

Poziom wiedzy na temat transplantacji narządów w gdańskiej populacji

Wstęp: Transplantacja narządów (nerki, wątroby, serca czy płuc) stanowi najlepszą, a w niektórych przypadkach jedyną skuteczną przewlekłą formę leczenia pacjentów ze schyłkową niewydolnością wspomnianych organów. Przeżycie chorych po przeszczepieniu narządów jest zdecydowanie dłuższe niż pacjentów oczekujących na transplantację. Liczba dawców w Polsce jest niewspółmiernie niższa od ilości chorych oczekujących na przeszczepienie narządów, która wobec postępującego starzenia się polskiej populacji będzie w dalszym ciągu narastać. Konieczne jest zatem ciągłe aktywne pozyskiwanie dawców narządów poprzez zwiększenie świadomości i wiedzy Polaków dotyczącej transplantacji narządów.

Cel: Celem badania była ocena poziomu wiedzy mieszkańców Gdańska na temat transplantacji narządów oraz częstości osobistych doświadczeń dotyczących przeszczepienia narządów w najbliższym otoczeniu.

Materiał i Metodyka: Badanie zostało przeprowadzone metodą kwestionariusza ankiety wśród osób powyżej 18 roku życia mieszkających na terenie Gdańska stanowiących reprezentatywną grupę populacji miasta pod względem wieku, płci, wykształcenia i statusu materialnego. Poziom wiedzy respondentów został oceniony w sposób subiektywny za pomocą szkolnej skali punktowej od 1 (ocena niedostateczna) do 6 (ocena celująca) oraz w sposób obiektywny poprzez udzielenie odpowiedzi prawda/fałsz na 15 pytań składających się na tak zwany Indeks Wiedzy. W dalszym etapie przeprowadzono analizę korelacji pomiędzy subiektywnym poczuciem wiedzy respondentów a ogólnym wynikiem zebranych punktów w Indeksie Wiedzy.

Wyniki: Badaną populację stanowiło 1000 mieszkańców Gdańska, z czego 52,5% stanowiła płeć żeńska. Średni wiek badanych wynosił 47,4 lata (18÷82 lata). 81,2% ankietowanych nie miało doświadczenia transplantacji organu w najbliższym otoczeniu. Średnia ocena posiadanej wiedzy dokonana przez badanych wynosiła 2,6. 79,4% respondentów oceniało swoją wiedzę na ocenę dostateczną (3) lub niższą. Przeciętna liczba punktów zebranych w Indeksie Wiedzy wynosiła 7. Średni poziom wiedzy był nieznacznie wyższy u mężczyzn (7,13) niż u kobiet (6,96), relatywnie najniższy był wśród osób, które ukończyły 60. rok życia. Współczynnik korelacji Pearsona pomiędzy subiektywnym poczuciem wiedzy o transplantacji a ogólnym wynikiem zebranych punktów w Indeksie Wiedzy wynosił $r = 0,3$ i był istotny statystycznie ($p = 0,01$).

Wnioski: Wiedza Gdańszczan na temat przeszczepiania narządów jest niewystarczająca. Brak wystarczającej wiedzy zmniejsza potencjalną gotowość respondentów do dawstwa, jak również budzi często nieuzasadnione obawy związane z transplantacją. Respondenci bardzo rzadko posiadali własne doświadczenia w zakresie problemu transplantacji. Zasadne jest podjęcie działań, których celem byłoby zwiększenie podstawowej wiedzy dotyczącej transplantacji narządów w polskim społeczeństwie.

(NEFROL. DIAL. POL. 2019, 23, 123-128)

The level of knowledge about organ transplantation in Gdańsk population

Introduction: Organ transplantation (of kidney, liver, heart or lung) is the best and in some cases the only effective method of chronic treatment for patients with end-stage disease of mentioned organs. The survival of patients after an organ transplantation is definitely longer than patients waiting for the procedure. The donors number in Poland is disproportionately lower compared to the amount of patients waiting for the organ transplantation and it could constantly increase due to the ageing of Polish population. Taking that into consideration, the continued active donors recruitment is crucial by raising the awareness and knowledge of Polish population about organ transplantation.

Aim: The aim of our study was the assessment of knowledge level about organ transplantation as well as frequency of personal experience referring to organ transplantation in immediate vicinity in Gdańsk population.

Monika CZAPLIŃSKA
Zbigniew HELENIĄK
Maksymilian HRYCIUK
Piotr Andrzej SKONIECZNY
Ewa KRÓL
Alicja DĘBSKA-ŚLIZIEN

Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul Dębinki 7, 80-952 Gdańsk
Kierownik:
Prof. dr hab. n. med. Alicja Dębska-Ślizien

Key words:

- transplantacja narządów
- poziom wiedzy

Słowa kluczowe:

- organ transplantation
- level of knowledge

Autorzy nie deklarują konfliktu interesów

Otrzymano: 15.08.2019
Zaakceptowano: 30.09.2019

Adres do korespondencji:
Monika Czaplińska
Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych,
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk
tel. (58) 349 25 20, fax (58) 349 11 86
e-mail: cackowska@gumed.edu.pl

Materials and Methods: The study was performed using a questionnaire among Gdańsk inhabitants above 18 years of age who was the representative group of the population in respect of age, sex, education and material status. The level of knowledge was evaluated in subjective way using school point scale from 1 to 6 as well as in objective way by providing answers true/false to 15 questions (*The Knowledge Index*). In the next stage, the correlation analysis between the subjective level of knowledge and the number of points in *The Knowledge Index* was carried out.

