

Bogumiła Jabłecka

Uniwersytet Jagielloński w Krakowie
e-mail: bogumila.jablecka@uj.edu.pl

Wokół problematyki śmierci mózgowej w antropologii medycznej

Abstract

Around the Issue of Brain Death in Medical Anthropology

The issue of defining the exact moment designating the end of human life has always raised controversies. Thus, the phenomenon of brain death can hardly be considered an exception. Although the concept belongs to the field of biomedicine, its acceptance is determined by a broader sociocultural context. I will strive to illustrate this by referring to examples taken from literature and the media, while focusing especially on Poland.

Medical anthropology looks at particular biomedical phenomena and strives to understand them by exploring the society and culture they are embedded in. By approaching brain death in such a manner, we receive an interesting outlook on values, beliefs and relationships intertwined within the social nexus and concerning the meaning of life and death, personhood, relationship between biomedicine and society, as well as the status of biotechnology in the modern-day world.

Keywords: brain death, transplants, medical anthropology.

17-letni Kamil, ofiara wypadku drogowego, trafił w nocy 10 lipca 2014 roku do Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka we Wrocławiu w stanie agonalnym. Następnego dnia lekarze stwierdzili u niego śmierć pnia mózgu, a ojciec chłopca zgodził się na transplantację narządów syna. Takich sytuacji zdarza się wiele, tym razem jednak przeciwko pobraniu organów i odłączeniu od respiratora zaprotestowała matka ofiary, uważając, że serce chłopaka bije i Kamil żyje. Wraz z kolegami syna zorganizowała protest i wezwała na pomoc prof. Jana Talara, znanego kontestatora zjawiska śmierci pnia mózgu. Młodzi ludzie pojawili się przed szpitalem z transparentami „Handel organami zamiast ratowania

życia”, „Morderstwo w majestacie prawa”. Wstrzymano procedurę transplantacyjną, sprawę mocno nagłośniły też media. Matka żądała cofnięcia aktu zgonu syna, gdyż bez tego nie mogła zabrać ani przenieść chłopca do innego szpitala. Orzeczenie śmierci mózgowej odbyło się jednak zgodnie z wyznaczonymi standardami i w pełnym majestacie prawa, co czyniło unieważnienie niemożliwym. Śmierć całego organizmu chłopca nastąpiła ostatecznie w poniedziałek 14 lipca o godzinie 5.50¹.

To najgłośniejsze wydarzenie związane z kwestią śmierci mózgowej (ŚM), jakie ostatnimi czasy poruszyło opinię publiczną. Historią śmierci Kamila emocjonowano się na łamach ogólnokrajowych dzienników, w mediach społecznościowych, radiu i telewizji. 30 lat od uznania w prawie polskim za obowiązującą² definicja śmierci mózgowej wciąż budzi kontrowersje. To prowokuje do spojrzenia na fenomen śmierci w szerszym niż biologicznym aspekcie. Jest to bowiem bez wątpienia zjawisko otoczone różnymi emocjami i wierzeniami, mające przy tym ogromne znaczenie kulturowe i społeczne. W niniejszym tekście postaram się przybliżyć problematykę związaną ze śmiercią mózgową w ramach antropologii medycznej.

Śmierć mózgowa a antropologia medyczna

Antropolodzy medyczni zaczęli się interesować fenomenem śmierci mózgowej wraz ze wzrostem zainteresowania kwestią transplantacji. Chociaż Renée Claire Fox (1959), prekursorka badań antropologicznych i socjologicznych nad przeszczepami, zaczęła pisać o społeczno-kulturowym kontekście transplantacji, jeszcze zanim publiczna debata o śmierci mózgowej ujrzała światło dzienne, temat ten w latach 90. na dobre wpisał się w tzw. antropologię transplantacji narządów (Ikels 2013).

