KATARZYNA BIAŁEK

Dlaczego zgadzamy się na transplantację? Czynniki wpływające na podjęcie decyzji o przekazaniu organów

Why Do We Agree to Organ Donation? Factors of Transplantation Decision Making

Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków

Streszczenie

Mimo że wprowadzenie ustawy transplantacyjnej uregulowało prawne aspekty pozyskiwania narządów, pojawiły się problemy praktyczne, etyczne i psychologiczne wynikające z ustawowo przyjętej zgody domniemanej. Z tego powodu zobligowano lekarzy do rozmowy z rodziną mającej na celu weryfikację woli zmarłego w kwestii przekazania organów do przeszczepu. Lekarze często jednak obawiają się reakcji krewnych, dlatego nie decydują się na przeprowadzenie tego typu rozmowy. Samo środowisko medyczne pozostaje również podzielone w tej sprawie. Literatura wskazuje bowiem na wiele psychologicznych czynników wpływających zarówno na zgodę, jak i odmowę bliskich zmarłego. Wśród nich wymienia się w szczególności miejsce, w którym wiadomość została przekazana, własne doświadczenia lub wiedzę medyczną członków rodziny i poziom zrozumienia procesu choroby. Na pozytywną reakcję wpływają także umiejętności interpersonalne lekarza oraz sposób przekazania informacji o złym rokowaniu lub śmierci pacjenta. Ważne wydaje się więc zwiększanie poziomu edukacji społeczeństwa na temat transplantacji oraz udoskonalanie komunikacji między rodzinami dawców a personelem medycznym. Co więcej, niezwykle ważne jest również przygotowanie lekarzy zarówno do przekazywania informacji o śmierci, jak i możliwości pozyskiwania narządów, biorąc pod uwagę stan psychiczny krewnych pogrążonych w żałobie. Obecną sytuację mogłaby zmienić kampania medialna, która informowałaby społeczeństwo, głównie drogą internetową, o znaczeniu przekazywania organów do przeszczepu (Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 2, 159–164).

Słowa kluczowe: rodzina, transplantacja, pozyskiwanie organów, komunikowanie.

Abstract

Despite the introduction of The Cell, Tissue and Organ Recovery, Storage and Transplantation Act, which regulates the legal aspects of organ transplantation, some practical, ethical and psychological problems stemming from legally sanctioned presumed consent occurred. As a result, the doctors are obliged to have a conversation with the patient's family members regarding his or her attitude towards organ donation. The doctors often decide not to talk with the family because they are afraid of their reaction. Even medical community remains divided about this issue. Literature identifies a number of psychological factors affecting both the approval and refusal of organ donation. These include the place where the conversation takes place, personal experience and medical knowledge of family members, and the understanding of the patient's disease. The doctor's interpersonal skills and his or her ability to communicate tragic news affect the positive reaction of the family. That is the reason why it is important to increase the society's knowledge about transplantation and improve the quality of communication between the donor's family and the medical staff. What is more, it is important to prepare the doctors both to provide information about the patient's death and the possibility of organ donation and of the psychological status of the grieving family. The current situation could be improved by a media campaign, especially an Internet one, that would inform the society about the importance of organ donation (Piel. Zdr. Publ. 2016, 6, 2, 159–164).

Key words: family, transplantation, organ donation, communication.

Od czasu wykonania we Wrocławiu w 1965 roku pierwszej transplantacji nerki upłynęło 50 lat. Przeszczepianie narządów i tkanek uznaje się za jedno z najważniejszych osiągnięć współczesnej medycyny. Transplantacja jest metodą leczenia będącą dla wielu pacjentów jedyną szansą na przedłużenie życia [1]. W Polsce zdecydowaną większość narządów pozyskuje się *ex mortuo*, tj. od osoby nieżyjącej na rzecz osoby żyjącej. Tego rodzaju sytuacje stanowią 2–5% zgonów szpitalnych, a więc są zjawiskiem dosyć rzadkim [2].

