

TRANSPLANTACJE NARZĄDÓW W PERSPEKTYWIE TRANSKULTUROWEJ

ORGAN TRANSPLANTATION IN TRANSCULTURAL PERSPECTIVE

Halina Nogał¹, Ewa Wiśniewska¹, Elżbieta Antos²

¹ Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Kształcenia Podyplomowego, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

² Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

STRESZCZENIE

Zagadnienia transplantacji narządów są w ostatnich latach tematem wielu rozważań, które mają za zadanie przybliżyć problematykę związaną z zastosowaniem przeszczepiania narządów jako współczesnej metody terapii. Postęp dokonujący się w nauce, uwzględniający osiągnięcia w naukach biomedycznych, spowodował, iż człowiek odczuwa potrzebę pogłębienia swojej wiedzy w tym zakresie. Wprowadzanie nowych odkryć naukowych, opracowywanie nowoczesnych metod, wykorzystanie wielu różnych technologii ma zagwarantować ich zastosowanie w związku z ciągle pojawiającymi się potrzebami człowieka, wywołanymi istnieniem chorób, urazów czy deformacji, będących skutkiem procesów chorobowych czy niedorozwoju.

Nauki medyczne i religia od tysięcy lat pozostawały ze sobą w ścisłym związku. Niejednokrotnie w sytuacjach moralnie czy etycznie niepewnych sięgano do autorytetów religijnych czy opinii hierarchów wyznaniowych. Obecnie, w dobie łatwości w przemieszczaniu się i podróżowaniu po świecie czy fali emigracji, coraz częściej w obrębie jednego kraju można zauważyć różne wpływy kulturowe. Współczesne społeczeństwa europejskie nie są jednorodne, ale coraz więcej w nich dynamicznych zmian i wpływów osób z odmienną tożsamością, wyznaniem czy kulturą i tradycjami. Te dynamicznie zachodzące w ostatnich latach zmiany niosą za sobą konieczność kształcenia profesjonalistów medycznych w zakresie różnic kulturowych.

Niniejsze opracowanie ma na celu przybliżenie tematyki transplantacji narządów w perspektywie transkulturowej, uwidocznienie wieloaspektowości zagadnień z tym związanych oraz uwzględnienie pozycji pielęgniarki obecnej na każdym z etapów przeszczepiania narządów.

Słowa kluczowe: transplantacja, kultura, transkulturowość.

ABSTRACT

The issues of organ transplantation are in recent years given a lot of consideration, the objective of which is to bring closer to people the problem of organ transplantation as a contemporary therapy method. The progress in science, taking into account achievements in biomedical sciences, resulted in the need for people to extend the knowledge in this scope. Introduction of new scientific discoveries, development of modern methods, use of various modern technologies is to guarantee their application in connection with growing human needs, resulting from the diseases, injuries or disease-related deformations or malformations.

Medical sciences and religion have been closely connected for thousands of years. Many times in situations morally or ethically ambiguous, people referred to religious authorities and hierarchs' opinions. Currently, in the times when travelling around the world got easy and there are migration waves, a lot of various cultural influences can be noticed within one country. Contemporary European societies are not homogenous and there are more and more dynamic changes and influences of people with different identity, religion or culture and tradition there. These dynamic changes taking place in recent years result in the necessity to educate professionals in the scope of cultural differences.

The objective of the thesis is to discuss the problem of organ transplantation from the transcultural perspective, to reveal many aspects related to it and take into consideration the position of the nurse at each stage of organ transplantation.

Keywords: transplantation, culture, transculturalism.

Wstęp

Zagadnienia transplantacji narządów są w ostatnich latach tematem wielu rozważań, które mają za zadanie przybliżyć problematykę związaną z zastosowaniem przeszczepiania narządów jako współczesnej metody terapii. Postęp dokonujący się w nauce, uwzględniający osiągnięcia w naukach biomedycznych, spowodował, iż człowiek odczuwa potrzebę pogłębienia swojej wiedzy w tym zakresie. Wprowadzanie nowych odkryć naukowych, opracowywanie nowoczesnych metod, wykorzystanie wielu różnych technologii ma zagwarantować ich zastosowanie w związku z ciągle pojawiającymi się potrzebami człowieka, wywołanymi

istnieniem chorób, urazów czy deformacji będących skutkiem procesów chorobowych czy niedorozwoju.

Pomimo postępu w medycynie zaznaczyć należy, że nauki medyczne i religia od tysięcy lat pozostawały ze sobą w ścisłym związku. Niejednokrotnie w sytuacjach moralnie czy etycznie niepewnych sięgano do autorytetów religijnych czy opinii hierarchów wyznaniowych. Obecnie, w dobie łatwości w przemieszczaniu się i podróżowaniu po świecie czy fali emigracji, coraz częściej w obrębie jednego kraju można zauważyć różne wpływy kulturowe. Współczesne społeczeństwa europejskie nie są jednorodne, ale coraz więcej w nich dynamicznych zmian i wpływów osób

z odmienną tożsamością, wyznaniem czy kulturą i tradycjami. Te dynamicznie zachodzące w ostatnich latach zmiany niosą za sobą konieczność kształcenia profesjonalistów medycznych w zakresie różnic kulturowych.

Niniejsze opracowanie ma na celu przybliżenie tematyki transplantacji narządów w perspektywie transkulturowej, uwidocznienie wieloaspektowości zagadnień z tym związanych oraz uwzględnienie pozycji pielęgniarki obecnej na każdym z etapów przeszczepiania narządów.

Cel

Celem badań przedstawionych w niniejszej pracy jest ukazanie zagadnień problematyki transplantacji narządów w perspektywie transkulturowej.

Problematykami badawczymi, których realizacji podjęto się w pracy, było ustalenie:

- 1) czy aspekt transkulturowości transplantacji narządów jest przedstawiony w literaturze problemu,
- 2) jak poszczególne religie odnoszą się do problemu przeszczepiania narządów.