Wśród publikacji podnoszących ten problem warto wymienić zwłaszcza analizy porównawcze Margaret Lock (1996, 1998, 2002), Emiko Ohnuki-Tierney (1997) oraz Emiko Ohnuki-Tierney, Michael V. Angrosino, Carl Becker i in. (1994) dotyczące podejścia do kwestii akceptacji śmierci mózgowej w Stanach Zjednoczonych i Japonii. Lesley A. Sharp (2006) stworzyła monografię zjawiska transplantacji na gruncie amerykańskim, gdzie zastanawiała się m.in. nad stosun-

¹ Więcej na ten temat: <http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/transplantolog-niewyedykowany-smarkacze-smierc-mozgu-to-nie-spiaczka-nie-ma-powrotu,450318.html> [dostęp: 14.07.2015], http://wyborcza.pl/1,75478,16321358,Nie_wierza_ze_Kamil_nie_zyje__Protestuja_pod_szpitalem.html [dostęp: 14.07.2015], http://wyborcza.pl/1,75478,16329338,Smierc_Kamila_na_zywo__fanatycy_religijni_wstrzymuja.html [dostęp: 14.07.2015].

² W Polsce definicję śmierci mózgu wprowadzono 1 lipca 1984 r. Komunikatem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Przez lata była ona parokrotnie modyfikowana, obecnie obowiązuje definicja stanowiąca treść załącznika do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z 17 lipca 2007 r.

kiem personelu medycznego, rodziny i społeczeństwa do osoby w stanie śmierci mózgowej, sposobem konceptualizowania ciała zmarłego, liminalnego statusu dawcy i rozumienia zjawiska śmierci. Z kolei Paul Gill (2000) zebrał i pokrótce omówił główne powody kryjące się za niechęcią do śmierci mózgowej, analizując ich implikacje dla personelu oddziałów intensywnej terapii.

Ewolucja medycznej definicji śmierci

Od 1930 roku wiadano już, że nie tylko płuca, ale i serce mogą funkcjonować dzięki maszynom, a mimo to po jakimś czasie i ta technologia nie wystarcza, by zatrzymać śmierć całego organizmu. Na podstawie poszerzającej się wiedzy medycznej o funkcjonowaniu ludzkiego ciała odkryto, że śmierć człowieka jest zdysocjowanym zjawiskiem, tzn. że komórki i tkanki nie umierają jednocześnie, a funkcje organizmu ustają w różnej sekwencji czasowej. Innymi słowy, poszczególne części ustroju mogą przez pewien czas pracować, nawet jeśli inne już obumarły. I tak nowa technologia przyniosła pytania o odpowiedniość dotychczasowej definicji śmierci, opartej na ustaniu wszelkiej czynności oddechowej oraz krążenia. W rezultacie w ramach poszukiwań funkcji ustroju decydującej o śmierci człowieka skoncentrowano się na roli mózgu. W 1959 roku francuscy naukowcy pierwszy raz opisują zjawisko śmierci całego mózgu, czyli wszystkich struktur powyżej otworu wielkiego, i określają je jako „śpiączkę przetrwałą” (Szmidt 2003: 400). Fakt ten, wraz z dostrzeżeniem paradoksu, jakim była umiejętność utrzymania przy życiu ciała człowieka zmarłego, umożliwił zrealizowanie wielkiego snu biomedycyny – 3 grudnia 1967 roku Christiaan Barnard przeprowadził pierwszą na świecie transplantację serca od zmarłego dawcy.

Przeszczep Barnarda określany jako milowy krok medycyny, jak również przełomowy moment w historii transplantologii, spowodował konieczność szybkiego uregulowania społecznej, medycznej i prawnej kwestii definiowania końca ludzkiego życia. W 1968 roku zebrana na Uniwersytecie Harvarda komisja ogłosiła raport, w którym określiła stan nieodwracalnej śpiączki jako nowe kryterium śmierci człowieka. Dotychczasowa tradycyjna definicja śmierci okazywała się coraz bardziej nieadekwatna. W związku z tym w raporcie czytamy:

