

POBRANIE NARZĄDÓW PO ŚMIERCI: PSYCHOLOGICZNA SYTUACJA RODZINY, KONTEKST KULTUROWY, ROLA PROFESJONALISTÓW

FAMILY CONTEXT OF DECISIONS ON THE DECEASED RELATIVE'S ORGAN DONATION. RESEARCH REVIEW.

Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii UJ CM

Kierownik Katedry: prof. n. med. dr hab. Józef K. Gierowski

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Bogdan de Barbaro

**donation attitudes
donor and non-donor
families
grief
emotional support**

Autorzy artykułu przedstawiają psychologiczne i kulturowe czynniki wpływające na rodzinę osoby zmarłej, w sytuacji rozmowy o pobraniu organów od ich krewnego. Ukazują również perspektywę personelu medycznego jako ważny element kontekstu tej rozmowy. Odnoszą się także do uregulowań prawnych i sytuacji rodzin dawców w Polsce.

Summary: The authors present a critical review of perspectives on organ donation post-mortem. The review contains cultural and family determinants of organ donation decisions and health-care personnel life saving issues, i.e. those who contacts with donor families directly as well. The important part of this article is also the feeling of loss of the patient during the operation and the medical staff opinions on transplantation. The way of talking with families about donation after death of their relatives and the personnel's attitudes present during contact are very significant factors in the decision process. Research on the meaning of mourning seems to be fundamental in understanding how difficult it is to make a decision too.

Wstęp

Pobieranie organów od dawców, u których nastąpiła śmierć mózgu, budzi wciąż społeczne kontrowersje, dotyka wielu etycznych dylematów, a przez to wywołuje żywe — często ambiwalentne — emocje. Ta sytuacja, w odniesieniu i do bliskich zmarłego, i personelu medycznego, tworzy często barierę w podejmowaniu zarówno samych rozmów, jak i decyzji o oddaniu organów do przeszczepu. Pomimo rozwoju medycyny transplantacyjnej, liczba wykonywanych przeszczepów nie zaspokaja potrzeb oczekujących pacjentów. Chociaż prawo w Polsce, jak i w większości krajów europejskich, przewiduje, że można pobrać narządy od każdego człowieka, który za życia nie wyraził sprzeciwu, istotną rolę w podejmowaniu ewentualnej decyzji o oddaniu organów odgrywa rozmowa z rodziną osoby zmarłej [1, 2, 3]. W większości krajów wiąże się ona z szacunkiem dla zmarłego oraz jego najbliższych, ma także wymiar etyczno-moralny, wpisany w ideę transplantologii. Rodzina pytana jest, czy wie coś o wyrażonej za życia, pisemnie bądź ustnie, woli zmarłego związanej z ewentualnym oddaniem organów po śmierci.

W wielu wypadkach krewnych uznaje się za chroniących interesy zmarłego. Z tego punktu widzenia decyzja rodziny traktowana jest częściej jako ochrona autonomii jednostki niż jako alternatywa wobec autonomicznej decyzji zmarłego [4]. Można jednak przyjąć

inną perspektywę: rodzina podejmuje decyzję nie taką, jakiej chciałby zmarły, lecz kieruje się własnym rozeznam. Decyzje takie podejmowane są wówczas na podstawie tego, co jest kulturowo, religijnie czy społecznie bliższe rodzinie [5]. Zdarza się, że mimo wyraźnej, wyrażonej przed śmiercią zgody pacjenta na zostanie dawcą, rodzinom trudno jest zgodzić się z wolą zmarłego i nie respektują jej [6]. Jako najczęstsze przyczyny tej decyzji podaje się chęć pozostawienia ciała osoby zmarłej nienaruszonym, „nie rozczłonkowanym”.

W Polsce brak jest badań charakteryzujących rodziny, które wyraziły bądź odmówiły zgody na pobranie organów do przeszczepu w momencie śmierci osoby bliskiej. Stąd prezentowany tu przegląd badań odnosi się głównie do piśmiennictwa zagranicznego.

Perspektywa kulturowa

Trudno jest jednoznacznie wyodrębnić czynniki kulturowe, które miałyby zasadniczy wpływ na decyzję o oddaniu organów do przeszczepu. Nowoczesna transplantologia jest dziedziną stosunkowo młodą, a zatem nie da się mówić o międzypokoleniowych przekazach wzorców w tym zakresie. Okazuje się, że częściowy wpływ na decyzję o dawstwie mają religia, światopogląd i przynależność do grupy etnicznej. Z badań wynika, że wymienione czynniki mają na rodzinę zasadniczy wpływ wtedy, gdy nie wie ona nic o poglądach osoby zmarłej dotyczącej pobierania organów — wówczas osoby bliskie najczęściej kierują się przesłankami wynikającymi z przynależności do określonego kręgu kulturowego [7].

Osobom stojącym przed dylematem dawstwa często nie jest znany stosunek religii do transplantologii, faktem zaś jest, że większość wielkich religii wspiera decyzję o wyrażeniu zgody na przeszczep [8, 9]. Religia chrześcijańska podkreśla, że oddawanie organów jest wyrazem miłości do bliźnich, ma ona do niego zatem przychylny stosunek. Jan Paweł II w encyklice *Evangelium vitae* pisał, że kształtowaniem prawdziwej kultury życia „jest dawanie organów w sposób dopuszczalny z etycznego punktu widzenia, a mianowicie mając na uwadze stwarzanie szansy na zdrowie, a nawet życie osobom chorym, które często nie mają żadnej innej nadziei” [10]. Hinduizm popiera poświęcenie siebie w imię zbawienia. Podobnie buddyści mają pozytywny stosunek do oddawania organów, gdyż w tej tradycji ważne jest poszanowanie zdrowia [11]. Zakaz oddawania organów po śmierci dotyczy wyznawców ortodoksyjnych odłamów judaizmu, a w przypadku świadków Jehowy decyzja co do przeszczepu pozostawiona jest własnemu osądowi osoby wierzącej. Świadkowie Jehowy odrzucają możliwość transfuzji krwi, akceptują więc transplantację pod warunkiem, że zostanie wykonana bez przetoczenia krwi [12, 13]. Przesłanką zachęcającą rodziny do wyrażenia zgody na pobranie narządów po zmarłym bliskim może być fakt, że przekonania religijne oraz często wynikające z nich poglądy o życiu i śmierci pomagają rodzinom zmarłych postrzegać oddanie organów jako „dar życia”, a nie „poświęcenie życia”, dzięki czemu dochodzić może do zmniejszenia emocjonalnego i psychicznego ciężaru wynikającego z przeżywanej straty [14].

