



Aleksandra Tomaszek^{1,2}, Mateusz Zatorski³, Jolanta Gozdowska⁴, Maciej Kosieradzki²

¹Zakład Nauczania Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Warszawski Uniwersytet Medyczny; Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus

²Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny; Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus

³Katedra Psychologii Klinicznej i Zdrowia Psychologii, Uniwersytet SWPS w Poznaniu

⁴Klinika Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych, Warszawski Uniwersytet Medyczny; Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus

Pogłębienie relacji dawca–biorca jako rezultat żywego dawstwa

Strengthening of donor–recipient relation as a result of living donation

ABSTRACT

Kidney transplant from a living donor is the best method of treatment for end-stage renal disease, as life expectancy of the organ and the recipient is longer, while the kidney itself is characterized by better functionality. A donation of a kidney to a close person is an act of empathy, but it is also associated with strong stress. A research was conducted to specify whether the relation between the donor and the recipient changes after a kidney donation, and what the nature of such changes would be. The survey was conducted on patients who had donated their kidneys to people who were either genetically related to them or remained in an emotional relationship — spouses. The research was conducted

between 01/02/2013 and 15/12/2014. Evidence was gathered from 52 surveyed patients of age between 23 and 73. Completed results confirmed the strengthening of the bond between the donor and the recipient. Changes in relations were positive, with a visible improvement of interpersonal relations, as well as the feeling of closer affinity between the donor and the recipient. Women after donation spent more time with the recipients. Also, in the instances where the donor spent more time with the recipient, they provided more positive feedback on the medical care received during the perioperative period and in the procedure of periodic checks.

Forum Nefrol 2017, vol 10, no 3, 174–179

Key words: living kidney donor, relation, graft, dialysis, transplantation

WSTĘP

Przeszczepienie nerki jest najlepszą i najskuteczniejszą metodą leczenia schyłkowej niewydolności nerek. Z uwagi na stały niedobór narządów do przeszczepienia znaczące miejsce w tej procedurze zajmuje przeszczepianie nerki od żywego dawcy, ponieważ pozwala to na skrócenie czasu oczekiwania na narząd, a także często na transplantację przed koniecznością wykonywania uciążliwych dla biorcy dializ. Nerka od dawcy żywego charakteryzuje się lepszą funkcją, a przeżycie biorców i narządu jest dłuższe niż w wypadku biorców nerki od

dawcy zmarłego. Decyzja o oddaniu nerki osobie bliskiej jest aktem empatii i altruizmu ze strony dawcy, ale wiąże się dla niego z dużym stresem emocjonalnym. Napięcie emocjonalne towarzyszy także biorcy, który pozostaje niejednokrotnie sam z wątpliwościami, obawami i poczuciem winy wobec deklarującego pomoc dawcy. Kluczowym aspektem w procesie przygotowania dawcy i biorcy do zabiegu jest wzbudzenie w nich świadomości decyzji. Oznacza to przedstawienie wszystkich informacji związanych z procedurą transplantacji, a także odniesienia ich do indywidualnych doświadczeń tych osób. Nie tylko zwiększa to świadomość,

Adres do korespondencji:

mgr Aleksandra Tomaszek
Zakład Nauczania Anestezjologii
i Intensywnej Terapii
Warszawski Uniwersytet Medyczny
e-mail: aleksandra.koordinacja@onet.pl

ale także może wtórnie wpływać na obniżenie wysokiego poziomu stresu.

Transplantacja nerki od żywego dawcy według socjologicznej teorii wymiany może być uznawana za akt darowania. Wymiana jest uniwersalnym prawem, odnosi się między innymi do dawania dobra, które jest nagrodą. Dobra materialne i niematerialne są wymieniane, a za nimi idą korzyści. Pojęcie „czystego daru” określa sytuację, kiedy jednostka nie oczekując niczego w zamian, daje coś wartościowego. Najważniejsze rodzaje czystego daru to te wręczone sobie przez małżonków oraz na linii rodzice–dzieci. Wręczenie darów jest popularnym motywem spotykanym w badaniach antropologicznych [1]. W świetle tego donacja nerki dla osoby bliskiej może i powinna być traktowana jako akt czystego daru, w którym dawca, oddając swój narząd, nie oczekuje niczego w zamian.