Przegląd piśmiennictwa

Transplantacja jest to operacyjne przeniesienie komórek, tkanek lub części albo całych narządów w obrębie tego samego organizmu lub pomiędzy różnymi organizmami tego samego gatunku albo dwóch różnych gatunków w celu uzupełnienia braku, ubytku lub uszkodzenia. Przeszczepianiu mogą podlegać całe narządy lub ich fragmenty. Transplantacja organów jest metodą leczenia stosowaną w celu ratowania życia człowieka oraz usprawniania czynności jego organizmu [1].

Biorąc pod uwagę pochodzenie transplantatu, wyróżniamy przeszczepy od dawcy zmarłego (*ex mortuo*) oraz od dawcy żywego (*ex vivo*). Przeszczepianie narządu może odbyć się od dawców spokrewnionych z biorcą, którymi są osoby mające wspólną podstawową część genomu, jak: rodzice, dzieci, rodzeństwo; można też dokonywać przeszczepu od dawcy niespokrewnionego, czyli obcych sobie genetycznie osób połączonych więzią emocjonalną (np. żona, osoby nieznanego biorcy).

Problematyka transplantacji została prawnie uregulowana, dlatego dawstwo narządów rozróżnia osoby dawców i reguluje osobnymi przepisami donacje od dawcy żywego oraz dawstwo pośmiertne (w Polsce – *Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*).

Aby dokonać zabiegu transplantacji narządowej, musi być przeprowadzony odpowiednio zgodny dobór immunologiczny. Zgodność immunologiczna dawcy i biorcy wpływa na wynik transplantacji wszystkich narządów

oraz prawidłowe funkcjonalne podjęcie czynności przez narząd przeszczepiony. Transplantowanie rogówki nie wymaga dobru immunologicznego i rutynowo antygenów HLA dawców i biorców się nie oznacza. Kolejnym warunkiem dopuszczającym jest wynik ujemny próby krzyżowej (przed przeszczepieniem nerki), dodatnia próba krzyżowa jest przeciwwskazaniem do przeszczepu [2]. Celem najważniejszym obowiązywania takich samych zasad doboru dawcy z biorcą oraz dokonania wyboru biorcy do transplantacji narządu jest zapewnienie leczenia za pomocą metody, jaką jest przeszczepienie komórek, tkanek i narządów tym osobom, które najpilniej ze względów medycznych wymagają transplantacji, z zachowaniem standardów anatomicznych i immunologicznych oraz czasu oczekiwania na transplantację [3].

Uwarunkowania prawne, etyczne i kulturowo-religijne transplantacji narządów

W związku z dynamicznym rozwojem transplantologii na całym świecie pojawiła się konieczność unormowania wielu ważnych problemów, przed którymi stanęła ta dziedzina, aby we właściwy sposób mogła realizować swoje idee i osiągnąć cele nadrzędne [4]. Rozważania dotyczące uwarunkowań prawnych transplantacji należy rozpocząć od faktu stopniowego tworzenia się poszczególnych regulacji prawnych, w wyniku których powstały szczegółowe zasady praktyki transplantacyjnej. Początkowo funkcjonowały akty prawne zawierające niewiele przepisów szczegółowych, a dotyczyły głównie możliwości pobierania komórek i tkanek dla terapeutycznego zastosowania, pochodzących przeważnie ze zwłok. W związku z rozwojem technik medycznych pojawiły się regulacje prawne, odnoszące się do rozróżnienia pochodzenia głównego typu transplantatów od dawców żywych i zmarłych, a w miarę wzrostu zapotrzebowania na terapię transplantacyjną dokonano jeszcze bardziej zaawansowanych regulacji prawnych zarówno na gruncie ogólnościowym, jak i prawodawstwa poszczególnych państw [4]. Sformułowane zostały zasady przewodnie transplantacji oraz odrębne regulacje prawne w tym zakresie na gruncie uregulowań krajowych danego państwa, dokumentów Rady Europy oraz konwencji organizacji o zasięgu międzynarodowym. Zostały one przyjęte 24 stycznia 1991 roku przez Komitet Wykonawczy Światowej Organizacji Zdrowia i uzupełnione 4 kwietnia 1997 roku w Oviedo, postanowieniami Konwencji *O ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny*. Regulacje prawne w Polsce opierają się na podstawowym akcie prawnym – *Ustawie z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów*.

Odrębnymi zagadnieniami są stwierdzenie śmierci mózgu, czyli trwałego i nieodwracalnego ustania jego czynności, oraz zgoda na pobranie narządów do transplantacji. Na podstawie dokonujących się zmian rozumienia zjawiska śmierci w sposób istotny zmieniło się w medycynie podejście wobec rozpoznawania i stwierdzania śmierci człowieka. Praktykowanie terapii transplantacyjnej z kolei pociągało za sobą wymóg stosowania odpowiednich regulacji prawnych. Sukcesy medycyny powodowały, iż następowała konieczność przystosowania przepisów prawa, tak aby wykorzystanie materiału komórkowo-tkankowego oraz organów do celów transplantacji było możliwe.

Zjawisko śmierci współistnieje wraz z istnieniem ludzkości oraz każdej cywilizacji, jest uniwersalnym faktem ludzkiego życia i procesem mu towarzyszącym. Dziejowej zmianie ulegały jedynie sposoby uznawania człowieka za zmarłego. Uznane dotąd znamiona śmierci będące jej pewnymi oznakami rozróżniono, aby wyeliminować możliwe pomyłki. Znamionami niepewnymi śmierci były: bladeńść powłok skórnych, oziębienie ciała, ustanie krążenia krwi i oddychania, zanik odruchów. Pewnymi jej znakami były plamy opadowe i stężenie pośmiertne. Sytuacja orzekania o śmierci była zatem zadaniem trudnym, a błędne określanie stanu śmierci powodowało, że dochodziło do grzebania osób żywych, znajdujących się w różnorodnych stanach letargu, spowodowanych wynikiem działania leków (nasennych, narkotyków) i środków chemicznych, stanach chorobowych (śpiączka cukrzycowa, zamartwica okołoporodowa noworodków) czy stanach psychicznych (stany transu, medytacji). Rozwinęła się potrzeba precyzyjnego określenia stanu śmierci, wspomagana badaniami naukowymi, niezbędnymi do jej stwierdzenia lub wykluczenia. Najistotniejszym jest powstałe w świetle badań stwierdzenie, iż śmierć jest zjawiskiem wieloetapowym, zdysocjowanym, ogarniającym zróżnicowane tkanki i układy człowieka w różnym czasie. W związku z tym, że narządy człowieka osiągają ten stan w innym czasie, niektóre z funkcji układów bądź ich części mogą utrzymywać się w oderwaniu od innych, które już obumarły [5].

