

Wolski Konrad¹, Płatek Monika¹, Krupińska Elżbieta¹,

¹ Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie, Collegium Medicum

Wstęp

Problematyka komunikacji interpersonalnej w opiece zdrowotnej zyskuje coraz większe znaczenie, zwłaszcza w obszarach szczególnie wrażliwych, takich jak transplantologia. Pacjenci po przeszczepie to grupa chorych z wieloma problemami klinicznymi, emocjonalnymi i społecznymi, u których komunikacja nabiera szczególnego znaczenia, nie jest dodatkiem do terapii, lecz jej integralną częścią. Warunkuje budowanie relacji terapeutycznej, zwiększa zaangażowanie chorego, przez co przyczynia się do poprawy efektów leczenia. Z uwagi na fakt podziału obowiązków i zróżnicowania kompetencji zawodowych w zespołach terapeutycznych pielęgniarki sprawujące ciągłą opiekę najdłużej przebywają z pacjentem, co przekłada się na potrzebę kształtowania umiejętności komunikacyjnych. Pielęgniarki mają najbliższy kontakt z pacjentem, a ich rola nie ogranicza się jedynie do realizacji zleceń lekarskich, są niejednokrotnie pierwszym źródłem informacji, wsparcia i emocjonalnego bezpieczeństwa dla pacjentów znajdujących się w trudnej sytuacji zdrowotnej. Dlatego tak ważne staje się zrozumienie, jakie trudności komunikacyjne mogą występować w relacji pielęgniarka–pacjent transplantologiczny oraz jakie konsekwencje mogą z nich wynikać – zarówno dla procesu terapeutycznego, jak i psychicznego dobrostanu chorego.

Celem pracy była analiza barier i wyzwań komunikacyjnych z jakimi pielęgniarki mierzą się w kontakcie z biorcami i dawcami narządów oraz ich bliskimi.

Charakterystyka problemów pacjentów transplantologicznych

Pacjenci transplantologiczni znajdują się w zaawansowanym stadium choroby narządu, co wiąże się z długotrwałym leczeniem, licznymi hospitalizacjami oraz postępującym pogorszeniem jakości życia.[14] Transplantacja staje się jedyną szansą na uratowanie życia lub jego znaczącą poprawę. Jednak sam proces transplantacyjny niesie za sobą szereg wyzwań zarówno medycznych, jak i emocjonalnych, społecznych oraz etycznych i dotyczy w równym stopniu biorców, jak i dawców narządów. Wyróżnia się dwie podstawowe grupy dawców: dawców żywych oraz zmarłych. Dawcy żywi to osoby, które w pełni świadomie i dobrowolnie decydują się oddać część swojego narządu, najczęściej nerkę lub fragment wątroby bliskiej osobie [23]. Taka decyzja wynika z silnej więzi

