

AUTOREFERAT
Kandydata do stopnia doktora habilitowanego

Dr Irena Milaniak

Kraków, 2019

Irena Milaniak

Spis treści

I DANE OSOBOWE	3
II PRACA NAUKOWA	6
III CHARAKTERYSTYKA ROZPRAWY HABILITACYJNEJ	22

I DANE OSOBOWE

Imię nazwisko: Irena Milaniak

Obecnie zajmowane stanowisko:

- *Pielęgniarka koordynująca/koordynator pobierania, przeszczepiania komórek, tkanek i narządów*
Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II - Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii, Odcinek Transplantologii i Mechanicznego Wspomagania Krążenia
- *Starszy koordynator pobierania, przeszczepiania komórek, tkanek i narządów*
Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant
- *Adiunkt i Pełnomocnik Dziekana ds. Kierunku Pielęgniarstwo*
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
- *Wykładowca*
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu, Instytut Zdrowia

Miejsce pracy:

- Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II - Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii
- Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji Poltransplant
- Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza-Modrzewskiego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
- Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Sączu, Instytut Zdrowia

Wykształcenie:

Rok ukończenia studiów, kierunek, Wydział, Uczelnia Wyższa:

- 2012 – pielęgniarstwo niestacjonarne II stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński
- 2010 - pielęgniarstwo niestacjonarne I stopnia, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński
- 2007 - Podyplomowe Studia Koordynatorów Transplantacyjnych, Warszawski Uniwersytet Medyczny
- 2005 – marketing (II stopień), Wydział Zarządzania, Akademia Górniczo Hutnicza w Krakowie

- 2003 marketing i zarządzanie(I stopień), Wydział Zarządzania, Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Krakowie

Szkolenia podyplomowe

- 2018,2019 Kurs instruktora symulacji medycznej niskiej, pośredniej i wysokiej wierności
- 2015 Kurs Specjalistyczny Resuscytacja Krążeniowo-Oddechowa
- 2014 Quality Management and Leadership Course (TPM Master Modules)
- 2012 Kurs specjalistyczny: Wykonanie I interpretacja EKG
- 2011 Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego
- 2010 Certyfikat European Transplant Coordination (CETC) moduły: General Transplant Coordination, Recipient Coordination
- 2007 Warszawski Uniwersytet Medyczny. Podyplomowe Studia Koordynatorów Transplantacyjnych
- 2006 GCP dla pielęgniarek ; Jednodniowy kurs organizowany przez Monipol
- 2006 Donor Action
- 2006 Szkolenie z zakresu Public Relations
- 2005 Specjalistyczny Kurs Leczenia Ran
- 2001 ClinicalResearchAssociate Course

Data uzyskania stopnia doktora, nazwa jednostki, która nadała stopień, nazwiska promotora i recenzentów, temat rozprawy doktorskiej

12.06.2014 r. Collegium Medicum Uniwersytet Jagielloński- uzyskanie stopnia naukowego - doktor nauk medycznych

Temat rozprawy:

„Ocena wybranych wyznaczników jakości życia chorych po przeszczepieniu serca”

- Promotor: prof. dr hab. med. Piotr Przybyłowski
- Recenzenci: prof. dr hab. med. Dominika Dudek
prof. dr hab. med. Michał Zakliczyński

Posiadane Specjalizacje – rok i miejsce uzyskania, stopień i zakres specjalizacji, numer

2016, Warszawa Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego (Nr 37514/16).

II PRACA NAUKOWA

Główne zainteresowania, kierunki i osiągnięcia w zakresie prowadzonych badań przed i po otrzymaniu stopnia doktora.

Przed otrzymaniem tytułu doktora:

- a. Zainteresowania: przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, proces dawstwa narządów**
- b. Prowadzone badania: jakość życia pacjentów po przeszczepieniu serca.**

Moje zainteresowania naukowo-badawcze przed uzyskaniem tytułu doktora koncentrowały się wokół kilku powiązanych ze sobą obszarów tematycznych, odnoszących się do:

1. **Badania postaw społeczeństwa wobec przeszczepiania narządów** (Transplantation Proceedings, 2010, Organs Tissues & Cells. 2012), procesu dawstwa narządów w aspekcie procesu koordynacji pobrania i przeszczepiania narządów (**Biuletyn POLTRANSPLANT 2004, Medycyna Praktyczna; 2009, 2010, monografia 2005, 2009**).

W drugiej połowie XX wieku, byliśmy świadkami wielkich wydarzeń w naukach medycznych, które zmieniły nasze podejście do chorego człowieka i jednocześnie otworzyły zupełnie nowe możliwości leczenia. Przeszczepianie narządów stało się jedną z rewolucji we współczesnej medycynie pozwalając nam dzisiaj na przedłużenie życia, stwarzając możliwość powrotu do normalnego życia, i przede wszystkim ratując życie. Medycyna transplantacyjna jest szczególną specjalnością, która tym się różni od innych metod leczenia, że niezależnie od nakładów finansowych, potrzebny jest narząd pochodzący od drugiej osoby i akceptacja społeczna. Nawet najbogatszy płatnik nie zapewni narządu do transplantacji. Musi to być dar od drugiego człowieka, co stanowi unikalny wkład społeczeństwa we własny system ochrony zdrowia. W Polsce, jak i na całym świecie nie ma ciągle wystarczającej ilości dawców, aby zaspokoić potrzeby transplantacyjne. Wielu pacjentom, dla których jedynym ratunkiem jest przeszczep ich niewydolnego narządu, medycyna nie jest w stanie pomóc. We wszystkich krajach dawstwo narządów i aktywność transplantacyjna zależy nie tylko od poziomu zaangażowania organizacyjnego i koordynacyjnego ośrodków transplantacyjnych, ale od uwarunkowań prawnych i postaw społeczeństwa. Przyszłością rozwoju transplantologii jest niewątpliwie kształcenie i przekonywanie społeczeństwa do tej idei leczenia, ponieważ przeszczepianie narządów w takiej formie jak dzisiaj przez kilka najbliższych lat będzie podstawowym sposobem leczenia niewydolności narządów. Dla rzeczywistego wzrostu ilości przeszczepów w Polsce i rozwoju

medycyny transplantacyjnej potrzebna jest poprawa świadomości całego społeczeństwa, w tym również środowiska lekarskiego. W swoich badaniach wśród uczniów szkół ponadgimnazjalnych wykazałam, iż prawie wszyscy badani uczniowie (M 87,38 %; K 92,91 %) deklarowali chęć podpisania oświadczenia woli oraz zgodzili się, aby wraz z otrzymaniem dowodu osobistego składać oświadczenie dotyczące zgody lub sprzeciwu na oddanie narządów po śmierci (M 73,68; K 90 %). Ankietowani uczniowie w zdecydowanej większości (M 80,72 %; K 92,21 %) zgodziliby się oddać swoje narządy po śmierci; nerkę bliskiej osobie (M 100%; K 90,3 %); oddać szpik obcej osobie (K 55,76%; M 80 %). Wykazałam również istnienie związku pomiędzy wiedzą, postawami i altruistycznymi zachowaniami a deklaracją oddania swoich narządów oraz deklaracją podpisania oświadczenia woli.

W tym okresie nawiązałam współpracę z Polską Unią Medycyny Transplantacyjnej w zakresie edukacji transplantacyjnej w szkołach ponadpodstawowych i stworzyłam autorski program edukacyjny „Transplantacja Jestem na TAK”, który został pozytywnie zaopiniowany przez Kuratora Oświaty w Małopolsce. Przed realizacją projektu tylko 8 % ankietowanych posiadało oświadczenie woli. W trakcie realizacji projektu edukacyjnego rozprawdzono ponad 2000 oświadczeń woli.

W 2005 roku w Małopolsce została zainicjowana pierwsza w Polsce kampania społeczna „Nie zabieraj swoich narządów do nieba, one potrzebne są tu na ziemi...”, w której brałam czynny udział. Nadrzędnym celem kampanii była zmiana nastawienia i świadomości społeczeństwa w odniesieniu do wszelkich zagadnień związanych z dziedziną transplantologii. Podjęte działania w ramach programu miały głównie znaczenie psychologiczne. Dzięki takiemu przedsięwzięciu i nagłaśnianiu problemu - transplantologia przestała być mitem, tematem tabu. Kampania była sposobem na dialog ze społeczeństwem, od którego zależy stopień akceptacji i pomocy w tym sposobie leczenia. W społecznej mentalności, w świadomości wielu ludzi ten temat nie istnieje, nierzadko ludzie stykają się z problemem dopiero wówczas, gdy w obliczu nagłej śmierci bliskiej osoby staje przed nimi lekarz i pyta o zgodę na pobranie narządów. Kampania pokazała jak istotny jest wcześniejszy świadomy wybór, decyzja z myślą o innym człowieku.

Równie istotnym celem kampanii była aktywizacja środowisk medycznych w zakresie sprawnej i efektywnej działalności poszczególnych placówek opieki zdrowotnej w zakresie identyfikacji potencjalnych dawców.

Rezultaty podjętych działań edukacyjnych przyniosły realny wzrost liczby identyfikowanych dawców w regionie Małopolski i Podkarpacia.

Za prezentację Kampanii na 15 Kongresie Europejskiej Organizacji Koordynatorów Transplantacyjnych odbywającej się w Pradze w 2007 roku "The social educational campaign promoting donation and organ transplantation in lesser (Małopolska) region in Poland" otrzymałam nagrodę w kategorii: „Najlepszy plakat”.

2. Oceny jakości życia po przeszczepieniu serca oraz problematyki nieprzestrzegania zaleceń przez pacjentów po przeszczepieniu narządów (Transplantation Proceedings 2011; Pielęg. Chir. Angiol. 2011, Forum Transplantologiczne, 2013).

Znaczący postęp w przedłużaniu życia przeszczepieniem serca spowodował pojawienie się zagadnienia jakości życia (QoL) wśród tej grupy pacjentów. Czynniki fizyczne i problemy psychospołeczne wśród pacjentów po przeszczepieniu serca stały się przedmiotem coraz większej liczby badań, również w odniesieniu do jakości życia. Optymalnym wynikiem transplantacji serca jest nie tylko przedłużenie życia pacjenta, ale także często pomijana w badaniach poprawa jakości życia.

Podjęcie współpracy z Międzynarodowym Towarzystwem Pielęgniarek Transplantacyjnych (ITNS) oraz udział w fazie projektowania badania Building Research Initiative Group: chronic illness management and adherence in Transplantation (BRIGHT) zainspirowało mnie do zbadania problemu nieprzestrzegania zaleceń wśród biorców przeszczepu narządu.