Badania przeprowadzone w Nowej Zelandii pokazały, że większość pacjentów oczekujących na przeszczepienie była nastawiona pozytywnie do donacji od żywego dawcy [2]. Niewielka grupa badanych podchodziła do zabiegu z dużym dystansem i sceptyczną postawą. Najwięcej obaw dotyczących transplantacji miały osoby borykające się z problemami finansowymi, co jest specyficzne dla tamtego regionu ze względu na kosztowny dostęp do opieki zdrowotnej. Wśród obaw wyrażanych przez badanych rejestrowano: niepokój o przeżycie dawcy i podjęcie przez nerki swoich funkcji, a także obawę o całościowe powodzenie zabiegu. Cytowane badania wskazują na fundamentalną rolę edukacji pacjentów przygotowujących do transplantacji. Okazuje się, że rozumieniu złożonej problematyki transplantacji nerki, a także aspektów samego zabiegu towarzyszy zmiana sceptycznej postawy pacjentów oczekujących na transplantację. Do 2016 roku w Stanach Zjednoczonych dokonano 4 tys. przeszczepień nerki od żywego dawcy. Z przeprowadzonych w tym kraju badań nad psychologicznym rezultatem przeszczepień łańcuchowych tego narządu wynika, że procedura ta jest pozytywnie oceniana przez biorców i dawców biorących w niej udział [3]. Procedura przeszczepień łańcuchowych ma charakter przełomowy. Dawcy, którzy z różnych względów (np. niezgodność grupy krwi, niezgodność immunologiczna) nie mogą przekazać nerki swojemu bliskiemu, decydują się na oddanie nerki niespokrewnionej osobie. Tworzy się zatem grupa par („łańcuch”), w których dawcy przekazują nerkę według kryterium najlep-

szego doboru, a nie spokrewnienia czy też bliskości emocjonalnej. W procedurze tej każda z par nerkę zarówno otrzymuje (biorcy), jak i przekazuje (dawcy). Istotą tej procedury jest jednak donacja nie bezpośrednio dla osoby bliskiej. W podjęciu takiej decyzji istotnym motywem może się okazać postawa altruistyczna.

Biorcy nerek od dawcy żywego obawiają się o jego zdrowie. Związane jest to z ryzykiem powikłań towarzyszącym samemu pobraniu narządu, a także z tym, że dawca będzie żył tylko z jedną nerką. Śmiertelność dawcy związana z pobraniem nerki do przeszczepienia wynosi 0,03–0,06% [4]. Jednakże restrykcyjne systemy kwalifikacji dawców oraz system opieki nad dawcą po donacji sprawiają, że jest to procedura bezpieczna i nie wpływa negatywnie na jego stan zdrowia czy długość życia. Sama przeżywalność dawców w odniesieniu do populacji ogólnej jest wyższa. Wynika to z procesu kwalifikacji, w której akceptuje się w roli dawcy wyłącznie osoby z dobrym stanem zdrowia. Dlatego też ryzyko rozwoju schyłkowej niewydolności nerek u dawcy jest mniejsza niż w ogólnej populacji. Mjølén, prowadząc badania nad przyczynami śmierci dawców nerek, wskazuje, że w długim horyzoncie czasowym ryzyko zgonu badanej populacji — zarówno z powodu przewlekłej choroby nerek, jak i w wyniku schorzeń układu krążenia — w porównaniu z grupą kontrolną statystycznie wzrasta, jakkolwiek różnice nie są duże [5]. Zbliżone wyniki badań uzyskał Muzaale. Twierdzi on, że niebezpieczeństwo śmierci dawcy długookresowo wzrasta, jednak stopień bezwzględny wzrostu ryzyka jest minimalny [6]. Donacja nerki nie niesie również istotnego ryzyka dla kobiet planujących ciążę. Między dawczyniami narządów a grupą kontrolną nie zaobserwowano istotnych różnic dotyczących porodów przedwczesnych, niskiej masy urodzeniowej dziecka czy komplikacji okołoporodowych [7]. Szybki powrót do pełnej aktywności dawcy po zabiegu, szczególnie przy zastosowaniu małoinwazyjnych metod operacji, jest bardzo ważnym elementem przy podejmowaniu decyzji przez dawcę. Niezmiernie istotny jest również wpływ samej donacji na stan psychiczny i emocjonalny dawcy, nie tylko w odniesieniu do biorcy. Wyniki przeprowadzonych badań dotyczących podatności dawców na depresję po zabiegu dowodzą, że przy prawidłowej kwalifikacji (Zatorski i wsp. 2016) nie obserwuje się zwiększonego ryzyka jej rozwoju. Zaobserwowany u większości dawców optymizm może być mechanizmem ochron-