Orzeczenie śmierci jest kryterium niezbędnym w procesie pozyskiwania narządów do transplantacji. Funkcjonującą w medycynie definicję klasyczną, która za fakt śmierci uznawała ustanie krążenia i oddychania, zaś jej utrwalone skutki w postaci oziębienia ciała, plam opadowych czy stężenia pośmiertnego były pewnymi wskaźnikami jej zaistnienia, zdecydowano z konieczności zrewidować. W związku z rozwojem metod przywracania krążenia i oddychania oraz zastosowania respiratora zaistniała potrzeba znalezienia innych wskaźników, które w pewniejszy sposób określałyby ten fakt. Dzięki działaniu

organizacji o zasięgu międzynarodowym – Światowego Stowarzyszenia Lekarzy – w Sydney w 1968 roku sformułowano i przedstawiono tzw. deklarację z Sydney, w której dotychczasową definicję: „śmierć na skutek ustania czynności serca”, zastąpiono nowym określeniem – „śmierć mózgu”. Podstawą uznającą ten stan stało się kryterium neurologiczne „nieodwracalnej śpiączki”. Zgodnie z tym kryterium przyjęto, że śmierć człowieka następuje z chwilą zaprzestania funkcjonowania całego mózgu, czego konsekwencją jest śmierć innych tkanek, narządów i układów. Przełomowym wydarzeniem było powstanie w 1968 roku Nadzwyczajnej Komisji Harvardzkiej Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci Mózgowej (Harvard ad Hoc Committee) i przyjęcie raportu, w którym opisano stałą nieodwracalną śpiączkę jako stan, w którym nie występuje dające się rozpoznać działanie ośrodkowego układu nerwowego. Sprecyzowano również nowe kryterium śmierci, jako nieodwracalne, trwałe ustanie czynności całego mózgu, które można stwierdzić przy użyciu kompleksu prób i badań instrumentalnych. Raport określa, że fakt wystąpienia śmierci mózgu potwierdzają: brak istnienia reakcji na bodźce, brak samoistnego lub też będącego reakcją na bodziec ruchu mięśni, nieobecność samoistnego oddychania, brak odruchów pnia mózgu i głębokich odruchów ścięgnistych. Dalszym krokiem do prawnego uregulowania kwestii ustalania kryterium śmierci było porozumienie Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy z Amerykańskim Stowarzyszeniem Adwokatów wraz z podjęciem stanowiska Komisji Harvardzkiej, dzięki którym w 1980 roku powołano w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej tzw. Prezydencką Komisję ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behavioralnych. Organy te w *Akcie Jednolitego Ustalania Śmierci (Uniform Determination of Death Act – UDDA)* zaproponowały i zaleciły zastosowanie nowo sformułowanego kryterium śmierci mózgu we wszystkich stanach Ameryki Północnej [6]. Istotne znaczenie dla ustalenia śmierci mózgowej miały również wyniki badań Mohandas i Chou, którzy w roku 1971, na postawie badań nad śmiercią mózgu, wskazali tzw. punkt bez odwrotu (*point of no return*), tj. okres, kiedy mózg rozpoczyna fazę obumierania, po osiągnięciu której następuje jego nieodwracalne uszkodzenie. Wyniki powyższych badań wpłynęły na modyfikację nowej definicji mózgu [7]. Powstała nowa definicja śmierci mózgu, wkrótce zaaprobowana przez wiele krajów świata, które przyjęły zaproponowaną teorię – mózgu jako „centralnego integratora” – tworząc również teoretyczne podstawy dla sformułowania koncepcji „śmierci mózgu” jako śmierci organizmu osoby – jako zintegrowanej całości. Koncepcja ta została przyjęta również przez Papieską

Akademii Nauk. Najbardziej istotnym było zatem uznanie stanowiska, iż poprzez utratę przez pień mózgu zdolności do pełnienia funkcji integracyjnych poszczególne systemy żywych organów nie współtworzą dalej żyjącego organizmu [6]. Stwierdzenie śmierci mózgu jest niezbędnym elementem procesu, który wyznacza dalszy kierunek postępowania w celu pozyskania narządów od potencjalnego dawcy zmarłego.

Refleksja nad etycznymi zagadnieniami zawartymi w medycynie jest tak dawna jak sztuka leczenia i pielęgnowania chorych. Wobec istnienia wielu problemów płynących z zastosowania terapii transplantacyjnej szereg zależności o charakterze aksjologicznym próbuje rozstrzygnąć bioetyka, określając granice ewentualnych, kontrowersyjnych działań w tym zakresie. Problematyka dotycząca określonych postaw etycznych wobec transplantologii, mająca dotąd odzwierciedlenie w przysiędze Hipokratesa, otrzymała także swoje miejsce w *Kodeksie etyki lekarskiej*, w którym dokonuje się zasadniczych rozstrzygnięć.

Pobieranie narządów nie może obrażać uczuć bliskich krewnych osoby zmarłej, a zwłokom tej osoby należy jest właściwy szacunek – obchodzenie się z nimi z pietyzmem zawiera również moralny obowiązek ich pogrzebania. Należy zachować pamięć, iż zwłoki reprezentują widzialną postać osoby, którą przedstawiają po śmierci. Krewnym zmarłego powinno się zapewnić możliwość pożegnania ze zmarłym, a także trzeba wykluczyć wszelkie rutynowe i bezduszne traktowanie ich bliskiego zmarłego.