Kwestia stosowania się do zaleceń medycznych w przeszczepieniu narządów jest jedną z najbardziej wrażliwych w sprawowaniu długoterminowej opieki nad pacjentem po przeszczepieniu narządu. Leczenie immunosupresyjne jest przyjmowane przez całe życie i jest ono podstawą dobrej czynności przeszczepionego narządu. W związku z tym pacjent musi rygorystycznie przestrzegać przyjmowania leków, samoopieki (monitorowanie parametrów: ciśnienie tętnicze krwi, pomiar tętna, prowadzenie bilansu dobowego, pomiar masy ciała, poziomu glukozy), przestrzegać terminów wyznaczonych wizyt kontrolnych. Zaleca się również zmianę stylu życia: rzucenie palenia, stosowanie diety, aktywność fizyczną oraz unikanie promieni słonecznych. Z drugiej strony wzrasta ryzyko groźnych schorzeń współistniejących związanych z leczeniem, które mogą pogarszać przestrzeganie zaleceń.

Brak adherencji („nonadherence – noncompliance” > 90% przepisanego leku) u pacjentów po przeszczepieniu oscyluje w granicach od 5% do 70%. Dew i wsp. w metaanalizie pokazali, iż problem nieprzestrzegania zaleceń wynosi od 19-25 przypadków rocznie na 100 pacjentów w zakresie nieprzyjmowania leków immunosupresyjnych. Wykazano również istotnie statystycznie zróżnicowanie pomiędzy przeszczepionymi narządami. Najczęściej nie przestrzegali zaleceń pacjenci po przeszczepieniu nerki (35 przypadków), a najrzadziej po przeszczepieniu wątroby (6 przypadków). Z powodu nieprzestrzegania zaleceń wzrasta siedmiokrotnie ryzyko niewydolności graftu, utraty narządu i jest to trzecia główna przyczyna epizodów odrzucania przeszczepionego narządu.

Ze względu na specyfikę schorzenia Rodriguez i wsp. w latach 90-tych zaproponowali definicję pacjenta nieprzestrzegającego zaleceń „pacjent po przeszczepieniu narządu niestosujący się do zaleceń terapeutycznych to pacjent, który nie zgłasza się na regularne wizyty do ośrodka transplantacyjnego (wizyty ambulatoryjne, badania laboratoryjne), opóźnia

zgłaszanie problemów zdrowotnych, nie stosuje się do zaleceń dotyczących stylu życia (dieta, palenie papierosów, spożywanie alkoholu), oraz który nie stosuje się do zalecanego schematu dawkowania leków”. W swoich badaniach wstępnych na grupie 66 pacjentów wykazałam, iż 35% pacjentów przyznało, że zapomniało zażyć leki immunosupresyjne, a 41% innych leków; 26% pacjentów nie przestrzegało godzin zażywania leków immunosupresyjnych. Przy czym stwierdzono wysoki poziom wiedzy na temat leczenia.

Po otrzymaniu tytułu doktora:

o Zainteresowania: przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, jakość życia, psychologia zdrowia,

o Prowadzone badania: funkcjonowanie biopsychospołeczne biorców przeszczepu serca, postawy wobec transplantacji narządów, przestrzeganie zaleceń terapeutycznych.

Po uzyskaniu tytułu doktora, moja dalsza praca badawczo-naukowa ukierunkowana była na ocenę funkcjonowania biopsychospołecznego biorców przeszczepu serca oraz poszukiwania uwarunkowań podejmowania decyzji dotyczących dawstwa narządów.

Na tematykę związaną z poszukiwaniem uwarunkowań podejmowania decyzji dotyczących dawstwa narządów składa się cykl powiązanych ze sobą publikacji dotyczących „Modelu podejmowania decyzji o oddaniu narządów wśród różnych grup społecznych”.

1. Wilczek-Rużyczka E., **Milaniak I.**, Przybyłowski P., Wierzbicki K., Sadowski J. Influence of empathy, beliefs, attitudes, and demographic variables on willingness to donate organs. Transplantation Proceedings, 2014; (46): 2505-2508, IF 0.984.

2. **Milaniak I.** Ocena wpływu wiedzy i postaw wobec przeszczepiania narządów na deklarację oddania narządów wśród różnych grup społecznych. Problemy Pielęgniarstwa, 2015; 23(1):40-45

3. **Milaniak I.**, Wilczek-Rużyczka E., Wierzbicki K., Sadowski J., Kapelak B., Przybyłowski P. Evaluation of the motivation to consent to and to refuse organ donation among participants of educational meetings concerning organ transplantation. Transplantation proceedings. 2016; 48(5):1332–1336, IF 0.867.

4. **Milaniak I.** The context of the family in consenting to deceased organ donation in ed. Debska G., Jaśkiewicz J., Family – Health – Disease. Andrzej Frycz-Modrzewski Krakow University. Krakow 2016, p.113-123.

5. **Milaniak I.**, Wilczek-Rużyczka E., Przybyłowski P. The role of empathy and altruism in organ donation decision making among nursing and paramedic students. Transplantation Proceedings, 2018; 50(7): 1928-1932, IF 0.938.

Cele:

1. Jakie są motywy podejmowania decyzji o oddaniu narządów wśród różnych grup społecznych?
2. Analiza wpływu poziomu empatii i altruizmu na deklarację oddania narządu wśród studentów pielęgniarstwa i ratownictwa.
3. Wykazanie skuteczności i zasadności rozwijania empatii u pielęgniarek metodą treningową z myślą o kształtowaniu pozytywnych postaw i zachowań wobec transplantacji i dawstwa narządów.
4. Stworzenie modelu podejmowania decyzji o oddaniu narządów

Hipotezy

1. Osoby z wyższym poziomem empatii, altruizmu częściej deklarują gotowość do oddania narządu po śmierci, za życia, podpisania oświadczenia woli niż osoby z niższym poziomem empatii i altruizmu
2. Istnieją różnice pomiędzy płcią, empatią, altruizmem, poziomem wiedzy, motywacją a deklaracją gotowości do oddania narządu po śmierci, za życia, podpisania oświadczenia woli

Omówienie

Przeszczepianie narządów stało się rutynową procedurą medyczną, jednakże liczba oczekujących stale znacznie przewyższa pulę dostępnych narządów. W porównaniu z innymi specjalnościami medycznymi, transplantologia jest metodą o szczególnej wrażliwości społecznej, niesie ze sobą wątpliwości natury etycznej, medycznej i społeczno-obyczajowej. Według Caplana AL. transplantologia jest jedynym zagadnieniem w całej opiece medycznej, która nie może istnieć bez udziału społeczeństwa. To indywidualny człowiek, za życia lub po śmierci, umożliwia aby jego narządy i tkanki mogły służyć transplantacji. Jeśli nie istniałoby darowanie narządów lub tkanek transplantacji by nagle dramatycznie ustały [1].

Medycyna transplantacyjna, jak żadna inna specjalność medyczna, jest związana z szeregiem niezwykle trudnych problemów etyczno-obyczajowych i prawnych, bowiem przeszczepienie narządu stanowi bardzo szczególną, aczkolwiek uznaną w dzisiejszym świecie formę leczenia. Poza człowiekiem chorym i lekarzem wykonującym zabieg potrzebny jest narząd pobrany od innego człowieka (żywego lub zmarłego), którego nazywamy dawcą.

Pochodzenie przeszczepów oraz rodzaj przeszczepionego narządu jest ważnym elementem etycznej oceny tej metody terapeutycznej. W etycznej debacie na temat transplantacji od dawców żywych (ex vivo) zasadniczą rolę odgrywa liczba organów w organizmie. Niektóre, bowiem narządy występują parzyście, inne natomiast pojedynczo. W przypadku istnienia organów parzystych istnieje etyczna możliwość przekazania jednego z nich

osobie potrzebującej, ponieważ nie oznacza to śmierci jego dawcy. Inaczej jest w przypadku organu, który występuje pojedynczo jak na przykład organ najważniejszy – serce. Zatem z punktu widzenia etycznego przekazanie organu do transplantacji ex vivo jest jak najbardziej uzasadnione, jako że dobra cielesne nie stoją najwyżej w hierarchii, zatem „w obronie innych wyższych dóbr godzi się poświęcić nie tylko członki i narządy, ale i życie”[2]. Z punktu widzenia społecznego podejście to wydaje się być mocno kontrowersyjne. Najbardziej słuszne z punktu widzenia etycznego

i społecznego wydaje się być stanowisko, iż życie ludzkie posiada inny status moralny, niż poszczególne narządy. Organy są, bowiem częściami wyższej całości, jaką jest istota ludzka, są zatem jej podporządkowane i mają charakter instrumentalny. Są o tyle dobrem, o ile służą dobru osoby. Konkluzją jest, zatem stwierdzenie, iż człowiek żywy może być wyłącznie dawcą organów parzystych, a warunkiem do przeprowadzenia zabiegu w tym przypadku jest jego świadoma zgoda.

Regulacje prawne, rozwiązanie organizacyjne, kampanie społeczne i edukacyjne przyczyniają się do wzrostu puli potencjalnych dawców [3,4]. Istnieje jednak potrzeba poszukiwania mechanizmów podejmowania decyzji dot. dawstwa narządów oraz oceny postaw i wiedzy różnych grup społecznych w celu zidentyfikowania potrzeb edukacyjnych. Badania opinii społecznej przeprowadzone w 2012 roku pokazują, iż większość (74%) godzi się na oddanie swoich narządów po śmierci, natomiast około jednej siódmej (15%) jest temu przeciwnych. W porównaniu do dwóch ostatnich pomiarów (w 2009 i 2011 roku) odsetek aprobujących pobranie narządów po śmierci zmniejszył się. Na niechęć do bycia dawcą narządów po śmierci wpływa w pewnym stopniu wiek – najstarsi respondenci częściej niż pozostali są temu przeciwni. Na pobranie narządów stosunkowo często nie zgadzają się również osoby najślabiej wykształcone [5].

Pośmiertne dawstwo organów jest klasycznym przykładem zachowań prospołecznych. W swoim zamierzeniu posiada chęć potencjalnego ocalenia życia ludzkiego i jest rozpatrywane, jako ostateczny akt hojności. Dawcy organów nic nie zyskują ofiarując swoje organy po śmierci, jednakże kierując się empatią w stosunku do osób chorych, którzy potrzebują transplantacji, aby żyć jest ten, akt całkowicie altruistyczny[7].

