała wyłącznie hamuje proces naturalnej śmierci kolejnych tkanek i organów. W konsekwencji prac nad udoskonalaniem definicji śmierci mózgowej, w 1971 roku ustalono graniczny moment, tzw. *point of no return*.¹²

Utrata zdolności mózgu, organu najbardziej wrażliwego na zmiany funkcjonalne, do podjęcia jakiejkolwiek możliwej do uchwycenia czynności klinicznej, stała się nową definicją ustania życia człowieka, wyznaczając kres doczesności jednostki.¹³ Zasady współczesnej medycyny respektują ustalony obecnie porządek nie wykraczając poza te normy.¹⁴ Należy jednak zwrócić uwagę na możliwość występowania drobnych różnic między poszczególnymi krajami w procedurach diagnostycznych, umocowanych w ramach prawnych obowiązujących w danym państwie.¹⁵ Ponadto,

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ibidem*.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ Por.: Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005 r., Nr 169, poz. 1411).

¹⁵ Rutkowski B., *op. cit.*, s. 37–38.

jak pokazuje historia, wraz z rozwojem medycyny i nauk jej towarzyszących, obecnie funkcjonująca definicja śmierci nie musi być ostateczna.¹⁶

Mając wzgląd na społeczny wymiar nauk medycznych, należy wspomnieć o predyktorach zachowania jednostki w kontekście choroby i ostatecznej formy terapii przewlekłych schorzeń – transplantacji. Jako czynniki wywierające presję przez środowisko na decyzję i stanowisko o słuszności transplantacji oraz na podjęcie decyzji przez potencjalnych dawców i biorców, wskazuje się fakt dokonywania sądów przez członków społeczeństwa lub lokalnej ludności, poczucie winy i w ostateczności odrzucenie.¹⁷

Judaizm

Nie dająca się wycenić wartość życia ludzkiego i nałożony w konsekwencji obowiązek jego zachowania, tzw. *pikuah nefes*, stoi u podstaw etyki i prawa żydowskiego. Kultuwując *pikuah nefes*, żaden człowiek nie ma mocy odebrać życia drugiemu człowiekowi, a władza nad życiem i śmiercią spoczywa w rękach Boga. Cały zbiór praw żydowskich pozostaje zawieszony w przypadku zagrożenia życia ludzkiego, z wyjątkiem trzech oddzielnie ustalonych praw (na przykład morderstwa).¹⁸

W odniesieniu do nadrzędnego prawa, istnieje rozróżnienie na transplantację od dawcy żywego i zmarłego. Zasadność przeszczepu jednej nerki lub fragmentu wątroby oceniana jest pod kątem bezpieczeństwa i zdrowia samego dawcy, dlatego transplantacje *ex vivo* muszą spełniać warunek całkowitego wyeliminowania ryzyka, przede wszystkim dla dawcy organu. Inne jest spojrzenie etyki żydowskiej na pobrania *ex mortuo*. Fundamentalne znaczenie ma definicja śmierci, rozumiana jako całkowite ustanie pracy układu oddechowego, nerwowego i sercowo-naczyniowego. Obowiązujące obecnie kryteria harwardzkie i śmierć mózgu, jako centrum koordynacyjnego wszystkich układów i narządów, są zbieżne ze wskazaną interpretacją śmierci, dlatego prawo żydowskie nie sprzeciwia się pobraniu i przeszczepianiu narządów pojedynczych i parzystych, na przykład wątroby, płuc, serca, czy nerek.

¹⁶ *Ibidem*. Zob też: Muszala A., *op. cit.*, s. 548–552.

¹⁷ Skrzyński, W., *Wybrane zagadnienia psychologii klinicznej*, Warszawa 2011. Por. Jurek J., *op. cit.*, s. 52–60.

¹⁸ Rutkowski B., *op. cit.*, s. 35–37.

