

Żywi dawcy nerek - psychospołeczne czynniki procesu decyzyjnego

Liczba przeszczepów nerek od dawców żywych wykonywanych w Polsce jest bardzo niska. Próbując wyjaśnić ten stan rzeczy postanowiliśmy przeprowadzić wśród rzeczywistych i potencjalnych żywych dawców (razem 19 osób) badanie ankietowe mające na celu zrozumienie procesu podejmowania przez nich decyzji o oddaniu nerki i wskazaniu głównych tendencji w tym procesie. Uzyskane wyniki wskazują, iż badani dawcy podejmowali najczęściej decyzję w momencie przełomu zdrowotnego u biorcy co może w istotny sposób zawężyć obszar refleksji na podejmowaną decyzją. Podjęta w takich warunkach decyzja, choć nieodwołalna i pozbawiona wydawałoby się naturalnych obaw związanych np. z planowanym zabiegiem, była jednak w pełni samodzielna. Ważną wskazówką do działań w przyszłości jest obserwacja, iż pomimo dobrych relacji na linii dawca- biorca inicjatywa podjęcia rozmów na temat przeszczepu zdecydowanie częściej wychodziła od dawcy.

(NEFROL. DIAL. POL. 2014, 18, 18-21)

Living kidney donors – psychosocial aspects of decision taking process

The number of living donor kidney transplantation in Poland is on a very low level. The main goal of this article is a try to understand a process of decision taking and to find the most important tendencies in this process. This has been achieved by taking a procedure in which 19 living kidney donors were asked to fulfill a newly designed questionnaire. The results suggest that the participants were taking a decision to become a living kidney donor at the moment of the recipient's health breakdown – this fact may indeed push them into a short way of thinking, in which they do not consider all the circumstances of the donation. The independent decision taken in such a moment for all their life is characterised by a lack of any doubts. The main profit of the research is that – even with good donor/recipient relation – the beginning of a conversation about a donation and the decision is mainly being taken by a donor. This fact puts a new light on the process of informing families about a possibility of donation.

(NEPROL. DIAL. POL. 2014, 18, 18-21)

Wstęp

Przeszczep nerki jest optymalną formą leczenia nerkozastępczego dla chorych ze schyłkową niewydolnością nerek. Narządy wykorzystywane do przeszczepów mogą pochodzić od dawców żywych lub zmarłych. Przeszczepy od dawców żywych stwarzają szansę na dłuższe przeżycie biorcy i przeszczepu w porównaniu do transplantacji z wykorzystaniem narządów od dawców zmarłych [1]. Dodatkowymi zaletami przeszczepów od dawców żywych są: skrócenie czasu oczekiwania na przeszczep lub możliwość przeszczepienia przed rozpoczęciem dializ, możliwość lepszego przygotowania biorcy, dawcy i zespołu transplantacyjnego [2]. Liczba przeszczepów nerek od dawców żywych wykonywanych w Polsce jest bardzo niska. Według danych Poltransplantu w 2012 roku w Polsce przeszczepiono łącznie 1145 nerek, spośród których 51 pochodziło od żywych dawców. Jest to najwyższa w historii liczba nerek pochodzących od żywych dawców przeszczepionych w czasie jednego roku. Przeszczepy od żywych dawców stanowiły więc w 2012 roku ok. 4,5 % ogólnej puli przeszczepianych nerek. Odsetek ten jest bardzo niski w porównaniu

do krajów skandynawskich bądź Wielkiej Brytanii, gdzie sięga on 40 - 50 % [3].

Od wielu lat rejestr grupujący oczekujących na przeszczep nerki zawiera około 1500 pacjentów spośród kilkunastu tysięcy dializowanych. W badaniu CBOS „Postawy wobec przeszczepiania narządów” z 2011 roku 89% ankietowanych deklaroowało gotowość do oddania nerki osobie z bliskiej rodziny, a 53% z dalszej. Możliwość oddania nerki osobie bliskiej odrzuca jedynie 4% spośród ankietowanych. Tak duża różnica pomiędzy liczbą wykonywanych przeszczepów, a deklarowaną gotowością może wskazywać, iż obecny model informowania i promowania wśród pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek i ich rodzin, transplantacji od dawców żywych jest niedoskonały.

W Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. M. Pirogowa przeszczepy nerek wykonuje się od października 1996 roku. Pierwszy przeszczep nerki od dawcy żywego wykonano w lutym 2002 roku. Od tego momentu przeszczepiono łącznie 22 nerki pochodzące od dawców żywych.

Przeprowadzone badanie miało na celu próbę orientacyjnego zrozumienia procesu

Piotr EDYKO
Agnieszka SKRZYPEK-MIKULSKA
Paweł BŁASZCZYŃSKI
Józef MATYCH

Oddział Urologii i Transplantacji Nerek
Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala
im. M. Pirogowa w Łodzi
Kierownik:
Prof. dr hab. *Józef Matych*

Zespół Psychologów Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. M. Pirogowa w Łodzi
Kierownik:
Mgr Paweł Błaszczyszki

Słowa kluczowe:

- żywy dawca nerki
- żywe dawstwo
- psychospołeczne czynniki

Key words:

- living kidney donors
- living donation
- psychosocial aspects

Adres do korespondencji:

Piotr Edyko
Zespół Psychologów Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. M. Pirogowa w Łodzi
e-mail: piotredyko@gmail.com

podejmowania decyzji o oddaniu nerki przez dawców, wskazania głównych tendencji w decyzjach badanych dawców nerek oraz zarysowanie dalszych kierunków badań.

Material i metody.

Badanie polegało na zebraniu danych za pomocą autorskiego kwestionariusza (wzorowanego na dostępnych w piśmiennictwie transplantacyjnym) wśród dawców z naszego ośrodka. Łącznie do badania zakwalifikowano 19 spokrewnionych dawców nerek, w tej grupie jest 16 osób, które oddały nerkę (w okresie 2009 - 2013), jak również 3 osoby które zgłosiły taką chęć (w roku 2013), lecz zostały zdyskwalifikowane z przyczyn medycznych. Kwestionariusz był wypełniany samodzielnie. W przypadkach gdy liczba udzielonych odpowiedzi różni się od liczby badanych pacjentów, znaczy to iż nie uzyskali odpowiedzi na zadane pytania lub wskazano więcej niż jedną odpowiedź.

Dane demograficzne i stopień pokrewieństwa przedstawia tabela I.

W pierwszej części ankiety pacjenci odpowiadali na pytania dotyczące okoliczności podjęcia decyzji o oddaniu nerki do przeszczepu. Decyzja o oddaniu nerki w przypadku 12 przeszczepów zapadła przed dializami. Z powodu procesu kwalifikacji chorych na Krajową Listę Oczekujących 6 osób miało wykonany przeszczep przed rozpoczęciem dializoterapii, zaś 6 w czasie do 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia nerkozastępczego. W momencie decyzji dawcy oceniali stan zdrowia biorcy, jako zły lub średni w 12 przypadkach, zaś dobry w 3. Stan zdrowia biorcy był wskazywany przez 8 dawców jako główna przyczyna podjęcia decyzji w danym momencie. Wskazywano również wiedzę na temat transplantacji (1 osoba) oraz potrzebę pomocy (1 osoba), jako przyczynę podjęcia decyzji. Najczęstszą wskazywaną motywacją do oddania nerki było uczucie miłości (16 odpowiedzi), rzadziej altruizm (4 odpowiedzi), współczucie lub powody etyczne (po 3 odpowiedzi). Nikt nie wskazał motywacji religijnej.

W procesie podejmowania decyzji, jako osobę inicjującą dyskusję na ten temat (ankietowani mogli udzielić więcej, niż jednej odpowiedzi) 15 biorców wskazało siebie, 4 personel medyczny, 2 osoby dawcę, zaś 3 pozostałą rodzinę. Jednak w pytaniu o osobę, która miała decydujący wpływ na podjętą decyzję o oddaniu nerki 18 dawców wskazało siebie, zaś 1 dawca personel medyczny.