Dawstwo narządów jest zależne od dobrej woli i hojności, jak również rodzajem prośby. Wiąże się z podejmowaniem decyzji w czasie, kiedy rodzina jest pod silnym stresem związanym ze stratą bliskiej osoby. Proces ten zaczyna się w szpitalu, gdzie pacjent zostaje zidentyfikowany, jako potencjalny dawca. W tym czasie personel medyczny kontaktuje się z rodziną i przedstawia możliwość dawstwa narządów od ich zmarłego bliskiego. Kiedy rodzina zaakceptuje dawstwo czynione są dalsze kroki w kierunku przygotowania pobrania narządów. Należy zwrócić uwagę, iż to rodzina podejmuje ostateczną decyzję, co dawstwa narządów. Zmarli dawcy umierają nagle

w wyniku poważnych urazów bądź incydentów mózgowych (krwotok, udar, tętniak). Zmarły mógł podjąć decyzję za życia, ale to rodzina będzie zapytana o jego intencje.

Rodzina dawcy nie wie, kto zostanie beneficjentem daru ich bliskiego i nie otrzymuje żadnego wynagrodzenia. Wynika z tego, iż podjęta przez rodzinę decyzja jest aktem altruistycznym. Możliwość podjęcia tej decyzji jest kreowana poprzez organizacje i systemy i wywołuje altruistyczne zachowania. Badania wskazują, iż postawy altruistyczne gotowości do oddania narządów są zależne od motywacji. Motywacja jest mierzona odmowami, czy postawą opozycyjną. Jest to spowodowane brakiem, bądź złymi informacjami, mitami wokół transplantacji, donacji. Zaangażowanie instytucji, edukacja, zachęcanie do podejmowania decyzji jest czynnikiem budującym postawy altruistyczne [8,9].

Altruizm jest fundamentalną zasadą w dawstwie narządów, a pozyskane narządy powinny być dystrybuowane według wskazań medycznych.

Z drugiej strony altruistyczny akt powinien być limitowany podejmowanym ryzykiem. Przykładowo osoba, która chce oddać swoje serce, aby ratować innego nie zachowuje się irracjonalnie, jej motywacje są dyskusyjne.

Natomiast dawstwo żywe: oddanie nerki, płata wątroby, czy płuca, czy też deklaracja bycia dawcą po śmierci jest aktem altruistycznym. Niejednokrotnie decyzje te są podejmowane pod wpływem apeli, akcji społecznych, czy edukacyjnych.

Sprawowanie funkcji zawodowych pracowników ochrony zdrowia wiąże się z okazywaniem współczucia cierpiącym oraz zainteresowaniem i podejmowaniem trudu pomagania ludziom. Przypuszcza się, że empatia odgrywa w profesjach medycznych, w tym również w przypadku pielęgniarek, bardzo ważną rolę z uwagi na oczekiwania i potrzeby człowieka oczekującego na transplantację. Empatia i altruizm są postawami prospołecznymi i jednocześnie bezinteresowną pomocą. C. Daniel Batson promuje pogląd, że ludzie udzielają pomocy innym z dobroci swych serc. Batson nie zaprzecza, że czasami pomagamy z egoistycznych pobudek. Jednak twierdzi, że dopóki doświadczamy empatii wobec osoby potrzebującej pomocy, czyli doświadczamy części jej bólu i cierpienia, dopóty będziemy pomagać, nie bacząc, czy leży to w naszym interesie czy też nie [10]. Hipoteza Batsona, nazwaną hipotezą empatii-altruizmu, zgodnie, z którą empatia odczuwana względem drugiej osoby skłania do udzielenia jej pomocy bez względu na konsekwencje podjętych działań, w tym przypadku w stosunku do osób oczekujących na transplantację.

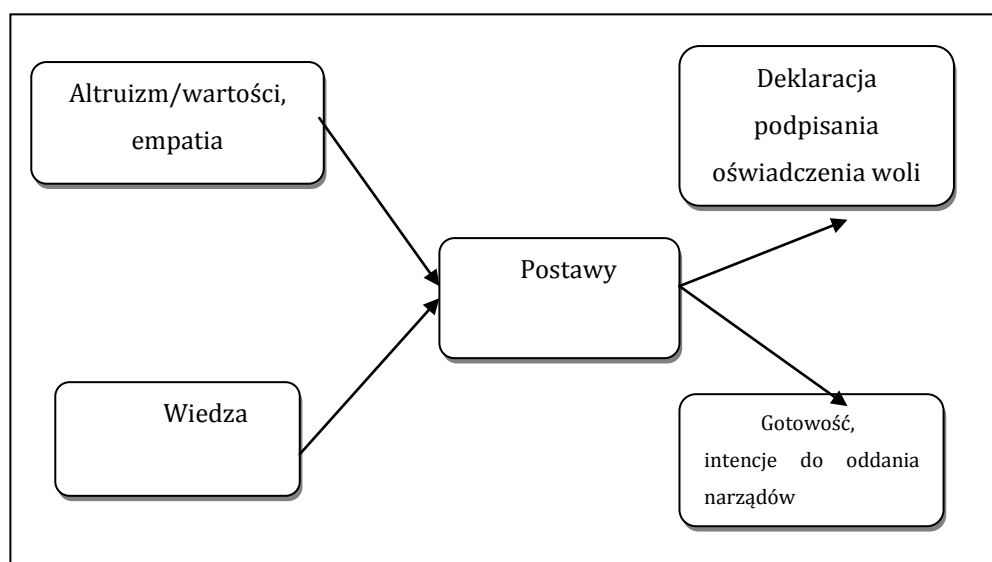
Najczęściej, analizując relacje pomiędzy deklaracjami bycia dawcą a zachowaniami altruistycznymi, bierze się takie jego aspekty jak: szczerłość, chęć pomocy, opiekuńczość,

empatii, oraz gotowość do poświęcenia[11]. Z altruizmem i gotowością do oddania narządów pozytywnie koreluje wiedza na temat dawstwa narządów i transplantacji.

Wśród wielu definicji empatii, J.M. Morse i wsp. wyjaśniają pojęcie empatii na podstawie komponentów: emocjonalnego, moralnego, poznawczego i behawioralnego. Ważnym stwierdzeniem tych autorów w kontekście dawstwa narządów jest moment pobudzenia emocjonalnej empatii w wyniku rozumienia cierpienia innej osoby i identyfikowania się z tym cierpieniem (biorcy oczekującego na nowy narząd, na życie). Moralny komponent lub altruistyczna motywacja są wyzwalane przez spontaniczny stan wzbudzenia emocjonalnego elementu empatii i świadomej decyzji uczestniczenia w cierpieniach innych (wiedza na temat transplantacji). Poznawczy komponent empatii zakłada utrzymanie się przez osobę pomagającą w dystansie od emocjonalnych mechanizmów empatii. Ważne jest dokonywanie obiektywnego przeglądu sytuacji pacjenta, który znajduje się wewnątrz norm społecznych oraz w oparciu o profesjonalną wiedzę. Komponent behawioralny opiera się na zdolności do przekazywania i zrozumienia punktu widzenia innej osoby [12].

Modele gotowości do oddania narządów opierane są na badaniach dotyczących postaw altruistycznych, empatii, wartości moralnych i wiedzy. Na podstawie analizy literatury, można stwierdzić, że im bardziej jednostka jest eksponowana na informacje dotyczące dawstwa narządów i transplantacji, tym bardziej dostrzega wartość swoich potencjalnych zachowań, czyli deklaracji podpisania oświadczenia woli, czy gotowości do oddania narządów.

Empatia i altruizm są umiejętnościami prospołecznymi i mogą odnosić się do postaw pro transplantacyjnych.



Ryc.1. Model gotowości do oddania narządów. Opracowanie na podstawie [8, 9, 11]

Celem pierwszej publikacji była ocena wpływu empatii mierzonej skalą Empatii Mehrabiana

i Epstein, postaw, wiedzy czynników demograficznych na gotowość do oddania narządów po śmierci (**Transplantation Proceedings, 2014**). Przebadano grupę 191 osób (135 K, 56 M), w wieku od 16 do 61 lat – uczniowie, nauczyciele pielęgniarstwa, uczestniczących w zajęciach edukacyjnych nt. transplantacji.

Wnioski płynące z pracy:

- 97,38% badanych akceptuje przeszczepianie komórek od dawców żywych, 95,81% od osób zmarłych.
- Z kolei 67% wyraża zgodę oddać narządy za życia, 78,53% po śmierci.
- Większość badanych (73%) osiągnęło średni poziom empatii, 20,41% wysoki.
- Na podstawie przeprowadzonych badań oceniających wpływ empatii na deklarację oddania narządu wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy brakiem zgody na oddanie narządu a poziomem empatii ($p=0,034$). Lęk przed zabiegiem, jako brak zgody na oddanie narządów wskazało 63% osób o niskim poziomie empatii, 25% o średnim poziomie empatii oraz 44% o wysokim poziomie empatii [6].
- Stwierdzono istotną różnicę pomiędzy płcią badanych a wyrażeniem zgody na oddanie narządów za życia oraz po śmierci.
- Stwierdzono różnice pomiędzy grupami a postawami i gotowością do oddania narządu.

Badana grupa jest w większości pozytywnie nastawiona do zabiegów transplantacji narządów i tkanek oraz deklaruje chęć oddania narządu po śmierci. Zmienne demograficzne różnicują te postawy. Wyższy poziom empatii ma pozytywny wpływ na deklarację badanych.

W kolejnej pracy [**Problemy Pielęgniarstwa, 2015**] dokonałam oceny wpływu wiedzy i postaw wobec przeszczepiania narządów na deklarację oddania narządów wśród różnych grup społecznych.

Analizy wyników badań dokonano w oparciu o kryteria dotyczące wiedzy na temat transplantacji i dawstwa narządów, postaw oraz deklaracji bycia dawcą narządów.