Results: 1000 Gdańsk inhabitants were involved into the study population and 52.5% of them were females. An average age of respondents was 47.4 years (18÷82 years). 81.2% answerers have not had experience of organ transplantation in immediate vicinity. An average grade of knowledge given by subjects was 2.6. 79.4% respondents graded their knowledge on 3 or less. An average number of points scored in *The Knowledge Index* was 7. An average level of knowledge was slightly higher among males (7.13) than females (6.96), relatively it was the lowest in the group over 60 years. The Pearson's correlation coefficient between subjective level of knowledge about transplantation and results in *The Knowledge Index* was $r = 0.3$ and was statistically significant ($p = 0.01$).

Conclusions: The knowledge about organ transplantation among Gdańsk population is insufficient. The lack of proper information decreases the potential readiness to organ donation as well as raises unjustified fears about transplantation. Respondents have had personal experience about organ donation very rarely. Take an action to increase the basic level about organ transplantation in Polish society is needed.

(NEPROL. DIAL. POL. 2019, 23, 123-128)

Wstęp

Transplantacja narządów (nerki, wątroby, serca czy płuc) stanowi najlepszą, a w niektórych przypadkach jedyną skuteczną przewlekłą formę leczenia pacjentów ze schyłkową niewydolnością wspomnianych organów. Postępy w leczeniu immunosupresyjnym, odpowiedni dobór dawcy, zaawansowane techniki chirurgiczne, skrupulatna opieka nad biorcami sprawiły, że odsetek odrzucania graftów jest niski, a przeżycie chorych po przeszczepieniu jest zdecydowanie dłuższe niż pacjentów oczekujących na przeszczepienie [1-4].

Transplantacja nerki jest postępowaniem z wyboru u chorych na przewlekłą chorobę nerek w stadium G5, ponieważ przedłuża ich życie i poprawia jego jakość, a z punktu widzenia ekonomicznego jest tańsza niż przewlekła dializoterapia. W porównaniu z hemodializoterapią aż o 68% zmniejsza ryzyko zgonów. Prognozowany czas przeżycia pacjenta po transplantacji nerki wynosi 20 lat, a oczekiwano na przeszczepienie pacjenta dializowanego — 10 lat [1]. Przeszczepienie wątroby jest jedyną formą leczenia w przypadku ostrej i przewlekłej niewydolności wątroby, a 1-roczone i 5-letnie przeżycie chorych i graftu po zabiegu jest wysokie i wynosi odpowiednio 90% i 80% [2]. Dla chorych ze schyłkową niewydolnością serca zarówno przewlekłą w przebiegu choroby niedokrwiennej serca czy kardiomiopatii przerostowej i restrykcyjnej, jak i ostrą w przebiegu zapalenia mięśnia sercowego, transplantacja serca również stanowi jedyną możliwą formę terapii, a średni czas przeżycia biorców tego narządu wynosi 10,7 lat [3,5]. Pacjenci po przeszczepieniu płuc żyją średnio o 5,7 lat dłużej w porównaniu z osobami oczekującymi na przeszczep, jednakże jakość ich życia jest zdecydowanie wyższa [4].

Liczba dawców narządów w Polsce jak i w innych krajach jest niewspółmiernie niższa od ilości chorych oczekujących na przeszczepienie. Według raportu Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji POLTRANSPLANT na przeszczep nerki w Polsce w 2017 r. oczekiwano 2638 pacjentów, wątroby - 626, serca - 691, płuc - 150 chorych, zaś liczba zmarłych dawców narządów wyniosła 560 [6]. Spośród chorych znajdujących się na Kra-

jowej Liście Oczekujących na Przeszczepienie, transplantację nerki przeprowadzono u 40,2% pacjentów (1060), wątroby - u 55,75% (349), serca - u 14,2% (98), płuc - u 26% (39). W trakcie oczekiwania na przeszczep wątroby zmarło 30 chorych (4,8 %), na przeszczep serca 79 chorych (11,4 %), w tym 4 biorców poniżej 18 lat, na przeszczep płuc 20 osób [6]. Warto podkreślić, że aż w przypadku 17% zakwalifikowanych zmarłych dawców nie doszło do pobrania narządów z powodu braku autoryzacji pobrania, czyli z powodu niewyrażenia zgody na dawstwo przez rodzinę [6]. Średni czas oczekiwania w Polsce na przeszczepienie nerki wynosi średnio 11 miesięcy, na przeszczepienie wątroby w trybie pilnym - 4 dni, w trybie planowym - 4,5 miesiąca, na przeszczepienie serca w trybie pilnym - 3 miesiące, w trybie planowym - 14 miesięcy, na przeszczepienie płuc - 6 miesięcy [6].

Przedstawione dane wskazują na konieczność ciągłego aktywnego pozyskiwania dawców narządów oraz na to, jak wielka jest potrzeba rozpowszechniania wiedzy na temat transplantacji narządów w polskim społeczeństwie. Mając na uwadze postępujące starzenie się polskiej populacji i tym samym wzrost zachorowalności na przewlekłą chorobę nerek, liczba chorych oczekujących na przeszczepienie będzie z roku na rok coraz większa. Konieczne jest także zwiększenie liczby przeszczepów narządów od dawców żywych. W 2017 r. w Polsce przeszczepiono 56 nerek od dawców spokrewnionych oraz 24 fragmentów wątroby od dawcy żywego [6].

Celem badania była ocena poziomu wiedzy mieszkańców Gdańska na temat transplantacji narządów oraz częstości osobistych doświadczeń dotyczących przeszczepienia narządów w najbliższym otoczeniu.