►► Biorcy nerek od dawcy żywego obawiają się o jego zdrowie. Związane jest to z ryzykiem powikłań towarzyszącym samemu pobraniu narządu, a także z tym, że dawca będzie żył tylko z jedną nerką◀◀

nym przed obawami i lękiem prowadzącymi do stanów depresyjnych [8]. W tej perspektywie obawy biorcy o samopoczucie psychiczne dawcy wynikają bardziej z troski o bliskiego niż z faktycznie obserwowanych negatywnych efektów donacji.

Agerskov, Bistru, Ludvigsen i Pedersen przeprowadzili badania, których celem było ustalenie procesu rozważania, a następnie podejmowania decyzji o donacji nerki [9]. Przyszli dawcy nerki mieli szereg wątpliwości; ważne było dla nich zrozumienie tematu transplantacji. Jednocześnie wyniki przeprowadzonych badań udowodniły, że proces podejmowania decyzji o donacji nerki zależy od stosunku emocjonalnego do biorcy, łączących ich relacji, sytuacji życiowej i rodzinnej. Potrzeba pomocy osobie bliskiej jest kluczowa. Podejmowanie decyzji jest procesem kompleksowym. Motywacja do pomocy zawiera w sobie potrzebę pomocy, współczucie, postawienie się w sytuacji osoby czekającej na nową nerkę, poczucie wzrostu własnej wartości, potrzebę zobaczenia bliskiej osoby zdrowej, poczucie moralnego obowiązku, a nawet presję otoczenia. Bywa, że oczekiwania rodziny sprawiają, iż osoba, która ma zostać dawcą, nie potrafi odmówić. Rozważane są również własne problemy zdrowotne, troska o własne dzieci, które także w przyszłości mogą potrzebować nerki. Wyniki badań jasno wskazały, że bliska relacja emocjonalna z biorcą jest jednym z najważniejszych argumentów stojącym u podstaw podjęcia decyzji o donacji.

Istotnym kontekstem żywego dawstwa nerki są relacje rodzinne. Wyróżnia się tu dwa podstawowe układy. Pierwszy ma źródło w więzach krwi: dawca i biorca to osoby spokrewnione, np. dziecko i rodzic, rodzeństwo, także kuzynostwo; drugi opiera się na związku emocjonalnym bez pokrewieństwa, gdzie spotyka się miłość lub więź wypracowaną.

Dawca decyduje się na donację swojej nerki bliskiej osobie w drodze mechanizmu pośredniego bądź bezpośredniego. Pierwsza z nich wynika ze skrajnie stresującego doświadczenia towarzyszenia choremu. Po okresie napięcia, jakie związane jest z towarzyszeniem choremu, w momencie podjęcia decyzji o donacji przychodzi potrzebna ulga. Jest to aspekt emocjonalny mechanizmu pośredniego. Aspektem motywacyjno-społecznym określa się zaś sytuację, gdy cierpienie bliskiej osoby wystawia na próbę ważną rolę społeczną (rodzica, rodzeństwa itp.) i istnieje potrzeba potwierdzenia tej roli.

Droga mechanizmu bezpośredniego to dzielenie codziennych trudności zmagania się z chorobą. Organizacja życia w rodzinie z osobą poddawaną dializom i podporządkowanie pozostałych aspektów życia rodzinnego chorobie są uciążliwe dla wszystkich domowników. Zmiana jakości życia po przeszczepieniu będzie radykalna i przyniesie pozytywne skutki dla całej rodziny.

CEL BADANIA

Głównym celem badaczy było ustalenie, czy po donacji nerki zaszła zmiana w relacjach między dawcą a biorcą. Zainteresowania koncentrowały się także na obszarze możliwości identyfikacji zmian w relacjach między nimi, a także na kierunku tych zmian.

METODA BADANIA

Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy dawcy, pomimo upływu czasu, uważają decyzję o donacji nerki za słuszną?
2. Czy dawcy po donacji dostrzegają zmiany w relacjach z biorcami nerki?
3. W jakich obszarach dawcy identyfikują możliwość zmian w relacjach i jaki kierunek przyjmują te zmiany?
4. Czego dotyczą zmiany w relacjach identyfikowane przez dawców?
5. Jak w ocenie dawców wygląda relacja dawca-biorca?