Praktyczne wykorzystanie prawa różni się jednak od teorii. W efekcie, równolegle funkcjonują zgoła odmienne poglądy w przedmiotowej kwestii rozstrzygane przez hierarchów. Na brak jednolitego stanowiska składają się rozbieżności w interpretacji prawa. Złożoność przyczyn i okoliczności zgonu potencjalnego dawcy, pochodzenie i przynależność religijna, przewidywane korzyści, bądź też straty, nadają kształt dyskusji między samymi rabinami. O ile głęboko zakorzenione w świadomości Żydów *pi-kuah nefes* ukazuje się poprzez akceptację dawstwa narządów w obliczu możliwości ratowania życia ludzkiego, o tyle przeświadczenia o braku poszanowania zwłok w trakcie procedury pobrania organów, mogące zawążyć na jakości ciała po zmartwychwstaniu, zniechęcają potencjalnych dawców. W efekcie społeczeństwo może cierpieć z powodu braku chętnych do dzielenia się wartością życia, przy jednoczesnym oczekiwaniu na przyjęcie organu w sytuacji zagrożenia własnego życia. Nagłe pojawienie się konieczności podjęcia szybkiej decyzji o przekazaniu narządów bliskich zmarłych do celów transplantacji nie stawia wyznawców judaizmu w komfortowej sytuacji. W tym wypadku, Żydzi proszą rabinów o poradę i rozwianie wątpliwości. Czas niezbędny na wydanie stosownej opinii niestety gra na niekorzyść potencjalnych biorców.

Pogląd na temat ksenotransplantacji wśród wyznawców judaizmu jest zbieżny z chrześcijańskim.¹⁹ Powołując się na zapisy Starego Testamentu uznaje się, że wykorzystywanie tkanek zwierzęcych dla poprawy zdrowia człowieka jest dopuszczalne, w tym tkanek i narządów pochodzących od świni.

Buddyzm

Postępowanie buddysty w zgodzie z etyką ma na celu wyzwolenie go i uświęcenie. Fundamentalne wartości, którymi powinien się kierować każdy wyznawca buddyzmu w codziennym życiu – altruizm i współczucie – są zbieżne z pojęciem kojarzonym z transplantacją, a mianowicie z „darem życia”. Idea medycyny transplantacyjnej została poparta przez wyznawców Buddy przy konieczności dochowania należytej staranności, poszanowania godności osoby zmarłej i respektowania zasady śmierci. Według kryteriów buddyjskich, dusza opuszcza ciało po trzech dniach

¹⁹ Por. Muszala A., *op. cit.*, s. 467–472.

od orzeknięcia śmierci klinicznej. Do tego czasu lekarze nie powinni pobierać narządów od zmarłego, oddając należyty mu szacunek.²⁰

Oddanie po śmierci swojego ciała na rzecz rozwoju medycyny, uznawane jest wśród wyznawców buddyzmu jako najwyższy akt altruizmu.²¹ Jednocześnie człowiek jest właścicielem i dyspozytorem wszystkich organów i tkanek, mając pełną swobodę decyzji, jak chce je wykorzystać.

Ważny aspekt, związany z pozyskiwaniem organów od wyznawcy buddyzmu, stanowi ustanowienie instytucji świadomej zgody wyrażnie wyrażonej przez dawcę za życia.²² Podpisane oświadczenie będące zgodą na pobranie narządów, noszone przy sobie, jest bardzo pomocne w potwierdzeniu woli pacjenta. W przypadku niepełnoletnich, ostateczną decyzję podejmują rodzice lub opiekunowi prawni. Brak ostatecznej decyzji o przeznaczeniu swojego ciała na służbę innym, powinien być respektowany przez lekarzy. Praktyka pokazuje, jak ważną rolę odgrywa prowadzenie rozmowy przez personel medyczny z bliskimi potencjalnego dawcy.²³

W procesie pozyskiwania organów do przeszczepu, Azjaci są bardziej zachowawczy. Wskazują oni na słabą znajomość procedury ustalania przyczyny zgonu, a co za tym idzie, określenia śmierci mózgowej. Co ciekawe, osoby związane z dalekowschodnim kręgiem kulturowym, również nie przywiązują większej uwagi do troski i opieki nad pacjentem spełniającym przesłanki do bycia potencjalnym dawcą narządów. W badaniach prowadzonych w Wielkiej Brytanii²⁴, personel medyczny deklarujący przynależność religijną do buddyzmu, czy też hinduizmu, nie posiadał odpowiedniego przygotowania merytorycznego do identyfikowania potencjalnego dawcy.

Islam

Wśród wyznawców drugiej pod względem liczebności religii na świecie, nie ma jednoznacznej i spójnej społecznie akceptacji pobierania narządów

²⁰ Rutkowski B., *op. cit.*, s. 38–39.

²¹ Jurek J., *op. cit.*, s. 51–64.

²² Rutkowski B., *op. cit.*, s. 38–39. Por. Dobrowolska B., *op. cit.*, s. 101.

²³ *Ibidem*.