Badania z lat osiemdziesiątych XX wieku wskazują na rolę czynnika etycznego. Lęk przed oddawaniem organów mają Afroamerykanie, co wynika z niewiedzy, strachu przed śmiercią oraz z przekonania, że dawcą można być tylko dla osoby tego samego pochodzenia etycznego [15, 16]. Obecnie obserwowana jest podobna tendencja: w Wielkiej Brytanii odmowę wyraziło 40% pytanych, z czego 70% dotyczyło osób rasy innej niż biała [14].

Niechęć do wyrażenia zgody na oddanie organów u osób z azjatyckiego kręgu kulturowego wiązana jest z emocjonalnym przywiązaniem do ciała także po śmierci. Pobieranie organów z martwego ciała jest dla nich równoznaczne z jego zbezczeszczeniem [17, 18]. Badania wskazują także, że lekarze odczuwają większy stres oraz mniej chętnie rozmawiają o ewentualnym dawstwie z rodzinami pochodzącymi z innej niż europejska grupy etnicznej [19]. Wydaje się, że w Polsce czynnik etniczny może mieć znikomy wpływ zarówno na decyzję personelu medycznego co do rozmowy z rodziną zmarłego o ewentualnym dawstwie, jak i na samo wyrażenie przez rodzinę zgody.

Na decyzję o dawstwie mają wpływ także uznawane za obowiązujące w danym środowisku normy społeczne [20]. Lęk przed wyrażeniem za życia zgody na przeszczep wywołują trudne do obalenia tzw. prawdy ludowe, często podsycane informacjami przekazywanymi w mediach. Przykładowo, częsta jest obawa, że wyrażenie zgody na przeszczep może prowadzić do przedwczesnego — „jeszcze przyżyciowego” — pobrania organów przy okazji różnych zabiegów medycznych lub wręcz do przedwczesnego odebrania życia. Gdy brak jest wyrażonej za życia zgody na przeszczep, prawdy ludowe znacząco utrudniają uzyskanie jej od rodziny zmarłego. Co więcej, niektóre rodziny wierzą, że wyzdrowienie jest możliwe nawet po śmierci mózgu i z tego względu odwołują decyzję o odłączeniu bliskiej osoby od aparatury podtrzymującej życie. Z punktu widzenia transplantologii przekonania powyższe są uznawane za nieadekwatne i szkodliwe [12, 20, 21].

Perspektywa personelu medycznego

Jak zostało wspomniane powyżej, pomimo regulacji prawnych oraz wynikającej z nich zasady „zgody domniemanej”¹ na pobranie narządów po zmarłym dawcy, transplantologia jest działem medycyny wymagającym najwyższego zaufania społecznego. Dlatego też nie pobiera się komórek, tkanek ani narządów przy zdecydowanym sprzeciwie wyrażonym przez rodzinę zmarłego lub osoby mu bliskie. Sytuacja podejmowania decyzji co do pobrania narządów po zmarłym bliskim jest nie tylko trudna dla rodziny, ale również dla personelu odpowiedzialnego za kontakt z nią [22]. O ile w dużych ośrodkach miejskich istnieje wyraźny podział ról na zespoły ratujące życie bądź opiekujące się potencjalnym dawcą, zespoły zaangażowane w uzyskanie zgody na pobranie narządów (obecnie ta rola głównie spoczywa na koordynatorach regionalnych) oraz zespoły pobierające narządy, o tyle w mniejszych miejscowościach zadania te często wykonują ci sami członkowie personelu [22]. Dodatkowo należy pamiętać, że w procesie pozyskiwania narządów do przeszczepu ważną rolę odgrywają zarówno osobiste przekonania członków zespołów, jak i prawdy ludowe zakorzenione w społecznościach lokalnych. Badania wskazują, że przeszkodą w nawiązaniu kontaktu z rodziną zmarłego mogą być obawy o zachowanie jego godności, lęk przed narażeniem rodziny na uraz oraz troska o jej dobrostan psychiczny [19, 22].

Procedura pobierania narządów jest zawsze procesem odbiegającym od regularnej pracy szpitala, z tego względu często odbywa się w godzinach nocnych [24]. Jak wynika z badań lekarze mają trudności z przekazywaniem informacji o śmierci i pytaniem rodziny zmarłego o możliwość pobrania narządów [25]. Często jest to związane z dramatycznym i nieoczekiwanym zgonem pacjenta. Okoliczność taka wymaga, aby lekarz przyjął opie-

¹ Uznaje się za zgodę to, że dawca za życia nie wyraził sprzeciwu

kuńczą postawę wobec jego rodziny, która niejednokrotnie obarcza go odpowiedzialnością za śmierć bliskiego. Lekarze, traktując śmierć pacjenta jako osobistą stratę, nie zawsze są gotowi do udzielenia pełnych, wyjaśniających odpowiedzi na dotyczące procedury pobrania narządów pytania rodziny [22].

W uzyskaniu zgody na pobranie narządów, personel koordynujący ten proces przyjmuje różne strategie postępowania w rozmowie z rodzinami zmarłych pacjentów [26]. Niektórzy rozmawiają tylko z najbliższymi członkami rodziny, inni z kolei włączają w proces decyzyjny dalszą rodzinę oraz przyjaciół zmarłego. Niezależnie od przyjętej ścieżki postępowania, wyodrębniono kilka wytycznych, które zdaniem personelu medycznego pomagają uzyskać zgodę rodziny. Należą do nich: poświęcenie możliwie jak najwięcej czasu rodzinie, prowadzenie rozmowy bez pośpiechu, z okazywaniem pełnego zrozumienia ewentualnych wątpliwości, zapewnienie rodzinie ustronnego, prywatnego miejsca do dyskusji, jasne wytłumaczenie kryteriów śmierci mózgowej, odczekanie odpowiedniego czasu od momentu poinformowania o śmierci pacjenta do zapoczątkowania rozmowy o ewentualnym dawstwie oraz przeprowadzenie rozmowy na temat dawstwa przez osoby do tego przeszkolone [19, 26].