Badanie przeprowadzono wśród pacjentów po donacji nerki przeszczepionej biorcy rodzinnemu (spokrewnionemu bądź niespokrewnionemu) lub innemu pozostającemu w bliskiej relacji emocjonalnej. Badanie przeprowadzono metodą kwestionariuszową, nieanonimową. Ankiety zostały przygotowane w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie. Ankiety wysłano pocztą na adres wszystkich dawców, od których pobrano nerkę w latach 1993–2009 (najkrótszy czas od zabiegu wynosił 3 lata, najdłuższy — 18 lat; średnia: 9,9 lat) i których adresami dysponowano ($n = 119$). Zwrotnie otrzymano 59 ankiet (zwrotność: 43,7%). Ostatecznej ocenie poddano dane zebrane od 52 badanych w wieku 23–73 lat (średnia: 55,12 lat), zawierające przynajmniej 75% wypełnionych odpowiedzi. Wśród badanych 54% to kobiety, a 46% — mężczyźni. Z analizy wyłączono siedem ankiet zawierających mniej niż 75% wypełnionych odpowiedzi.

▶▶ Istotnym kontekstem żywego dawstwa nerki są relacje rodzinne. Wyróżnia się tu dwa podstawowe układy. Pierwszy ma źródło w więzach krwi: dawca i biorca to osoby spokrewnione, np. dziecko i rodzic, rodzeństwo, także kuzynostwo; drugi opiera się na związku emocjonalnym bez pokrewieństwa, gdzie spotyka się miłość lub więź wypracowaną◀◀

Grupa badana nie różniła się istotnie pod względem deklarowanego poziomu wykształcenia: 20 osób miało wykształcenie podstawowe, 19 — średnie, a 13 — wyższe. Wśród badanych znaczącą grupę dawców stanowili rodzice (n = 39), następnie rodzeństwo (n = 6), małżonkowie (n = 5) i jeden dalszy członek rodziny (n = 1).

W badaniu kluczową rolę odgrywała subiektywna ocena aspektów psychospołecznych. Dawców poproszono o ocenę relacji z biorcą. Badani określali, czy decyzję o oddaniu nerki uważają za słuszną i czy ponownie by ją podjęli, gdyby mogli cofnąć czas. Następnie ankietowani wskazywali — z wykorzystaniem skali Likerta: pięciostopniowej i zmodyfikowanej, siedmiostopniowej — w jaki sposób rejestrowane są: zmiana, jej jakość/głębokość, wspólne spędzanie czasu, aktualne samopoczucie w relacji i aktualna ocena relacji.

Parametry zapisane w skali porządkowej (skali punktowej o znanym stopniu zmiany) oceniano testem Wicoxona (rangowanych znaków). Analiza polegała na analizie hipotez w zakresie wyników dla pojedynczej próby porównywanej w stosunku do zadanej wartości mediany, z oceną wartości p . Za znamienne przyjęto wartość $p < 0,05$. Dla określenia różnic w stosunku do odpowiedzi ankietowanych dla pojedynczej próby wykorzystano test χ^2 . Za znamienne przyjęto również wartość $p < 0,05$.

WYNIKI

Odpowiedzi zebrano zbiorczo w tabeli 1.

Na pytanie 1 (para pytań: „Czy decyzję o oddaniu nerki uważam za słuszną?”, „Czy gdybym mógł cofnąć czas, podjąłbym ponownie decyzję o oddaniu nerki?”) otrzymano w 100% odpowiedzi twierdzące. Każdy z 49 pacjentów, którzy udzielili odpowiedzi, decyzję o donacji nerki uważa za słuszną i podjąłby ją ponownie, gdyby mógł cofnąć czas.

Pacjenci odpowiedzieli, że po donacji nerki dostrzegają pozytywną zmianę w relacjach z biorcą nerki (37%) lub że relacja ta się nie zmieniła (63%). Co ważne, nikt nie odpowiedział, że relacja uległa pogorszeniu.

Badani w zdecydowanej większości pozytywnie ocenili zmiany w relacjach dotyczące bliskości. Najczęściej (92%) podkreślano nowy, głębszy charakter oraz zwiększenie bliskości. Dwoje (8%) badanych, którzy zarejestrowali negatywny kierunek zmian, wspominali o przeżywaniu rozczarowania oraz nasileniu konfliktów i kłótni.