²⁴ Jurek J., *op. cit.*, s. 51–64.

do przeszczepu od dawcy, u którego orzeknięto śmierć mózgu i którego serce wykazuje cechy ruchu mimo ustania krążenia krwi.²⁵

Warto w tym momencie zauważyć, że przetrwała czynność bioelektryczna serca należy do zaburzeń wegetatywnych.²⁶ Sama ocena i decyzja co do wyrażenia zgody na pobranie narządów, opiera się na samodzielności i odpowiedzialności. Islamscy duchowi są zgodni i akceptują kryteria śmierci pnia mózgu będące równoznaczne z zakończeniem życia człowieka. Wytyczne co do samej procedury orzekania niewiele różnią się od tych uznawanych przez zachodnich lekarzy i prawo europejskie.

Większość krajów arabskich, mimo obostrzeń, pozwala jednak na pobieranie i przeszczepianie organów od dawców spełniających kryteria śmierci mózgowej, oddalając aspekt kulturowo-religijny i powołując się na lokalnie obowiązujące prawo. Co ciekawe, rosnące zainteresowanie wykazują w większej mierze młode muzułmańskie kobiety, niż mężczyźni, przy równoczesnym wzroście zrozumienia całej społeczności dla idei propagowania przeszczepów. W mniejszych społecznościach zaś, dystans do podejmowania dyskusji na temat transplantacji jest bardziej widoczny. Wśród powodów negacji wskazywana jest problematyczna kwestia niezrozumienia fizjologii śmierci i obawa przed brakiem poszanowania ciała zmarłego.²⁷

Różnorodność stanowisk w kręgu wyznawców islamu nie jest zjawiskiem nowym. Obserwuje się odmienne zdanie nawet wśród samych szyitów. Ajatollahowie nie są zgodni ani w kwestii oddawania i pobierania narządów, ani w sprawie pobierania opłat, zarówno za samo wyrażenie zgody na pośmiertne przekazanie organów, jak i za samo dawstwo.

Muzułmanie dopuszczają możliwość świadomego dawstwa organów w celu poprawy jakości życia innego pacjenta pod warunkiem spełnienia niezbędnego kryterium: poszanowania samego dawcy i gwarancji zachowania jakości jego życia na poziomie sprzed pobrania.²⁸ Kluczową rolę w procesie przeszczepu organów odgrywa bezwzględne przestrzeganie instytucji świadomej zgody. Niedopuszczalne jest bowiem stosowanie pogłębionego, twardego paternalizmu w stosunku do potencjalnego dawcy celem uzyskania wymiernego wyniku terapeutycznego. Muzułmanie

²⁵ Rutkowski B., *op. cit.*, s. 38.

²⁶ Muszala A., *op. cit.*, s. 548–552.

²⁷ Rutkowski B., *op. cit.*, s. 37–38.

²⁸ Por. Dobrowolska B., *op. cit.*, s. 100–104.

cenia integralność cielesną człowieka. Szacunek dla świętości życia, wyrażany wzajemnie między wyznawcami islamu, ma być widoczny w praktyce. Przekazanie organu do przeszczepu, między muzułmaninem a wyznawcą innej religii, jest niedozwolone. Organ stanowiący składową ciała wyznawcy islamu nie może trafić do osoby niewierzącej, natomiast odwrócenie tej sytuacji jest już powszechniej akceptowane. Przeszczepiony narząd, uzupełniający i usprawniający ciało muzułmanina, staje się uświęcony.²⁹ Kontrowersyjna kwestia ksenotransplantacji od zwierząt uznawanych za nieczyste, została uregulowana przez Ajatollaha Ali Sistani, który przychylił się do uznania danej procedury terapeutycznej, powołując się na przytoczone wyżej kryteria zgody pod warunkiem zapewnienia kontynuacji życia muzułmanina i poprawy jego jakości.³⁰

Iran skutecznie wprowadził w życie komercyjny model dystrybucji narządów, którego fundament stanowi system rekompensat żyjącym dawcom organów za oddane narządy. System ten niejako pozbawia biorcę poczucia tyranii daru, objawiającego się jako silna potrzeba odwzajemnienia podarunku jakim jest szansa na dłuższe życie. Rodziny zmarłego dawcy w systemie irańskim, również otrzymują wynagrodzenie w zamian za zgodę na pobranie narządów. W puli rekompensat znajdują się ubezpieczenia medyczne lub na wypadek śmierci, sfinansowanie kosztów pogrzebu, pomniejszenie podatku dochodowego, a nawet bezpośrednia zapłata. Sukces systemu, polegający na zlikwidowaniu kolejki oczekujących na przeszczep nerki w czasie 11 lat, należy do licencjonowanej agencji, która rejestruje niespokrewnionych dawców nerek, gdyż do nich właśnie skierowany jest program LURD (*living unrelated donor renal transplantation*).³¹ W irańskim środowisku medycznym wprowadzony program nie cieszy się jednak pełnym poparciem. Wskazuje się na brak sprawiedliwości w jego działaniu i ryzyko przyczyniania się do handlu organami na czarnym rynku ze względu na obniżoną cenę nerki.