Naszym głównym celem jest zdefiniowanie nowej nieodwracalnej śpiączki jako nowego kryterium śmierci. Istnieją dwa powody, dla których pojawiła się potrzeba takiej definicji: (1) Osiągnięcia z zakresu wiedzy o resuscytacji i podtrzymywania życia zwiększyły wysiłki ratowania tych, którzy są ciężko ranni. Niekiedy te wysiłki osiągają jedynie częściowy sukces, w rezultacie czego doprowadza się do sytuacji, kiedy serce jednostki dalej bije, ale której mózg jest nieodwracalnie zniszczony. Ciężar spadający na pacjentów ostatecznie pozbawionych zdolności intelektualnych, ich rodziny i szpital oraz tych w potrzebie łóżek szpitalnych, które są zajmowane przez pacjentów w stanie śpiączki przetrwałej, jest wielki. (2) Niedookreślenia kryteriów śmierci mózgowej mogą prowadzić do kontrowersji w pobieraniu organów do transplantacji (*A Definition...* 1968: 337).

Po opublikowaniu raportu Komisji Harvardzkiej definicja śmierci mózgowej, począwszy od stanu Kansas w 1970 roku, przez Finlandię w 1971 roku, która uczyniła to jako pierwsza na poziomie państwowym, została w większości krajów prawnie uznana za równoznaczną ostatecznemu końcu życia człowieka. Dużą rolę w jej upowszechnieniu miała Komisja Prezydencka w Stanach Zjednoczonych z 1981 roku. Jak pisze Jacek Maria Norkowski:

Komisja ta wprowadziła do dyskusji na temat ŚM określenie mózgu jako centralnego integratora. Zniszczenie mózgu, manifestujące się objawami właściwymi dla ŚM, miałyby, w myśl tej koncepcji, prowadzić do utraty narządu integrującego całe ciało, a tym samym do zaniknięcia organizmu jako zintegrowanej całości czyli do śmierci człowieka w znaczeniu biologicznym (2011: 395).

Bogusław Wójcik trafnie podsumował opisywany przełom, stwierdzając:

Po wprowadzeniu kryterium śmierci mózgu możemy mówić zatem o ewolucji medycznej definicji śmierci, która polegała na przejściu od pojęcia śmierci człowieka jako całości do pojęcia śmierci jako nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu oznaczającego śmierć człowieka jako całości (2009).

Chociaż w świecie medycznym istnieje zgoda co do faktu śmierci mózgowej, jej orzekanie od strony prawnej jest uregulowane na różne sposoby. W niektórych krajach konieczne jest np. orzeczenie śmierci całego mózgu (USA), w innych jedynie jego pnia (Wielka Brytania, Polska). W Japonii i Niemczech przy akceptacji śmierci mózgowej zaznacza się, że nie jest ona tożsama z tradycyjnym rozumieniem śmierci, podczas gdy np. w Watykanie zupełnie odrzuca się koncepcję śmierci mózgowej (Norkowski 2011: 397).

Śmierć mózgowa w kontekście społeczno-kulturowym

8 sierpnia 1968 roku dr Jiro Wada przeprowadził na Uniwersytecie Medycznym w Saporro pierwszą w Japonii transplantację serca. Biorca zmarł 83 dni po operacji, a sam chirurg spotkał się z ogromną krytyką. Zarzucano mu, że przeprowadził przeszczep w tajemnicy, sam wyselekcjonował biorcę i określił stan śmierci mózgowej dawcy, a cała procedura była wątpliwa zarówno pod względem administracyjnym, jak i moralnym³. W konsekwencji zostały mu postawione zarzuty o morderstwo, które w końcu, z braku dowodów, wycofano. Na kolejną transplantację serca Japonia czekała do 1999 roku.

Mimo uprawomocnienia śmierci mózgowej w Japonii wciąż 20–40% Japończyków nie uznaje jej jako śmierci człowieka (Norkowski 2011: 396), a od 1997 do 2006 roku udało się zdobyć pozwolenie na dawstwo tylko w 50 przypadkach⁴.

³ <http://www.jotnw.or.jp/english/01.html> [dostęp: 14.07.2015].

⁴ <http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/6156925.stm> [dostęp: 14.07.2015].