Badana grupa równie pozytywnie oceniła zmianę relacji we wspólnym spędzaniu czasu. Co warto podkreślić, nie odnotowano żadnej zmiany o charakterze negatywnym, 8 (29%) dawców odpowiedziało, że spędza z biorcą więcej czasu i częściej rozmawia, 5 (18%) — że spędza z biorcą więcej czasu, a 15 (53%) nie odnotowało zmian.

Wszyscy z 31 (100%) odpowiadających jednomyślnie określili swoją relację z biorcą jako bardzo dobrą.

DYSKUSJA

Uzyskane w badaniu wyniki wyraźnie wskazują, że donacja nerki wpływa na zmianę relacji między dawcą a biorcą. Transplantacja nerki jest znaczącą zmianą w życiu zarówno dawcy, jak i biorcy. Można podejrzewać, że jest to dla tych osób forma przekazania bliskiemu części siebie, jednego z największych darów, jakie istnieją.

Zmiana relacji między dawcą a biorcą ma charakter pozytywny, wiąże się z jej pogłębieniem. Sytuacja, w której bliskie osoby razem przechodzą przez proces transplantacji, umacnia więź. Dawca i biorca zbliżają się do siebie. Dzielą się doświadczeniem pobytu w szpitalu, badań, operacji, a następnie rekonwalescencji. Niebagatelne znaczenie ma również sam fakt podjęcia poważnej decyzji o donacji.

Costa i McCrae stworzyli wieloczynnikowy model osobowości, NEO-FFI, który obejmuje pięć czynników: ekstrawersję, neurotyczność, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumienność [10]. LaPointe Rudow, Iacoviello i Charney przeprowadzili badanie dawców nerek między innymi przy użyciu narzędzia psychologicznego określanego jako inwentarz osobowości NEO-FFI [11]. U żywych dawców nerki zanotowano wysoki wskaźnik ugodowości i sumienności oraz niski wskaźnik neurotyzmu. Ugodowość wskazuje na altruizm i pozytywne nastawienie do ludzi, sumienność pozwala przypuszczać, że dana osoba jest dobrze zorganizowana, a także zdeterminowana, by osiągnąć wyznaczony cel. Niski poziom neurotyzmu koresponduje z pozostałymi czynnikami, gdyż taka osoba jest przystosowana emocjonalnie i w efektywny sposób radzi sobie ze stresem psychologicznym. Żywi dawcy nerek biorący udział w badaniu okazali się odporni i wytrzymali.

Można zatem podejrzewać, że osoba, która decyduje się na donację nerki, jest odporna i wytrzymała, radzi sobie również ze

►►W badaniu kluczową rolę odgrywała subiektywna ocena aspektów psychospołecznych. Dawców poproszono o ocenę relacji z biorcą. Badani określali, czy decyzję o oddaniu nerki uważają za słuszną i czy ponownie by ją podjęli, gdyby mogli cofnąć czas◀◀