Dziiesięciu spośród ankietowanych wskazało stan zdrowia biorcy, jako czynnik przyspieszający decyzję. Jedna osoba uznała, iż było to konsekwencją zgromadzenia wiedzy, zaś 2 potrzebą pomocy. Zdarzeniem medycznym wpływającym na decyzję było rozpoczęcie dializoterapii, powikłania dializ lub zmęczenie metodą - razem 6 odpowiedzi.

Relacje z dawcą wszyscy biorcy określili jako dobre lub bardzo dobre. Aż w 12 przypadkach w rodzinie inna osoba rozważała oddanie nerki. Główną przyczyną wyboru konkretnych osób był stan zdrowia (7 przypadków) – przykładem innej przyczyny jest wybór spośród sióstr tej, która już posiada potomstwo. Żadna z ankietowanych osób nie odczuwała jakichkolwiek form nacisku,

Tabela I

Dane demograficzne i stopień pokrewieństwa.

Relationship and demographic data.

		Liczba osób
Płeć	Liczba kobiet	15
	Liczba mężczyzn	3
Mediana wieku lata		50,5
Stopień pokrewieństwa dla dawcy	dziecko	13
	rodzeństwo	2
	współmałżonek	43
Wykształcenie	Podstawowe	5
	Średnie	10
	Wyższe	4

żadna też nie zmieniła raz podjętej decyzji. Brak zmian decyzji nie zawsze oznaczał brak wątpliwości (tych nie miało 6 dawców). Najczęściej wynikały one z troski o stan zdrowia biorcy (10 dawców). Trzech dawców obawiało się o swój stan zdrowia. Wątpliwości o materialne konsekwencje decyzji oddania nerki miało jedynie 3 dawców (13 nie miało takich obaw).

Osoby ankietowane uznały, że wiedza jaką posiadały na temat zabiegu była wystarczająca. Wszystkie oprócz jednej uznały wsparcie informacyjne i emocjonalne w trakcie zabiegu jak satysfakcjonujące. Wszyscy dawcy doznali także zgodnego z oczekiwaniami wsparcia rodziny.

Dziesięciu biorców bez wątpliwości zaakceptowało decyzję dawcy o oddaniu narządu, pięciu miało wątpliwości, zaś czterech początkowo odrzuciło taką możliwość. Wątpliwości wśród biorców dotyczyły stanu zdrowia dawcy (5 odpowiedzi), jedna osoba uważała iż decyzja jest podjęta bez wystarczającej wiedzy. Pozostali obawiali się o presję, jakiej mógłby podlegać dawca (w rodzinie był przeszczep od dawcy żywego) lub o zdrowie rodzeństwa, które też mogło wymagać przeszczepu w przyszłości. Dziesięciu ankietowanych uważało, iż biorca miał problem z podjęciem rozmowy na temat przeszczepu rodzinnego, a 8 uznało, iż nie było takiego problemu.

Po zabiegu najczęstsze problemy to ból w okolicy operowanej (6 osób) i gojenie rany (2 osoby), pozostałe nie zgłaszały problemów zdrowotnych. Do aktywności zawodowej powrócili wszyscy oprócz jednej badanej, ale tu okres od transplantacji do przeprowadzenia ankiety wyniósł jedynie 4 miesiące. Jedna z dawczyń urodziła w 3 lata po zabiegu dziecko. Zaangażowanie w opiekę nad biorcą pozostało bez zmian, a w jednym przypadku nawet uległo zmniejszeniu (ankietowany tłumaczył to poprawą stanu zdrowia biorcy). Wszystkie oprócz jednej osoby uznały wsparcie ośrodka transplantacyjnego za wystarczające. Pięciu dawców deklarowało odniesienie strat finansowych w związku z pobytem na zwolnieniu lekarskim lub urlopem.

Relacje biorców i dawców po przeszczepie jako lepsze określiło 7 dawców, zaś 6 stwierdziło, że nie uległy zmianie.