Margaret Lock uważa, że takie dane wiążą się zarówno z innym postrzeganiem osoby, ciała i duszy, jak i społecznego aspektu śmierci w kulturze japońskiej (2002). Choć nie ma prostych odpowiedzi uzasadniających różnicę w sposobie akceptacji śmierci mózgowej w Japonii i świecie zachodnim, to kultura zachodnia wydaje się w większym stopniu niż japońska postrzegać człowieka w kategoriach dualizmu kartezjańskiego. Kartezjusz oddzielał ciało od duszy i sprowadzał to pierwsze do podstawowej roli maszyny, lokując istotę naszej osoby w tym, co duchowe i umysłowe (Kopania 2002: 17). Chociaż serce jest wciąż ważnym symbolem we współczesnym świecie, to mózg stał się czymś, co konstytuuje nas jako osobę, samych siebie. Stosunkowo szybkie uznanie śmierci mózgowej oraz charakterystyka mózgu wynikająca z raportu Komisji Prezydenckiej z 1981 roku wydają się takie spostrzeżenie potwierdzać. W tym samym czasie w Japonii, gdzie śmierć nie jest momentem, a raczej procesem społecznym, istota jednostki nie jest utożsamiana z jednym organem, a raczej rozciąga się na całą fizyczną osobę (Lock 2002: 396).

Argument kartezjański na dobre przeniknął do antropologii medycznej i stał się istotnym punktem odniesienia w rozważaniach dotyczących biotechnologii, a zwłaszcza transplantacji (zob. Ikels 2013). Jednak ogólniejsze spostrzeżenie autorki, że samo znaczenie śmierci mózgowej jest mediowane przez kulturę, pozwala na daleko sięgającą refleksję. Japońskie postrzeganie umierania jako procesu społecznego, umiejscowienie ducha człowieka w całym ciele, szacunek dla integralności ludzkiego ciała, jak również tradycyjna nieufność do idei przeniesionych z Zachodu miały wymierny wpływ na kształt prawodawstwa, biomedycyny, ale i codziennej rzeczywistości ludzi chorych w tym kraju. Ciekawie rozwija ten problem w swojej najnowszej książce Maria-Keiko Yasuoka (2015), przedstawiając konsekwencje nieufności do śmierci mózgowej dla japońskiego systemu medycznego i społeczeństwa. Chociaż niedobór narządów do transplantacji to globalny problem, Japonia jest jednym z krajów o najniższej liczbie przeszczepów od zmarłych dawców na świecie. Do 30 października 2014 roku w Japonii było tylko 290 przypadków transplantacji od zmarłych dawców (Yasuoka 2015: 10). Dla porównania w Polsce w 2015 roku rzeczywista liczba zmarłych dawców narządów wynosiła 525⁵. Ponadto w pierwszej wersji japońskie prawo dotyczące transplantacji nie zezwalało na pobranie narządów od osób poniżej 15. roku życia. W praktyce oznaczało to, że nie było możliwości przeprowadzania wielu transplantacji ratujących życie, jak np. przeszczepu serca u dzieci. Jedynym wyjściem dla wielu Japończyków okazała się turystyka medyczna. Rozwiązanie to jest nie tylko kosztowne, np. w Chinach w 2006 roku transplantacja wątroby kosztowała 51 000 \$, ale i niebezpieczne, a w dodatku według japońskiego prawa nielegalne (Lunt, Horsfall, Henefeld 2015: 415). Turystyka medyczna w celu transplantacji budzi też kontrowersje pod względem etycznym. Zdaniem Nancy

⁵ http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2015.html [dostęp: 29.01.2016].

Sheper-Hughes, antropolożki ochrzczonej przez prasę „detektywem narządów”⁶, handel organami jest rodzajem medycznego apartheidu, dzielącego świat na biednych dawców i bogatych biorców (2002: 61).