Tabela 1. Pytania zadane w badaniu dawcom i otrzymane odpowiedzi

| Pytanie | Możliwe odpowiedzi | Udzielone odpowiedzi | Struktura odpowiedzi |
|---|---|----------------------|----------------------|
| 1. Czy dawca uważa decyzję o oddaniu nerki za słuszną? Czy gdyby mógł cofnąć czas, podjąłby ponownie decyzję o oddaniu nerki? | Tak | 49 | 100,0% |
| | Nie | 0 | 0,0% |
| | Razem | 49 | 100% |
| | <i>Analiza testem χ^2: $p < 0,05$</i> | | |
| 2. Czy dawcy po donacji dostrzegają zmiany w relacjach z biorcami nerki? | 1 = bardzo się pogorszyły | 0 | 0,0% |
| | 2 = pogorszyły się w słabym stopniu | 0 | 0,0% |
| | 3 = pogorszyły się w raczej słabym stopniu | 0 | 0,0% |
| | 4 = nie zmieniły się | 22 | 62,9% |
| | 5 = poprawiły się raczej silnie | 0 | 0,0% |
| | 6 = poprawiły się silnie | 0 | 0,0% |
| | 7 = poprawiły się bardzo silnie | 13 | 37,1% |
| | Razem | 35 | 100,0% |
| | <i>Analiza testem Wilcoxona: wynik testu $Z = 3,565$, $p < 0,05$</i> | | |
| 3. W jakich obszarach dawcy identyfikują możliwość zmian w relacjach między dawcą a biorcą? | 1 = częściej dochodzi do kłótni | 1 | 4% |
| | 2 = czuję rozczarowanie | 1 | 4% |
| | 3 = nie utrzymujemy kontaktów | 0 | 0% |
| | 4 = jesteśmy sobie bardzo bliscy | 8 | 33% |
| | 5 = nasze relacje są nowe i głębsze | 14 | 59% |
| | Razem | 24 | 100% |
| | <i>Analiza testem Wilcoxona: $Z = 3,776$, $p < 0,05$</i> | | |
| 4. Jaki jest kierunek zmian we wzajemnych relacjach między dawcą a biorcą w aspekcie wspólnego spędzania czasu? | 1 = spędzamy wspólnie mniej czasu i mniej rozmawiamy | 0 | 0% |
| | 2 = spędzamy wspólnie mniej czasu | 0 | 0% |
| | 3 = spędzamy wspólnie tyle samo czasu | 15 | 54% |
| | 4 = spędzamy wspólnie więcej czasu | 5 | 18% |
| | 5 = spędzamy wspólnie więcej czasu i częściej rozmawiamy | 8 | 59% |
| | Razem | 28 | 100% |
| | <i>Analiza testem Wilcoxona: $Z = 3,250$, $p < 0,05$</i> | | |
| 5. Jak dawca ocenia jakość relacji między nim a biorcą? | 1 = bardzo złe | 0 | 0% |
| | 2 = złe | 0 | 0% |
| | 3 = przeciętne | 0 | 0% |
| | 4 = dobre | 0 | 0% |
| | 5 = bardzo dobre | 31 | 100% |
| | Razem | 31 | 100% |
| | <i>Analiza testem Wilcoxona: $Z = 3,987$, $p < 0,05$</i> | | |

►►Ważna dla dawcy jest chęć spowodowania, że biorca będzie mógł wrócić do normalnego i w pełni aktywnego życia. Jak wspomina Lanza-Humphrey, więź między dawcą i biorcą się umacnia◀◀

stresem psychologicznym oraz jest przekonana o słuszności swojego czynu. Biorca zaś, jeśli jest związany emocjonalnie z dawcą, martwi się o zdrowie bliskiej osoby. Zdarza się również, że początkowo ma obawy, czy ta decyzja jest słuszna.

Donacja nerki od żywego spokrewnionego dawcy wywołuje silne emocje u biorecy. Dawca decyduje się na podarowanie narządu z pobudek altruistycznych, z miłości, chce pomóc swojemu bliskiemu. Biorca zaś z obawy o zdrowie swojego bliskiego może obawiać się przyjęcia nerki. Jak wskazują wyniki badań,

dawcy mają pełną świadomość wagi swojej decyzji o donacji. U jej podstawy stoi chęć pomocy bliskiej osobie, ratowanie jej zdrowia i życia. Ważna dla dawcy jest chęć spowodowania, że biorca będzie mógł wrócić do normalnego i w pełni aktywnego życia. Jak wspomina Lanza-Humphrey, więź między dawcą i biorcą się umacnia [12].

Wyniki badań wskazują, że dla grupy dawców — kobiet zmiana ta może się także wiązać na poziomie tendencji z wydłużeniem czasu spędzanego z biorcą. Kobiety, które decydują się na donację, być może mają większą

potrzebę bliskości i podtrzymywania relacji z osobą, której przekazują nerkę. Więcej czasu będą spędzać z biorcą nie tylko w szpitalu, ale też w życiu codziennym po przeszczepieniu [13].

Wśród parametrów metrykalnych, a także dotyczących jakości życia, jedynie poziom opieki zdrowotnej wchodzi w relację z jakością zmian na linii dawca–biorca. Zwiększenie przez biorcę i dawcę ilości wspólnie spędzanego czasu koreluje z pozytywniejszą oceną opieki medycznej. Dotyczy to zarówno oceny opieki medycznej po zabiegu, jak i aktualnej oceny opieki medycznej.

Prowadzone obecnie badania skupiają się na określeniu zmian relacji dawca–biorca

wśród większej liczby par małżeństw, a także osób niespokrewnionych.