Wykorzystanie potencjału, jaki niesie za sobą rozwój transplantologii zależy w dużej mierze od kształtu relacji biorca-dawca-lekarz. Kodeks Etyki Lekarskiej nałożył na lekarzy obowiązek podtrzymywania funkcji tkanek i narządów po stwierdzeniu śmierci mózgowej, „o ile mają one zostać przeszczepione” [3]. Na tej podstawie uregulowano prawnie problem pozyskiwania narządów do transplantacji za pomocą Ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (ustawa transplantacyjna) [4]. Zgodnie z treścią art. 5 ust. 1 niniejszej ustawy przyjęto zgodę domniemaną, która dopuszcza pobranie komórek, tkanek i narządów od osoby zmarłej zawsze, jeśli nie zgłosiła ona sprzeciwu za życia [3].

Z jednej strony wprowadzenie ustawy transplantacyjnej usystematyzowało prawne aspekty pobierania narządów, lecz z drugiej pojawiły się przez nią problemy natury etycznej oraz praktycznej, które wynikają z ustawowo przyjętego postulatów zgody domniemanej. Oznacza to, że lekarz nie tylko nie musi uzyskać aprobaty rodziny, ale nawet nie ma obowiązku poinformowania jej o pobraniu organów od zmarłego. Na ogół dochodzi jednak do rozmów między lekarzem a rodziną, a w sytuacji, kiedy sprzeciwia się ona pobraniu narządów, odstępuje się od donacji. Dylemat ten jest, co wykazano w badaniach, o tyle istotny, że odmowa rodziny była głównym powodem wykluczenia potencjalnego dawcy. Decyzja o przekazaniu organów powinna zostać podjęta zgodnie przez wszystkich jej członków, a nie być indywidualnym, osobistym wyborem któregoś z nich [5].

Mimo znaczących osiągnięć transplantologii i regulacji prawnych dotyczących pozyskiwania organów nadal występują trudności w przełamywaniu oporów społecznych i psychologicznych związanych z tą metodą leczenia. Lista oczekujących na przeszczepę zwiększa się szybciej niż liczba dawców. Z powodu tej nierównowagi przeszczepia się coraz więcej organów gorszej jakości. Im dłużej pacjent czeka na przeszczep, tym mniej pozytywne są także jego rokowania [5]. Oszacowano, że 5–25% wszystkich chorych umiera w oczekiwaniu na przeszczep [6], a 4% osób wykreśla się z listy, kiedy ich stan zdrowia pogarsza się na tyle, że transplanta-

cja staje się niemożliwa [7]. Organizacje pozyskujące organy i centra transplantacyjne próbują zająć się wspomnianym niedoborem na dwóch płaszczyznach: zarówno przez zwiększanie liczby dawców narządów, jak i zwiększanie liczby transplantacji, która jest dla pacjentów często jedyną szansą na powrót do normalnego funkcjonowania.

Obserwowane zmniejszenie aktywności przekazywania narządów może mieć wielorakie uwarunkowania. Wydaje się jednak, że decydującymi przyczynami są w szczególności: brak wyszkolonej i doświadczonej kadry anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych, za małe finansowanie procedur transplantacyjnych, niedoinwestowanie szpitali oraz daleko idące oszczędności w finansowaniu ochrony zdrowia. Dodatkowym czynnikiem jest także regres edukacyjny zarówno w środowisku medycznym, jak i w całym społeczeństwie. Kolejnym aspektem jest zbyt mała społeczna świadomość i akceptacja pojęcia śmierci mózgu [2]. Tymczasem liczne analizy wykazały, że stosunek do donacji organów jest na ogół pozytywny. Odnotowano, że współczynnik gotowości do oddania organów jest większy wśród takich grup, jak:

- a) młodzież,
- b) kobiety z wyższym statusem społeczno-ekonomicznym,
- c) absolwenci wyższych uczelni,
- d) ludzie mający wiedzę na temat donacji,
- e) osoby znające osobiście dawcę lub biorcę narządu,
- e) ludzie mający altruistyczne przekonania [6, 8].

Zdecydowana większość ankietowanych stwierdziła także, że to nie przepisy prawne, a zgoda bliskich powinna być podstawą do pozyskiwania narządów. Co więcej, postanowienie o przekazaniu organów zmarłego może pomóc rodzinie pogodzić się z jego śmiercią [1].