Wszyscy badani dawcy deklarowali, iż oddaliby nerkę ponownie, nikt z nich nie ukrywał faktu bycia dawcą w swoim otoczeniu.

Dyskusja

Psychospołeczne czynniki procesu decyzyjnego

Od wielu lat dużo uwagi poświęca się funkcjonowaniu psychospołecznemu dawców nerki po zabiegu transplantacji. W polskich badaniach zajmowano się głównie medycznymi konsekwencjami takiego zabiegu [4]. Doniesienia światowe pokazują zróżnicowane wyniki i skłaniają do niejednoznacznych wniosków, tym bardziej, że w większości badań skupiano się na tych dawcach nerki, którzy przeszli procedurę operacji bez większych komplikacji zdrowotnych – własnych i biorcy. Generalnie przyjmuje się, że u większości dawców dochodzi do poprawy samopoczucia, wzrostu poczucia własnej wartości i samooceny, podobnie jak poprawy relacji w rodzinie i stosunków społecznych [2]. Jeżeli przyjrzeć się konkretnym badaniom, to wnioski nie są tak jednoznaczne. W wymiarze funkcjonowania fizycznego faktycznie zdecydowana większość badanych (90-97%) dawców postrzega swoje zdrowie jako co najmniej tak dobre, jak przed przeszczepem [2,5,6]. Prawdopodobnie ma to bezpośredni związek z faktem, iż przed przeszczepem pacjenci są wnikliwie badani i upewniani co do pełnego zdrowia. W naszym badaniu wszyscy, poza jedną osobą, deklarowali powrót do sprawności sprzed operacji, zaś problemy zdrowotne dotyczyły jedynie stanu miejsca operowanego.

Szczególnie interesujące i zróżnicowane są dane dotyczące funkcjonowania emocjonalnego dawców. Większość badań potwierdza, że ogólny poziom jakości życia po zabiegu jest porównywalny do całej populacji [7,8]. Część badań sugeruje wzrost poziomu jakości życia przy porównaniu funkcjonowania przed i po oddaniu narządu [5,9], a dla części ta decyzja była nawet najlepszą w ich życiu, dając poczucie wewnętrznej szczęścia [10-12]. Są jednak również doniesienia sugerujące występowanie objawów depresyjnych i lękowych przed i po zabiegu [13,14] lub tylko po zabiegu [15], oraz występowanie obsesyjnego myślenia o stanie zdrowia własnym i biorcy po zabiegu [15].

Dostępne wyniki badań pozwalają wnioskować, że zazwyczaj u żywych dawców nerek po przeszczepie dochodzi do poprawy funkcjonowania społecznego i relacji rodzinnych [13]. Relacje rodzinne pomiędzy

dawcą, a biorcą w badanej grupie przed zabiegiem były określane, jako dobre lub bardzo dobre. Mimo to po zabiegu połowa badanych zauważyła ich poprawę. Wszyscy dawcy poinformowali o oddaniu nerki w miejscu pracy i w swoim otoczeniu.

Powyższe dane sugerują, że tym bardziej istotna jest potrzeba wsparcia żywych dawców nerek zarówno w okresie przed-, jak i pooperacyjnym. Przejście przez proces żywego dawstwa narządu implikuje liczne emocjonalne, społeczne i ekonomiczne doświadczenia – stąd konieczna jest ocena zachodzących procesów i udzielenie odpowiedniego wsparcia. Musi ono być kompleksowe i obejmować zarówno informowanie, jak i wsparcie psychologiczne umożliwiające rozwój mechanizmów radzenia sobie, ujawnianie emocji związanych z nową sytuacją (w tym sytuacją rodzinną, która z perspektywy psychologicznej po przeszczepie staje się jeszcze bardziej złożona) [10,15].