Materiał i Metodyka

Badanie zostało przeprowadzone metodą kwestionariusza ankiety wśród wybranych osób powyżej 18 roku życia mieszkających na terenie Gdańska stanowiących reprezentatywną grupę populacji miasta pod względem wieku, płci, wykształcenia i statusu materialnego. Projekt badawczy został zrealizowany przez

Centrum Doradztwa i Badań Społecznych „ORGANIŚCI” w 2018 r. Wypełnienie ankiety było anonimowe oraz dobrowolne. Zgodnie ze wstępnymi założeniami badania ankietę pojawiający się w gospodarstwie domowym był zobowiązany do pozostawienia formularza ankiety do samodzielnego wypełnienia i odebrania uzupełnionego kwestionariusza we wskazanym przez respondenta czasie. Z uwagi na niski wskaźnik zwrotu wypełnionych formularzy w trakcie realizacji projektu odstąpiono od rozdawania ankiet na rzecz przeprowadzenia osobistego wywiadu z badanymi w miejscu zamieszkania w oparciu o przygotowany formularz. Odpowiedzi na postawione przez ankietera pytania były наносzone na papierowy arkusz z zapewnieniem komfortowych warunków niezbędnych do udzielania samodzielnych, anonimowych odpowiedzi. Pytania i kafeeteria zawarte w formularzu mimo stosowania specjalistycznego słownictwa zostały ułożone w sposób jak najbardziej przystępny i zrozumiały. Wypełnienie ankiety zajmowało respondentom około 20 minut. W kwestionariuszu były zawarte informacje na temat instytucji przeprowadzającej badanie. Pierwsza część formularza składała się z kilku wprowadzających pytań, dotyczących m.in. oceny funkcjonowania ochrony zdrowia, druga część - z pytań szczegółowych, które w dwójnasób oceniały poziom wiedzy z zakresu transplantacji. Pierwszym sposobem było wprost zadane pytanie, w jaki sposób badani oceniają własną wiedzę na temat przeszczepiania narządów. W tym celu wykorzystano szkolną skalę punktową od 1 (ocena niedostateczna) do 6 (ocena celująca). Drugi sposób zbadania wiedzy o transplantacji organów polegał na zadaniu 15 pytań składających się na tak zwany *Indeks Wiedzy*, na które respondenci odpowiadali prawdą/fałsz, gdzie za prawidłową odpowiedź respondent otrzymywał 1 pkt, za błędną - 0 pkt. Jeśli badany w *Indeksie Wiedzy* otrzymał 0 pkt oznaczało to, iż na wszystkie 15 pytań udzielił niepoprawnych odpowiedzi, jeśli otrzymał 15 punktów oznaczało to, że jego wiedza we wszystkich 15 stwierdzeniach była prawidłowa. W dalszym etapie przeprowadzono analizę

korelacji pomiędzy subiektywnym poczuciem wiedzy respondentów o transplantacji z ogólnym wynikiem zebranych punktów w *Indeksie Wiedzy*, wyrażonym na skali od 0 do 15 pkt. Ostatnia część ankiety zawierała 20 pytań metryczkowych dotyczących wieku, płci, stanu cywilnego, posiadania potomstwa, wykształcenia badanych oraz ich rodziców, sytuacji materialnej i poziomu kapitału społecznego. Poziom kapitału społecznego oceniono za pomocą pytań przedstawionych w Tabeli 1. Sumując do siebie odpowiedzi „TAK”, stworzono autorską skalę kapitału społecznego, w której maksymalna ilość możliwych do uzyskania punktów to 10, minimalna 0.

Wyniki

Struktura wiekowa, rozkład płci i stan cywilny respondentów

Badaną populację stanowiła grupa 1000 dorosłych mieszkańców Gdańska, z czego 52,5% stanowiła płeć żeńska. Średni wiek badanych wynosił 47,4 lata (18+82 lata), był nieznacznie wyższy u kobiet (48 lat) w porównaniu do mężczyzn (46,8 lat). Osoby starsze (powyżej 60 roku życia) stanowiły 31,5% badanych. Co piąty uczestnik badania znajdował się w przedziale wiekowym między 18-29 lat (20,1%) lub między 30-39 lat (19,3%). Ponad połowa badanych (57,4%) pozostawała w związku małżeńskim, najmniejszy odsetek stanowiły osoby rozwiedzione lub znajdujące się w separacji (0,8%). 6,6% badanej populacji stanowiły osoby w wolnym związku, 19,5% - osoby samotne (kawaler/panna).

Wykształcenie respondentów i ich rodziców

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (40,3%), 22% osób posiadało wykształcenie wyższe, 19,7% - zawodowe, 9% - licencjackie/inżynierskie, 5,8% - podstawowe, 1,2% - gimnazjalne, 1,4% miało tytuł naukowy doktora bądź wyższy. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby z wykształceniem niepełnym podstawowym (0,4%). Wykształcenie badanych było zależne od płci oraz wieku. Kobiety częściej posiadały wykształcenie średnie (43,8%) bądź wyższe (35,6%)

w porównaniu do mężczyzn (odpowiednio 36,8% i 30,1%), którzy z kolei częściej posiadali wykształcenie zawodowe (27,1%) i gimnazjalne (11,9%). Osoby starsze (powyżej 60 roku życia) były to najczęściej osoby z wykształceniem średnim (48,1%) lub zasadniczym zawodowym (26,6%). W tym przedziale wiekowym występował również największy odsetek osób z wykształceniem podstawowym (11,7%). Wśród osób najmłodszych (18-29 lat) dominowało wykształcenie średnie (42,5%), zaś w przypadku gdańszczan znajdujących się w przedziale wiekowym 30-39 lat niemal co trzecia osoba deklarowała posiadanie wykształcenia wyższego (32,8%).

Wykształcenie ojców badanych osób to najczęściej wykształcenie zasadnicze zawodowe (35,4%) bądź średnie (26,8%), zaś 13,8% badanych osób wskazała, że ich ojcowie posiadali wykształcenie wyższe. W przypadku matek respondentów wykazano, że dominowało wykształcenie średnie (28,4%), w dalszej kolejności wykształcenie zasadnicze zawodowe (23%) oraz podstawowe (21,8%).