Czynniki wpływające na podjęcie decyzji o transplantacji

W chwili, gdy najbliżsi krewni przeżywają tragedię związaną ze śmiercią bliskiej osoby, spoczywa na nich ogromna odpowiedzialność podjęcia niezwykle ważnej decyzji. Sytuacja, w której dochodzi do rozmowy lekarza z rodziną jest bardzo trudna dla obu stron. Dla rodziny jest to nagłe i traumatyczne przeżycie. Pojawiają się lęk, rozpacz i poczucie bezradności, które po części mogą wynikać bezpośrednio z tego, że nie jest im znana wola zmarłego [9]. Omawianie z rodzinami kwestii pozyskiwania narządów do transplantacji jest także formą podejmowania decyzji o zakończeniu

opieki na oddziale intensywnej terapii [10]. Tymczasem zebrane dane pokazują, że między członkami rodzin nie ma dobrego przepływu informacji odnośnie do chęci przekazania narządów do transplantacji. Wpływa na to wiele czynników, w tym także proces leczenia, zrozumienie przyczyn choroby i traktowanie jej w szerszej perspektywie oraz zaufanie do służby zdrowia [11]. Motywy postaw wobec transplantacji są jednak różnorodne. Za fundamentalne uznaje się chęć wcześniejszego posiadania wiedzy o intencjach zmarłego oraz prośbach pozostałych członków rodziny [5, 10, 12–14]. Co interesujące, wykazano, że rodziny, które były tego świadome, przejawiały 7 razy większe prawdopodobieństwo przekazania organów, a ich zadowolenie było 3-krotnie większe niż pozostałych badanych grup [10]. Potwierdzają to inne analizy, w których odnotowano, że 93% rodzin wyraża zgodę na pobranie narządów, jeśli jest znana wola zmarłego. Kiedy jego intencja jest nieznana, jedynie 47% rodzin decyduje się na donację [15]. Przyjęto także inną perspektywę – rodzina podejmuje decyzję nie taką, jakiej chciałby zmarły, ale kieruje się własnym rozeznanie, zajmując stanowisko w tej sprawie na podstawie tego, co jest jej bliższe kulturowo, religijnie i społecznie. Zdarza się, że mimo wyraźnej, wyrażonej przed śmiercią zgody na przekazanie narządów, rodzinom trudno jest pogodzić się z tym życzeniem i nie respektują go. Wykazano, że aż w 16,1% przypadków, w których było wiadomo, że zmarły wykazuje chęć oddania narządów, najbliżsi nie wyrazili zgody na transplantację z powodu przekonań kulturowo-światopoglądowych [13]. Jako przyczynę uzasadniającą odmowę podawano także chęć pozostawienia ciała osoby zmarłej w stanie nienaruszonym [16].

Ważnym czynnikiem, który wpływa na podjęcie decyzji o przekazaniu organów do transplantacji i mającym znaczenie w komunikacji wewnątrzrodzinnej jest także wiek. Chociaż liczba dawców wśród osób powyżej 50. r.ż. w ostatnim dziesięcioleciu znacznie się zwiększyła, to obserwuje się, że starsze osoby są mniej skłonne do przekazywania swoich narządów [5]. Można przypuszczać, że w ich opinii zaawansowany wiek uniemożliwia oddanie organów oraz że są one mniej wartościowe niż u młodego człowieka.

Przegląd literatury pokazuje, że równie istotnym czynnikiem w aspekcie pozyskiwania organów jest posiadanie karty dawcy, zwłaszcza jeśli temat przekazywania organów został wcześniej omówiony w rodzinie i było znane nastawienie zmarłego do transplantacji [5]. Odnotowano, że noszenie takiej karty (np. na odwrotnej stronie swojego prawa jazdy) zachęca do dyskusji w rodzinie i 3-krotnie zwiększa szansę wyrażenia zgody na przekazanie organów, a także stwarza lekarzowi

solidne fundamenty pod rozpoczęcie rozmowy na ten temat z rodziną [17–18].