Rodzinny kontekst podejmowania decyzji

Jak już wspomniano, na zgodę rodziny na przeszczep organów mają wpływ: zadowolenie z jakości opieki medycznej, pochodzenie etniczne (mniejszości rzadziej wyrażają zgodę) oraz wyrażona wcześniej wola potencjalnego dawcy [13, 27–32]. Inne badania wskazują, że wiedza dotycząca poglądów osoby zmarłej, w tym jej ewentualnej deklaracji o dawstwie, jest najbardziej znaczącym czynnikiem przy podejmowaniu przez rodzinę decyzji o pobraniu narządów [19, 25].

Kolejnym wyróżnionym czynnikiem jest wiedza medyczna rodziny, a w szczególności poziom rozumienia tego, na czym polega śmierć mózgowa oraz jakie są jej neurologiczne kryteria. Badania wskazują, że wielu krewnych, którzy nie zgodzili się na pobranie organów, miało wątpliwości co do tego, kiedy nastąpiła faktyczna śmierć pacjenta, mimo że byli poinformowani o śmierci mózgowej [29, 32]. Dla niektórych rodzin powodem odmowy zgody na pobranie narządów było przekonanie, że taki zabieg chirurgiczny zniekształci ciało oraz przysporzy kolejnych „cierpień” zmarłemu [13].

Wyodrębniono również czynniki sprzyjające zgodzie na pobranie organów. Okazało się, że rodziny mające młodsze dzieci łatwiej godzą się na przeszczep po śmierci dziecka, niż posiadające dzieci starsze [33, 34]. Niektóre z nich, wyrażając zgodę na pobranie organów od ich zmarłego dziecka, mówią o doznaniu ulgi, mają bowiem poczucie, że śmierć ich dziecka może pomóc innemu [12, 35, 36]. Ze zgodą na pobranie tkanek lub organów od dziecka wiąże się zjawisko określone w literaturze jako „kupowanie czasu” przez rodzinę. W takim wypadku rodzice zmarłego dziecka mają wrażenie przedłużania i „podtrzymywania życia”, a przygotowania do pobrania i podtrzymywanie przez aparaturę pracy serca, daje rodzicom poczucie większej ilości czasu na pożegnanie się, a nawet nadzieję na przebudzenie osoby zmarłej [37].

Rozmowa jako czynnik wpływający na decyzję rodziny

Badania wskazują, że na decyzję o oddaniu organów ma wpływ sposób prowadzenia rozmowy z rodziną zmarłego. Ważne okazują się w tym wypadku umiejętności osób pro-

wadzących rozmowę obejmujące odpowiednie przekazywanie informacji o śmierci oraz formułowanie pytania o znajomość woli zmarłego [38]. Istotne okazało się ich profesjonalne przeszkolenie, kładące nacisk na nieujawnianie oznak niezdecydowania czy niepewności. Jacoby, Radecki-Breitkopf oraz Pease [39] dowiedli, że rodziny, które nie zgodziły się na pobranie organów od zmarłego krewnego, uważały, że moment, w którym były o to pytane, był niestosowny, dodatkowo nie czuły się również odpowiednio poinformowane o dawstwie i związanych z tym procedurach. Wskazywały na złą kolejność przekazywania informacji: pytanie o znajomość poglądów osoby zmarłej na temat dawstwa często padało przed komunikatem o śmierci mózkowej. Krewni osoby zmarłej często czuli, że personel medyczny był wrogo nastawiony zarówno do nich, jak i pacjentów, którymi nie opiekował się w dostateczny sposób. Z drugiej strony wysoka jakość kontaktu z profesjonalistami służby zdrowia, a zwłaszcza doświadczenie fachowej opieki i wsparcia, miały pozytywny wpływ na zgodę rodziny. Ponadto wśród rodzin, które wyraziły zgodę, występowało znacznie więcej powiązań osobistych z personelem medycznym niż wśród rodzin, które zgody nie wyraziły [39].

Stres po śmierci jako kluczowa okoliczność procesu decyzyjnego

Jak wskazują niektórzy badacze, czynnikiem, który w zasadniczym stopniu wpływa na brak zgody rodziny na pobranie organów, jest doświadczenie silnego, emocjonalnego urazu po otrzymaniu informacji o śmierci bliskiego [13, 40]. Decyzja o oddaniu organów ma najczęściej miejsce w kontekście śmierci nagłej, często spowodowanej np. wypadkiem. Nie ma wówczas możliwości przygotowania się do niej, zakończenia spraw niezamkniętych czy nawet pożegnania się. Poczucie normalności i przewidywalności świata zostaje zakłócone. Rodzina jest w stanie dezorganizacji emocjonalnej, szoku, chaosu, a głównym, stosowanym w pierwszym momencie, mechanizmem obronnym jest najczęściej zaprzeczanie temu, co się stało [41, 42]. Z tego względu rozmowa z rodziną o możliwym oddaniu organów do przeszczepu przebiega w sytuacji skrajnie trudnej. Kiedy w rodzinie trwa proces zaprzeczania rzeczywistości śmierci, prośba o zgodę na dawstwo organów gwałtownie konfrontuje rodzinę z zaistniałą utratą. Może to wyzwać protest wobec zaistniałej sytuacji, niezgodę na rzeczywistość śmierci, a w konsekwencji — niezgodę na dawstwo organów. Można zatem postawić hipotezę, że brak zgody na oddanie organów może być efektem złości czy buntu, który jest naturalnym etapem konfrontowania się ze śmiercią bliskiego.

Z doświadczeń pomocy rodzinom, które utraciły bliską osobę, wiadomo, że szczególnie ważna jest możliwość nadania znaczenia czy sensu temu, co się wydarzyło [41]. W świetle powyższego powstaje pytanie, jak dalece zgoda na oddanie organów może ułatwić nadanie sensu śmierci osoby bliskiej. Jak dotąd brak jest jednoznacznych odpowiedzi czy wyników badań w tej kwestii.