Struktura rodziny respondentów

Wśród badanych przeważali respondenci nie posiadający dzieci. Wśród osób, które deklarowały posiadanie potomstwa w 51,8% przypadków były to dzieci pełnoletnie, w 27,1% - dzieci nie ukończyły 18. roku życia.

Sytuacja materialna respondentów

Niemal połowa badanych osób (47,6%) przyznała, że ich sytuacja materialna jest dostateczna. 38,7% respondentów oceniło swoją sytuację jako dobrą, zaś 4,2% jako bardzo dobrą. Osoby z wykształceniem wyższym magisterskim najczęściej wskazywały, że ich sytuacja materialna jest bardzo dobra (48,8%) lub dobra (32,6%), natomiast osoby z wykształceniem średnim najczęściej deklarowały, że jest ona dobra (42,9%) bądź dostateczna (38,9%). Osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym oceniali swoją sytuację jako niedostateczną (39,3%), podobnie jak osoby z wykształceniem podstawowym (16,9%).

Poziom kapitału społecznego

Zdecydowana większość respondentów (odpowiednio 94,8% i 92%) deklarowała, że posiada w swoim otoczeniu osoby, z którymi chętnie spędza czas wolny i może liczyć na wsparcie swojej rodziny. Około trzy czwarte badanych (77,3%) posiadało hobby/pasję lub pozostawało w związku z inną osobą (73,2%). Od 64,1% do 68,8% uczestników badania posiadało pracę przynoszącą stały zarobek, brało udział w wyborach prezydenckich lub przekazało w ostatnim rozliczeniu podatkowym 1% na cele społeczne. Poziom kapitału społecznego był podobny w przypadku kobiet i mężczyzn, jednakże był uzależniony od wykształcenia badanych osób: im wyższe było wykształcenie respondentów, tym wyższy był ich kapitał społeczny.

Ocena funkcjonowania służby zdrowia

Wśród badanych notowano bardzo niską ocenę ochrony zdrowia. Najczęściej wystawianą oceną była dostateczna (3) (35,8%), natomiast średnia ocena (32,4% badanej populacji) to dopuszczająca z plusem (2,48). Żaden z badanych nie ocenił ochrony zdrowia bardzo dobrze (5) lub celująco (6).

Doświadczenia własne dotyczące transplantacji narządów

81,2% badanych nie miało doświadczenia transplantacji organu od osoby zmarłej lub żywej wśród członków rodziny, przyjaciół lub znajomych. Temat ewentualnego przekazania własnych narządów po śmierci w celu przeszczepienia ich osobom oczekującym na transplantację poruszyło w rozmowach 46,7% respondentów (Wykres 1). Najczęściej były to osoby w wieku 18-29 lat oraz powyżej 50. roku życia.

Poziom wiedzy na temat transplantacji narządów

Pierwszym badanym aspektem było pozyskanie informacji od respondentów o tym, w którym momencie następuje śmierć człowieka: czy w sytuacji,

Tabela 1

Pytania oceniające tzw. kapitał społeczny.

Questions evaluating the social capital.

Czy ma Pan/i wokół siebie takie osoby, z którymi chętnie spędza Pan/i swój czas wolny?	TAK	NIE
Czy może Pan/i liczyć na wsparcie swojej rodziny?	TAK	NIE
Czy posiada Pan/i jakąś pasję, jakieś hobby?	TAK	NIE
Czy aktualnie jest Pan/i w związku z inną osobą?	TAK	NIE
Czy aktualnie posiada Pan/i jakąś pracę przynoszącą zarobek (nieważne czy jest to praca na czarno czy legalna, czy stała czy okresowa)?	TAK	NIE
Czy brał/a Pan/i udział w ostatnich wyborach prezydenckich?	TAK	NIE
Czy przekazał/a Pan/i w ostatnim rozliczeniu podatkowym 1% swojego podatku na cele społeczne?	TAK	NIE
Czy w ostatnią niedzielę był/a Pan/i na mszy świętej albo innym nabożeństwie?	TAK	NIE
Czy jest Pan/i aktualnie bądź w ciągu ostatnich 5 lat był/a Pan/i wolontariuszem?	TAK	NIE
Czy wraz z Panem/Panią w mieszkaniu zamieszkuje babcia bądź dziadek?	TAK	NIE

Tabela II

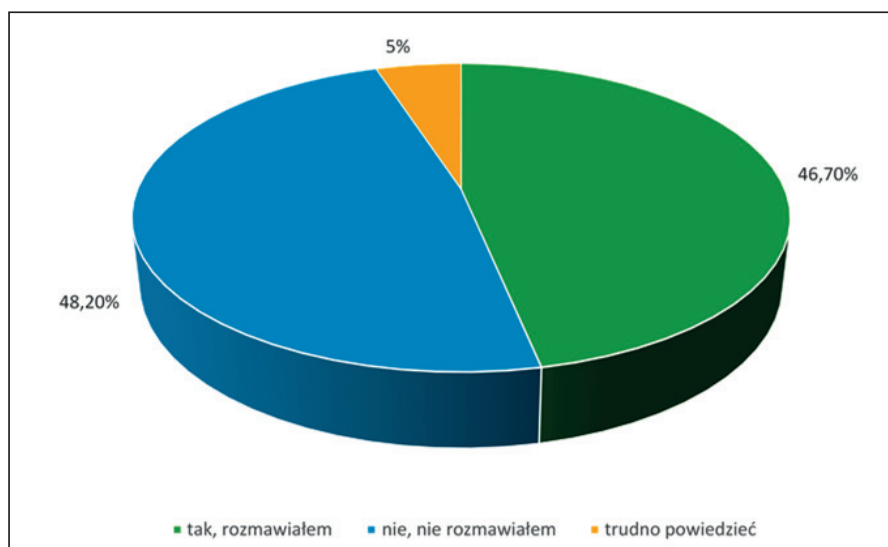
Wiedza respondentów na temat momentu śmierci człowieka.