Znaczną rolę w podejmowaniu przez rodzinę decyzji o transplantacji odgrywa także ich postawa wobec szpitala i personelu medycznego. Wydaje się, że duża część odmów przekazania organów jest skutkiem niechęci i braku zaufania do usług medycznych. Wynika to prawdopodobnie z negatywnych doświadczeń nabytych w czasie kontaktów z personelem medycznym i służbą zdrowia, zwłaszcza wizyt w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) lub podczas hospitalizacji, gdy poziom opieki był niesatysfakcjonujący [11, 14, 19]. Uwzględniając powyższe założenie, wysunięto postulat, że lekarze kierują się w pierwszej kolejności profesjonalizmem, skupiając się na ratowaniu życia i zdrowia pacjenta, i nie konfrontują się jednocześnie z emocjami czy wątpliwościami rodzin potencjalnych dawców. Nawet dobrze wykwalifikowani specjaliści mogą być postrzegani jako nierzetelni, nadmiernie zdystansowani do problemów chorego i w rezultacie oskarżeni o niekompetencję przez niechęć i niezadowolenie krewnych hospitalizowanego chorego. Takie sytuacje i opinie często znajdują odzwierciedlenie w postawie rodziny zmarłego wobec pozyskiwania organów [11].

Na pozytywną decyzję członków rodzin o przekazaniu narządów do przeszczepu wpływa także miejsce, w którym wiadomość została przekazana. Niekorzystne jest, jeśli rozmowa odbyła się na korytarzu lub w obecności osób trzecich [20–21].

Kolejnym wyróżnionym czynnikiem jest sam proces informowania o śmierci pacjenta, wiedza medyczna rodziny, a w szczególności poziom zrozumienia, na czym polega śmierć mózgowa oraz jakie są jej neurologiczne kryteria [6, 11, 15, 20, 22]. Praktyka wskazuje, że lekarze często wpadają w pułapkę, posługując się podczas wyjaśniania tego zagadnienia fachowym, złożonym i potocznie niezrozumiałym językiem. Doprowadza to do sytuacji, w której rodzina zamiast zrozumieć stan chorego, ma wątpliwości, czy on umarł, czy żyje. Szmyt [20] opisuje badania, w których głównym zagadnieniem było uzyskanie informacji, co pacjenci uważają za moment śmierci. Wykazano, że 68% z nich za moment śmierci uważa śmierć pnia mózgu, a 32% twierdzi, że człowiek umiera, gdy przestaje bić jego serce. Co ciekawe, rodziny znacznie częściej wyrażają sprzeciw wobec przekazywania organów do przeszczepu, gdy informacja ta jest podana jednocześnie z wiadomością o śmierci chorego, niż jeśli jest oddalona w czasie [21–22].

W świetle literatury przedmiotu ważnym wyznacznikiem gotowości oddania narządów jest także poziom wiedzy o transplantacji [17, 21]. Niektóre komunikaty mogą wzmacniać obawy, że ciało zmarłego dawcy na skutek pobrania narządów ze

zwłok zostanie poważnie uszkodzone lub okaleczone [21]. Badając opinię na ten temat, Saub et al. [18] odnotowali jednak, że tylko nieznaczna część respondentów uznaje, że ciało po pobraniu organów wygląda inaczej, jest oszpecone i automatycznie poddawane kremacji, a 64% badanych twierdzi, że jest normalne, tylko bez narządów. Pojawiły się również inne, ciekawe wyobrażenia, np. że pobrane narządy są wykorzystywane nie do przeszczepu, ale do celów naukowych, kształcenia studentów medycyny i wytwarzania nowych leków.

Literatura podaje również, że cechy społeczno-demograficzne i uwarunkowania kulturowe także odgrywają ważną rolę. Potwierdzają to badania, w których wykazano, że płeć ma rzeczywiście istotne znaczenie w postawie wobec transplantacji – mężczyźni chętniej oddaliby narządy osób bliskich do przeszczepu, w przeciwieństwie do kobiet, które uważają, że człowiek ma prawo wyboru i może decydować o przeznaczeniu swoich narządów zarówno za życia, jak i po śmierci [1].