Przeżywanie utraty i proces żałoby u rodzin dawców

Badania Maryse Pelletier [43] pozwoliły wyodrębnić następujące po sobie etapy przeżywania śmierci bliskiego w kontekście podejmowania decyzji o oddaniu organów. Przeżywanie przez rodziny potencjalnej utraty zaczyna się z chwilą trafienia osoby bliskiej na oddział szpitalny. Lękowi przed utratą towarzyszy nadzieja, że bliski przeżyje, co wywołuje skrajne napięcie i stres. Tak więc pierwszą fazą jest etap oczekiwania, w którym członkowie

rodziny są konfrontowani z sytuacją zagrożenia życia. Po nim następuje etap konfrontacji ze śmiercią — w szczególności z informacją o śmierci mózgowej. Jeśli w kolejnym etapie dojdzie do wyrażenia zgody na pobranie organów, następuje okres czekania na ich pobranie, a w końcu następuje etap „pokonfrontacyjny” związany z adaptacją do nowej sytuacji życiowej. Ten ostatni okres cechuje się często brakiem chęci do życia i nadziei związanej z przyszłością. Osoby, które pytano, jak przechodziły powyższe etapy, twierdziły, że na początku najbardziej stresująca była niepewność co do wyniku postępowania ratującego życie oraz dostrzegane przez nich zmiany w stanie zdrowia bliskiej osoby. Brak bieżących informacji od zespołu medycznego generował w tamtym momencie poczucie niepewności i nierealności. Niektórzy krewni doświadczaali poczucia realności sytuacji dopiero wtedy, gdy przekonywali się o namacalności dowodów śmierci [43].

Jak dotąd, niewielu badaczy postawiło pytanie, czy istnieje różnica w przeżywaniu żałoby pomiędzy rodzinami, które wyraziły zgodę na pobranie narządów po śmierci bliskiego, a tymi, które takiej zgody nie wyraziły. Podstawową trudnością w tego typu badaniach okazuje się brak dostępu badaczy do osób, które nie wyraziły zgody. Dostępne badania nie przynoszą jednoznacznych konkluzji, a wyniki często są wręcz przeciwstawne, co obrazuje, jak bardzo ten obszar wymaga dalszej empirycznej weryfikacji.

Bellali i Papadatou [44] badały, jak oddanie organów do przeszczepu wpływa na radzenie sobie z żałobą i ewentualną psychopatologię wywołaną sytuacją nagłej śmierci bliskiego i następującą po niej zgodą na pobranie organów. Wykazały, że wyrażenie bądź niewyrażenie zgody nie ma wpływu na sposób przeżywania żałoby. W innych, przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii badaniach, korzystając z baz danych, skontaktowano się z rodzinami, które w ostatnich latach wyraziły zgodę na pobranie organów. Okazało się, że im krótszy był czas od śmierci i im dawca był młodszy, tym silniejsze było przeżywanie żałoby rozumiane jako odczuwanie żalu po stracie. U rodzin, które miały negatywne doświadczenia z personelem medycznym w sytuacji podejmowania decyzji o zgodzie na oddanie organów, zaobserwowano objawy zespołu stresu pourazowego. Z kolei im bardziej czuły się one komfortowo w sytuacji podejmowania decyzji o pobraniu organów, tym mniejsze było prawdopodobieństwo wystąpienia u nich później stanu depresyjnego. Badacze wysnuli stąd wniosek, że zgoda na pobranie organów pozwala lepiej poradzić sobie z procesem żałoby [45].

Implikacje terapeutyczne

Śmierć w rodzinie jest zjawiskiem, które dotyczy zarówno umierającego, jak i tych, którzy pozostają przy życiu, cykl życia rodziny łączy bowiem finalność śmierci i trwanie życia. Badania nad procesami przeżywania żałoby wskazują, że skłonność do akceptacji utraty jest sednem wszystkich procesów rozwojowych w zdrowym systemie rodzinnym. Rodziny dysfunkcjonalne częściej stosują zaprzeczanie, zacieranie realności czy też utrzymywanie, że nie zaszła żadna zmiana [46].

Powszechnie, i od dawna, uważa się, że radzenie sobie ze stratą wymaga dotarcia do swoich przeżyć, wyrażenia żalu i gotowości do przyjęcia pomocy [47, 48]. Staudacher [49] twierdził, że smuć się to „przejść przez rdzeń żalu”. Zakłada się więc, że tylko doświadczając emocjonalnych skutków śmierci swoich bliskich ludzie mogą odżałować stratę. Martin i Doka [50] opisując tzw. style żałoby dostrzegają continuum radzenia sobie z utratą od

intuicyjnego do instrumentalnego. „Intuicyjny żałobnik” doświadcza smutku jako fali silnych emocji i uważa za ważną możliwość ich wyrażenia. Z kolei „instrumentalny żałobnik” przeżywa smutek przede wszystkim poznawczo lub poprzez podejmowanie określonych działań — w takich wypadkach reakcja emocjonalna na utratę jest raczej wyciszona. Inni autorzy wskazują na możliwości rozwoju i transformacji w trakcie przeżywania żałoby, do czego przyczynia się walka o adaptację do życia bez zmarłego [51–54].

Uwzględniając powyższe uwagi, można założyć, że jedne rodziny będą bardziej potrzebowały emocjonalnego wsparcia, a inne — rzetelnej informacji o leczeniu i procedurach pobierania organów. Pamiętać jednak należy, że te potrzeby mogą się dynamicznie zmieniać wraz z upływem czasu. Jak pokazuje wielu badaczy, żałoba czy adaptacja do utraty w praktyce nie mają swoich ściśle wyodrębnionych etapów, a znaczące czy też traumatyczne utraty mogą nigdy nie zostać w pełni zasymilowane przez bliskich. Terapeuci wskazują, że próba wymazania wszystkiego, co się wiąże ze zmarłym bliskim, jak również odcięcie się od uczuć wywołanych stratą, może skutkować zjawiskiem niedokończonej żałoby, która paraliżuje rozwój emocjonalny i społeczny. Przeżycie żałoby w rozwojowym i terapeutycznym sensie rozumie się jako transformację relacji z fizycznej obecności w utrzymywanie wewnętrznej więzi [55, 56].