The knowledge of respondents about human death moment.

			Które z twierdzeń oddaje Pana(i) przeświadczenie o momencie śmierci człowieka?			ogółem
			Śmierć człowieka następuje wtedy, gdy zatrzyma się jego serce	Śmierć człowieka następuje wtedy, gdy w sposób nieodwracalny zniszczony jest jego mózg	Trudno powiedzieć	
wiek	<29 lat	n	55	95	36	186
		%	29,6	51,1	19,4	100
	30-39 lat	n	23	98	66	187
		%	12,3	52,4	35,3	100
	40-49 lat	n	10	92	46	148
		%	6,8	62,2	31,1	100
	50-59 lat	n	21	85	23	129
		%	16,3	65,9	17,8	100
>60 lat	n	69	140	81	290	
	%	18,9	54,3	26,8	100	

kiedy zatrzyma się praca jego serca, czy też wówczas, gdy w sposób nieodwracalny zniszczony zostaje jego mózg. Co drugi respondent (54% badanych) deklaruwał, że jego zdaniem śmierć następuje, kiedy w sposób nieodwracalny zniszczony jest mózg człowieka. Należy jednak podkreślić, że 26,9% badanych nie miało zdania w tym temacie, natomiast relatywnie najmniejszą grupę stanowiły osoby, według których śmierć następuje, gdy zatrzyma się akcja serca człowieka - w ten sposób odpowiedziało 19% badanej populacji. Nie obserwowano różnic w odpowiedzi na przedstawione pytanie pomiędzy osobami płci męskiej i żeńskiej, natomiast wykazano istotnie statystycznie różnice w wiedzy nt. momentu zgonu w zależności od wieku. Z danych zawartych w Tabeli 2 wynika, że prawie co trzeci respondent do 29 roku życia (29,6%), błędnie uważał, że śmierć człowieka następuje wtedy, gdy zatrzyma się praca jego serca, podobnie uważały osoby najstarsze (23,8%). Najwięcej prawidłowych odpowiedzi notowano u badanych w kategoriach wiekowych 40-49 lat oraz 50-59 lat – 62% - 65%.

Aby pozyskać informacje na temat subiektywnego poziomu wiedzy o transplantacji zadano respondentom pytanie wprost o to, jak oceniają swoją wiedzę na ten temat. W skali szkolnej (1-6 pkt) średnia ocena posiadanej wiedzy, której dokonywali respondenci wynosiła 2,64 (z wyłączeniem odpowiedzi trudno powiedzieć). 79,4% badanych oceniło swoją wiedzę na ocenę dostateczną (3) lub niższą. Jedynie 16% respondentów zadeklarowało, że ich wiedza jest na poziomie dobrym (4) lub wyższym (5 lub 6). Większość uczestników badania, które zadeklarowały poziom wykształcenia jako podstawowy (67,3%), gimnazjalny (58,3%) lub zasadniczy zawodowy (59,5%), oceniły swoją wiedzę na dopuszczającą (2) lub niedostateczną (1). W grupie respondentów z wykształceniem średnim i wyższym swoją wiedzę na poziomie dopuszczającym lub gorszym oceniło odpowiednio 38,6% i 35,7% osób. W tej grupie badanych największą odsetek stanowiły osoby z wie-



Rycina 1

Czy rozmawiał(a) Pan(i) ze swoimi bliskimi na temat ewentualnego przekazania Pana(i) narządów po śmierci w celu przeszczepienia ich osobom chorym oczekującym na transplantację?

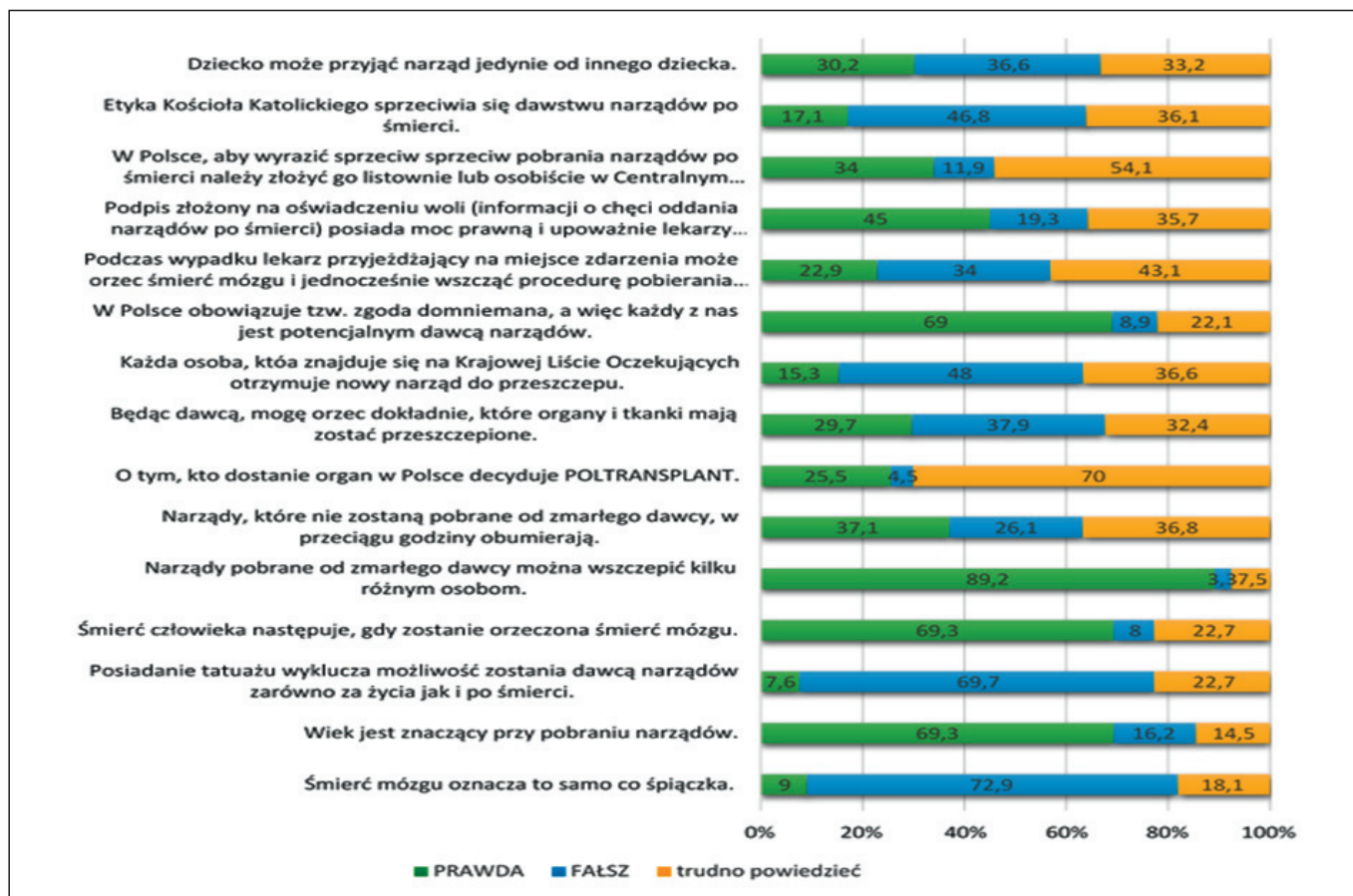
Have you ever talked with your relatives about giving your organs to be donated for patients waiting for transplantation?