Problematyka transplantacji, jak wiele innych zagadnień dotyczących biomedycyny, stanowi przedmiot szerokiego zainteresowania społecznego, także z punktu widzenia religii. Uwzględniając znaczenie, jakie ma przeszczepianie narządów dla człowieka, podejmowanie praktyki transplantacyjnej jest zagadnieniem bardzo złożonym. Dotyczy ono w wielu wypadkach osób, zarówno dawcy, jak i biorcy, pochodzących z odmiennych kręgów kulturowych bądź religijnych i wyznaniowych, różniących się płcią, rasą, wiekiem czy pochodzeniem etnicznym. Zatem próba przyjrzenia się perspektywie kulturowo-religijnej, stykającej się z problematyką transplantacji, jest zadaniem szczególnym, bowiem religijnemu sposobowi myślenia człowieka bliskie są zagadnienia dotyczące natury człowieka, świętości i szczególnej wartości życia ludzkiego. Istotne jest, iż wszyscy, którzy są zaangażowani w postępowanie transplantacyjne (dawca, biorca, rodziny, lekarze i osoby z nimi współpracujące), są reprezentantami wyznającymi określone i różne systemy religijno-moralne, stanowiące kanwę ich postępowania. Temu także podporządkowany jest sposób ich myślenia, realizacji przekonań, obowiązków, nakazów oraz zakazów.

Określenie przez daną religię stanowiska, wytyczenie zasad bądź istotnych założeń umożliwia zrozumienie zagadnień donacji, transplantacji i przyjęcia transplantatu jako szczególnej metody terapii. Wiele trudności w tej mierze jest spowodowanych oporami społecznymi funkcjonującymi w różnych kulturach i poszczególnych państwach na świecie. Są one skoncentrowane przede wszystkim na kryteriach i trybie rozpoznawania śmierci, zgodzie na pobranie, sposobach pobierania narządów, a także szacunku wobec zwłok ludzkich, poszanowaniu żyjących dawców oraz zakazie komercjalizacji przeszczepów. Różnicowanie podejść religijnych i kulturowych jest więc obszerne, ale wspólne w wielu miejscach pomimo tej różnorodności. Śmierć człowieka jest zatem punktem wyjścia, a poprawność etyczna i aspekty moralne towarzyszą temu zjawisku zawsze i nieodłącznie [8].

Chrześcijaństwo jest religią, która zrodziła się, przejmując podstawy i założenia dotyczące istoty, formy i celu ostatecznego ludzkiego życia z judaizmu. Akceptacja etyczna transplantacji była możliwa w nauczaniu Kościoła na skutek ewolucji zasady całościowości (*principium totalitatis*), którą katolicka etyka medyczna uznaje za punkt odniesienia w dokonywaniu moralnej oceny transplantacji. Przyjęto pogląd zgodny z zasadą całościowości, określającej człowieka jako byt złączony (scalony wewnątrznie), który stanowi o jedności ciała i duszy (*corpore et anima unus*), pojmując osobę ludzką jako jedność duchowo-cieleśną. Zatem podejmowanie działań medycznych jest z jednej strony leczeniem i ratowaniem jednej osoby, z drugiej – ingerencją w integralną całość innej osoby. Według nauki Kościoła nie wszystkie procedury, które są technicznie możliwe, są dopuszczalne moralnie. W związku z tym samo stosowanie wiedzy bez obecności sumienia może doprowadzić do zniszczenia człowieka. Naruszenie całości, którą tworzy człowiek, jest etycznie dopuszczalne wyłącznie wtedy, gdy zostaje zachowana godność i prawo do samorealizacji człowieka.

Postawę otwartą na problemy transplantacji przedstawiali najważniejsi nowożytni hierarchowie Kościoła. Papież Pius XI zwrócił uwagę na ciało człowieka, któremu należy się szczególny szacunek i w które nie powinno się pochopnie ingerować, za wyjątkiem sytuacji, która służy ocaleniu jego dóbr. W zakresie działań medycznych, postępując zgodnie z zasadą całościowości, kiedy to wolno naruszyć dobro częściowe dla uratowania dobra podstawowego, dopuszczalne jest dokonanie swoistego okaleczenia ciała drugiego człowieka, jak dzieje się podczas amputacji, jednakże warunkiem jest tu ratowanie życia.

Papież Pius XII nawiązywał do zagadnień transplantacji, stwierdzając w kontekście medycznym, że nie wolno naru-

szać integralności ciała i psychiki człowieka naukowymi poszukiwaniami, narażając na poniesienie przez niego szkody. Wskazywał, że człowiek zmarły nie jest w pełni podmiotem swoich praw i dlatego dopuszczalne staje się pozyskanie transplantatu rogówki ze zwłok ludzkich. Miało to związek z ówczesnym stanem wiedzy medycznej. Popierał natomiast darowanie krwi, pobieranie narządów ze zwłok z zachowaniem szacunku wobec ciała ludzkiego, wskazując na konieczność zgody rodziny w tym względzie.

Papież Jan Paweł II wielokrotnie wskazywał w treści znaczących dokumentów Kościoła o stosunku chrześcijaństwa do problematyki transplantacji. Za czasów jego pontyfikatu zagadnienia dotyczące transplantacji poruszane były w następujących dokumentach: *Katechizm Kościoła Katolickiego*, *Karcie pracowników służby zdrowia* i encyklice *Evangelium Vitae* (z 1995 roku) [9]. Według jego nauczania powstaje aspekt bezinteresownego daru, jaki człowiek może uczynić w akcie donacji *ex mortuo*, gdyż dzięki ofiarowaniu własnej części ciała inny człowiek będzie mógł żyć. Upodabnia to ów akt do Ofiarowania Chrystusa na Krzyżu, a śmierć nie jest już znakiem jedynie ostatecznej rozłąki z najbliższymi [10]. Jan Paweł II zauważał także niedopuszczalne aspekty transplantacji, wykluczające tę metodę w razie niebezpiecznego charakteru jej stosowania. Warunkiem niezbędnym jej zastosowania musi być zachowanie godności człowieka, zakaz komercjalizacji i wszelkiego obrotu materiałem biologicznym, służącym w procesie transplantacji.