Przeprowadzone badania jakościowe dotyczące sytuacji psychologicznej rodzin potencjalnych dawców ujawniły ich „paradoksalną pozycję” — rodzina jednocześnie staje wobec śmierci i w tym samym momencie zostaje postawiona w sytuacji ratowania zdrowia czy przekazania życia. W związku z tym uważa się, że normalna praca z rodzinami, które przeżywają żałobę, w tym wypadku nie wystarcza, należy bowiem również uwzględnić aspekt oddania organu do przeszczepu i wynikającą z tego sytuację rodzinną [57]. Inne badania wskazują na wyrażaną przez rodziny potrzebę opowiadania o sytuacji związanej z procedurą dotyczącą zgody na pobranie narządów. Szczególnie silny wpływ terapeutyczny ma w ich wypadku możliwość bycia konsultantami w rozmowach z innymi rodzinami o dawstwie [58–60]. Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że rodzina w momencie rozmowy o dawstwie znajduje się w pozycji głęboko ambiwalentnej, jest to bowiem sytuacja, gdy sztucznie podtrzymywana jest praca serca osoby zmarłej, a co za tym idzie trudno uniknąć poczucia niejasności, niejednoznaczności, a nawet kwestionowania realności. W tej sytuacji efektywna może się okazać pomoc w rozwinięciu bardziej spójnej narracji, która uwzględni te zawiłości i pozwoli na wyrażenie przeciwstawnych emocji i stanów: jednocześnie niezgody na śmierć i zgody na ratowanie innego życia, podtrzymywania stanu funkcjonowania organów i zarazem stwierdzonej faktycznie śmierci. Inny, niezwykle ważny aspekt tej sytuacji to towarzyszące bliskim w tym czasie uczucie żalu za tym, czego dla zmarłego wcześniej — kiedy jeszcze żył — nie zrobili. W takim momencie terapeuta może przede wszystkim pomóc w poradzeniu sobie z poczuciem winy.

Szczególnie ważne okazuje się tworzenie takich warunków rozmowy o oddaniu organów, w których rodziny mogą poczuć się włączone w cały system ratowania życia innych. Możliwość nadania znaczenia przeżywanej przez nich stracie już na wczesnym etapie po śmierci bliskiego daje możliwość przeżycia żałoby w wielu jej aspektach. Owo nadawanie sensu stanowi kluczowy czynnik terapeutyczny pozwalający na przeżycie żałoby. Ten proces w pewnym sensie może mieć swój początek w chwili, gdy ktoś w pełni życia i zdrowia rozważa zgodę na oddanie organów po swojej śmierci. W wielu wypadkach wyrażona za życia

zgoda na zostanie dawcą — jak również zgoda rodziny — wpływa z idei altruistycznych, takich jak chęć pomocy innym czy możliwość dostrzeżenia pozytywnych aspektów śmierci poprzez przekazanie organów, które jeszcze komuś mogą być potrzebne [21, 61]. Refleksja nad wartością altruizmu obrazuje, jak pomocne dla rodziny może być tworzenie klimatu, w którym zgoda na przeszczep jest cennym darem dla innego potrzebującego [13].

Sytuacja w Polsce

Z danych Poltransplantu wynika, że liczba osób oczekujących na przeszczep jest wielokrotnie wyższa od liczby dostępnych narządów. Dzięki kilkuletnim wysiłkom całego środowiska transplantacyjnego obserwuje się wzrost społecznej akceptacji pobierania narządów od osób zmarłych. Dane z roku 2010 pokazują, że na milion mieszkańców wskaźnik zgłoszeń zmarłych dawców wynosił w Polsce 13,3 i był wyższy od wskaźnika z roku 2009 o 20% (11 na 1 mln mieszkańców). Oznacza to stopniowe przybliżanie się zarówno do średniej europejskiej (16,1), jak i do wyników z roku 2005, w którym wskaźnik ten wynosił 14,5 na 1 mln mieszkańców. Choć liczba przeszczepionych narządów w roku 2010, w porównaniu z rokiem 2005, była niższa o 49, wzrosła jednak o 229 w stosunku do roku wcześniejszego. Na przestrzeni ostatnich 5 lat, wciąż stosunkowo najniższa liczba zgłoszonych zmarłych dawców odnotowywana jest w województwach: podkarpackim, świętokrzyskim, lubelskim i małopolskim.

W wyniku założeń Narodowego Programu Medycyny Transplantacyjnej (Polgraft 2006–2009) oraz rezolucji Parlamentu Europejskiego z dnia 22 kwietnia 2008, wzywającej kraje członkowskie do pełnego wykorzystania narządów od zmarłych dawców, wdrożony został w Polsce system powoływania koordynatorów transplantacyjnych, trwają też prace nad powoływaniem koordynatorów szpitalnych, których zadaniem jest identyfikacja potencjalnych dawców oraz kontakt z ich rodzinami¹.

¹ W Polsce koordynatorów jest zaledwie kilkunastu i z reguły są zatrudnieni przy ośrodkach transplantacyjnych jako tzw. koordynatorzy regionalni. Widoczny jest wyraźny deficyt koordynatorów lokalnych, działających w mniejszych szpitalach, gdzie istnieje możliwość identyfikacji i kwalifikacji potencjalnych zmarłych dawców. Na stanowisko koordynatora powołana zostać może osoba spośród personelu danego szpitala lub też osoba specjalnie do tej roli przygotowana dzięki ustanowieniu przez ministra zdrowia umiejętności koordynacji pobierania i przeszczepiania narządów. Warszawski Uniwersytet Medyczny prowadzi studia podyplomowe z tej specjalizacji. Zadaniem studiów jest wykształcenie takiej liczby koordynatorów, aby pokryła ona potrzeby 400 szpitali w Polsce, w których możliwa jest identyfikacja zmarłych dawców i pobranie narządów. Od 2007 r. odbyło się 8 edycji Podyplomowych Studiów Koordynatorów Transplantacyjnych zorganizowanych z inicjatywy Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej. Koordynatorzy wywodzący się spośród absolwentów zatrudnieni są w 143 szpitalach. Na lata 2011–2020 Uchwałą Rady Ministrów z dnia 12.10.2010 ustanowiony został kolejny wieloletni Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej. Do najważniejszych założeń tego programu należy:

1 — zwiększenie liczby przeszczepień narządów od zmarłych dawców o co najmniej 100% w stosunku do liczby przeszczepów w 2009;

2 — budowa systemu organizacyjnego koordynatorów pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej spełniających warunki do pobierania narządów od zmarłych dawców;

3 — rozwój systemu szkoleń osób, których czynności bezpośrednio wpływają na jakość komórek, tkanek lub narządów oraz bezpieczeństwo dawców i biorców.