W ocenie skutków decyzji o oddaniu narządu nie zawsze uwzględniany jest jej aspekt finansowy. Różne źródła podają, że występują czasami znaczne straty finansowe związane zarówno z przerwą w pracy, jak i dojazdami do ośrodka transplantacyjnego. Sytuacja biocy w znacznym stopniu zależy też od systemu ubezpieczeń zdrowotnych obowiązującego w danym kraju. Doniesienia z Tajwanu pokazują, że obowiązujące tam ubezpieczenie zdrowotne daje dawcom komfort spokojnego dochodzenia do pełnej formy [7], w miarę dobrze sytuacja dawców wygląda w Niemczech (tylko 9% zgłasza trudności finansowe z powodu operacji) [16] – oraz w Hiszpanii (25% straciła finansowo) [10] i Portugalii (19,4% umiarkowane trudności finansowe) [13]. W znacznie gorszej sytuacji byli dawcy z USA: aż 84% dawców zgłaszało straty finansowe, z czego 16% znaczne [6]. Obawy o finansowe skutki decyzji o oddaniu nerki przed zabiegiem żywiło 2 badanych dawców. Po zabiegu cztery osoby spośród badanych deklarowało, iż pobyt na zwolnieniu lekarskim spowodował straty finansowe.

Wszyscy badani dawcy ponownie oddaliby nerkę do przeszczepu. Podobne dane podaje dostępne piśmiennictwo, gdzie pomimo możliwych trudności aż 96-100% dawców ponownie zgodziłoby się na tego typu zabieg [2,6,9,10]. Badani dawcy motywację do oddania nerki znajdowali najczęściej w uczuciu miłości (14 wskazań), jaką darzyli biocy. Rzadziej z powodów altruistycznych, współczucia lub etycznych (razem 10 odpowiedzi). Przyjmuje się, że wola oddania narządu powinna być spontaniczna i altruistyczna [17], nieobciążona oczekiwaniami biocy lub rodziny [13]. Ze względu na liczne możliwe motywy działające przy podejmowaniu tej decyzji, zarówno po stronie dawcy, biocy, jak i otoczenia, tym bardziej konieczna jest dokładna ocena tych zależności – pozwala ona odpowiednio poznać dawcę oraz przygotować się na ewentualne trudności po przeszczepie. Z większości badań wynika, że dawcy podejmują taką decyzję samodzielnie [10,13]. W naszym badaniu wszyscy ankietowani oprócz jednej osoby uważali, iż ich decyzja była w pełni samodzielna. Jedna osoba uważała, iż decyzję podjęła po rozmowie z koordynatorem w ośrodku

transplantacyjnym. Nie oznacza to oczywiście, że pacjenci oczekujący na przeszczep nie próbują nacisków na osoby bliskie – być może natomiast potencjalni dawcy, poddani takiej presji, nie decydują się na oddanie narządu. Potwierdzają to wypowiedzi licznych dawców, w których wynika, że bardzo ważne było dla nich samodzielne, wynikające z własnej inicjatywy podjęcie decyzji. Te dwie możliwe sytuacje mają prawdopodobnie zupełnie inne implikacje psychologiczne – w pierwszej, w której występuje presja, dominującymi emocjami mogą być strach, gniew i poczucie przymuszenia, w drugiej zaś poczucie sprawstwa, zdobycia się na wielki dar oraz dumy z własnego czynu. Te dane idą w parze z informacjami uzyskanymi od biocy – okazuje się, że jest dla nich bardzo poważnym problemem zainicjowanie rozmowy z ewentualnym dawcą. Oprócz obawy o zdrowie dawcy [18,20] dołączają też takie czynniki, jak obawa przed zaburzeniem relacji rodzinnych [19], naciskami samymi w sobie [20] i bólem lub niewygoda dawcy [20]. Ośmiu ankietowanych przez nas dawców uważała, że biocy mieli problem z rozpoczęciem rozmowy na temat transplantacji. Zaś dziewięciu biocy miało wątpliwości lub początkowo odrzuciło propozycję oddania nerki. Badania Kranenbarga i in. pokazały natomiast, że w ogóle nie chciało organu od spokrewnionego dawcy tylko 7%, 24% zaakceptowałoby tylko niektórych dawców, a 69% każdego [21]. Dane te pokazują, że biocy całkiem trafnie odczytują preferencje dawców co do sposobu podjęcia decyzji o zostaniu dawcą, a jednocześnie uzmysławiają, jak wiele jeszcze jest do zrobienia w zakresie informowania pacjentów i ich bliskich o możliwości przeszczepu. Odpowiednio przystosowany program informacyjny potrafi bowiem zainicjować w rodzinie dyskusję o możliwości przeszczepu, a w samym potencjalnym dawcy spontaniczną refleksję na ten temat. González i inni [22] wskazują na skuteczność tego typu programów prowadzonych w klinikach nefrologicznych i stacjach dializ.