Tymczasem refleksja Lock (m.in. 2002) i Ohnuki-Tierney i in. (1994) o łatwości, z jaką świat zachodni przyjął definicję śmierci mózgowej, również wymaga rozwinięcia. Jakkolwiek w porównaniu z Japonią czy Koreą Południową⁷ w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie i Europie szybciej ustanowiono ŚM jako obowiązującą, w poszczególnych krajach nie obyło się bez komplikacji. Najbardziej kontrowersyjnym omawiany problem stał się w Danii. Spory związane ze śmiercią mózgową i transplantacjami sięgają tutaj lat 60. Ostatecznie w 1987 roku duńskie Ministerstwo Sprawiedliwości zaproponowało określenie tradycyjnej i mózgowej definicji śmierci jako obowiązujących. Propozycja ta została odrzucona podczas pierwszego czytania w parlamencie, a wkrótce potem powołana została Duńska Komisja Etyki, która w celu demokratyzacji debaty publicznej wydała broszurę przedstawiającą krytykę śmierci mózgowej. Krytyka ta była osadzona na rozróżnieniu koncepcji śmierci rozumianej jako wyjaśnienia znaczenia śmierci oraz kryterium śmierci, określającego moment śmierci przy założeniu, że w rozprawach etycznych należy się opierać na doświadczeniu dnia codziennego. Stąd gdy nauka zajmuje się określeniem kryterium, powinna to czynić na podstawie generowanej kulturowo i społecznie wypracowanej koncepcji śmierci. Ponieważ doświadczenie śmierci opiera się na śmierci osób nam bliskich, z którymi łączą nas określone relacje, to na ich zasadzie powinny być wyznaczane kryteria śmierci. W przypadku śmierci mózgowej nie ma wątpliwości, że rozpoczął się nieuchronny proces śmierci, jednak z punktu widzenia etyki pozostaje pytanie, kiedy proces ten się kończy. Idąc dalej:

W doświadczeniu codziennym tożsamość jednostki obejmuje integralność świadomości i ciała, a ponieważ tożsamość dotyczy zarówno ciała, jak i umysłu, proces śmierci nie może być określony jako zakończony, skoro oddychanie i bicie serca się utrzymuje, ciało pozostaje ciepłe, a kolory ciała normalne (Rix 1990: 6).

W argumentacji Duńskiej Komisji Etyki uwidaczniają się z jednej strony postrzeganie śmierci jako społecznego procesu, o którym pisali Lock i Ohnuki-Tierney w kontekście japońskim, a z drugiej dysonans poznawczy, którego można doświadczyć, patrząc na osobę w stanie śmierci mózgowej.

Co ciekawe, Duńska Komisja Etyki nie była przeciwna transplantacjom od zmarłych dawców, jednak określała wiele warunków, jakie muszą zostać spełnione, by do nich doszło. Zarówno w pracach wspomnianej Komisji Etyki, jak i w trwającej debacie publicznej istotną kwestią była priorytetyzacja medyczna. Chodziło o rozdzielenie debaty dotyczącej definiowania śmierci oraz osobnego

⁶ <http://www.psmag.com/business-economics/nancy-sheper-hughes-black-market-trade-organ-detective-84351> [dostęp: 29.01.2015].

⁷ W Korei Południowej śmierć mózgowa została uprawomocniona w 2000 r.

problemu stworzenia przez ŚM możliwości pobierania narządów (zob. też: Rendtorff 2014; Rix 1990; Rossel 1991)⁸.

Kwestia użyteczności śmierci mózgowej była obecna od początku tworzenia się tej koncepcji. Henry K. Beecher, szef Komisji Harvardzkiej, nie ukrywał, że „śmiercią należy nazwać ten stan chorego, w którym jego narządy będą jeszcze użyteczne do przeszczepu, a poza tym jedynym warunkiem jej definicja jest sprawą dowolną” (cyt. za: Norkowski 2011: 395). Czy kryterium określania momentu końca życia człowieka może być podporządkowane stopniu użyteczności jego ciała po śmierci? Czy postrzeganie śmierci w kategoriach albo-albo (istnienia/nieistnienia) – nie jest pułapką, zbyt dużym uproszczeniem? Czy taki sposób patrzenia na człowieka nie ma dalej zakrojonych konsekwencji w postaci podporządkowania wartości życia ludzkiego jego użyteczności dla społeczeństwa?