Badana grupa akceptuje przeszczepianie komórek, tkanek i narządów (np. szpiku kostnego, nerki, fragmentu wątroby), pochodzących od dawców żywych, jako metodę leczenia i ratowania życia w 97,3%, podobnie od osób zmarłych (95,5%). W podziale na grupy nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy grupami uczniowie vs nauczyciele vs pielęgniarstwa ($p=0,254$) w zakresie akceptacji przeszczepiania narządów od dawców żywych jak i od dawców zmarłych ($p=0,151$). Zdecydowana większość jest przekonana, że lekarze kierują się wyłącznie wymogami obowiązującego prawa przy orzekaniu o śmierci pacjenta (82,8%). Stwierdzono istotne różnice w odpowiedzi na to pytanie pomiędzy grupami uczniowie vs nauczyciele vs pielęgniarstwa ($p<0,001$). Uczniowie częściej wskazywali odpowiedź „raczej nie” (24,4%) niż nauczyciele

(8,6%) i pielęgniarki (9,1%). 94,1% badanych słyszało o tzw. oświadczeniu woli, które wypełniane jest w celu wyrażenia zgody danej osoby na pobranie po śmierci tkanek i narządów do przeszczepienia. 47,9% kiedykolwiek rozmawiało z osobami bliskimi (krewni, znajomi) o możliwości oddania komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia. Tylko 37,8 % członków rodziny badanych, w ich obecności wyraziło kiedykolwiek chęć oddania po śmierci własnych tkanek i narządów do przeszczepienia. Według wiedzy badanych, obecnie w Polsce obowiązuje zasada zgody domniemanej (brak sprzeciwu za życia) (39,8%), następnie zasada zgody bezpośredniej (wymóg wyrażenia zgody za życia) (25,1%). Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy grupą a odpowiedziami udzielanymi na to pytanie ($p < 0,001$). Zasadę zgody domniemanej obowiązującą w polskim systemie prawnym wskazało 14% uczniów, 72% nauczycieli oraz 85% pielęgniarek. Z kolei 34% uczniów, 19% nauczycieli oraz 10% pielęgniarek uznało zasadę zgody bezpośredniej. Pozostawienie decyzji o pobraniu narządów rodzinie zmarłego wytypowało 25% uczniów, 6% nauczycieli oraz 0% pielęgniarek. Na brak dobrych rozwiązań w tej kwestii wskazało 2% uczniów, 3% nauczycieli oraz 0% pielęgniarek. Brak zdania w tej kwestii deklarowało 25% uczniów 0% nauczycieli oraz 0% pielęgniarek. Za najlepsze rozwiązanie prawne dotyczące wyrażania zgodny na oddanie komórek, tkanek i narządów do przeszczepiania po śmierci badana grupa uznała: zasadę zgody bezpośredniej (wymóg wyrażenia zgody za życia) (48,7%), następnie zasadę zgody domniemanej (brak sprzeciwu za życia) (29,8%). Tutaj również wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy grupą a odpowiedziami udzielanymi na to pytanie ($p = 0,008$). Zasadę zgody bezpośredniej, jako najlepsze z rozwiązań prawnych uznało 54% uczniów, 47% nauczycieli oraz 42% pielęgniarek. Zasadę zgody domniemanej wskazało 21% uczniów, 33% nauczycieli oraz 54% pielęgniarek. Pozostawienie decyzji o pobraniu narządów rodzinie zmarłego wytypowało 20% uczniów, 8% nauczycieli oraz 2% pielęgniarek. Na brak dobrych rozwiązań w tej kwestii wskazało 2% uczniów, 7% nauczycieli oraz 0% pielęgniarek. Brak zdania w tej kwestii deklarowało 11% uczniów 6% nauczycieli oraz 0% pielęgniarek. 83,2% badanych nie zgadza się ze stwierdzeniem dopuszczenia możliwości prawnej handlu komórkami, tkankami i narządami.

Ponad połowa badanych (67%) wyraziłaby zgodę na to, aby za ich życia przeszczepiono ich komórki, tkanki i narządy osobom będącym w potrzebie. Po śmierci deklarację taką wyraziło 78,5% badanych. Na oddanie szpiku kostnego zgodziłoby się 44,5% badanych, tylko w określonych sytuacjach (np. choroba osoby bliskiej) (42,4%). Gotowość do oddania szpiku różniła się pomiędzy grupami uczniowie vs nauczyciele vs pielęgniarki ($p = 0,008$). Uczniowie częściej zdecydowaliby się oddać szpik tylko w określonych sytuacjach (np. choroba osoby bliskiej) (44,85%), niż nauczyciele (45,9%) i pielęgniarki (33,3%). Częściej też byli niezdecydowani (16,2%). Pielęgniarki deklarowały oddanie szpiku bez względu na okoliczności w 64,3%. Nie stwierdzono różnicy pomiędzy grupami a deklaracją oddania narządu po śmierci

($p=0,382$) oraz za życia ($p=0,158$). 65,4% podpisałoby oświadczenie woli, a 7,3% już podpisało. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy odpowiedziami na to pytanie a grupą ($p=0,031$). Twierdząco na pytanie dotyczące oświadczenia woli odpowiedziało 61% uczniów, 70% nauczycieli oraz 77% pielęgniarek.

Wśród powodów, które skłoniłyby badanych do oddania za życia komórek, tkanek i narządów do przeszczepienia wymieniano najczęściej: możliwość niesienia pomocy innym ludziom (56%) oraz uznanie znaczenia transplantologii dla ratowania zdrowia i życia ludzkiego (10,5%). Z kolei do powodów odmownej decyzji należały: lęk przed zabiegiem medycznym (17,3%), obawa, że komórki, tkanki i narządy staną się przedmiotem handlu (11,5%), brak zaufania do lekarzy (5,8%), przekonania, poglądy (4,7%). W przypadku deklaracji oddania narządu po śmierci powodami do jego oddania najczęściej wskazywaną była możliwość niesienia pomocy innym ludziom (64,9%). Powodem braku zgody na oddanie po śmierci tkanek i narządów do przeszczepienia była obawa, że tkanki i narządy staną się przedmiotem handlu (14,1%). Badani w 83,8% wyraziliby zgodę na pobranie tkanek i narządów do przeszczepienia w przypadku śmierci członka rodziny, gdy wiadomo, że zmarła osoba wyraziła wolę oddania własnych tkanek i narządów, w przypadku, gdy zmarła osoba nie wypowiadała się na ten temat i nie wiadomo, jaka była jej wola (37,7%). Powodami braku zgody na pobranie od zmarłego członka rodziny tkanek i narządów do przeszczepienia były: możliwość przedwczesnego stwierdzenia śmierci członka rodziny (25,1%), obawa, że tkanki i narządy staną się przedmiotem handlu (17,8%), obawa przed przedmiotowym traktowaniem zwłok ludzkich (15,7%), obawa przed okaleczeniem ciała po śmierci (6,3%), przekonanie o jedności duszy i ciała (4,2%). Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy grupami a powodami do oddania narządu za życia ($p=0,604$) i po śmierci ($p=0,382$).

W dalszej części analizy sprawdzono czy występują różnice pomiędzy postawami a deklaracjami oddania narządu. Nie wykazano istotnej statystycznie zależności pomiędzy brakiem zgody na oddanie narządu od dawców żywych i zmarłych a postawami ($p=0,779$), podobnie od osób zmarłych ($p=0,841$) i wiedzą ($p=0,736$).

Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy akceptacją przeszczepiania komórek tkanek i narządów od dawców żywych i zmarłych, jako metody leczenia i ratowania życia a deklaracją oddania narządu za życia ($r=0,32$, $p<0,05$), po śmierci ($r=0,47$, $p<0,05$), oddania szpiku ($r=0,36$, $p<0,05$). Nie wykazano zależności pomiędzy wiedzą a deklaracją oddania narządu za życia, po śmierci ($p>0,05$).

Celem następnej publikacji była ocena powodów do oddania narządów i braku zgody wśród uczestników szkoleń edukacyjnych [**TransplantationProceedings, 2016**]. Przebadano grupę 191osób (135 K, 56 M) w wieku od 16 do 61lat – uczniowie, nauczyciele pielęgniarki,

uczestniczących w zajęciach edukacyjnych nt. transplantacji. Do analizy wykorzystano dane uzyskane z Kwestionariusza Indywidualnego „Badanie postaw wobec transplantologii”.

Na podstawie analizy uzyskanych wyników, stwierdzono, iż głównymi powodami do oddania narządów za życia/po śmierci były: możliwość niesienia pomocy innym ludziom, uznanie znaczenia transplantologii dla ratowania zdrowia i życia ludzkiego (67% vs 79,6%). Powodami braku zgody na oddanie narządu za życia były: lęk przed zabiegiem medycznym, obawa, że narządy staną się przedmiotem handlu (51,35%), po śmierci: obawa, że narządy staną się przedmiotem handlu, przekonania, poglądy (27,13%).

Stwierdzono istotnie statystycznie różnice pomiędzy zmiennymi demograficznymi a brakiem zgody/zgodą na oddanie narządu.

W przeprowadzonej analizie wieloczynnikowej w celu zbadania wpływu zmiennych demograficznych (płeć, wiek, miejsce zamieszkania i grupy), przyczyn chęci i braku zgody na dawstwo narządów w przewidywaniu deklaracji oddania narządu, wykazano, iż łączny model wyjaśniał 23% wariancji chęci oddania szpiku kostnego ($R^2 = 0,580$; $R^2_{adj} = 0,231$; $F(1,661)$; $p = 0,007$), 36% wariancji gotowości do dawstwa żywego ($R^2 = 0,653$; $R^2_{adj} = 0,364$, $F(2,260)$, $p < 0,001$) i 36% wariancji chęci oddawania narządów po śmierci ($R^2 = 0,658$, $R^2_{adj} = 0,364$; $F(2,237)$; $p < 0,001$).

Celem kolejnej pracy była analiza wpływu empatii mierzonej skalą Davis' Interpersonal Reactivity Index) i altruizmu (kwestionariusz A-N J. Sliwak) [Transplantation Proceedings, 2018]. Badaną grupę stanowiło 111 studentów pielęgniarstwa i ratownictwa medycznego.

Zdecydowana większość badanych respondentów akceptuje dawstwo narządów pośmiertne, za życia oraz szpiku kostnego.

Poziom skal empatii: Fantazja, Przyjmowanie perspektywy, osobista przykrość oraz empatyczna troska był statystycznie związany z deklaracją bycia dawcą, deklaracją podpisania oświadczenia woli.

Przyjmowanie perspektywy było istotnym statystycznie predyktorem pozytywnej postawy wobec transplantologii ($F(1;107) = 4,09$; $p < 0,05$).

W pracy wykazano, iż zarówno altruizm jak i empatia mogą odgrywać rolę w podejmowaniu decyzji związanych z dawstwem narządów.

W ostatniej pracy przeglądowej dokonano analizy literatury dotyczącej roli rodziny w podejmowaniu decyzji związanej z dawstwem narządów. W pracy przedstawiono przegląd czynników zarówno kulturowych jak również uznanych czynników determinujących decyzje dotyczące dawstwa narządów. Członkowie rodzin potencjalnych dawców odgrywają istotną rolę w decyzjach dotyczących dawstwa narządów w chwili śmierci ich bliskich, a niski odsetek zgody rodzin potencjalnych dawców narządów jest głównym czynnikiem ograniczającym sukces

transplantacji narządów. Istnieje kilka powodów odmowy przez rodziny potencjalnych dawców: brak zrozumienia rozpoznania śmierci mózgu; brak wiedzy, co do woli zmarłego; niewystarczający wywiad rodzinny; wiara w utrzymanie integralności cielesnej i zagadnienia religijne. Zrozumienie czynników wpływających na proces podejmowania decyzji przez rodziny potencjalnych dawców narządów jest niezbędne w celu maksymalizacji dostępności narządów, jak również opracowania strategii wsparcia dla rodziny a także edukacji.