Badania, przeprowadzone przez Australijczyków w 2013 roku pod przewodnictwem Weilanda³², wskazały zmiany w postępowaniu

²⁹ Rutkowski B., *op. cit.*, s. 37–38.

³⁰ *Przeszczep organów*, www.al-islam.org/pl/fatly/medycyna/111-przeszczepo-organow [dostęp: 10.01.2015].

³¹ Rutkowski B., *op. cit.*, s. 37–38.

³² Weiland T.J., i in., *Attitudes of Australian emergency department clinicians toward organ and tissue donation: an analysis of cultural and religious influences*, „Prog Transplant” wrzesień 2013, s. 278–289.

z pacjentem transplantacyjnym wśród personelu medycznego. Czynnikiem regulującym tę zależność okazała się przynależność do grupy wyznaniowej. Osoby wywodzące się i deklarujące przywiązanie do kręgu kultury arabskiej, pochodzące z północnych terenów Afryki, a także reprezentujące Bliski Wschód, okazywały niższy poziom empatii i mniejsze zaangażowanie w opiekę, nie tylko nad dawcami organów i tkanek. Co ciekawe, wykazywały one mniejsze kompetencje w przekazywaniu informacji rodzinie i zapewnieniu jej komfortu bycia pod opieką oraz wsparcia w chwili utraty bliskiej osoby.

Podsumowanie

Nawet w społeczeństwach o długim rodowodzie mieszania się i współistnienia różnorodnych kultur, nie można stwierdzić pełnej homogeniczności poglądów. Nasuwa się wniosek o niewątpliwym upadku idei stworzenia jednorodnego pogładowo społeczeństwa na rzecz silnej ingerencji przynależności religijno-kulturowej na autonomiczne decyzje jednostek. Nie należy zapominać, iż o wyniku tanatologicznych rozważań każdej wierzącej osoby, w większym lub w mniejszym stopniu, przesądza wiedza i status zwierzchników danego kościoła oraz współpracujących z nimi etyków i autorytetów.

Można uznać, iż na przykładzie islamskiego kręgu kulturowego, prawo ustanowione w danym kraju ma nadrzędną wartość nad stanowiskiem religii dominującej na tym terenie. Szczegółowe regulacje nie pozwalają jednak w pełni zdominować wolności obywateli i mieszkańców w poszanowaniu przynależności do grupy wyznaniowych, pozwalając na podejmowanie samodzielnych decyzji, opartych na własnych przekonaniach, wiedzy i wolności osobistej.

Medycyna, poprzez rutynę w wykonywaniu procedur oraz paternalistyczne traktowanie chorego przez lekarza, nie może wykluczać i marginalizować indywidualnego podejścia do każdego pacjenta z uwagi na swój społeczny charakter. Unikalność każdego życia ludzkiego słusznie wymusza szacunek dla godności ludzkiej, wspieranej przez prawo międzynarodowe i lokalne oraz organizacje skupiające międzynarodowe gremium ekspertów. Stąd też konieczność zapewnienia bezpieczeństwa psychicznego pacjentom i ich rodzinom w toku procesu diagnostycznego

i terapeutycznego. Zważając na mnogość aspektów i problemów związanych z procedurą transplantacji narządów, niezbędna jest dalsza współpraca specjalistów w dziedzinach zaangażowanych w tę dyskusję. Mając wzgląd na zwiększone zapotrzebowanie na narządy do przeszczepu³³ oraz oddziaływanie wyznania na świadomość samych pacjentów, jak i personelu medycznego, by rozjaśnić wątpliwości związane z dawstwem, interdyscyplinarna dyskusja nie może się odbywać z pominięciem aspektów religijno-kulturowych.

W zasadzie nieograniczone możliwości migracji i mieszania się kultur mieszkańców państw europejskich z ludnością napływową z całego świata, otworzyło nowe pole do badań nad integralnością społeczeństwa, między innymi w kontekście prowadzenia polityki zdrowotnej w danym regionie. Zniesienie wyraźnych granic między państwami Unii Europejskiej i umożliwienie niekontrolowanego przepływu osób na terenie Europy, wyznaczyło nowy kierunek w prawodawstwie tych struktur. W odpowiedzi na pojawiające się dylematy i problemy, tworzone są akty prawne regulujące funkcjonowanie i działanie organów, które spotykają się z nowymi wyzwaniem, jak na przykład organizacje ochrony zdrowia.