W religii prawosławnej istnieje pozytywne nastawienie do transplantacji, jeśli jest ona wykorzystywana dla poprawy jakości ludzkiego życia, służąc przy tym ratowaniu życia.

Grekokatolicy dopuszczają możliwość zastosowania transplantacji wobec zagrożenia życia, ale warunkują postępowanie poszanowaniem dla dawcy i biorcy transplantatu.

Anglikanie uznają za akt altruizmu i miłości donację narządów, co jest interpretowane jako działanie opierające się na współczuciu i społecznej odpowiedzialności. Podkreśla się znaczenie szacunku wobec ciała zmarłego i poszanowanie jego doczesnych szczątków.

Kościół protestancki zawiera grupę poszczególnych wyznań – luteranie, kalwini, zielonoświątkowcy, Adwentyści Dnia Siódmego, baptyści charakteryzują się sporym zróżnicowaniem, ale mają wspólne zdanie na temat pozytywnego wymiaru praktyki transplantacyjnej. Wskazują, że niedozwolona jest komercjalizacja przy pozyskiwaniu materiału przeszczepowego.

Kościół Ewangelicko-Augsburski nie powziął oficjalnego stanowiska w tej sprawie, jednakże swoją opinię opiera na oświadczeniu Amerykańskiego Kościoła Ewangelic-

ko-Augsburskiego, który wsparł idee donacji i zawezwał swoich wyznawców do podobnego wsparcia. Wskazał, iż wierni powinni rozważyć dawstwo, które należy rozpatrywać jako akt najwyższej miłości wobec bliźniego.

Kościół Ewangelicko-Methodystyczny podjął stanowisko, iż transplantacje są działaniami o charakterze charytatywnym, wynikającymi z miłości i są jej wyrazem. Swoją uwagę zwraca na podejmowanie czynności transplantacyjnych w zgodzie z regulacjami prawnymi oraz przy zachowaniu koniecznej atmosfery szacunku dla dawcy zmarłego i żyjącego.

Świadkowie Jehowy radykalność norm moralnych opierają na zakazie przyjmowania innej niż własna krwi, jednak z braku oficjalnego wskazania biblijnego, zakazującego korzystania z innej tkanki ludzkiej niż własna, transplantacja odbywa się na zasadzie osobistej zgody każdego członka tej wspólnoty [11]. Transplantacja może być warunkowo przeprowadzona po usunięciu obcej krwi z przeszczepianego graftu.

Troszcząc się o ochronę życia ludzkiego, ortodoksyjny judaizm pochwała i zaleca rygorystycznie przestrzeganą moralność i surową sprawiedliwość, wynikającą z miłości bliźniego. Jedną z zasad podstawowych medycyny, według religii żydowskiej, którą podejmuje zasadniczo w swojej doktrynie, jest koncentrująca się wobec istoty ludzkiej koncepcja, zgodnie z którą ciało i dusza tworzą nierozdzielalną całość. Stąd judaizm pozytywnie odnosi się do ratowania życia ludzkiego, natomiast jeden człowiek nie może mieć pierwszeństwa przed drugim. Dlatego w ujęciu problematyki transplantacyjnej życie biorcy nie jest cenniejsze niż życie dawcy albo umierającego. Według Talmudu szczątkom ludzkim należy się szacunek, ponieważ były one „boską powłoką duszy”. Niesienie pomocy jest obowiązkiem człowieka, zatem możliwe jest pozyskanie przeszczepu nawet od żyjącego dawcy, jeśli to nie zagrazi jego życiu.

Islam jest religią mającą określony system etyczny, który kształtuje światopogląd muzułmanów. Za podstawę podejmuje się w niej ochronę życia ludzkiego, a podejmując kwestie dotyczące problematyki transplantacji, zezwala się wierzącym muzułmanom na możliwość stosowania praktyki przeszczepiania. W świecie muzułmańskim „śmierć mózgu” oznacza nieodwracalne zakończenie jego funkcji. Podjęcie czynności eksplantacyjnych musi zostać poprzedzone rygiorem następujących warunków: aby stwierdzenia śmierci mózgu dokonało trzech lekarzy, aby zmarły człowiek nie wyraził swojego sprzeciwu, aby czynności eksplantacyjne podjęte były przez uznany ośrodek medyczny, a za przeszczepienie organów nie zostało pobrane wynagrodzenie [12]. Współczesny pogląd

prawnych szkół sunnickich przedstawia stanowisko na temat transplantacji z uwzględnieniem następujących zastrzeżeń: „przeszczep nie może sprzeciwiać się ludzkiej godności muzułmanina, dopuszczalny jest tylko, gdy jest jedyną możliwą formą pomocy, oddanie organu musi być dobrowolne (również po śmierci, pobranie [...] warunkuje wcześniejsza zgoda), handel ludzkimi organami jest sprzeczny z godnością człowieka, można przyjmować organy od nie-muzułmanów, ale nie od ludzi skazanych na śmierć”. Szyicki radykalizm natomiast zakazuje pozyskiwania transplantatów od zmarłych, za wyjątkiem ratowania życia innego muzułmanina [12]. Pobieranie narządów nie powinno doprowadzać do uszkodzenia ciała, gdyż szkody dokonanej jednemu człowiekowi nie wolno naprawić, wyrządzając inną szkodę drugiemu człowiekowi. Obie operacje, pobranie i przeszczepienie, powinny mieć pomyślne zakończenie. W trakcie leczenia dopuszcza się wykorzystanie wielu różnych form leczenia, ale nie zaleca się uporczywego przedłużania życia. Zabroniona jest możliwość transplantacji z udziałem przeszczepu od dawcy żywego, gdyż mogłoby to spowodować osłabienie jego funkcji życiowych. Istnieje przyzwolenie na przeszczepienie od dawcy zmarłego, jeśli ta osoba nie była skazana na karę śmierci i wyraziła swoją zgodę. Wymaganej zgody mogą udzielić również spadkobiercy zmarłego bądź przywódca duchowny, kiedy nie jest znana tożsamość człowieka albo nie ma on spadkobierców [13].