dzą dostateczną na temat transplantacji - 44,9% osób z wykształceniem średnim i 42,6% osób z wykształceniem wyższym. Co trzecia osoba posiadająca wykształcenie średnie i co czwarta osoba posiadająca wykształcenie wyższe oceniała swoją wiedzę na temat transplantacji na ocenę dobrą (4) lub wyższą.

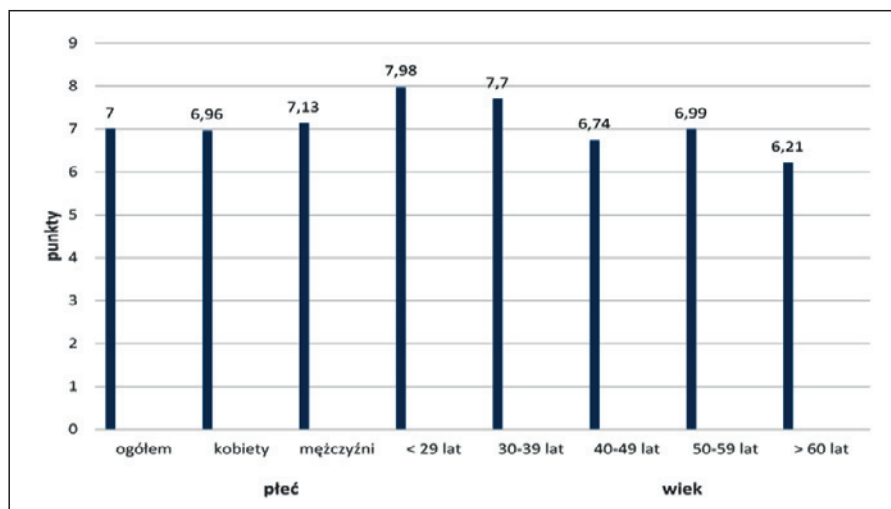
Rycina 2 przedstawia pytania, które miały na celu obiektywne sprawdzenie wiedzy respondentów nt. transplantacji narządów oraz odpowiedzi udzielone przez badanych. Większość ankietowanych odpowiedziała poprawnie na pytania dotyczące kwestii śmierci, cielesności i znaczenia wieku w procesie transplantacji. Dla największej grupy badanych (89%) wiadome było, iż narządy pobrane od zmarłego dawcy można wszczepić kilku różnym osobom. Respondenci posiadali natomiast najmniejszą wiedzę z zakresu oświadczenia woli oraz wyrażenia sprzeciwu względem pobierania narządów. Jedynie 19,3% ankietowa-

nych posiadało wiedzę, iż podpis złożony na oświadczeniu woli (informacji o chęci oddania narządów po śmierci) nie upoważnia lekarzy do pobrania narządów bez wcześniejszej rozmowy z rodziną. W przypadku sprzeciwu rodziny narządy nie są pobierane. Najbardziej nieznaną kwestią dla respondentów było stwierdzenie, że w Polsce, aby wyrazić sprzeciw pobrania narządów po śmierci, należy złożyć go listownie lub osobiście w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów - na to pytanie jedynie 11,9% osób odpowiedziało prawidłowo. Największą trudność stanowiły również dla badanych pytania dotyczące regulacji prawnych oraz procesu pobierania narządów (Ryc. 2, pytanie 1,5,9) o co chodzi.

Z przeprowadzonych badań wynika, że przeciętna liczba punktów zebranych w Indeksie Wiedzy to 7 (Ryc. 3). Średni poziom wiedzy był nieco wyższy u mężczyzn (7,13) niż u kobiet (6,96), relatywnie najniższy był wśród osób, które ukończyły



Rycina 2
Wiedza respondentów w zakresie transplantacji narządów.
The knowledge of patients about organ transplantation.



Rycina 3
Średni poziom wiedzy mieszkańców Gdańska a ich płeć i wiek.
The average level of knowledge of Gdańsk inhabitants and their sex and age.

60. rok życia. Współczynnik korelacji Pearsona pomiędzy subiektywnym poczuciem wiedzy o transplantacji a ogólnym wynikiem zebranych punktów w *Indeksie Wiedzy* wynosił $r = 0,3$ i był istotny statystycznie ($p = 0,01$).