Weryfikacja hipotez:

1. Osoby z wyższym poziomem empatii, altruizmu częściej deklarują gotowość do oddania narządu po śmierci, za życia, podpisania oświadczenia woli niż osoby z niższym poziomem empatii i altruizmu. *Hipoteza została potwierdzona*
2. Istnieją różnice pomiędzy płcią, empatią, altruizmem, poziomem wiedzy, motywacją a deklaracją gotowości do oddania narządu po śmierci, za życia, podpisania oświadczenia woli. *Hipoteza została potwierdzona*

Podsumowanie

- Uzyskane wyniki badań i analiza literatury wskazują na potrzebę edukowania społeczeństwa, profesjonalistów nt. znaczenia medycyny transplantacyjnej i dawstwa narządów.
- Odwołując się do empatii i altruizmu można prowokować jednostkę poprzez stwierdzenie, iż można ratować życie ludzkie zgadzając się na oddanie narządów po śmierci („Już go nie potrzebuję”)
- Konieczne jest prowadzenie kampanii społecznych
- Konieczna jest profesjonalna edukacja i przygotowanie pracowników medycznych w zakresie transplantologii oraz treningi empatii (lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych)

Piśmiennictwo

1. Caplan AC., Coelho DH. The Ethics of Organ Transplants. PrometheusBooks, New York 1998
2. Olejnik S. Przeszczepianie narządów ludzkich w świetle refleksji teologiczno moralnej. Studia theologica Varsaviensia 10, 1972:138
3. Antoszkiewicz A., Parulski A., Trujnara M., Czerwiński J. Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce. Biuletyn Informacyjny Poltransplant. 2013; 1(21):11-24.
4. Czerwiński J., Antoszkiewicz A., Danek T., Parulski A., Trujnara M., Kochut W. Sieć koordynatorów pobierania i przeszczepiania narządów w Polsce w 2012r. Biuletyn Informacyjny Poltransplant. 2013; 1(21):76-80

5. Feliksiak M. Postawy wobec przeszczepiania narządów. Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej. Raport BS/105/2012
6. Wilczek-Rużyczka E., **Milaniak I.**, Przybyłowski P., Wierzbicki K., Sadowski J. Influence of empathy, beliefs, attitudes and demographic variables on willingness to donate organs. Transplantation Proceedings, 2014; 46:2505-2508
7. Zimbardo PG.,Leippe MR.Psychologia zmiany postaw i wpływu społecznego.Wydawnictwo ZYSK I S-KA 2004
8. Healy K. Altruism as an Organizational Problem: the Case of organ procurement. American Sociological Review 2004;69: 387-404
9. Kopfman JE., Smith S.W. Understanding the audiences of a health communications campaign. A discriminant analysis of potential organ donor based on intent to donate. Journal of Applied Communication 1996; 24: 22-49
10. BatsonC.D.,ShawL.L.Evidence for altruism: toward a pluralism of prosocial motives. Psychological Equiry 1991; 2: 107 -122
11. Morgan SE., Miller JK. Communication about gift life. The effect of knowledge, attitudes, altruism on behaviors and behavioral intention regarding organ donation. Journal of Applied Communication Research 2002; 30: 163-179
12. Wilczek-Rużyczka E. Empatia i jej rozwój u osób pomagających. Wydawnictwo UJ, Kraków 2002

Omówienie pozostałych osiągnięć

Praca zawodowa w Oddziale Klinicznym Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii stanowi ciągłe wyzwanie w sferze praktyki klinicznej oraz naukowej. Moja praca w zespole interdyscyplinarnym to również analiza powikłań pooperacyjnych u pacjentów poddanych klasycznym operacjom kardiochirurgicznym oraz po przeszczepieniu serca, nerek.

Począwszy od 2015 roku w ośrodku rozpoczęto wszczepianie długoterminowego wspomaganie układu krążenia jako pomost do przeszczepienia serca. Zarówna kwalifikacja do zabiegu przeszczepienia serca/mechanicznego wspomaganie krążenia jak i opieka po zabiegu krótko i długoterminowa wymaga dogłębnej analizy występujących powikłań w celu ich minimalizacji a także wdrożenia standardów postępowania z pacjentem.Jestem aktywnym członkiem Międzyoddziałowego Zespołu ds. Niewydolności Serca oraz Zespołu Kwalifikującego do przeszczepienia serca.

W zakresie opracowywania standardów opieki nad pacjentem po przeszczepieniu serca i z mechanicznym wspomaganie układu krążenia współpracuję z UZ Leuven oraz RoyalBrompton&HarefieldHospital - ośrodkami transplantacyjnymi w tych szpitalach.

Obszarem moich zainteresowań są powikłania infekcyjne u pacjentów z wszczepionym mechanicznym wspomaganie krążenia oraz wdrażanie schematu pielęgnacji rany opartego na dowodach naukowych.

We współpracy z Pielęgniarką Naczelną Szpitala im. Jana Pawła II wdrażam elementy praktyki pielęgniarstwa opartej na dowodach naukowych. Wsparciem dla tych działań jest powołanie Rady ds. Rozwoju Pielęgniarstwa, której jestem przewodniczącą.

Współpracuję również w zespołach badawczych realizujących projekty dotyczące jakości opieki pielęgniarstwa.

Ważnym elementem moich zainteresowań naukowych i dydaktycznych jest wykorzystywanie w dydaktyce metod nauczania związanych z symulacją medyczną. Jestem zaangażowana w projekt realizacji Centrum Symulacji Medycznej w Krakowskiej Akademii im. A. Frycza Modrzewskiego, Wydziale Lekarskim i Nauk o Zdrowiu.

- **Liczba recenzowanych publikacji (komunikaty, streszczenia oddzielnie)**

	przed doktoratem 2003-2013		po doktoracie 2014-2018	
	w j. polskim	w j. angielskim	w j. polskim	w j. angielskim
Oryginalne	5	3	6	13
Poglądowe	7		8	
Podręczniki				
Rozdziały	8	-	4	
Monografie	1	-	2	1

	przeddoktoratem	podoktoracie
komunikaty zjazdowe krajowe	67	45
komunikaty zjazdowe w. j. angielskim	25	20
projekty badawcze	1	5

punktacja	przeddoktoratem	podoktoracie
IF	4.587	17.599
MNISW	136.000	305.000
IC	81.060	
Liczba Cytowań		52
Index Hirscha		4

Powyższa tabela obejmuje publikacje z wykluczeniem prac współtworzących cykl habilitacyjny, w skład którego wchodzi 7 artykułów, w tym 5 z IF.

Łączna punktacja prac współtworzących cykl habilitacyjny to: IF 5,408 / MNISW 100 .

Sumaryczna punktacja wszystkich moich publikacji po doktoracie (dorobek + cykl habilitacyjny) wynosi:

IF: 17,599

MNISW: 390

III CHARAKTERYSTYKA ROZPRAWY HABILITACYJNEJ

Wskazanie osiągnięcia wynikającego z art. 16 ust 2 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. 2016 r. poz. 883 ze zm. W Dz. U. z 2016 r. poz. 1311.)

3.1 Tytuł osiągnięcia naukowego

Cykl publikacji powiązanych tematycznie, pod zbiorczym tytułem:
„Funkcjonowanie biopsychospołeczne biorców przeszczepu serca”

3.2 Cykl publikacji powiązanych tematycznie

Przedstawiam do oceny cykl publikacji składający się z **7** oryginalnych, pełnotekstowych prac naukowych, opublikowanych w latach **2014-2018** i opisujących zwarty tematycznie cykl prac dotyczący **badania nad funkcjonowaniem biopsychospołecznym biorców przeszczepu serca.**

Sumaryczny współczynnik IF zaprezentowanego cyklu wynosi 5, 408, a punktacja MNiSW 100.

1. Psychological Predictors (Personal Recourses) of Quality of Life for Heart Transplant Recipients.

Irena Milaniak, Ewa Wilczek-Rużyczka, Piotr Przybyłowski, Karol Wierzbicki, Jolanta Siwińska, Jerzy Sadowski. Transplantation Proceedings, 2014;(46): 2839-2843.

Praca oryginalna

IF: 0.982

MNiSW: 15

2. Post-Transplantation Body Mass Index in Heart Transplant Recipients: Determinants and Consequence.

Irena Milaniak, Piotr Przybyłowski, Karol Wierzbicki, Jerzy Sadowski. Transplantation Proceedings, 2014; (46):2844-2847.

Praca oryginalna

IF: 0.982

MNiSW: 15

3. **The influence of sense of coherence on emotional response in heart transplant recipients – a preliminary report.**
Irena Milaniak, Ewa Wilczek-Rużyczka, Karol Wierzbicki, Jerzy Sadowski, Piotr Przybyłowski. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, 2014; 11 (2): 220-224.
Praca oryginalna
MNiSZW 10

4. **Adherence to antihypertensive therapy among heart transplant recipients.** Grzegorz Jan Wasilewski, **Irena Milaniak**, Łukasz Janik, Jerzy Sadowski, Piotr Przybyłowski. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, 2014; 11 (3): 343-348.
Praca oryginalna
MNiSZW 10

5. **Role of Personal Resources in Depression and Stress in Heart Transplant Recipients.**
Irena Milaniak, Ewa Wilczek-Rużyczka, Karol Wierzbicki, Jerzy Sadowski, Bogusław Kapelak, Piotr Przybyłowski. *Transplantation Proceedings*. 2016;48(5):1761–1766.
Praca oryginalna
IF:0.908
MNiSW: 15

6. **The effect of clinical variables on distress and depressive symptoms among heart transplant recipients.**
Irena Milaniak, Ewa Wilczek-Rużyczka, Karol Wierzbicki, Anna Kędziora, Jacek Piątek, Piotr Przybyłowski. *Heart & Lung*, 2018;47(1):68-72.
Praca oryginalna
IF: 1,730
MNiSW: 20

7. **Relationship Between Satisfaction With Social Support and Self-Efficacy and the Occurrence of Depressive Symptoms and Stress in Heart Transplant Recipients.**
Irena Milaniak, Ewa Wilczek-Rużyczka, Karol Wierzbicki, Jacek Piątek, Bogusław Kapelak, Piotr Przybyłowski. *Transplantation Proceedings*, 2018; 50(7):2113-2118.
Praca oryginalna
IF : 0.806

3.3 Opis osiągnięcia naukowego

Omówienie celu naukowego i osiągniętych wyników wraz z omówieniem ich ewentualnego wykorzystania

3.3.1 Cel naukowy

Celem nadrzędnym badań przedstawionych w cyklu publikacji pod wspólnym tytułem „Funkcjonowanie biopsychospołeczne biorców przeszczepu serca” była ocena funkcjonowania biopsychospołecznego biorców przeszczepu serca w aspekcie adaptacji do życia z przeszczepionym sercem tj. występowania depresji, posiadania zasobów osobistych, przestrzegania zaleceń terapeutycznych i występowania powikłań.