Podobnie jak osobiste doświadczenia, wykształcenie i normy społeczne [17], częściowy wpływ na decyzję o przekazaniu narządów mają także przekonania religijne, światopogląd i przynależność do grupy etnicznej. Co ciekawe, lekarze odczuwają większy dyskomfort i stres oraz mniej chętnie rozmawiają o pozyskiwaniu organów z rodzinami pochodzącymi z innej niż europejska grupy etnicznej. Wydaje się jednak, że w Polsce ten czynnik może mieć marginalne znaczenie [23].

Biorąc z kolei pod uwagę czynniki wpływające na wyrażenie zgody na przekazanie organów, można zaobserwować, że rodziny mające młodsze dzieci łatwiej godzą się na pobranie narządów po śmierci dziecka niż te posiadające dzieci starsze. Niektórzy z nich mówią wręcz o doznaniu ulgi. Mają bowiem poczucie, że śmierć ich dziecka może pomóc innemu. Jednocześnie wydaje im się, że przedłużają życie, a przygotowanie organów do pobrania i podtrzymywanie przez aparaturę pracy serca daje rodzicom więcej czasu na pożegnanie się, a nawet nadzieję na przebudzenie zmarłej osoby [16, 24].

W Polsce brakuje jednak badań w pełni charakteryzujących czynniki podejmowania przez rodzinę decyzji o przekazaniu narządów do transplantacji. Te, które się pojawiły nie przynoszą jednoznacznych konkluzji, co obrazuje, jak bardzo obszar ten wymaga dalszej empirycznej weryfikacji.

Perspektywa środowiska medycznego

Podjęcie decyzji o przekazaniu narządów po zmarłym jest trudne nie tylko dla rodziny, ale również dla lekarzy pozostających z jej członkami

w kontakcie. Niejednokrotnie jest to także związane z dramatycznym i niespodziewanym zgonem chorego. Co więcej, lekarze traktując śmierć pacjenta jako osobistą stratę, nie zawsze są gotowi do udzielenia rzetelnych i wyczerpujących odpowiedzi na pytania rodziny dotyczące procedury pobrania narządów. Przyczynami mogą być także: obawy o naruszenie jej godności w tak trudnym momencie, lęk przed narażeniem na kolejny uraz [25], brak doświadczenia w komunikacji z rodziną dawcy, nieznajomość intencji zmarłego, procedury diagnostyczne śmierci pnia mózgu i zbyt mała liczba szkoleń dotyczących problemów psychologicznych pacjentów pogrążonych w żałobie [6]. Niektórzy sądzą, że może to również wynikać ze zbyt małej wiedzy na temat tego, jak zachować się w takiej sytuacji [21, 26]. Ważne jest zatem, aby program nauczania zarówno studentów medycyny, jak i lekarzy rodzinnych uzupełnić o aktualne regulacje prawne i przebieg procesu donacyjnego, by wzmocnić ich postawy wobec transplantacji. Istotne w tej kwestii wydają się także artykuły w czasopismach medycznych, seminaRIA i wykłady, uczestnictwo w konferencjach i kongresach oraz Internet [26].

Lekarze przyjmują różne strategie postępowania w rozmowie z rodzinami zmarłych pacjentów, aby uzyskać od nich zgodę na przekazanie organów [25]. Niektórzy rozmawiają tylko z najbliższymi krewnymi, inni z kolei włączają w ten proces nawet przyjaciół zmarłego. Niezależnie od przyjętej ścieżki wyodrębniono pewne algorytmy postępowania, które zdaniem środowiska medycznego pomagają uzyskać zgodę rodziny. Należą do nich przede wszystkim: poświęcenie możliwie jak największej ilości czasu rodzinie, prowadzenie rozmowy bez pośpiechu i z okazywaniem zrozumienia, wyjaśnianie wszelkich wątpliwości, zapewnienie rodzinie ustronnego i indywidualnego miejsca do dyskusji, wytłumaczenie kryteriów śmierci mózgowej w przypadku jej wystąpienia, odczekanie odpowiedniego czasu od chwili poinformowania o śmierci pacjenta do zapoczątkowania rozmowy oraz przeprowadzenie jej przez osoby do tego przeszkolone [16, 21]. Ważne jest stworzenie takich warunków rozmowy, w których rodziny poczują się włączone w ratowanie życia innych. Możliwość nadania znaczenia przeżywanego przez nich stracie już w początkowym etapie po śmierci bliskiego daje sposobność przeżycia żałoby w wielu jej aspektach. Ten proces może mieć zasadniczo swój początek w chwili, kiedy ktoś jeszcze za życia wyraża zgodę na oddanie organów po swojej śmierci [17]. Jednocześnie lekarze powinni być zachęceni do refleksji na temat własnych odczuć i uprzedzeń lub barier dotyczących donacji i jak mogą one wpływać na decyzję krewnych [14]. Le-