Dyskusja

Przedstawione wyniki badania wykazały, iż poziom wiedzy populacji dorosłych mieszkańców Gdańska dotyczący trans-

plantacji narządów jest bardzo niski – średni odsetek prawidłowo udzielonych odpowiedzi wynosił 47%. Zarówno ocena subiektywna jak i obiektywna ukazała ogromne braki w podstawowej wiedzy odnośnie idei przeszczepiania organów. Brak wystarczającej ilości informacji zmniejsza zaś potencjalną gotowość do dawstwa narządów, jak również rodzi często nieuzasadnione obawy związane z transplantacją. Ponadto osobiste doświadczenia respondentów

w zakresie problemu transplantacji miało tylko 10% badanych.

Niewiedza respondentów dotyczyła głównie oświadczenia woli oraz wyrażania sprzeciwu wobec pobierania narządów. Jedynie co dziesiąty badany wiedział, iż sprzeciw ten należy złożyć osobiście lub listownie w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Jedynie co piąty ankietowany prawidłowo zadeklarował, iż oświadczenie woli wyrażone za życia nie uprawnia lekarzy do pobrania organów bez wcześniejszej rozmowy z rodziną. Jeszcze niższy odsetek wiedzy na ten temat wykazano w badaniu wiedzy o transplantacji narządów przeprowadzonego przez Ścisło L. w populacji osób z województwa małopolskiego zarówno u mieszkańców miast (10%) jak i wsi (6%) [7]. 70% mieszkańców Gdańska miało trudności we wskazaniu, czy POLTRANSPLANT decyduje, który z oczekujących pacjentów otrzyma narząd do przeszczepu. Ogromny brak wiedzy respondentów dotyczył także regulacji prawnych oraz procesu pobierania narządów. Aż 75% osób nie wiedziało, iż lekarz, przybywając na miejsce wypadku, nie może orzec śmierci mózgu i jednocześnie nie może wszcząć procedury pobrania narządów. 60% badanych nie posiadało świadomości, iż istnieje możliwość dokładnego określenia przez dawcę, które z narządów i tkanek mogą zostać pobrane do transplantacji. Co trzeci respondent nie wiedział, że

w Polsce w procesie transplantacji obowiązuje zgoda domniemana, zatem każdy z obywateli jest potencjalnym dawcą narządów. Jednakże wiedza na ten temat wykazuje tendencję wzrostową, według komunikatu Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) w 2016 r. jedynie 20% populacji miała wiedzę na ten temat, w poprzednich latach odsetek ten był jeszcze niższy [8]. Większą wiedzę posiadali ankietowani na temat śmierci mózgu oraz znaczenia wieku w procesie transplantacji. Zdecydowana większość badanych wiedziała, że śmierć człowieka następuje wówczas, gdy zostanie orzeczona śmierć mózgu. Podobnie dotyczyło to wspomnianej populacji województwa małopolskiego (dla miasta 84%, dla wsi 86%) [7]. Ponadto dla większości badanych śmierć mózgu nie oznaczała to samo, co śpiączka oraz wiadome było dla nich, iż wiek jest znaczący przy pobieraniu narządów oraz że posiadanie tatuażu nie wyklucza możliwości dawstwa narządów.

Brak podstawowej wiedzy na temat procesu transplantacji narządów oraz jego regulacji prawnych może odgrywać ogromnie ważną rolę w częstym niewyrażaniu zgody na dawstwo organów za życia jak i po śmierci. Według komunikatu CBOS z 2016r. to właśnie tak zwany brak autoryzacji, na który składa się przede wszystkim sprzeciw rodziny osoby zmarłej na pobranie narządów, przekazywany jako nieformalny wyraz woli zmarłego lub po prostu wola jego bliskich, mimo że w Polsce nie ma mocy prawnej (jeśli zmarły nie zarejestrował za życia swojego sprzeciwu, obowiązuje w jego przypadku zasada zgody domniemanej), to jednak w praktyce skutkuje odstąpieniem od pobrania narządów [8]. Z danych POLTRANSPLANTU wynika, że w latach 2006–2013 każdego roku co dziesiąty potencjalny dawca, a w kolejnych latach nawet większy odsetek, był wykluczany z powodu braku autoryzacji. Niepokojąca jest tendencja wzrostowa w tym względzie obserwowana w bieżącej dekadzie: brak autoryzacji jest obecnie niemal dwukrotnie częstszą przyczyną wykluczenia z grona dawców niż w roku 2010 (14,2% wobec 8%) [9]. W dobie szeroko rozwiniętej chirurgii transplantacyjnej, immunologii, farmakologii, transplantacja narządów stała się obecnie stosunkowo bezpieczną i jednocześnie bardzo często jedyną formą przewlekłego leczenia chorych ze schyłkową niewydolnością życiowo ważnych narządów. Dostępność do wspomnianej metody leczenia jest obecnie ograniczona nie tyle poprzez aspekty organizacyjne, takie jak brak wykwalifikowanych specjalistów, działalność koordynatorów transplantacyjnych, czy niedostateczną współpracę szpitali z ośrodkami transplantacyjnymi, a głównie brakiem narządów do wszczepienia.

Wydaje się, iż jedną z kluczowych przyczyn niewyrażania zgody na dawstwo narządów jest niewiedza i związany z tym niepokój społeczeństwa, co potwierdza Humańska M., analizując postawy polskiej młodzieży wobec transplanta-

cji narządów [10]. Brak wiedzy zwłaszcza co do regulacji prawnych procesu transplantacji narządów wiąże się z wysokim poczuciem zagrożenia i nieufności. Nieznajomość podstawowych zasad obowiązujących w transplantologii skutkuje również nieporuszeniem tematu dawstwa narządów w rozmowach z rodziną czy z najbliższymi. Według komunikatu CBOS 75% społeczeństwa nie rozmawiało z najbliższymi o ewentualnym przekazaniu narządów do transplantacji po śmierci [8]. Według badania przeprowadzonego przez Borkowską B. 45% mieszkańców Ostrołęki nie przeprowadziło takiej rozmowy z najbliższymi [11]. W konsekwencji w sytuacji śmierci pnia mózgu i możliwości pobrania narządów rodzina często jest zaskoczona pytaniem lekarza o to, czy pacjent za życia wyrażał chęć przekazania narządów do transplantacji. Decyzja o dawstwie organów bliskiej osoby staje się wówczas dla rodziny jeszcze trudniejsza.