Niewątpliwie śmierć mózgowa jest pojęciem kluczowym dla transplantacji, ponieważ wyznacza możliwość pobrania narządów (w wypadku dawstwa od osób zmarłych przy bijącym sercu). W ten sposób wprowadzenie koncepcji śmierci mózgowej doprowadziło do sytuacji, w której śmierć jednego człowieka oznacza życie lub znaczną poprawę jakości życia drugiego.

Na transparentach kolegów i koleżanek Kamila pojawiły się wspomniane wcześniej hasła: „Handel organami zamiast ratowania życia” czy „Morderstwo w majestacie prawa”, a jedna z uczestniczek protestu, wypowiadając komentarz do sytuacji, stwierdziła: „Już wszystko przekalkulowali, że im [lekarzom] się bardziej opłaca oddać jego organy innym, niż jego ratować”⁹. Opinie te są tym bardziej interesujące, że lekarze odstąpili od pobrania narządów od Kamila, a w Polsce istnieje zasada zgody domniemanej. To oznacza, że jeśli dane zmarłego nie widnieją w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, a on sam nie sporządził pisemnego oświadczenia w tej sprawie lub nie wyraził sprzeciwu ustnie w obecności dwóch świadków, domniemywa się, że dana osoba zgadza się na oddanie po śmierci swoich narządów. Zgoda rodziny nie jest w tym wypadku potrzebna, jednak w praktyce szanuje się jej decyzję. Wynika to z założenia, że istotne jest zapewnienie pozytywnego społecznie obrazu transplantacji, a wszelkie kontrowersje negatywnie odbijają się na aspekcie dawstwa¹⁰.

⁸ Ostatecznie ŚM uznano w Danii 13.06.1990 r.

⁹ <http://www.tvn24.pl/wroclaw,44/lekarze-orzekli-smierc-matka-nie-chce-odlaczyc-syna-od-respiratora,449724.html> [dostęp: 14.07.2015].

¹⁰ Przykładem tej sytuacji jest słynna sprawa Mirosława G., szefa Kliniki Kardiochirurgii Centralnego Szpitala Klinicznego Stołecznego Zarządu Zdrowia MSWiA w Warszawie, który został zatrzymany przez funkcjonariuszy CBA 12.02.2007 r. Jeden spośród 42 zarzutów postawionych mu przez prokuraturę dotyczył „zabójstwa w zamiarze ewentualnym”. Chodziło o przedwczesne odłączenie pacjentów od aparatury podtrzymującej ich życie. Śledztwo dotyczące tego konkretnie zarzutu umorzono 7.05.2008 r. Sprawa Mirosława G. została w mediach bardzo nagłośniona, w rezultacie liczba zgłoszonych dawców spadła w 2007 r. w Polsce do 466 (dawców było o 23% mniej niż w 2006 r.). Ta sytuacja została następująco skomentowana w „Biuletynie Informacyjnym Poltransplantu” z marca 2008 r.: „Oskarżenie chirurga transplantologa o celowe spowodowanie zgonu cho-

Trudności w zaakceptowaniu definicji śmierci mózgowej biorą się po części stąd, że człowiek w stanie śmierci mózgowej nie wygląda jak „trup”. Ponieważ maszyny podtrzymują funkcje krążenia i oddychania organizmu, osoba w stanie śmierci mózgowej wydaje się spać. Jest ciepła, działają wszystkie narządy ciała z wyjątkiem mózgu, krew krąży, płuca podnoszą się i opadają, działa układ immunologiczny i przemiana materii, do tego stopnia, że organizm ma nawet możliwość podtrzymania życia płodu. Śmierć mózgową może dostrzec tylko ktoś z wiedzą medyczną, w konsekwencji czego rodzina musi zaufać maszynom i lekarzowi oraz jego kompetencjom – a nie własnym zmysłom.