3.3.2 Wprowadzenie i uzasadnienie do podjętych badań

Według wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2016 roku, przeszczep serca istotnie zwiększa przeżycie, wydolność fizyczną, zwiększa szansę na powrót do pracy oraz poprawia jakość życia w porównaniu z konwencjonalnym leczeniem [1].

Pewne aspekty zdrowia i tym samym także skuteczności interwencji medycznych nie dadzą się jednak ująć tylko w parametry fizjologiczne. Chodzi tu m.in. o zdolność do normalnego funkcjonowania w domu, w rodzinie, w pracy, w społeczeństwie bycie wolnym od bólu, innych dolegliwości fizycznych i psychicznych oraz od problemów natury socjalnej i finansowej związanych z chorobą i jej leczeniem. Sukces terapeutyczny przeszczepienia serca sprowadza się do przedłużenia życia chorego, znacznego polepszenia stanu funkcjonalnego i pełnego powrotu do pełnienia funkcji społecznych. Jednakże długoterminowa satysfakcja z nowego życia może być nadszarpnięta przez permanentne ograniczenia i wymagania. Stąd też stan po przeszczepieniu serca, pomimo powrotu chorego do zdrowia jest definiowany, jako choroba przewlekła ze względu na dożywotnie przyjmowanie leków immunosupresyjnych i konieczność pozostawania pod stałą opieką specjalistyczną.

Pacjent po przeszczepieniu serca jest „zmuszony” nauczyć się funkcjonować z ograniczeniami wywołanymi zmianami w stanie zdrowia, gdyż mają one charakter nieodwracalny i są związane między innymi ze zmienionym obrazem swojego ciała, wtórnie spowodowanym leczeniem immunosupresyjnym (hirsutyzm, przerost dziąseł), emocjonalnym stresem w obawie przed możliwością wystąpienia reakcji odrzucania przeszczepionego serca, bądź powikłaniami medycznymi (nowotwory, polekowa niewydolność nerek i inne).

Przewlekłe oddziaływanie czynników związanych z poczuciem choroby, utratą niezależności i poczucia bezpieczeństwa, odciska trwałe piętno na psychice wśród chorych somatycznie i przewlekle.

Zaburzenia lękowe i depresja są przedmiotem wielu badań przeprowadzonych wśród chorych po przeszczepieniu narządów ze względu na jej związek z dużymi deficytami związanymi z samoopieką i brakiem konsekwencji w przestrzeganiu zaleceń. Samopoczucie psychiczne chorego wpływa na wszystkie aspekty postępowania terapeutycznego i pielęgnacyjnego. Istotną rolą członków zespołu terapeutycznego jest, więc rozwijanie poczucia wpływu chorego na własną chorobę oraz kształtowanie i utrzymanie stylu radzenia sobie z chorobą przewlekłą, jakim jest stan po przeszczepieniu narządu zorientowanego na rozwiązywanie problemów związanych z chorobą. Stąd też do najczęstszych zaburzeń psychicznych u chorych po przeszczepieniu narządu można zaliczyć zaburzenia depresyjne i lęk [2,3].

Stres doświadczany przez chorego w okresie przed transplantacją serca, nie ustępuje całkowicie po zabiegu, pomimo znacznej poprawy stanu zdrowia. Przeszczepienie serca jest dla pacjenta dużym wyzwaniem i koniecznością podporządkowania się licznym wymaganiom i adaptacji do nowego życia. Powrót do zdrowia po zabiegu transplantacji oraz dalsze życie jest uzależnione od ścisłego, ale i stresującego przestrzegania zaleceń dotyczących przyjmowania leków immunosupresyjnych i diety oraz podporządkowania się stałemu nadzorowi medycznemu. Pacjent ma również do czynienia ze stałym ryzykiem odrzucania przeszczepionego serca i potencjalnym działaniem niepożądanym przyjmowanych leków [4,5]. Odczuwanie stresu jest również związane ze zwiększoną częstością występowania powikłań w pierwszym roku przeszczepienia narządu i jest związane z pogorszeniem jakości życia oraz obniżeniem satysfakcji z faktu otrzymania nowego życia [6].

Współczesna psychologia zdrowia przypisuje dużą rolę zasobom osobistym, jako czynnikom sprzyjającym zdrowiu i jakości życia. Zasoby osobiste będą, więc względnie stałymi czynnikami osobowymi, które wpływają na to, jak człowiek radzi sobie z trudnymi sytuacjami. Mogą być, więc nazwane potencjałem zdrowia lub zdolnością zdrowotną [7].

Według badań empirycznych, pozytywny wpływ wsparcia społecznego na zdrowie przejawia się m.in. w zmniejszeniu zachorowalności, zachowaniach prozdrowotnych, zmniejszeniu częstości hospitalizacji ryzyka zgonu [8]. Pozytywny wpływ wsparcia społecznego przejawia się w lepszym funkcjonowaniu społecznym i większej satysfakcji z życia [9].

W ostatnich latach wsparcie społeczne i jego oddziaływanie na zdrowie w chorobach układu krążenia pojawiło się, jako ważna dziedzina. W badaniach oceniających wpływ wsparcia społecznego, na jakość życia i wyniki odległe po transplantacji wskazywane jest jego znaczenie, jako czynnika pozytywnego [10,11].

Opieka nad pacjentem po przeszczepieniu narządu wymaga więc ciągłej oceny nie tylko aspektów klinicznych ale i psychospołecznych. Wiedza na temat czynników ryzyka ale pozytywnych zasobów sprawia, iż istnieje zapotrzebowanie na pracę naukową dotyczącą dogłębnej analizy tych czynników jak również ich wpływu na zdrowie biorców przeszczepu serca.

Badaniami objęto pacjentów z po przeszczepieniu serca z jednego ośrodka transplantacyjnego. Wyniki przeprowadzonych badań zostały opublikowane w 7 artykułach stanowiących osiągnięcie naukowe procedury habilitacyjnej. Mogą one zostać wykorzystane jako materiał edukacyjny dla pracowników ochrony zdrowia, zwłaszcza lekarzy, jak również dla samych pacjentów, w celu podnoszenia ich dobrostanu biopsychospołecznego oraz zwiększenia skuteczności terapii. Przedstawione przeze mnie osiągnięcie aspiruje do poszerzenia tej wiedzy jak również daje implikacje praktyczne dotyczące sprawowania opieki nad pacjentem po transplantacji serca.

3.3.3 Omówienie prac składających się na osiągnięcie naukowe

Przedstawiając moje osiągnięcie naukowe w zakresie badań nad funkcjonowaniem biopsychospołecznym pacjentów po przeszczepieniu serca postanowiłam skupić się na następujących celach:

1. Ocena wpływu zasobów osobistych, na jakość życia pacjentów po przeszczepieniu serca.
2. Ocena wskaźnika masy ciała pacjentów po przeszczepieniu serca i ocena konsekwencji nadwagi i otyłości na stan zdrowia.
3. Ocena wpływu siły poczucia koherencji (metazasobu osobistego) na reakcję emocjonalną na przeszczepienie serca
4. Ocena stopnia przestrzegania zaleceń do terapii nadciśnienia tętniczego wśród biorców przeszczepu serca.
5. Ocena wpływu zasobów osobistych na występowanie depresji i stresu wśród biorców przeszczepu serca
6. Analiza wpływu zmiennych klinicznych na występowanie depresji i stresu wśród biorców przeszczepu serca
7. Analiza relacji pomiędzy satysfakcją ze wsparcia społecznego a występowaniem objawów depresji i stresu wśród biorców przeszczepu serca.

Głównym celem pierwszej publikacji (**Milaniak I., Wilczek-Rużyczka E., Przybyłowski P., Wierzbicki K., Siwińska J., Sadowski J.** *Psychological Predictors (Personal Recourses) of Quality of*

Life for Heart Transplant Recipients. Transplantation Proceedings 2014; (46): 2839-2843) była ocena wpływu wybranych zasobów osobistych (poczucie koherencji, strategie radzenia sobie ze stresem, poczucie własnej skuteczności, optymizm) na jakość życia pacjentów po przeszczepieniu serca.

Badaniu poddano 121 pacjentów po operacji przeszczepienia serca. Do realizacji celu badania wykorzystano standaryzowane narzędzia do oceny jakości życia (WHO QOL BREF) i wybranych zasobów osobistych: poczucie koherencji (SOC-29). Optymizm (LOT-R), strategie radzenia sobie ze stresem (MINI-COPE), poczucie własnej skuteczności (GSES). Uzyskane wyniki wskazują na pozytywne oddziaływanie zasobów na jakość życia pacjentów. W modelu predykcyjnym wykazano, iż badane zmienne wyjaśniają 56% zmiennej jakości życia wśród badanej grupy.

Druga praca (**Milaniak I., Przybyłowski P., Wierzbicki K., Sadowski J.** *Post-Transplantation Body Mass Index in Heart Transplant Recipients: Determinants and Consequence. Transplantation Proceedings 2014; (46): 2844-2847*) dotyczyła oceny wskaźnika masy ciała (BMI) oraz oceny potencjalnych czynników predykcyjnych stanu zdrowia badanej grupy.

Przyrost masy ciała mierzony wskaźnikiem masy ciała (BMI) jest powszechnym zjawiskiem u pacjentów zarówno przed jak i po przeszczepieniu narządu unaczynionego, stając się szczególnie istotnym problemem dla długoterminowej opieki w tej grupie pacjentów.

Szczególnie wśród biorców HTx, nawet niewielkie zmiany w masie ciała są związane z wyższym ryzykiem powikłań. W obserwacji odległej nadwaga i otyłość po HTx może prowadzić do zwiększonego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych i rozwoju zespołu metabolicznego.

W badaniu dokonano analizy dokumentacji medycznej 169 biorców przeszczepu serca. Wśród badanej grupy 47% miało nadwagę, a 18% było otyłych. Stwierdzono istotną różnicę pomiędzy płcią a BMI badanych (K 25,016 M 26,697) ($p=0,026$). Stwierdzono również istotną zależność pomiędzy poziomem glukozy ($r=0,348$, $p<0,05$) i cholesterolu ($r=0,278$; $p<0,05$) i HbA1c ($r=-0,258$, $p<0,05$) a poziomem BMI. Pacjenci z otyłością i nadwagą charakteryzowali się wyższym poziomem glukozy (6,41 vs 5,57 mmol/L; $p<0,01$) i obecnością chorób układu krążenia ($p=0,0060$). Nie zaobserwowano zależności pomiędzy protokołem immunosupresji, przyjmowaniem steroidów a występowaniem otyłości i nadwagi. Analiza regresji logistycznej wykazała, iż wskaźnik masy ciała (BMI) badanej populacji istotnie wpływał na występowanie choroby układu krążenia ($\chi^2(1)=3,98$; $p=0,046$) i wyjaśniał około 4% zmienności wyników. Analiza współczynników modelu wykazała, iż u badanych z nadwagą szansa na wystąpienie choroby układu krążenia była ponad dwa razy większa niż u osób będących w normie $B=0,78 \cdot 2(1)=4,07$; $p=0,044$ $Exp(B)$ OR=2,18 (95% CL=1,011 CU=4,66).