Co zaskakujące w badaniu wykazano, iż poziom wykształcenia w badanej populacji nie korelował z poczuciem subiektywnej wiedzy na temat transplantacji narządów. Źródłem informacji o przeszczepianiu narządów nie było zatem szkolnictwo, a najpewniej doświadczenia własne, a zatem sytuacja, w której przeszczepiono narząd u członka rodziny czy znajomego. Mając na uwadze, że takie doświadczenia posiadało niespełna 10% respondentów, nie dziwi fakt, iż znajomość analizowanego tematu jest tak niska. Wysoce zasadne jest zatem wszczęcie zmian, których celem byłoby zwiększenie podstawowej wiedzy dotyczącej transplantacji narządów w polskim społeczeństwie. Po pierwsze, należałoby wprowadzić zagadnienia o przeszczepianiu narządów dla dzieci i młodzieży w szkołach podstawowych, zawodowych i średnich oraz dla osób starszych w ramach edukacji na uniwersytetach III wieku. Wiedza ta mogłaby stać się tematem do dyskusji w rodzinach i w gronie znajomych, motywacją do jej pogłębienia oraz skłoniłaby do osobistej refleksji o postawie względem chęci dawstwa narządów. Po drugie, w przekazaniu informacji o transplantacji narządów istotną rolę mogłyby odegrać środki masowego przekazu (televizja, prasa, radio, Internet). Przedstawienie losów biorców przeszczepu oraz poprawy jakości życia bądź jego uratowania, które nastąpiło w związku z otrzymaniem narządu w prasie czy telewizji zmniejszyłoby niepokój społeczeństwa, jak również ukazałoby, jak ważna staje się decyzja o byciu dawcą dla innych chorych osób. Po trzecie, należałoby udostępnić do wypełnienia formularze oświadczeń woli w gabinetach lekarskich, na uczelniach, czy w bankach. Co więcej, wyniki badań prowadzonych w 2012 r. na Johns Hopkins University School of Medicine w Stanach Zjednoczonych wykazały, że dzięki akcji umożliwiającej deklarację swojej woli na profilu portalu społecznościowego Facebook nastąpił nagły wzrost liczby osób, które zarejestrowały się jako dawcy na-

rządów [12]. Po czwarte, według uczestników badania Borkowskiej B. głównym źródłem wiedzy powinni być biocy i dawcy narządów oraz lekarze zaangażowani w transplantację, gdyż jawią się oni jako najbardziej wiarygodni dla pozostałej części społeczeństwa [11].

Podsumowanie

Wiedza mieszkańców Gdańska o problemie przeszczepiania narządów jest niewystarczająca.

Zarówno wiedza subiektywna jak również autorski indeks wiedzy ukazał ogromne braki w podstawowej wiedzy odnośnie idei transplantacji. Brak wystarczającej wiedzy zmniejsza potencjalną gotowość respondentów do dawstwa, jak również budzi często nieuzasadnione obawy związane z transplantacją. Respondenci bardzo rzadko posiadali własne doświadczenia w zakresie problemu transplantacji. Jedynie co dziesiąty badany przyznał, że w swojej rodzinie bądź w najbliższym otoczeniu spotkał się z problemem transplantacji. Zasadne jest podjęcie działań, których celem byłoby zwiększenie podstawowej wiedzy dotyczącej transplantacji narządów w polskim społeczeństwie.

Piśmiennictwo

1. Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL, Ojo AO, Ettenger RE, Agodoa LY. et al: Comparison of mortality in all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *N Engl J Med* 1999; 341: 1725-1730.
2. Russo FP, Ferrarese A, Zanetto A: Recent advances in understanding and managing liver transplantation. *F1000Research* 2016;5. doi:10.12688/f1000research.8768.1.
3. McCartney SL, Patel C, Del Rio JM: Long-term outcomes and management of the heart transplant recipient. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2017; 31: 237-248.
4. Thabut G, Mal H: Outcomes after lung transplantation. *J Thorac Dis.* 2017; 9: 2684-2691.
5. Kim IC, Youn JC, Kobashigawa JA. The past, present and future of heart transplantation. *Korean Circ J.* 2018; 48: 565-590.
6. Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant" 2017. 2017.
7. Ścisło L, Partyka E, Walewska E, Puto G, Naszydłowska E, Kozieł D: Postawy i wiedza mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji narządów. *Hygeia Public Heal* 2013; 48: 40-45.
8. Centrum Badania Opinii Społecznej. Postawy wobec transplantacji narządów. 2016.
9. Biuletyn Informacyjny Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji "Poltransplant" 2014. 2014.
10. Humańska M, Dudek KM: Analiza postaw młodzieży wobec transplantacji narządów. *Innow w Pielęgniarstwie i Nauk o Zdrowiu* 2017; 1: 69-85.
11. Borkowska B, Falkowska-Pijagin E: Zagadnienia transplantologii w Społecznej świadomości mieszkańców Ostrołęki. *Zesz Nauk* 2009; 40: 5-20.
12. Cameron AM, Massie AB, Alexander CE, Stewart B, Montgomery RA. et al: Social media and organ donor registration: the Facebook effect. *Am J Transplant.* 2013; 13: 2059-2065.