Dzięki licznym akcjom promocyjnym idea dawstwa narządów nie jest już tematem tabu. Znajduje to wyraz w licznych badaniach, w których dawcy potwierdzają, iż otwarcie przyznają się w swoim otoczeniu do faktu bycia dawcą nerki [10,13]. Odczucia dawców dowodzą też, że aktualne programy transplantacyjne i prowadzące je zespoły dostarczają im wszystkich niezbędnych informacji w zrozumiałej, przystępnej formie. Co ważniejsze, potwierdzają oni, że te informacje były adekwatne do tego, jak się faktycznie czuli po przeszczepie [10,13].

Uzyskane dane mają zatem podobny charakter do tych otrzymywanych we wspomnianych badaniach. Większość przeprowadzonych przeszczepów miała miejsce w optymalnym momencie, jeszcze przed rozpoczęciem dializ lub czas dializoterapii był krótszy niż 6 miesięcy. Pomimo tego to właśnie stan zdrowia był podawany jako główna przyczyna podjęcia decyzji o oddaniu organu. Te dane, w połączeniu z informacjami sugerującymi, iż dawcy podejmowali decyzję w momencie kolejnego przełomu zdrowotnego powodującego pogorszenie stanu zdrowia, sugerują, iż być może znacznie łatwiej jest podjąć decyzję

o oddaniu narządu w tego typu momencie. W sposób naturalny moment przełomowy wymusza szybką i spontaniczną decyzję, dzięki czemu może ona być podejmowana znacznie łatwiej, niż w innym, przypadkowym momencie choroby. Potwierdzają to wyniki badania: dla większości badanych decyzja była jednoznaczna, pozbawiona dalszych wahań oraz obaw innych niż te związane ze stanem zdrowia biocy. Takie zawężenie obszaru refleksji do najważniejszych kwestii z pewnością ułatwia podjęcie i utrzymanie decyzji w krótkim okresie i realiach nagłej zmiany stanu zdrowia pacjenta. W przypadku długotrwałego procesu decyzyjnego i braku presji czasu prawdopodobnie zupełnie inaczej zachodziłby ten proces. Szczegółowe prześledzenie tych procesów wymaga dalszych badań.

Potwierdzono również tendencję zauważaną w badaniach światowych, sugerującą, że ostatecznie dawcami zostają te osoby, wobec których nie były stosowane żadne formy nacisku. Dopuszczanymi i pożądanymi formami wpływu są natomiast informowanie przez personel i dyskusja wewnątrzrodzinna na temat możliwego oddania narządu – w polskiej grupie charakterystyczne jest, że w większości rodzin ta decyzja była w jakimś sensie uzgadniana wspólnie, a jako dawcy byli rozważani także inni członkowie rodziny.

W przedstawianym badaniu dominowała motywacja wynikająca z bliskiej więzi emocjonalnej między dawcą a biocy, ale również z powodu współczucia i chęci pomocy. Fakt, iż wszyscy badani biocy ponownie oddaliby nerkę dowodzi zadowolenia z tej decyzji. W polskich realiach badani w mniejszym stopniu skupiali się na ewentualnych stratach finansowych związanych z operacją, chociaż pewne straty są przez nich zauważane.