Celem wyznawców buddyzmu jest samodoskonalenie się, umysłowa dyscyplina i medytacja. Nie wysuwa się zastrzeżeń wobec problematyki donacji i transplantacji. Jest to widziane nawet jako heroiczny akt, a indywidualną sprawą każdego jest podjęcie decyzji o oddaniu swoich (komórek, tkanek) narządów [12].

Hinduizm, z powodu ukształtowania szczególnej koncepcji, w której nie zawiera się afirmacja dla wartości życia ludzkiego, obecna w judaizmie, chrześcijaństwie i islamie, neguje jego wartość. Zachęca do pomniejszania znaczenia doraźnej radości na rzecz rozwijania ducha dobroci. Hinduizm nie zawiera jasno określonych poglądów zabraniających stosowania praktyki transplantacyjnej w odniesieniu do pozyskiwania narządów od osób zmarłych, a w jego mitologii znajduje się szereg przykładów, w których ciało ludzkie wykorzystywano dla dobra innych ludzi.

Transkulturowość w pielęgniarstwie

Pielęgniarstwo jako szczególna profesja zostało zapoczątkowane przez Florence Nightingale, jednak pierwszą pielęgniarką antropologiem była Madelaine M. Leiniger, która zapoczątkowała rozwój pielęgniarstwa transkulturowego. Rozpoczynając karierę pielęgniarską w latach

40. XX wieku na oddziale o profilu internistyczno-chirurgicznym, zdobyła ona doświadczenie oraz przekonanie o ogromnym znaczeniu opieki pielęgniarstwie nad zdrowiem człowieka, będącym podmiotem jej pielęgniarstwie działań, jej oddziaływaniu na zachowanie zdrowia i jego przywracanie. Następne doświadczenia pozyskała w pracy z dziećmi chorymi psychicznie, obserwując ich zachowanie. Poczynała wiele spostrzeżeń, które przekonały ją, iż aby sprawować dobrą opiekę, pielęgniarki potrzebna jest wiedza na temat pochodzenia i tradycji, sposobów komunikacji, zwyczajów dietetycznych czy zabaw dzieci, które podlegały jej czynnościom pielęgnacyjnym, a wywodzących się z różnego obszaru kulturowego czy grup etnicznych. Zauważyła, że dzieci pochodzenia amerykańskiego, niemieckiego, żydowskiego czy afroamerykańskiego wykazują wiele różnic w różnorodnych aspektach swojego funkcjonowania. Leiniger postanowiła zdobyć wiedzę i doświadczenie wykorzystać do określenia sposobów podejmowania opieki pielęgniarstwie, zróżnicowanej pod wieloma względami, dotyczącymi nie tylko zakresu psychiatrii czy psychoterapii, ale również poszerzając zakres medycznej wiedzy o dodatkowe informacje dotyczące specyfiki kulturowej danyh osób. Będąc antropologiem, zetknęła się z różnorodnością, badając wraz z zespołem współpracowników zachowania związane z opieką wśród ponad stu różnych kultur na całym świecie.

Wynikiem tych badań było stworzenie podwalin koncepcji opieki transkulturowej, która potwierdza istnienie dwóch podejść: różnorodności (*diversity*) oraz uniwersalności (*universality*). Wyodrębnienie tych podejść spowodowało powstanie teorii uniwersalności i różnorodności kulturowej opieki. Umożliwiło to stworzenie nowego obszaru badań w pielęgniarstwie, tj. pielęgniarstwa transkulturowego.

Podstawowe założenia teorii transkulturowej dotyczą „troskliwości” – temat jej znaczenia podejmuje m.in. religia. Znaczenie troskliwości dotyczy określenia tego terminu jako szczególnej cechy pielęgniarstwa będącej jej swoistą esencją, elementem centralnym i dominującym [14]. Kultura rozpatrywana jako wzorzec określony przez grupę, w której żyje jednostka, jest zbiorem idei i przekonań. Jest systemem symboli, które tworzą sieć znaczeń. Symbole są niewidocznymi aspektami ludzkich zachowań, dostrzeganymi wówczas, gdy mają zastosowanie w życiu codziennym (wartości, normy, postawy, wierzenia). To również konkretne i namacalne, mające określoną postać przedmioty materialne (język, tradycje i obyczaje, jedzenie, ubranie, budynki, książki) oraz wszystkie inne wytwory ludzkiej ręki i umysłu. „Kulturę” nabywa się w procesie socjalizacji i uczenia, które może mieć charakter formalny,

przejawiający się w świadomym działaniu zmierzającym do wpojenia określonych treści i przekonań, np. związanych z nauką szkolną. Nieformalne przyswajanie kultury odbywa się poprzez naśladowanie i powtarzanie obserwowanych zachowań, których przyswajanie staje się naturalne i automatyczne [15]. Kultura jest również gotowym zbiorem rozwiązań, którymi posługuje się jednostka.

Leininger definiuje pielęgniarstwo transkulturowe jako „humanistyczny i naukowy obszar formalnych studiów i praktyki pielęgniarstwa, który jest skupiony na porównawczych badaniach kultur, w odniesieniu do różnic i podobieństwa we wzorach opieki (troski), zdrowia i choroby opartych na wartościach kulturowych, przekonaniach i praktykach różnych kultur na świecie i wykorzystaniu tej wiedzy w celu dostarczenia kulturowo specyficznej i/lub uniwersalnej opieki pielęgniarstwa” [14].