Wyraźnie sformułowane postulaty, wystosowane w odniesieniu do kwestii przeszczepiania narządów, pobierania tkanek i organów, a także woli wyznawców poszczególnych religii, nie mogą być pomijane w kreowaniu polityki społecznej i zdrowotnej. O ile punkty zbieżne wspólnego stanowiska przedstawicieli poszczególnych grup religijno-kulturowych zostają uwzględnione w trakcie ustalania procedur medycznych, tak różnice i pojedyncze zastrzeżenia są pomijane lub członkowie danego społeczeństwa nie mają możliwości wyrażenia w pełni swojego stanowiska w przedmiotowej kwestii.

Bibliografia

Chyrowicz B., *Transplantologia wciąż kontrowersyjna*, „Diametros” wrzesień 2004.
Dobrowolska B., *Próby komercjalizacji idei transplantacyjnej w prawie międzynarodowym*, <http://monz.pl/fulltxt.php?ICID=974338> [dostęp: 12.07.2015].

33 Więcej informacji i statystyk nt. temat można zaczerpnąć ze strony internetowej Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant”, <http://www.poltransplant.org.pl> [dostęp: 7.12.2014].

- Durlik M., Klinger M., *Chory dializowany jako biorca przeszczepu*, „Forum Nefrologiczne” 3(3)/2010.
- Guzik-Makaruk E.M., *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym: studium porównawcze*, Białystok 2008.
- Jurek J., *Pobranie narządów po śmierci: psychologiczna sytuacja rodziny, kontekst kulturowy, rola profesjonalistów*, „Psychoterapia” 4 (159)/2011.
- Muszala A. (red.), *Encyklopedia Bioetyki*, Radom 2007.
- Rutkowski B. (red.), *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów*, Gdańsk 2009.
- Weiland T.J. i in., *Attitudes of Australian emergency department clinicians toward organ and tissue donation: an analysis of cultural and religious influences*, „Prog Transplant” wrzesień 2013.
- Skrzyński W., *Wybrane zagadnienia psychologii klinicznej*, Warszawa 2011.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 1997 r., Nr 28, poz. 152).
- Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005 r., Nr 169, poz. 1411).

Źródła internetowe

- Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant”, <http://www.poltransplant.org.pl> [dostęp: 7.12.2014].
- Przeszczep organów*, www.al-islam.org/pl/fatly/medycyna/111-przeszczepo-organow [dostęp: 10.01.2015].

ABSTRACT

KATARZYNA MARIA GÓRSKA

The relationship between medicine and religion. Similarities and differences of outlook on organ transplantation among Jews, Buddhists and Muslims

Medicine as a science developed along with the need for counteracting the effects of wars and epidemics, as well as a need to help suffering persons. At the same time, it ingrained itself into society, geography notwithstanding. For hundreds of years, known lifesaving and health preservation techniques have been perfected, diagnostic methods have been further developed in conjunction with the establish-

ment of legal and ethical norms, which guided physicians of all specializations. The comprehensive development of medical science during the course of the last 50 years has resulted in a continually evolving transplantology and this, in turn, has contributed to an increasing number of moral, ethical and legal dilemmas. In all of Europe and in the world interdisciplinary initiatives are being undertaken to further explore the bioethical aspects of medical transplantation, which engages the heads of different religions to take a position on the subject. The need for discussion and reflection on the relevant aspects of social life stems from the impossibility of severing one field of science from others that mutually affect one another. Insofar as an *ex vivo* transplant of a twin organ is not the subject of a heated ethical and moral debate, a transplant of an individual organ raises serious questions. The subject that raises so many controversies and that is being widely discussed by bioethicists, theologians and medical professionals is the question of determining the definitive boundaries of human life. The irreversible cessation of life functions and brain function may be a debatable point, which has crucial meaning for potential organ donors and recipients, depending on his/her religious affiliation. The gradual fading away of borders between states and intensive migration of peoples to Europe, along with the development of medical transplantation, behooves us *ipso facto* to become familiar with the viewpoints pertaining to the subject being discussed, that are held by the representatives of the largest religious bodies.

Keywords: bioethics, community, sociology, law, organ transplant, Judaism, Islam, Buddhism, agreement, gift of life