karz nie powinien jednak naciskać na rodzinę w sprawie zgody, lecz jedynie próbować zmienić jej zdanie. W związku z tym bardzo ważna wydaje się konieczność szkoleń nie tylko w kwestiach medycznych, ale także psychologicznych (sposób przekazywania informacji o śmierci i udzielania wsparcia rodzinom zmarłych osób). Umiejętności psychospołeczne poprawiają nie tylko kompetencje zawodowe lekarza, ale łagodzą także atmosferę w miejscu pracy, a wzajemna komunikacja w zespole wzmacnia poczucie bezpieczeństwa i satysfakcję z wykonywanych obowiązków zawodowych, co wydaje się mieć ogromne znaczenie w środowisku oddziałów intensywnej terapii [6].

W praktyce często pojawia się także dylemat, czy rozmowa z rodziną dawcy powinna być prowadzona przez jednego, czy przez kilku lekarzy. Sprawą dyskusyjną jest też to, czy powinien to zrobić lekarz opiekujący się pacjentem, czy ordynator oddziału. *The Australian and New Zealand Intensive Care Society* wydając Oświadczenie Dotyczące Śmierci i Donacji Organów (2010), twierdzi, że obowiązek ten leży po stronie ordynatora oddziału intensywnej terapii. Jeśli jednak nie czuje się on dobrze do tego przygotowany, powinien oddelegować odpowiednią osobę, która przeprowadzi taką rozmowę z rodziną. Pomocne może być również wsparcie pielęgniarek i koordynatorów transplantacyjnych [10, 21].

Niewystarczającej liczby pozyskiwanych organów nie można jednak tłumaczyć tylko barierami komunikacyjnymi między lekarzem a rodziną dawcy czy postawą społeczeństwa. Oczywiście psychologiczna sytuacja lekarza, który stara się uratować życie pacjenta jest trudna, ponieważ w przypadku śmierci pacjenta lekarz musi skonfrontować się z reakcją i cierpieniem rodziny. W takiej sytuacji rozmowa z krewnymi zmarłego wymaga dobrze rozwiniętych umiejętności interpersonalnych, co może wyjaśniać po części pasywną postawę lekarzy na różnych etapach procesu pozyskiwania organów: od unikania rozmowy z rodziną po odstępianie od tematu pobrania narządów [6]. Nie ma jednak wątpliwości, że pracownicy służby zdrowia chcieliby utrzymywać dobre relacje z pacjentami i ich najbliższymi. Niestety, rzadko mają możliwość uczestniczenia w szkoleniach, zwłaszcza z zakresu komunikacji z rodziną pacjenta w odniesieniu do przekazywania informacji o śmierci i możliwości pozyskiwania narządów. Co więcej, zastrzeżenia dotyczące nieodpowiedniego kontaktu ze środowiskiem medycznym stają się coraz bardziej powszechne. Najbardziej niepokojące jest jednak panujące przekonanie, że podstawową motywacją lekarzy jest korzyść finansowa, a nie dobro pacjenta [11].