WNIOSKI

Przeprowadzone badania potwierdziły, że w większości przypadków relacja między spokrewnionymi dawcą a biorcą pogłębia się po zabiegu donacji nerki. Żywe dawstwo nerki wśród osób bliskich zawiera silny ładunek emocjonalny i stresogenny, niemniej zmiany mają pozytywny wydźwięk — zwiększa się bliskość i intensywność relacji.

▶▶Prowadzone obecnie badania skupiają się na określeniu zmian relacji dawca–biorca wśród większej liczby par małżeństw, a także osób niespokrewnionych◀◀

STRESZCZENIE

Przeszczepienie nerki od dawcy żyjącego jest najlepszym sposobem leczenia schyłkowej niewydolności nerek, ponieważ przeżycie narządu i biorców jest dłuższe, a sama nerka charakteryzuje się lepszą funkcją. Donacja nerki osobie bliskiej jest aktem empatii, lecz wiąże się z silnym stresem. Przeprowadzono badanie, którego głównym celem było ustalenie, czy po donacji nerki relacja między dawcą a biorcą zmienia się, a jeśli tak, to jaki kierunek obierają te zmiany. Badaniu o charakterze ankietowym poddano pacjentów po donacji nerki, którzy byli dawcami tego narządu dla osoby spokrewnionej genetycznie lub pozostającej w związku emocjonalnym (małżonek), u których

dokonano pobrania nerki w latach 1993–2009. Ostatecznej analizie poddano dane zebrane od 52 dawców w wieku 23–73 lat. Uzyskane wyniki potwierdziły pogłębienie relacji między dawcą a biorcą nerki. Zmiany w relacjach były pozytywne, podkreślano głębszy charakter i pogłębienie relacji interpersonalnych, a także poczucie zwiększonej bliskości między dawcą a biorcą. Kobiety po zabiegu donacji spędzały więcej czasu z biorcą. Dawca spędzający więcej czasu z biorcą dokonywał pozytywniejszej oceny opieki medycznej otrzymanej w okresie okołoperacyjnym i w procedurze badań kontrolnych.

Forum Nefrol 2017, tom 10, nr 3, 174–179

Słowa kluczowe: żywy dawca nerki, relacja, przeszczepienie, dializoterapia, transplantacja

1. Malinowski B. Argonauci Zachodniego Pacyfiku. Relacje o poczynaniach i przygodach krajowców z Nowej Gwinei. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1981.
2. Martin P. Living donor kidney transplantation: preferences and concerns amongst patients waiting for transplantation in New Zealand. *J. Health Serv. Res. Policy* 2014; 19: 138–144.
3. Serur D., Charlton M., Lawton M., Sinacore J., Gordon-El-liot J. Donors in chains: psychosocial outcomes of kidney donors in paired exchange. *Progress in Transplant*. 2014; 24: 371–374.
4. Dębska-Ślizię A., Rutkowski B. (red.). Podstawy przeszczepiania nerek od dawców żywych. Praktyczny przewodnik kliniczny. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 2003: 25.
5. Mjøen G., Hallan S., Hartmann A. i wsp. Long-term risks for kidney donors. *Kidney Int*. 2014; 86: 162–167.
6. Muzaale A.D., Massie A.B., Wang M.C. i wsp. Risk of end-stage renal disease following live kidney donation. *JAMA* 2014; 311: 579–586.
7. Garg A.X., Nevis I.F., McArthur E. i wsp. Gestational hypertension and preeclampsia in living kidney donors. *N. Engl. J. Med*. 2015; 372: 124–133.
8. Jowsey S.G., Jacobs C., Gross C.R. i wsp. Emotional Well-Being of Living Kidney Donors: Findings From the RELIVE Study. *Am. J. Transplant*. 2014; 14: 2535–2544.
9. Agerskov H., Bistru C., Ludvigsen M.S., Pedersen B. Living kidney donation: considerations and decision-making. *J. Ren. Care* 2014; 40: 88–95.
10. Costa P.T., McCrae R.R. Inwentarz osobowości NEO-FFI. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2007.
11. LaPointe Rudow D., Iacoviello B.M., Charney D. Resilience and personality traits among living liver and kidney donors. *Prog. Transplant*. 2014; 24: 82–90.
12. Lanza-Humphrey J. Chronicles of a Living Kidney Donor. *Nephrol. Nurs. J.* 2014; 41: 611, 623.
13. Richardson R., Connelly M., Dipchand C. i wsp. Kidney Paired Donation Protocol for Participating Donors. *Transplant*. 2014; 99: 10S–1.

Piśmiennictwo