Sharon S. Kaufman pisze o doświadczeniu wspomnianego już wcześniej dysonansu poznawczego w kontakcie z osobą w stanie śmierci mózgowej powodującego, że niektórzy mówią wręcz o zjawisku podwójnej śmierci. Pacjent niejako umiera po raz pierwszy, gdy jego mózg przestaje pracować, i po raz drugi, kiedy odłączona zostaje aparatura medyczna. W ten sposób zmienia się nasz dotychczasowy sposób myślenia o śmierci, ale też i o tożsamości człowieka, która za sprawą biotechnologii zostaje zawieszona między życiem i śmiercią, kulturą i naturą (Kaufman 2004: 249).

Zarówno akceptacja śmierci mózgowej, jak i biotechnologii w ogóle jest wyrazem ogromnego społecznego zaufania do biomedycyny, lekarzy oraz postępu technologicznego. Być może historia Kamila jest więc tylko jedną z odsłon problemu zaufania polskiego społeczeństwa do systemu ochrony zdrowia i personelu medycznego, które deklaratywnie jest na bardzo niskim poziomie¹¹. Wydaje się więc, że w momencie, kiedy zawodzi zasada społecznego zaufania, zawodzi również akceptacja paradygmatów wypracowanych w ramach danej dziedziny wiedzy.

Podsumowanie

Sharon R. Kaufman, pisząc o antropologicznym ujęciu „śmierci i umierania”, zauważyła, że są to dwa „aspekty ludzkiego doświadczenia, których definicja i znaczenie wytwarzają się w zależności od kulturowej i historycznej perspektywy”

rego po przeszczepie serca w lutym 2007 roku oraz pomówienie jednego ze szpitali o wprowadzenie w stan śpiączki farmakologicznej chorych z uszkodzeniem mózgu dla przyspieszenia orzeczenia o śmierci mózgowej były szeroko rozpowszechniane w środkach masowego przekazu. Podważenie wiarygodności procedur transplantacyjnych w społeczeństwie i środowisku medycznym spowodowało gwałtowny spadek zgłoszeń o możliwości pobrania narządów od zmarłych dawców”. Jeszcze bardziej drastyczne są różnice w liczbie zgłoszeń sprzeciwów do Centrum Rejestracji Sprzeciwów, które wzrosły z 269 w 2006 roku do 1039 w 2007 roku (286%)! (zob. http://www.poltransplant.pl/Download/Biuletyn2008/BIULETYN_2008.pdf [dostęp: 14.07.2015]).

¹¹ <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Polska-na-ostatnim-miejscu-w-rankingu-zaufania-do-lekarzy,146018,14.html> [dostęp: 29.01.2016].

(Kaufman 2004: 244). Śmierć jest nieunikniona od strony biologicznej, ale jest też faktem społecznym, którego znaczenie i moment ustala się na podstawie obowiązującego religijnego lub naukowego dyskursu. Zarówno pod względem kulturowym, jak i prawnym śmierć mózgowa nie jest kategorią uniwersalną. Chociaż definicja ta w potocznym znaczeniu wydaje się jednoznaczna, wiążące się z nią regulacje, metody zatwierdzania i podłoże kulturowe bardzo się od siebie różnią, a w kontekście medyczno-kulturowych kontrowersji pytanie o granice życia pozostaje dalej aktualne.

Bibliografia

A Definition...

1968 *A Definition of Irreversible Coma: Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, „JAMA”, nr 205(6), s. 337–340.

Fox R.C.

1959 *Experiment Perilous: Physicians and Patients Facing the Unknown*, b.m.w.

Gill P.

2000 *Brain Stem Death – an Anthropological Perspective*, „Care of the Critically Ill”, nr 16(6), s. 217–220.

Ikels Ch.

2013 *The Anthropology of Organ Transplantation*, „Annual Review of Anthropology”, nr 42, s. 89–102.

Kaufman S.

2004 *Dying and Heath*, [w:] *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the Worlds Cultures*, red. C.R. Ember, M. Ember t. 1, New York–Boston–Dordrecht–London–Moscow, s. 244–252.

Kopania J.

2002 *Etyczny wymiar cielesności*, Kraków.

Lock M.