Występujący w badaniu brak wątpliwości zarówno co do konieczności oddania narządu (pomimo bardzo złego stanu zdrowia tylko u nielicznych chorych), jak i ewentualnych kosztów własnych z tym związanych wyraźnie sugeruje, że w tak trudnej sytuacji decyzyjnej tylko zawężenie informacji do zakresu koniecznego oraz skupienie się jedynie na zaletach przyjętego rozwiązania daje dawcom konieczną pewność dobrze podjętej decyzji oraz ogranicza wpływ ewentualnych emocji negatywnych. Być może właśnie te czynniki były decydujące i różnicowały tych potencjalnych dawców, którzy przystąpili do programu od tych, którzy się na to nie zdecydowali. W celu weryfikacji tej hipotezy konieczne są dalsze badania. Prawdopodobnie istnieje też potrzeba zróżnicowania informacji kierowanych do potencjalnych dawców w dwóch sytuacjach: spokojnego, powolnego przygotowywania do przeszczepu oraz w sytuacji nagłego kryzysu zdrowia biocy. W drugim przypadku z pewnością konieczne są jasne, łatwe do oceny komunikaty, pozbawione bezpośredniej sugestii, ze słabszym akcentem na kwestie wątpliwości i doświadczeń emocji – takie postępowanie może zapewnić wyższą skuteczność. W przypadku pierwszym, znacznie dogodniejszym zarówno dla zespołu transplantacyjnego, jak i dawcy oraz biocy, do priorytetów powinno należeć informowanie w wersji rozszerzo-

nej, oparte na racjonalnych przesłankach, oraz ocena zmiennych motywacyjnych i emocjonalnych – ten tryb daje znacznie więcej czasu na zidentyfikowanie ewentualnych trudności mogących wystąpić u każdego z uczestników operacji oraz pomiędzy dawcą a biorcą. Prawdopodobnie w obydwu przypadkach bardzo ważną rolę pełnią otrzymywane przez potencjalnego dawcę informacje o bardzo dobrym stanie zdrowia – są dla wielu z nich potwierdzeniem, że decyzja przez nich podjęta była właściwa i że są najlepszymi możliwymi kandydatami do przeszczepu. Również w przypadku tych zmiennych warto przeprowadzić kolejne, szczegółowe badania, uwzględniające przede wszystkim zmienne o charakterze psychologicznym. Należy też mieć świadomość, że w badaniu podobnym jak powyższe nie sposób określić, na ile udzielane odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym, a na ile są wyrazem zarówno chęci przedstawienia siebie w odpowiednim świetle, jak i obrazu idealnego, zbudowanego z konieczności dla przetrwania tej trudnej sytuacji i zredukowania niepewności. Dane uzyskane po zabiegu oddania organu z pewnością są też obciążone faktem podjęcia takiej decyzji – liczne badania z zakresu psychologii społecznej ukazują, że badani mogą mieć silną tendencję do uznawania za słuszne tych decyzji, które właśnie podjęli i od których nie ma odwrotu. Fakt pozostawiania dawcy w dobrym zdrowiu oraz polepszenia zdrowia biorcy również ma w tym procesie niebagatelne znaczenie.

Pomimo małej liczby ankietowanych, retrospektywnego charakteru badania, różnego czasu, jaki minął od przeszczepu do wypełniania ankiety (od miesiąca do blisko 4 lat), co w istotny sposób ogranicza interpretację uzyskanych wyników, mogą one stanowić swoisty drogowskaz w realizowaniu

programu edukacyjnego Żywy Dawca, do jakiego w październiku tego roku przystąpił personel Oddziału Urologii i Transplantacji Nerek WSSz im. M. Pirogowa w Łodzi.