W kolejnej pracy (**Milaniak I., Wilczek-Rużyczka E., Wierzbicki K., Sadowski J., Przybyłowski P.** *The influence of sense of coherence on emotional response in heart transplant recipients – a preliminary report. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2014; 11 (2): 220-224*), dokonano oceny wpływu poczucia koherencji i strategii radzenia sobie ze stresem na odpowiedź emocjonalną na zabieg transplantacji u osób po przeszczepieniu serca.

Do badań wykorzystano adaptację Kwestionariusza Odpowiedzi Emocjonalnej na Zabieg Przeszczepienia Narządu (TxEQ) oraz Kwestionariusz Orientacji Życiowej A. Antonovskiego (SOC-29). Badania przeprowadzono wśród 46 biorców serca. Wyniki ukazały, iż biorcy przeszczepu serca nie mają poczucia winy wobec dawcy i trudności z ujawnieniem ich tożsamości, jako biorcy serca. Badanie wskazuje na dobry poziom przestrzegania zaleceń dotyczących leczenia immunosupresyjnego oraz umiarkowaną troskę o swoje przeszczepione serce jak i odpowiedzialność za przeszczepione serce. Siła poczucia koherencji wiązała się z poczuciem winy wobec dawcy, troską przeszczepione serce oraz ujawnieniem faktu transplantacji.

W kolejnej pracy (**Wasilewski GJ., Milaniak I., Janik Ł., Sadowski J., Przybyłowski P.** *Adherence to antihypertensive therapy among heart transplant recipients. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2014; 11 (3): 343-348*) dokonano oceny przestrzegania zaleceń do terapii nadciśnienia tętniczego wśród biorców przeszczepu serca.

Badanie zostało przeprowadzone wśród 55 biorców przeszczepu serca. Do badania wykorzystano m.in. standaryzowany kwestionariusz Morisky – Green Test. W samoocenie przestrzegania zaleceń terapeutycznych w skali od 0 do 10 badana populacja oszacowała swój poziom na średnio $8,49 \pm 1,33$, co jest wysokim wynikiem. Wykazano, że zarówno poziom motywacji (2,20), jak i wiedzy (2,83) jest wysoki wśród biorców przeszczepu serca. Poziom wiedzy był jednak istotnie wyższy niż motywacja ($p < 0,005$). Analiza korelacji wykazała, że samodzielna ocena przestrzegania zaleceń korelowała z poziomem motywacji ($r = 0,357$; $p < 0,007$). W podsumowaniu należy wskazać, iż wytworzenie aktywnej postawy pacjentów w procesie terapeutycznym jest kluczowym i jednocześnie bardzo trudnym zadaniem wymagającym współpracy samego chorego, jego najbliższej rodziny i całego zespołu terapeutycznego.

W kolejnej pracy (**Milaniak I., Wilczek-Rużyczka E., Wierzbicki K., Sadowski J., Kapelak B., Przybyłowski P.** *Role of Personal Resources in Depression and Stress in Heart Transplant Recipients. Transplantation Proceedings 2016; 48(5):1761–1766*) skupiono się na relacji zasobów osobistych w stosunku do występowania depresji i stresu wśród biorców przeszczepu serca.

Do badań włączono 131 biorców przeszczepu serca. Do przeprowadzenia badań użyto standaryzowanych kwestionariuszy: Skala depresji Becka (BDI SF) – ocena występowania symptomów depresji, Skala Spostrzeganego Stresu (PS-10) – ocena poziomu stresu, Skala

poczucia koherencji (SOC-29), Test orientacji życiowej (LOT-R), Skala poczucia własnej skuteczności (GSES).

W analizie regresji wielozmiennej metodą krokową dokonano oceny wpływu wszystkich mierzonych zmiennych niezależnych na poziom depresji. W jej wyniku okazało się, że najsilniejszym predyktorem, samodzielnie wyjaśniającym największy procent wariancji jest siła poczucia koherencji – $F(1, 126) = 120,53$; $p < 0,001$. Okazuje się, że aż 48,9% zmienności w zakresie nasilenia depresji wyjaśnione jest wariancją w zakresie poczucia koherencji. Procent wyjaśnionej wariancji wzrasta istotnie statystycznie do poziomu 52,1% po dodaniu do modelu predyktora w postaci poziomu optymizmu. Ponadto, istotny statystycznie wzrost wyjaśnionej zmienności w zakresie poziomu depresji zachodzi także po dodaniu wymiaru strategii radzenia sobie ze stresem - bezradności. Łącznie wszystkie trzy predyktory wyjaśniają 53,4% wariancji poziomu depresji badanych osób. Okazuje się jednak, że także dodatnie wymiaru akceptacji sprawia, że wyniki poziomu depresji mogą być istotnie statystycznie lepiej przewidywane. Dodanie tego predyktora do modelu wiąże się z istotnym wzrostem procentu wyjaśnianej wariancji by ostatecznie osiągnąć poziom 54,8%. Analogiczną wielozmiennową analizę regresji metodą krokową przeprowadzono w celu zbadania jednoczesnego wpływu wszystkich mierzonych zmiennych niezależnych na poziom stresu. W jej wyniku okazało się, że najsilniejszym predyktorem, samodzielnie wyjaśniającym największy procent wariancji jest również siła poczucia koherencji – $F(1, 126) = 114,55$; $p < 0,001$. Okazuje się, że aż 47,6% zmienności w zakresie nasilenia poziomu stresu wyjaśnione jest wariancją w zakresie poczucia koherencji. Procent wyjaśnionej wariancji wzrasta istotnie statystycznie do poziomu 55,9% po dodaniu do modelu predyktora w postaci wymiaru aktywnego radzenia sobie ze stresem. Poza tym, istotny statystycznie wzrost wyjaśnionej zmienności w zakresie poziomu stresu zachodzi także po dodaniu wymiaru zachowań unikowych. Wszystkie trzy predyktory razem wyjaśniają 58% wariancji poziomu stresu badanych osób. Dodatkowo, także dodatnie poziomu optymizmu wiąże się z istotnym wzrostem procentu wyjaśnianej wariancji i ostatecznie osiąga poziom 59,1%.

Z przeprowadzonych badań wynikają wnioski aplikacyjne. Wyniki sugerują, iż ocena strategii radzenia sobie, poczucia koherencji i optymizmu powinna być oceniana u biorców przeszczepów serca, a następnie pozytywne elementy powinny być umacniane po transplantacji. Interwencje koncentrujące się na zasobach osobistych są uzasadnione w celu poprawy wyników funkcjonowania psychologicznego u pacjentów po transplantacji serca.

W kolejnej pracy (**Milaniak I., Wilczek-Rużyczka E., Wierzbicki K., Kędziora A., Piątek J., Przybyłowski P.** *The effect of clinical variables on distress and depressive symptoms among heart transplant recipients. Heart&Lung* 2018; 47(1): 68-72) dokonano analizy wpływu zmiennych klinicznych na występowanie depresji i stresu wśród biorców przeszczepu serca.

Badaniu poddano 131 biorców przeszczepu serca. Do badań wykorzystano skalę depresji Becka (BDI SF) i stresu (PSS-10) oraz wybrane zmienne kliniczne.

Prawie połowa uczestników (40,5%) prezentowała objawy depresji w czasie oceny. Symptomy ciężkiego stresu zaobserwowano u 30% badanych. Symptomy depresji i dystresu były częściej obserwowane u pacjentów z wieloma chorobami współistniejącymi, przyjmującymi dużą liczbę leków i z objawami niewydolności serca w skali NYHA. Ponadto, w wieloczynnikowej regresji logistycznej, występowanie depresji i wysokiego poziomu dystresu było przewidywane przez następujące niezależne czynniki: chorobę naczyniową graftu, występowanie nowotworu, cukrzycę, wyższą skalę NYHA i współistniejące choroby.

Analiza współczynników modelu wykazała, że największy i ujemny wpływ na występowanie objawów miała choroba naczyniowa graftu $\beta = -2,06$, $\chi^2(1) = 8,67$; $p < 0,01$, oraz nowotwór $\beta = -1,75$, $\chi^2(1) = 4,46$; $p < 0,05$. Stymulującą na poziom występowania objawów wpływał NYHA $\beta = 1,98$, $\chi^2(1) = 4,63$; $p < 0,05$. Dodatkowa analiza wykazała wyniki na granicy tendencji statystycznej przy parametrach cukrzycy $\beta = -1,28$, $\chi^2(1) = 3,21$; $p = 0,073$ oraz liczby chorób $\beta = 0,69$, $\chi^2(1) = 2,9$; $p = 0,088$. Ponadto analizy wykazały, iż niewydolność nerek występowała przy zwiększonym stresie $rHO = 0,22$; $p < 0,05$ oraz depresji $rHO = 0,28$; $p < 0,01$. Dalsza analiza wykazała, że występowanie nadciśnienia było powiązane z wyższymi wynikami na skali depresji $rHO = 0,17$; $p = 0,05$. Kolejna analiza wykazała, że liczna chorób wzrastała wraz ze wzrostem wyników na skali stresu $rHO = 0,21$; $p < 0,05$ oraz depresji $rHO = 0,23$; $p < 0,01$. Następną analizę wykazała, że liczba leków wzrastała wraz ze wzrostem wyników na skali depresji $rHO = 0,25$; $p < 0,01$.

W ostatniej pracy (*Milaniak I., Wilczek-Ruzyczka E., Wierzbicki K., Piątek J., Kapelak B., Przybyłowski P. Relationship Between Satisfaction With Social Support and Self-Efficacy and the Occurrence of Depressive Symptoms and Stress in Heart Transplant Recipients. Transplantation Proceedings 2018; 50(7): 2113-2118*) dokonano oceny relacji pomiędzy satysfakcją ze wsparcia społecznego a występowaniem objawów depresji i stresu wśród biorców przeszczepu serca.