1996 *Displacing Suffering: The Reconstruction of Death in North America and Japan*, „Social Suffering”, nr 125(1), s. 207–224.

1998 *Deadly Disputes: Hybrid Selves and the Calculation of Death in Japan and North America*, „Beyond Joseph Needham: Science, Technology, and Medicine in East and Southeast Asia”, nr 13, s. 410–429.

2002 *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*, Berkeley–Los Angeles.

Lunt N., Horsfall D., Hanefeld J. (red.)

2015 *Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility*, Padstow.

Norkowski J.M.

2011 *Medycyna na krawędzi. Ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów*, Radom.

Ohnuki-Tierney E.

- 1997 *The Reduction of Personhood to Brain and Rationality? Japanese Contestation of Medical High Technology*, [w:] *Western Medicine as Contested Knowledge*, red. A. Cunningham, B. Andrews, Manchester, s. 212–240.
- Ohnuki-Tierney E., Angrosino M.V., Becker C. i in.
1994 *Brain Death and Organ Transplantation: Cultural Bases of Medical Technology*, „*Current Anthropology*”, nr 35(3), s. 233–254.
- Rendtorff J.D.
2014 *Bioethics in Denmark*, [w:] *Annals of Bioethics: Regional Perspectives in Bioethics*, red. J.F. Peppin, M.J. Cherry, b.m.w., ebook.
- Rix B.A.
1990 *Danish Ethics Council Rejects Brain Death as the Criterion of Death*, „*Journal of Medical Ethics*”, nr 16(1), s. 5–13.
- Rossel P.J.H.
1991 *What were the Problems of Getting Brain Death Accepted in Denmark: The Beginning and End of a Controversy*, [w:] *Organ Replacement Therapy: Ethics Justice Commerce*, red. W. Land, J.B. Dossetor, Heidelberg, s. 259–264.
- Sharp L.
2006 *Strange-Harvest: Organ Transplants, Denatured Bodies, and the Transformed Self*, Berkeley–Los Angeles–London.
- Sheper-Hughes N.
2002 *The Ends of the Body: Commodity Fetishism and the Global Traffic in Organs*, „*The SAIS Review*”, nr 22(2), s. 61–80.
- Szmidt J. (red.)
2003 *Podstawy chirurgii*, t. 1, Kraków.
- Wójcik B.
2009 *Mózg umiera pierwszy*, „*Znak*”, nr 649, <http://www miesiecznik.znak.com.pl/10625/calosc/mozg-umiera-pierwszy> [dostęp: 14.07.2015].
- Yasuoka M.-K.
2015 *Organ Donation in Japan: A Medical Anthropology Study*, Lanham.

Źródła internetowe:

- <http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/6156925.stm> [dostęp: 14.07.2015].
- <http://www.jotnw.or.jp/english/01.html> [dostęp: 14.07.2015].
- http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2015.html [dostęp: 29.01.2016].
- http://www.poltransplant.pl/Download/Biuletyn2008/BIULETYN_2008.pdf [dostęp: 14.07.2015].
- <http://www.psmag.com/business-economics/nancy-scheper-hughes-black-market-trade-organ-detective-84351> [dostęp: 29.01.2015].
- <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Polska-na-ostatnim-miejscu-w-rankingu-zaufania-do-lekarzy,146018,14.html> [dostęp: 29.01.2016].
- <http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/transplantolog-niewyedukowani-smarkacze-smierc-mozgu-to-nie-spiaczka-nie-ma-powrotu,450318.html> [dostęp: 14.07.2015].
- <http://www.tvn24.pl/wroclaw,44/lekarze-orzekli-smierc-matka-nie-chce-odlaczyc-syna-od-respiratora,449724.html> [dostęp: 14.07.2015].
- http://wyborcza.pl/1,75478,16321358,Nie_wierza__ze_Kamil_nie_zyje__Protestuja_pod_szpitalem.html [dostęp: 14.07.2015].
- http://wyborcza.pl/1,75478,16329338,Smierc_Kamila_na_zywo__fanatycy_religijni_wstrzymuja.html [dostęp: 14.07.2015].