Pismienictwo

- Dębska-Ślizień A, Bzoma BE, Rutkowski B:** Wyprzedzające przeszczepienie nerek. *Forum Nefrol.* 2009; 2: 84–90
- Dębska-Ślizień A, Król E, Rutkowski B:** Przewlekła choroba nerek: Poradnik dla pacjentów oraz ich rodzin. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2012.
- Zoccali C, Kramer A, Jager K:** The databases: renal replacement therapy since 1989-the European Renal Association and European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA). *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009; 4 (Suppl 1): S18-22.
- Rowiński W, Chmura A, Włodarczyk Z, Ostrowski M, Rutkowski B. et al:** Are we taking proper care of living kidney donors? A follow-up study of living kidneys donors in Poland and further management proposal. *Transplant Proc.* 2009; 41: 79-81.
- Künsebeck H-W:** Psychic well-being and quality of life in living kidney donors and recipients. *J Psychosom Res.* 2004; 56: 581-673.
- Isotani S, Fujisawa M, Ichikawa Y, Ishimura T, Matsumoto O. et al:** Quality of life of living kidney donors: The Short-Form 36-item Health Questionnaire survey. *Urology.* 2002; 60: 588-592.
- Chen C-H, Chen Y, Chiang Y-J, Wu C-T, Chen H-W. et al:** Risks and quality – of – life changes in living kidney donors. *Transplant Proc.* 2004; 36: 1920-1921.
- Shrestha A, Valance C, McKane WS, Shrestha BM, Raftery AT:** Quality of life of living kidney donors: A single center experience. *Transplant Proc.* 2008; 40: 1375-1377.
- Iglesias-Marquez RA, Calderón S, Santiago-Delpin EA, Rivé-Mora E, González-Caraballo Z. et al:** The health of living kidney donors 20 years after donation. *Transplant Proc.* 2001; 33: 2041-2042.
- Cabrer C, Oppenheimer F, Manyalich M, Paredes D, Navarro A. et al:** The living kidney donation process: The donor perspective. *Transplant Proc.* 2003; 35: 1631-1632.
- Najarian JS:** Living donor kidney transplants: Personal reflections. *Transplant Proc.* 2005; 37: 3592-3594.
- Johnson E M, Anderson J K, Jacobs C:** Long-term follow-up of living kidney donors: Quality of life after kidney donation. *Transplantation* 1999; 67: 717-721.
- Frade IC, Fonseca I, Dias L, Henriques AC, Martins LS. et al:** Impact assessment in living kidney donation: Psychosocial aspects in the donor. *Transplant Proc.* 2008; 40: 677-681.
- Signorelli MS, Veroux M, Giammaressi G, Maugeri S, Nicoletti A. et al:** Depression and quality of life in living related renal transplantation. *Transplant Proc.* 2007; 39: 1791-1793.
- Taghavi R, Mahdavi R, Toufani H:** The psychological effects of kidney donation on living kidney donors (related and unrelated). *Transplant Proc.* 2001; 33: 2636-2637.
- Wolters HH, Heidenreich S, Senninger N:** Living donor kidney transplantation: Chance for the recipient – financial risk for the donor? *Transplant Proc.* 2003; 35: 2091-2092.
- Fauchald P:** Living donor kidney transplantation: Evaluation and selection of the donor. *Transplant Proc.* 2003; 35: 931-932.
- Ammor M, Durrbach A, Charpentier B, Lang P, Advenier F. et al:** Waiting for kidney transplantation from living or cadaveric donor: Impact on transplant representations. Abstract for poster sessions. *Eur Psychiat.* 2007; 22: 221-341.
- Gordon E J:** They don't have to suffer for me: why dialysis patients refuse offers of living donor kidneys. *Med Anthropol Q.* 2001; 15: 245-267.
- Waterman AD, Barrett AC, Stanley SL:** Optimal transplant education for recipients to increase pursuit of living donation. *Prog Transplant.* 2008; 18: 55-62.
- Kranenburg LW, Richards M, Zuidema WC, Weimar W, Hilhorst MT. et al:** Avoiding the issue: Patient's (non)communication with potential living kidney donors. *Patient Educ Couns.* 2009; 74: 39-44.
- González Monte E, Delgado J, Polanco N, Hernández E, Dipalma T. et al:** Results of a living donor kidney promotion program. *Transplant Proc.* 2010; 42: 2837-2838.