Obowiązująca Ustawa Transplantacyjna z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. nr 169, poz. 1411), oprócz regulacji dotyczących komisijnego stwierdzenia śmierci mózgowej, odrębnie reguluje pobieranie przeszczepów ze zwłok ludzkich i od żywych ludzi. W obu przypadkach legalność transplantacji uzależniona jest od uzyskania zgody dawcy na pobranie od niego narządów do przeszczepienia. W przypadku pobrania przeszczepu ze zwłok ludzkich wymagana jest tak zwana zgoda domniemana — oznacza to, że jeśli dana osoba nie wyraziła za życia sprzeciwu, tj. nie figuruje w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów (prowadzonym przez Poltransplant), jej narządy mogą zostać wykorzystane do transplantacji. Powyższe zapisy prawne są interpretowane w taki sposób, że legalność transplantacji nie jest uzależniona od zgody członków rodziny dawcy na pobranie od niego narządów, jeśli bowiem sam zmarły dawca nie wyraził za życia sprzeciwu, sprzeciw jego rodziny nie wiąże prawnie lekarza [4]. Jednakże w praktyce, po sprawdzeniu, czy dana osoba nie figuruje w CRS, nie pobiera się narządów bez rozmowy z jej rodziną. Wynika to z faktu, że brak wpisu w CRS nie jest jednoznaczny z ostatecznym wyrażeniem woli danej osoby. Ustawa dopuszcza inne jej formy: pisemny sprzeciw potwierdzony przez dwóch świadków bądź też oświadczenie ustne, które zostało złożone w obecności co najmniej dwóch świadków i pisemnie przez nich potwierdzone. Z punktu widzenia prawa, rodzina musi przedstawić dokument potwierdzający taki sprzeciw, jednak względy społeczno-obyczajowe nie pozwalają na ignorowanie jej opinii. Choć celem rozmowy z rodziną jest uzyskanie informacji o stanowisku zmarłego w sprawie dawstwa, zakłada się, że — najlepiej znając nastawienie bliskiego do pobierania narządów do przeszczepu — postąpi ona zgodnie z jego wolą [62]. W transplantologii, jak już wyżej wspomniano, rozmowa z rodziną jest wyrazem szacunku zarówno do niej, jak i do jej zmarłego krewnego. Jest również wyrazem postawy etycznej osób zaangażowanych w transplantację.

Sytuacja rodzin dawców w Polsce

W Polsce pomocą rodzinom dawców, od których pobrano narządy po śmierci, zajmują się głównie stowarzyszenia, fundacje czy grupy wsparcia². Organizowane są wyjazdy oraz propagowana jest idea transplantacji. Uczestnicy organizowanych zjazdów podkreślają, że wspólne spotkania to szansa na wymianę doświadczeń, wypracowanie metod wzajemnej pomocy oraz przygotowanie programu opieki psychologicznej nad rodzinami dawców, którego obecnie brak.

Poszukiwanie psychologów otaczających opieką te rodziny jest niezwykle trudne, co zapewne jest wynikiem niewielkiej liczby kursów poświęconych tematyce transplantacyjnej. Głównym organizatorem szkoleń w naszym kraju jest Poltransplant, który adresuje je do koordynatorów. Mają one charakter konferencji przeznaczonych dla osób mających wpływ na jakość pobranego materiału, a także odpowiadających za bezpieczeństwo dawcy i biorcy. Te kluczowe szkolenia mają inne cele niż przygotowanie do pomocy rodzinom, które uczestniczyły w procesie decyzyjnym dotyczącym transplantacji, a są w trakcie

² M.in. Pani Elżbieta Orczyk, która wyraziła zgodę na pobranie narządów od jej zmarłego męża, oraz psycholog, mgr Anna Mierzyńska, należą do tych osób, które w naszym kraju dbają o rodziny dawców.

przeżywania żałoby. Rodziny zmarłych dawców mogą raczej liczyć na wsparcie społeczne ich decyzji, wiele bowiem inicjatyw społecznych zmierza do popularyzacji oddawania narządów po śmierci³. Z obserwacji forów internetowych wynika, że zarówno rodziny zmarłych dawców, jak i sami biorcy narządów często mają potrzebę spotkania się. Nie ma badań na temat psychologicznych konsekwencji takich spotkań — prawnie, w Polsce, ośrodki transplantacyjne muszą zapewnić anonimowość każdej ze stron, niemniej jednak, poprzez samodzielne działania, dochodzi do nich. Brak odpowiedniej sieci wsparcia na pewno nie poprawia tego stanu rzeczy⁴.

W internecie rodziny dawców mogą znaleźć strony oraz fora, na których możliwe jest podzielenie się doświadczeniami oraz rozmowa o swoich problemach⁵. Wydaje się jednak, że zbyt mało osób korzysta z takiej formy pomocy, a problemy tam poruszane są traktowane dość powierzchownie. Dużo jest pojedynczych wpisów, wyrazów wdzięczności i prób nawiązania kontaktu pomiędzy biorcą a rodziną dawcy. Bez odpowiedniej struktury nie wydaje się, że jest to miejsce na uzyskanie rzetelnego wsparcia. Jakkolwiek w Polsce w ostatnich latach rozwija się zarówno prawna, jak i organizacyjna strona transplantologii, to wydaje się brakować psychologicznych i klinicznych struktur, do których mogłyby się odwołać rodziny dawców.

Wnioski praktyczne

Jeśli przyjrzeć się — szczególnie polskim — badaniom nad rodzinami dawców, nie sposób odnieść wrażenia, że jest to duża nisza badawcza. Można znaleźć opracowania dotyczące wsparcia dla osób po przeszczepach, natomiast brak jest zainteresowania tym, co dzieje się z najbliższymi zmarłych dawców. Podobną lukę można znaleźć w oferowanych w Polsce formach wsparcia. Wydaje się, że rodziny dawców są grupą samoorganizującą się, a specjaliści z obszaru zdrowia psychicznego w małym stopniu odpowiadają na istniejące potrzeby.

Jak przedstawiono wyżej, członkowie rodziny potencjalnego dawcy powinni być potraktowani ze szczególną uwagą w momencie ewentualnego podejmowania decyzji o oddaniu organów zmarłego bliskiego. Wobec niektórych rodzin ważna wydaje się także pomoc w uporaniu się z odczuciami szoku, zaprzeczania, dezorganizacji i poczucia winy.