Pielęgniarstwo ma więc za zadanie, wraz z modelami je reprezentującymi, dostarczyć oceny indywidualnych potrzeb pacjenta, będącego podmiotem działań pielęgniarki, która wywodzi się z innej niż pacjent grupy kulturowo-religijnej bądź etnicznej. Ludzka troska stanowi więc naturę pielęgniarstwa, jest jego cechą oraz pojęciem nadrzędnym. Człowiek jest nierozdzielnie związany ze swoją kulturą, zarówno w sensie jednostkowym, jak i dotyczącym całej grupy społecznej i społeczności.

Pielęgniarstwo to nauka i sztuka o podłożu humanistycznym, która koncentruje się na ludzkiej trosce (fenomen troski), a także na mających związek z asystowaniem, wspieraniem działaniach pomagających i ułatwiających pojedynczym osobom lub grupom w osiągnięciu, uzyskaniu oraz utrzymaniu zdrowia bądź dobrostanu. Zawiera się tutaj również pomoc – w sposób, w jaki przyjmuje się czynić w danej kulturze – w razie niepełnosprawności lub śmierci.

Swoje pojęcia i założenia Leininger ukazała w modelu „Wschodzącego słońca” (*Sunrise Model*), w którym przedstawiła opracowane pojęcia (kultura, troskliwość, troszczyć się, troskliwość kulturowa, różnorodność kulturowa, troskliwość, uniwersalizm kulturowy, troskliwość, światopogląd, struktura społeczno-kulturowa, kontekst etnohistoryczny, kontekst środowiskowy, system zdrowia ludowego, profesjonalny system zdrowia, zachowanie/utrzymanie troskliwości kulturowej, dostosowanie opieki zdrowotnej, przemodelowanie opieki kulturowej). Model „Wschodzącego słońca” odnosi się do teorii różnorodności i uniwersalności kulturowej w opiece zdrowotnej i akceptacji ludzkiej troski jako zjawiska o uniwersalnym znaczeniu, które jest wyrażane poprzez różnorodną ekspresję transkulturową, cechującą się również odmiennym sensem. Autorka teorii przyjęła, iż braki w zapewnieniu troskliwości

i opiekuńczości, niepozostającej w zgodzie z kulturą, wywołują stres, konflikty na tle kulturowym bądź problemy etyczne, utrudniające wzajemne współdziałanie ludzi względem siebie [16].

Rozwój teorii stworzył także podstawy do powstania pielęgniarstwa transkulturowego, będącego subdyscypliną pielęgniarstwa. Według Leininger celem pielęgniarstwa transkulturowego jest dostosowanie, zachowywanie oraz respektowanie kultury pochodzenia każdego pacjenta. Według tej teorii pielęgniarka powinna wspomóc pacjenta w przestrzeganiu reguł i zasad jego kultury bądź religii, nie powodując w tej kwestii zmian, ponieważ niezachowanie respektu wobec wartości kulturowych człowieka (pacjenta), co gorsza – żądanie dokonania zmian w sposobie myślenia czy życia ma wpływ na jego samopoczucie, może wywołać tzw. szok kulturowy. Ma to związek z pojawieniem się nowych wartości, zasad oraz form zachowań powodujących powstanie lęku, dyskomfortu i dezorientacji. Z powodu braku pomocy i wsparcia nasila się stan szoku kulturowego, wywołującego poczucie utraty własnej identyfikacji kulturowej, bezradności w kontakcie z odmienną niż własna kulturą przedstawiciela innego kręgu kulturowego [16].

Teoria Leininger pokazuje także znaczenie ludzkich wartości, wierzeń oraz praktyk, które powstają pod wpływem kultury, w zapewnianiu opieki. W związku z pojawieniem się niezgodności w sposobie rozumienia dotychczas uznawanych, tradycyjnych zasad sytuacji kontaktu z różniącym się kulturowo człowiekiem wzmaga niekorzystne procesy adaptacji do nowej sytuacji. Zatem poszerzenie spojrzenia na odrębność kulturową, które może wspomóc działania pielęgniarki w redukowaniu niekorzystnych zjawisk wynikających z odrębności kulturowych pacjenta oraz własnych, spowoduje ustalenie odpowiednio dostosowanych form nabywania wiedzy dotyczącej członków innych kultur i rozwijającej możliwości ich rozumienia. Dlatego respektowanie zasad wynikających z różnokulturowości, właściwa adaptacja różnic podczas określania potrzeb opieki pielęgniarstwa nad pacjentem (np. dostosowanie diety, umożliwienie realizacji modlitw czy obrządków) pozwolą na zmniejszenie niekorzystnych czynników, które uniemożliwiają osiągnięcie dobrostanu oraz zdrowia. Rozwijanie wrażliwości na odmienne wartości i wierzenia ludzkie pomaga w rozwoju umiejętności współdziałania, koncentruje uwagę pielęgniarki na odkrywanych konstruktach troskliwości, powodując odchodzenie od skupiania się wyłącznie na aspektach medycznych. Dlatego akceptacja pojawiającej się odmienności kulturowej przybyszów z innych kręgów kulturowych, postrzeganej wielowymiarowo, z uwzględnieniem złożoności

tych kultur, ich zwyczajów, obrzędów i wierzeń, wpłynie korzystnie na podejmowanie wzajemnych relacji międzyludzkich, także w kontekście zdrowia i choroby. Spowoduje to zainicjowanie procesu adaptacji i akulturacji, tj. procesu dotyczącego zmiany kulturowej, która zachodzi w wyniku ciągłej i bezpośredniej interakcji odbywającej się pomiędzy dwoma kulturami, które to procesy pozwalają na obejmowanie swoim zasięgiem dotąd niezróżnicowanych kulturowo czy etnicznie społeczeństw, obecnych również na terenie Polski, z uwzględnieniem miejsc, w których historycznie dokonywało się współistnienie odmiennych grup etnicznych, religijnych czy kulturowych (np. obszary przygraniczne) [17].