Podsumowanie

Jeśli przyjrzeć się, zwłaszcza polskim, opracowaniom na temat rodzin dawców, nie sposób nie zauważyć, że jest to duża nisza badawcza. Można się z nich dowiedzieć, jak pomagać i udzielać wsparcia osobom po przeszczepach, brakuje natomiast informacji o tym, co się dzieje z krewnymi zmarłego po przekazaniu organów i jaka jest jakość ich życia. Prawdopodobne jest, że stanowią oni grupę samoorganizującą się. Również specjaliści z dziedziny zdrowia psychicznego w małym stopniu odpowiadają ich potrzebom [16].

Ważne wydaje się więc zwiększanie poziomu edukacji społeczeństwa na temat transplantacji oraz udoskonalanie komunikacji między rodzinami dawców a personelem medycznym oraz przygotowywanie lekarzy do przekazywania informacji o śmierci pacjenta. Edukowanie rodzin pacjentów i środowiska medycznego w poszczególnych obszarach działania może zostać wzmocnione przez odpowiednie wykształcenie lekarza rodzinnego, który może pomóc przekonać krewnych dawców o potrzebie przekazywania organów, a jednocześnie służyć radą i wsparciem emocjonalnym w tej trudnej sytuacji. Lekarz rodzinny może także prowadzić działania profilaktyczne. Dotyczy to zarówno monitorowania stanu zdrowia, jak i edukacji na temat transplantacji, co w rezultacie może również przyczynić się do prawidłowego przebiegu relacji lekarz–pacjent (*compliance*) [6].

Zainteresowanie społeczeństwa tematem pozyskiwania organów i wykorzystanie możliwie wszystkich źródeł informacji (nie ograniczając się wyłącznie do telewizji i radia) może pomóc w podejmowaniu stosownych decyzji, a przede wszystkim sprawić, że członkowie rodziny zaczną między sobą o tym rozmawiać. Analiza czynników wpływających na stosunek do transplantacji pokazała, że środki przekazu, takie jak informacje dostarczane przez personel medyczny, rozmowy i dyskusje z rodziną i przyjaciółmi na temat pobrania organów oraz wszelkiego rodzaju broszury tematyczne miały największe oddziaływanie [5]. Warto też podkreślić zapotrzebowanie na edukację publiczną i kampanie społeczne mówiące o konieczności dzielenia się organami z innymi. Przez łatwość dostępu oraz przekazu powinny zostać zaspokojone również potrzeby ludzi starszych. Wydaje się jednak, że należy na ten temat rozmawiać w szczególności z rodziną i najbliższymi.