Istotne wydaje się zwiększenie poziomu edukacji społeczeństwa na temat transplantologii oraz usprawnienie komunikacji między rodzinami a personelem medycznym, a także przygotowanie personelu do przekazywania informacji o śmierci. Trudne, lecz użyteczne, okazuje się także dostrzeżenie pozytywnego wymiaru zjawiska śmierci w systemie rodzinnych znaczeń [32, 37]. Jakkolwiek stwierdzenie to może brzmieć niestosownie,

³ W 2003 roku Stowarzyszenie „Życie po przeszczepie” rozpoczęło propagowanie dokumentu oświadczenia woli. Ważne są także akcje takie, jak np. Serca nie rosną na drzewach czy hasła propagujące idee: Nie zabieraj narządów do nieba, tam wiedzą, że potrzebne są tu na ziemi. Wyrazem społecznego wsparcia jest też ustanowiony na 26 stycznia – Dzień Transplantacji, upamiętniający rocznicę pierwszego udanego przeszczepu nerki w 1966 roku w I Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Warszawie (www.przeszczep.pl)

⁴ Na stronie www.skladak.jaw.pl można przeczytać list przedstawiający trud takiego spotkania. Autor uważa, że: szukanie kontaktów z rodziną dawcy jest niepotrzebne i stanowi zagrożenie dla wszystkich zainteresowanych.

⁵ Np. www.rodzinydawców.pl; www.majchrzak.jawnet.pl

należy je rozumieć w kontekście złożonego rodzinnego problemu radzenia sobie z utratą, proces żałoby w rodzinie wiąże się bowiem z próbami nadawania znaczeń temu, co się stało. Usiłowania te wpisują się zarówno w dotychczasowe doświadczenia rodziny, jak i w system rodzinnych wartości. Wymaga to jednak poradzenia sobie z negatywnymi uczuciami wywołanymi zarówno doznaną utratą, jak i tym, co w związku z nią już nie zaistnieje [56].

Umożliwienie przeżywania żałoby zakłada zatem szukanie indywidualnych sposobów nadania znaczenia doświadczeniu utraty, poprzez umieszczenie jej w perspektywie wielopokoleniowej i przetworzenie tego doświadczenia w kategoriach struktury życia [41]. Znaczenia każdej śmierci stają się bowiem częścią cyklu życia rodziny, są one integrowane z następującymi po sobie doświadczeniami życiowymi i w ten sposób współtworzą rodzinną tożsamość.

Piśmiennictwo

1. www.poltransplant.pl
2. Peters DA. Rationale for organ donation: charity or duty? *J. Med. Humanit. Bioeth.* 1986; 7 (2): 106–121.
3. Tammelleo AD. Organ donation: Whose decision is it anyway? *RN.* 1993; 56(11): 61–64.
4. Żelichowski M. Aspekty prawne transplantacji. *Med. Prakt.* 2009; 01: 145-147.
5. Boddington P. Organ donation after death — should I decide or should my family? *J. Appl. Philos.* 1998; 15 (1): 69–81.
6. Sque M, Long T, Paynes S, Allardyce D. Why relatives do not donate organs for transplants: „sacrifice” or „gift of life”? *J. Adv. Nurs.* 2008; 61 (2): 134–144.
7. Radecki CM, Jaccard J. Psychological aspects of organ donation: a critical review and synthesis of individual and next-of-kin donation decisions. *Health Psychol. Rev.* 1997; 16 (2): 183–195.
8. Ulshafer TR. A Catholic perspective on religion and organ transplantation. *Del. Med. J.* 1988; 60: 505–507.
9. Woo KT. Social and cultural aspects of organ donation in Asia. *Ann. Acad. Med. Singapore* 1992; 21: 421–427.
10. Jan Paweł II. *Evangelium vitae*. www.vatican.va; 1995.
11. Martinelli AM. Organ donation: Barriers, religious aspects. *AORN Journal* 1993; 58: 236–252.
12. Corlett S. Public attitudes toward human organ donation. *Transplant. Proc.* 1985;17: 103–110.
13. *Strażnica* 1982; 2: 24.
14. Sque M, Payne S, Clark J. Gift of life or sacrifice? Key discourses for understanding of organ donors’ decision-making by families. *Mortal.* 2006; 11: 2.
15. Callender CO, Bayton JA, Yeager CL, Clark JC. Attitudes among blacks toward donating kidneys for transplantation: A pilot project. *J. Nat. Med. Assoc.* 1982; 74: 807–809.
16. Callender CO. Organ donation in the black population: Where do we go from here? *Transplant Proc.* 1987; 14: 36–40.
17. Feldman EA. Defining death: Organ transplants, tradition and technology in Japan. *Soc. Sc. Med.* 1988; 27: 339–343.