W badaniu wzięło udział 123 uczestników, w tym 30 kobiet i 93 mężczyzn w wieku $M = 54,8$ lat; $SD = 13,25$. W badaniu wykorzystano następujące narzędzia: Berlin Social Support Scales (BSSS), Beck Depression Inventory (BDI) i General Self-Efficacy Scale (GSES).

W badanej grupie poziom depresji zmniejszał się wraz ze wzrostem wsparcia społecznego emocjonalnego ($r = -0,41$, $p < 0,001$), instrumentalnego ($r = -0,47$; $p < 0,01$) i faktycznie otrzymanego wsparcia ($r = -0,23$; $p < 0,01$). Z kolei poziom stresu zmniejszał się wraz ze wzrostem zastosowania instrumentalnego wsparcia ($r = -0,33$, $R < 0,05$) i postrzeganego wsparcia ($r = -0,46$, $p < 0,05$). Poziom samooceny miał pozytywny wpływ na wsparcie

emocjonalne i instrumentalne, a także na postrzegane i faktycznie otrzymywane wsparcie. Analiza regresji wykazała, iż poziom (instrumentalnego) wsparcia społecznego i poczucie własnej skuteczności działają jako predyktory występowania depresji ($R^2 = 0,43$, $p < 0,05$) i stresu wśród biorców przeszczepu serca ($R^2 = 0,36$, $p < 0,05$). Uzyskane wyniki potwierdzają wpływ wsparcia społecznego i poczucia własnej skuteczności na występowanie objawów depresji i stresu.

3.3.4 Wkład osiągnięcia naukowego do rozwoju dziedziny nauk o zdrowiu

W omawianym cyklu prac poruszyłam znaczenie oceny biopsychospołecznej biorców przeszczepu serca w kontekście sprawowania opieki nad tą grupą pacjentów.

W 1964 roku, Dr James Hardy przeprowadził pierwszą operację przeszczepienia serca w Jackson, Mississippi przeszczepiając serce szympansa 68 -letniemu mężczyźnie. Pacjent zmarł godzinę po zabiegu, ze względu na dysproporcję wagi pomiędzy biorcą a dawcą. Trzy lata później, w grudniu 1967 roku, dr Christian Barnard przeprowadził pierwsze udane przeszczepienie serca od człowieka do człowieka w Cape Town, w Republice Południowej Afryki. Pacjent ten przeżył 18 dni, umierając na zapalenie płuc.

W kilkanaście miesięcy po tym zabiegu dokonano wielu przeszczepień serca, jednak wkrótce wiele programów transplantacji serca uległo zamknięciu z powodu wyższych niż przewidywano wskaźników umieralności. Wraz z postępem medycyny, osiągnięciami w zakresie pobierania narządów, ich alokacji, bezpiecznej i skutecznej immunosupresji, przeszczepienie serca stało się realną opcją leczenia dla wybranej grupy pacjentów ze schyłkową niewydolnością serca. Trwają ciągle badania nad mechanizmami odrzucania przeszczepionego serca, chorobą naczyniową graftu, nowotworami, i toksycznością leków immunosupresyjnych, czyli czynnikami warunkującymi długotrwałe przeżycie biorców. Czynniki fizyczne i problemy psychospołeczne wśród pacjentów po przeszczepieniu serca stały się przedmiotem coraz większej liczby badań. Optymalnym wynikiem transplantacji serca jest nie tylko przedłużenie życia pacjenta, ale także holistyczne funkcjonowanie pacjenta w ujęciu biopsychospołecznym.

Procesy zdrowia i choroby są zdeterminowane zarówno przez zasoby jak i deficyty (także w posiadanych zasobach) albo defekty w strukturach biologicznych i psychologiczno społecznych. Właściwości te można określić, jako predyktory zdrowia lub choroby. Wpływają one pozytywnie bądź negatywnie na jakość życia jednostki. Pozytywne wyznaczniki wspomagają jednostkę

w podejmowanych przez nią wysiłkach, prowadzących do opanowania, redukcji czy podłożenia wymaganiom sytuacji stresowej, w jakiej się znalazła [12].

Uzyskane przeze mnie wyniki pokazują, iż życie z przeszczepionym sercem wymaga pełnej akceptacji tej trudnej metody leczenia i konieczności nauczenia się myślenia o obcym sercu jak o własnym. Niektórzy pacjenci umieją zachować radość życia, a nawet próbować zmienić swoje życie na lepsze. Są jednak tacy, których obiektywnie stan somatyczny jest zupełnie dobry, ale życie nie przynosi im zadowolenia. Osobom żyjącym z przeszczepionym sercem stale towarzyszy niepewność, co do rokowania, lęk przed odrzuceniem przeszczepionego serca, który nasila się w sytuacji wystąpienia niepokojących objawów.

Moje badania wskazują na potrzebę wzmacniania zasobów osobistych pacjentów po przeszczepieniu serca, szczególnie metazasobu, jakim jest poczucie koherencji, ze względu na jego moderującą właściwość, również związki z innymi zasobami i adaptacją psychologiczną. Zapewnienie warunków dla zachowania poczucia koherencji w procesie leczenia to zadanie dla całego zespołu terapeutycznego. Postępowanie terapeutyczne powinno obejmować psychoterapię oraz inne oddziaływania psychologiczne. Konieczne jest zapewnienie stabilności i zgodności oddziaływań zespołu, wymiany poglądów, dzielenie się wiedzą, stawianie wymagań.

Zespół transplantacyjny powinien pomóc pacjentowi zrozumieć swoją nową sytuację chorobową poprzez rozwijanie przekonania, że potrafi żyć z przeszczepionym sercem, że życie z przeszczepionym sercem jest przewidywalne oraz życie z przeszczepionym sercem, pomimo, iż niesie ze sobą problemy i ograniczenia ma sens i jest warte wkładanego weń codziennego trudu, ponieważ pacjent otrzymał dar życia, nowe życie, za które jest odpowiedzialny i powinien godnie z niego korzystać.

W sprawowaniu opieki nad pacjentem, ważne jest zwiększanie umiejętności wykorzystania posiadanych zasobów osobistych, wykorzystanie wsparcia społecznego, rozwijanie pozytywnych strategii radzenia sobie ze stresem.

Zamierzone korektywne działania w zakresie wzmacniania zasobów odpornościowych powinny mieć charakter długofalowej modyfikacji, gdyż tylko dzięki temu będzie można osiągnąć satysfakcję z życia z przeszczepionym sercem.

Konieczne jest również wzmacnianie adaptacyjnych, aktywnych strategii radzenia sobie ze stresem. Wymaga to wyważonego podejścia do rozwiązywania problemów i wskazania jak przygotować się na zmiany, aby osiągnąć maksymalny poziom komfortu w obliczu wydarzeń towarzyszących życiu z przeszczepionym sercem.

Ze względu na występowanie objawów depresji w badanej grupie, konieczna jest również identyfikacja grupy z objawami depresji, co umożliwi podjęcie właściwego leczenia, gdyż depresja ma wpływ na stan zdrowotny serca i może powodować zmiany w jego funkcjonowaniu, może również wpływać na przeżycie biorców.

Niemniej ważnym wkładem w poznanie funkcjonowania biorców przeszczepu serca jest wytworzenie aktywnej postawy pacjentów w procesie terapeutycznym w zakresie przestrzegania zaleceń terapeutycznych dotyczących leczenia farmakologicznego, zaleceń dietetycznych i aktywności fizycznej.

Należy zwrócić uwagę, iż niewiele jest badań dotyczących funkcjonowania biopsychospołecznego przeprowadzonych na polskiej populacji biorców przeszczepu serca. Badania były prowadzone na populacji osób przeszczepionych w jednym ośrodku transplantacyjnym, jednakże uzyskane wyniki oraz analiza światowej literatury wskazują na potrzebę oceny psychologicznej biorców przeszczepu serca oraz na wzmacnianie pozytywnych elementów psychologii zdrowia.

Wraz z rozwojem mojej kariery naukowej i doświadczeniem w zakresie badań naukowych coraz bardziej wiążę projekty badawcze ze współpracą interdyscyplinarną, jak również międzynarodową. Taki model uprawiania nauki wydaje się dawać szansę na innowacyjność rozwiązywania problemów badawczych, jak również korzyści w rozwoju społecznym. Założone cele realizuję obecnie w odniesieniu do poruszanej w cyklu prac, problematyki nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych.

1. Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca. Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca w 2016 roku. *Kardiologia Polska* 2016; 74, 10: 1037–1147;
2. Dew MA., Di Martini AF. Psychological Disorders And Distress After Adult Cardiothoracic Transplantation. *J CardiovascNurs* 2005; 20(5S):51-66.
3. Nickels MA. Common Psychiatric Problems In The Well Transplant Patient. *Graft* 2001;(4):290-8.
4. Heinrich T., Marcangelo M. Psychiatric Issues In Solid Organ Transplantation. *HarvRev Psychiatry* 2009; 17(6):398-406.
5. Dew MA., Myaskowsky L., Switzer G., Dimartini AF., Shulberg HC., Kormos RL. Profiles And Predictors Of The Course Of Psychological Distress Across Four Years After Heart Transplantation. *Psychological Medicine* 2005;35:1215-1227.
6. Grady KL., Wang E., White-Willimas C., Naftel DC., Myers S., Kirklin JK., Rybarczyk B., Young JB., Pelegrin D., Kobashigawa J., Higgins R., Heroux A. Factors Associated With Stress And Coping At 5 And 10 Years After Heart Transplantation. *The Journal Of Heart And Lung Transplantation* 2013; 42(4):437-446.

7. Heszen I., Sęk H. Psychologia Zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012
8. Luttik ML., Jaarsma T., Moser D. i wsp. The Importance And Impact Of Social Support On Outcomes In Patients With Heart Failure: An Overview Of The Literature. J CardiovascNurs2005; 20: 162-169
9. Helgeson VS. Social Support And Quality Of Life. Qual Life Res 2003; 12 (Supl. 1): 25-31.
10. Cupples S., Dew MA., Grady KL., De Geest S., Dobbles F., Lanuza D., Paris W. Report Of The Psychosocial Outcomes Workgroup Of The Nursing And Social Sciences Council Of The International Society For Heart And Lung Transplantation: Present Status Of Research On Psychosocial Outcomes In Cardiothoracic Transplantation: Review And Recommendations For The Field. Journal Of Heart And Lung Transplantation 2006; 25(6):716-725.
11. White WC. Quality Of Life After Heart Transplantation. W: Kirklin JK., Mcgriffin D., Young BJ. (Red.). Cardiac Transplantation: Churchill Livingstone, Philadelphia 2002; Str. 703-713.
12. Poprawa R. Zasoby Osobiste W Radzeniu Sobie Ze Stresem. W: Dolińska-Zygmunt G. (Red.). Psychologia Zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2006; Str.99-136.