Pielęgniarki są obecne na wielu różnych etapach procesu leczenia i pielęgnowania, stykając się z człowiekiem o odmiennym pochodzeniu kulturowo-religijnym, mają ogromny wpływ na kształtowanie się relacji pielęgniarka – pacjent, przy czym relacja ta musi uwzględniać omawiane różnice kulturowe. Pielęgniarki obecnie emigrują – nie tylko w celach zarobkowych, ale także w celu poznawczym, współpracują na arenie międzynarodowych organizacji, kontaktują się z przedstawicielami innych kultur. W związku z dokonującymi się zmianami o zasięgu międzynarodowym, wymianą myśli ludzkiej, poszerzaniem kontaktów i relacji międzyludzkich, możliwością korzystania z narzędzi komunikacji o zasięgu ogólnosiwiatowym systematyczne pogłębianie wiedzy sprawi, iż człowiek zarówno w zdrowiu, jak i chorobie uzyska maksimum zrozumienia i pomocy ze strony pielęgniarki, która sprawować będzie nad nim opiekę.

Podsumowanie i wnioski

W niniejszej pracy podjęto próbę omówienia problematyki w formie syntetycznego ujęcia, wykorzystując różnorodne źródła z literatury medycznej i niemedycznej (prawnej, etycznej, religijno-kulturowej) w tym zakresie. Analiza piśmiennictwa dotyczącego transplantacji narządów w perspektywie transkulturowej wykazała, iż przedstawianie powyższych zagadnień jest domeną literatury niemedycznej, niebezpośrednio skierowanej do pielęgniarek. Przegląd literatury ukazujący stosunek omawianych religii do przeszczepiania narządów wykazał, iż podejście to jest różne, w zależności od założeń, zasad bądź doktryn danych religii. Problem ten jest ujęty szerzej w literaturze niemedycznej, także skierowanej niebezpośrednio do pielęgniarek.

W toku procesu badawczego wysunięto następujące wnioski:

1. Transkulturowość jest elementem, który należy uwzględnić w aspekcie transplantacji narządów; opie-

kując się pacjentem, należy zwracać uwagę na jego pochodzenie i tradycje religijno-kulturowe.

2. Problematykę transplantacji narządów w perspektywie transkulturowej należy podjąć w badaniach z dziedziny pielęgniarstwa, aby poszerzyć w ujęciu wieloaspektowym wiedzę pielęgniarek na ten temat. Warto podjąć tematykę transplantacji narządów, uzupełniając aspekt medyczny o zagadnienia wiedzy prawno-etycznej, religijno-kulturowej, a także transkulturowości, uwzględniając ich wzajemne zależności oraz oddziaływanie na funkcjonowanie człowieka wobec zjawisk przenikania się kultur.
3. W dziedzinie pielęgniarstwa należy podjąć badania dotyczące postaw i ich zmian w efekcie zwiększania się wiedzy oraz świadomości społecznej na temat transplantacji narządów w perspektywie transkulturowej oraz tworzenia programów edukacyjnych i kampanii społecznych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Guzik-Makaruk EM. Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym. Białystok: Wydawnictwo Temida 2; 2008. s. 29–33.
2. Moszkowska G, Dębska-Ślizień A, Durlik M. Kryteria ogólne doboru potencjalnego biorcy (typowanie tkankowe, dane kliniczne). W: Rutkowski B, Kaliciński P, Śledziński Z, Wujtewicz M, Milecka A (red.). Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica Media; 2009. s. 161–165.
3. Kaliciński P. Zasady alokacji narządów. W: Rutkowski B, Kaliciński P, Śledziński Z, Wujtewicz M, Milecka A (red.). Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów. Gdańsk: Wydawnictwo Via Medica Media; 2009. s. 166.
4. Tykwińska-Rutkowska D. Transplantacja. Studium z prawa administracyjnego. Warszawa: Wydawnictwo Sejmowe; 2013. s. 58.
5. Trnka J. Sposoby i możliwości stwierdzania zgonu dawnej i obecnie. W: Kuzyszyn Z (red.). Społeczno-etyczne aspekty transplantologii. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2011. s. 15–23.
6. Biesaga T. Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci. Medycyna Praktyczna. 2006;2:20–28.
7. Bohatyrewicz R, Makowski A, Kępiński S. Rozpoznawanie śmierci mózgu. W: Rowiński W (red.). Transplantologia kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004. s. 50–59.
8. Antos E, Zelman M. Kulturowe i religijne uwarunkowania przeszczepiania narządów w Polsce i na świecie. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue. 2012;1:7–13.

9. Sikora A. Transplantacja narządów w świetle nauki Kościoła i wypowiedzi Jana Pawła II. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*. 2004;1(4):119–125.
10. Gulak S. Transplantacje narządów w świetle nauki Kościoła Katolickiego. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2011;4(37):31–35.
11. Kózka M. Wybrane założenia religii świadków Jehowy. W: Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K (red.). *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010. s. 59.
12. Sikora A. Transplantacja narządów w perspektywie religijno-moralnej. *Medyczna Wokanda*. 2011;3:121–128.
13. Pruszyński JJ, Putz J, Cianciara D. Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby. *Hygeia Public Health*. 2013;48(1):108–114.
14. Janus B. Istota pielęgniarstwa transkulturowego M. Leininger. W: Górajek-Joźwik J (red.). *Filozofia i teorie pielęgnowania*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007. s. 359–360.
15. Szopski M. *Komunikowanie międzykulturowe*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 2005. s. 8–9.
16. Poznańska S, Madelaine M. Leininger. Model pielęgniarstwa transkulturowego. W: Poznańska S, Płaszewska-Żywko L. *Wybrane modele pielęgniarstwa*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2001. s. 155–157.
17. Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K. *Przedmowa* (red.). *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010. s. 9.

Zaakceptowano do edycji: 2016-04-12
Zaakceptowano do publikacji: 2016-04-28

Adres do korespondencji:

Elżbieta Antos
ul. Stanisława Wyspiańskiego 1/49, 05-120 Legionowo
tel.: 608 376 007
e-mail: ela.antos@op.pl