Piśmiennictwo

- [1] Majchrowicz M., Kalita K.: Postawy wybranych grup społecznych wobec świadomej zgody na pobieranie narządów do przeszczepów. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, Rzeszów 2012, 1, 86–97.
- [2] Patrzalek D., Janczak D.: Problemy w pozyskiwaniu narządów i tkanek do transplantacji w Polsce – czy i jaka jest rola do spełnienia lekarza rodzinnego. *Fam. Med. Prim. Care Rev.* 2008, 10, 3, 1005–1008.
- [3] Mądro R.: Relacje w układzie: biorca przeszczepu–lekarz–dawca i jego rodzina. [W:] *Humanizm i medycyna: relacje lekarz–pacjent*. Red. Imieliński K. Polska Akademia Medycyny, Warszawa 1993, s. 132.
- [4] Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411 z późn. zm.).
- [5] Volz Wegner A., Szucs T.D.: Predictors of family communication of one's organ donation intention in Switzerland. *Int. J. Public Health* 2011, 56, 217–223.
- [6] Kosieradzki M., Jakubowska-Winecka A., Feliksiak M., Kawalec I., Zawilinska E., Danielewicz R., Czerwinski J., Malkowski P., Rowinski W.: Attitude of Healthcare Professionals: A Major Limiting Factor in Organ Donation from Brain-Dead Donors. *Hindawi Publishing Corporation Journal of Transplantation* 2014, Article ID 296912, 411–417.
- [7] Miller L.D., Gardiner S.K., Gubler D.O.: Emergency department referral for organ donation: more organ donors and more organs per donor. *Am. J. Surg.* 2014, 207, 728–734.
- [8] Wakefield C.E., Watts K.J., Homewood J., Meiser B., Siminoff L.A.: Attitudes toward organ donation and donor behavior: a review of the international literature. *Prog. Transplant.* 2010, 20, 4, 380–391.
- [9] Woderska N.: Rola rodziny w podejmowaniu decyzji o dawstwie narządów do transplantacji. *Piel. Pol.* 2013, 1(47), 7–11.
- [10] Mullins G.C., Simesf D., Yuenj K.J.: Approaching families for organ donation – intensivists' perspectives. *Anaesth Intensive Care* 2012, 40, 1035–1039.
- [11] Skwirczynska-Szalbierz E., Matoszka N., Sepiolo A., Ostrowski M.: Communication with family after loss, in the context of transplantology. *Transpl. P.* 2014, 46, 2036–2039.
- [12] Hyde M., White K.M.: A test of three interventions to promote people's communication of their consent for organ donation. *Psych. Health* 2013, 28, 399–417.
- [13] Rodrique J.R., Cornell D.L., Howard R.J.: Relationship of exposure to organ donation information to attitudes, beliefs, and donation decisions of next of kin. *Prog. Transplant.* 2009, 19, 2.
- [14] Neate S.L., Marckt C.H., Skinner M., Dwyers B., McGain F., Weilandtt T.J., Hickey B.B., Jelinek A.: Understanding Australian families' organ donation decisions. *Anaesth Intensive Care* 2015, 43, 1.
- [15] Murray L., Miller A., Dayoub C., Wakefield C., Homewood J.: Communication and consent: discussion and organ donation decisions for self and family. *Transpl. P.* 2013, 45, 10–12.
- [16] Jurek J., Chwal M., Janusz B., de Barbaro B.: Pobranie narządów po śmierci: psychologiczna sytuacja rodziny, kontekst kulturowy, rola profesjonalistów. *Psychoterapia* 2011, 4(159), 51–64.
- [17] Schulz P.J., van Ackere A., Hartung U., Dunkel A.: Prior family communication and consent to organ donation: using intensive care physicians' perception to model decision processes. *J. Pub. Health Res.* 2012, 1(2), 130–136.
- [18] Saub E.J., Shapiro J., Radecki S.: Do patient want to talk to their physicians about organ donation? Attitudes and knowledge about organ donation: a study of Orange county, California Residents. *J. Comm. Health* 1998, 23, 6.
- [19] Jasper J.D., Harris R.J., Lee B.C., Miller K.E.: Organ donation terminology: are we communicating life or death? *Health Psychol.* 1991, 70(1), 34–41.
- [20] Szmyt D.: Postawy wobec alokacji narządów do przeszczepów. *Mag. Piel. Pol.* 2014, 12.
- [21] Jakubowska-Winecka A.: Psychological rules of communication with relatives of a potential organ donor – the Polish experience. *Ann. Transplant.* 1998, 3(1), 42–45.
- [22] Shaishav P., Desai T.: Perceptions and practices encouraging organ donation among doctors in Surat City. *Nat. J. Com. Med.* 2011, 2.
- [23] Anker A.E., Feeley T.H.: Why families decline donation: the perspective of organ procurement coordinators. *Prog. Transplant.* 2010, 20, 3.
- [24] Weiss J., Coslovsky M., Keel I., Immer F.F., Juni P.: Organ donation in Switzerland – an analysis of factors associated with consent rate. *Plos One* 2014, 9, 9.
- [25] Thomas S.L., Milnes S., Komesaroff P.A.: Understanding organ donation in the collaborative era: a qualitative study of staff and family experiences. *Intern. Med. J.* 2009, 39, 588–594.
- [26] Jung H., Egyed-Zsigmond I., Hecser L., Brinzaniuc K.: Attitudes and preferred information sources in medical students and family doctors regarding organ donation and transplantation. *Transpl. P.* 2011, 649–652.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Białek
katarzynabialek@vp.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.07.2015 r.
Po recenzji: 18.11.2015 r.
Zaakceptowano do druku: 7.12.2015 r.

Received: 15.07.2015
Revised: 18.11.2015
Accepted: 7.12.2015