18. Ota K. Organ transplantation in Japan — present status and problems. *Transpl. Int.* 1989; 2: 61–67.
19. Thomas SL, Milnes S, Komesaroff PA. Understanding organ donation in the collaborative era: a qualitative study of staff and family experiences. *Intern. Med. J.* 2009; 39: 588–594.
20. Cleveland SE, Johnson DL. Motivation and readiness of potential human tissue donors and nondonors. *Psychosom. Med.* 1970; 32 (3): 225–231.
21. Basu PK, Hazariwala KM, Chipman ML. Public attitudes toward donation of body parts, particularly the eye. *Can. J. Ophthalmol.* 1989; 24(5): 216–220.
22. Regehr C, Kjerulf M, Popova SR, Baker AJ. Trauma and tribulation: the experiences and attitudes of operating room nurses working with organ donors. *J. Clin. Nurs.* 2004; 13(4): 430–437.
23. *Poltransplant. Biul. Inform.* 2011; 1(19): 1–30.
24. Kruszyna T, Mileniak I. Koordynacja pobrania narządów od dawcy zmarłego. *Med. Prakt. Chirurgia* 2009; 06: 48–56.
25. Cleiren M, van Zoelen A. Post-mortem organ donation and grief: A study of consent, refusal and well-being in bereavement. *Death Study* 2002; 26: 837–849.
26. Thomas SL, Milnes S, Komesaroff PA. Understanding organ donation in the collaborative era: a qualitative study of staff and family experiences. *Int. Med. J.* 2009; 39 (9): 588–594.
27. Burroughs T, Hong B, Kappel F, Freedman BK. Organ donor families often question their decision. *Psychosom. Med.* 1998; 60 (2): 156–162.
28. De Jong W, Franz HG, Wolfe SM, Nathan H, Payne D, Reitma W, Beasley C. Requesting organ donation: an interview study of donor and nondonor families. *Am. J. Crit. Care* 1998; 7 (1): 13–23.
29. Franz HG, DeJong W, Wolfe SM, Nathan H, Payne D, Reitma W, Beasley C. Explaining brain death: a critical feature of the donation process. *J. Transpl. Coord.* 1997; 7 (1): 14–21.
30. Siminoff LA, Gordon N, Hewlett J, Arnold RM. Factors influencing families' consent for donation of solid organs for. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2001; 286: 71–77.
31. Sque M, Payne SA. Dissonant loss: the experiences of donor relatives. *Soc. Sci. Med.* 1996; 43 (9): 1359–1370.
32. Rodrigue JR, Cornell DL, Howard RJ. Organ donation decision: comparison of donor and non-donor families. *Am. J. Transplant.* 2006; 6: 190–198.
33. Morris JA, Slaton J, Gibbs D. Vascular organ procurement in the trauma population. *J. Trauma* 1989; 29: 782–788.
34. Morris JA, Wilcox TR, Frist WH. Pediatric organ donation: The paradox of organ shortage despite the remarkable willingness of families to donate. *Pediatr.* 1992; 89: 411–415.
35. Finlay I, Dallimore D. Your child is dead. *Brit. Med. J.* 1991; 302: 1524–1525.
36. Walker JA, McGrath PJ, MacDonald NE, Wells G, Petrusic W, Nolan BE. Parental attitudes toward pediatric organ donation: A survey. *CMAJ* 1990; 142: 1383–1387.
37. Manuel A, Solberg S, MacDonald S. Organ donation experiences of family members. *Nephrol. Nurs. J.* 2010; 37 (3): 229–237.
38. Perkins KA. The shortage of cadaver donor organs for transplantation. Can psychology help? *Psychol. Act.* 1987; 42 (10): 921–930.

39. Jacoby L, Radecki-Breitkopf C, Pease E. A qualitative examination of the needs of families faced with the option of organ donation. *Dimens. Crit. Care Nurs.* 2005; 24 (4): 183–189.
40. Fulton J, Fulton R, Simmons RG. The cadaver donor and the gift of life. W: Simmons RG, Klein S, Simmons RR, red. *Gift of life: the social and psychological impact of organ transplantation.* New York: Wiley; 1977; s. 338–376.
41. Walsh F, Mc Goldrick M. *Loss and the Family: A systemic perspective. Living beyond loss.* New York: WW Norton and Company; 2004, s. 3–26.
42. Kübler-Ross E. *Dzieci i śmierć. Jak dzieci i ich rodzice radzą sobie ze śmiercią.* Warszawa: Media Rodzina; 2007.
43. Pelletier M. The organ donor family members' perception of stressed situations during the organ donation experience. *J. Adv. Nurs.* 1992; 17: 90–97.
44. Bellali T, Papadatou D. Parental grief following the brain death of a child: Does consent or refusal to organ donation affect their grief? *Death Stud.* 2006; 30: 883–917.
45. Merchant SJ, Yoshida EM, Lee TK, Richardson P, Karlsbjerg KM, Cheung E. Exploring the psychological effects of deceased organ donation on the families of the organ donors. *Clin. Transplant.* 2008; 22: 341–347.
46. Beavers WR, Hampson R. Measuring family competence: the beavers systems model measuring family competence: The beavers systems model. W: Walsh F, red. *Normal family processes: growing diversity and complexity, wyd 3.* New York: Guilford; 2003, s. 549–580.
47. Corr Ch, Coolican M. Understanding bereavement, grief and mourning: implications for donation and transplant professionals. *Progr. Transplant.* 2010; 20 (2): 169–177.
48. Paul NL. The role of mourning and empathy in conjoint marital therapy. W: Zuk GH, Boszormenyi-Nagy I, red. *Family therapy and disturbed family.* Palo Alto: Science and Behavior Books; 1967, s. 186–205.
49. Staudacher C. *Men and grief.* Oakland: New Harbinger Publications; 1991.
50. Martin TL, Doka KJ. *Men don't cry, women do: transcending gender stereotypes of grief.* Philadelphia: Brunner/ Mazel; 2005.
51. Balk DE. Recovery following bereavement: an examination of the concept. *Death Study.* 2004; 28 (4): 214–217.
52. Peterson C, Park N, Pole N, D'Andrea W, Seligman ME. Strengths of character and posttraumatic growth. *J. Trauma Stress* 2008; 21 (2): 214–217.
53. Calhoun LG, Tedeschi RG. *Handbook of posttraumatic growth: research and practice.* Mahwah: LEA; 2006.
54. Schneider JM. *Finding my way: Healing and transformation through grief and loss.* Colfax: Seasons Press; 1994.
55. Walsh F. *Spirituality, death and loss. Living beyond loss.* New York, London: W.W. Norton and Company; 2004; s. 85–98, 182–210.
56. Klass D, Silverman P, Nickman S. *Continuing bonds: New understandings of grief.* Washington, DC: Taylor and Francis; 1996.
57. Raelynn M. A reconnection with life: Helping donor families cope after loss. *J Loss Trauma* 1998; 3 (4): 335–348.
58. Uematsu MA. Giving voice to the account: The healing power of writing about loss. *J. Transpl. Coord.* 1996; 6: 200–203.

-
59. Niles PA, Mattice BJ. The timing factor in the consent process. *J. Transpl. Coord.* 1996; 6: 84–87.
 60. Harvey JH. *Embracing their memory: Loss and the social psychology or storytelling.* Needham Heights: Allyn and Bacon; 1996.
 61. Batten HL. The social construction of altruism in organ donation. W: Shanteau J, Harris RJ, red. *Organ donation and transplantation: Psychological and behavioral factors.* Washington DC: American Psychological Association; 1990, s. 83–96.
 62. Jakubowska-Winecka A. Kontakt z rodziną dawcy narządów do transplantacji. W: Rutkowski B, red. *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów.* *Via Media*; 2009, s. 111–119.

Adres: Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii UJ CM,
ul. Kopernika 21 a, 31-501 Kraków