emocjonalnej, poczucia obowiązku lub chęci ratowania życia drugiego człowieka. Towarzyszą jej jednak złożone emocje, takie jak nadzieja, duma, ale też lęk, niepewność czy obawy o własne zdrowie po operacji. W tym kontekście kluczowe znaczenie ma wsparcie psychologiczne i edukacja. Dawca musi mieć zapewniony dostęp do rzetelnych informacji, pomocy w rozpoznaniu i zrozumieniu swoich emocji oraz możliwości przepracowania dylematów moralnych. Istotna jest także ocena motywacji oraz relacji między dawcą a biorcą, co pozwala wykluczyć sytuacje nacisku lub nieświadomego przymusu. Systematyczna opieka psychologa na każdym etapie – od decyzji o dawstwie po rekonwalescencję – umożliwia skuteczną adaptację do nowej sytuacji życiowej i wspiera dobrostan psychiczny dawcy. Dawcy zmarli stanowią odrębną kategorię. W ich przypadku decyzją o pobraniu narządów zostaje obarczona rodzina, nawet gdy wiadoma jest wola zmarłego, nawet gdy literatura prawa jest jednoznaczna. Dla wielu rodzin możliwość uratowania innych istnień stanowi symboliczne „przedłużenie” życia zmarłego i może pomóc w procesie żałoby. Z kolei pacjent oczekujący na przeszczep znajduje się w jednej z najbardziej ekstremalnych sytuacji życiowych – zagrażającej zdrowiu, życiu i tożsamości. Oprócz ryzyka biologicznego, mierzy się z niepewnością, poczuciem braku kontroli, stresem egzystencjalnym i koniecznością redefinicji własnego życia. Samo oczekiwanie na telefon informujący o pozyskaniu dawcy jest przyczyną przewlekłego napięcia emocjonalnego. Emocje dominujące w tym okresie to m.in. strach przed bólem, śmiercią, odrzutem przeszczepu, obawa przed nieznanym oraz nadzieja na zdrowie. Występuje także poczucie winy – zwłaszcza jeśli przeszczep pochodzi od osoby zmarłej – oraz nierealistyczne oczekiwania wobec leczenia. Po transplantacji pojawiają się nowe wyzwania emocjonalne: ulga i radość miesza się z lękiem przed komplikacjami, zmęczeniem, a niekiedy depresją i problemami z tożsamością. Niektórzy pacjenci zadają sobie pytania egzystencjalne: „czy to nadal moje ciało?”, „czy jestem sobą?”. Stąd też tak ważne jest ciągle wsparcie psychologiczne – zarówno w zakresie edukacji, jak i pracy nad akceptacją siebie, radzeniem sobie ze stresem. Wyniki badań przeprowadzonych wśród dawców wykazały, że wszyscy uznawali swoją decyzję za słuszną i zadeklarowali, że podjęliby ją ponownie, większość wskazywało poprawę relacji z biorcą [11]. Wśród biorców pojawiało się poczucie winy, co mogło wpływać na ich stan psychiczny i relacje interpersonalne [16]. Pacjenci zakwalifikowani do transplantacji najczęściej cierpią na schyłkową niewydolność narządów, taką jak choroba nerek, serca, wątroby lub płuc. Wieloletnia choroba prowadzi do wyniszczenia fizycznego, zaburzeń metabolicznych i licznych powikłań. Przeszczepienie narządu stanowi szansę na poprawę jakości życia, ale nie kończy leczenia. Pacjenci wymagają systematycznych kontroli, przyjmowania leków immunosupresyjnych i przestrzegania ścisłych zaleceń medycznych. Istotną rolę odgrywa tu przygotowanie informacyjne i emocjonalne do zabiegu oraz opieka edukacyjna i psychologiczna.

Psychospołeczny profil pacjenta

Psychospołeczny profil pacjenta kwalifikowanego do przeszczepienia nerki od żywego dawcy

uwzględnia nie tylko stan somatyczny, ale także funkcjonowanie psychiczne, społeczne i rodzinne. Chorzy z przewlekłą chorobą nerek (PChN), szczególnie na etapie schyłkowej niewydolności nerek (SNN), często doświadczają znacznego obniżenia jakości życia, nie tylko w sferze fizycznej, ale również emocjonalnej i społecznej. W procesie kwalifikacji do transplantacji uwzględnia się aktualny stan psychiczny pacjenta, jego odporność na stres, zdolność radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych oraz motywację do przeszczepienia. Istnieją przeciwwskazania bezwzględne (np. aktywne zaburzenia psychiczne, demencja, myśli samobójcze) oraz względne (np. zaburzenia osobowości, przebyte próby samobójcze, schizofrenia w remisji), które mogą wpływać na decyzję o przeszczepieniu. Kluczowe znaczenie w przygotowaniu chorego ma edukacja zdrowotna prowadzona przez personel medyczny. Uświadomienie pacjentowi celu i możliwych konsekwencji zabiegu, a także zaangażowanie go w proces leczenia zwiększa jego poczucie kontroli, skuteczności i może prowadzić do poprawy stanu psychicznego. Osoby, które przeszły transplantację od żywego dawcy, wykazują większe poczucie szczęścia, zaangażowania społecznego i lepsze relacje społeczne niż pacjenci po przeszczepie od zmarłego dawcy. Z badań wynika również, że pacjenci ci charakteryzują się wyższym poziomem prężności psychicznej i są bardziej zdolni do adaptacyjnego przystosowania się do nowej sytuacji życiowej, co sprzyja wzrostowi potraumatycznemu i poprawie jakości życia po przeszczepieniu [19].

Rola komunikacyjna pielęgniarek

Transplantacja narządów, tkanek i komórek to skomplikowany i wieloetapowy proces wymagający ścisłej współpracy zespołu interdyscyplinarnego. Pielęgniarka zajmuje w nim miejsce kluczowe – zarówno jako członek zespołu terapeutycznego, jak i samodzielny specjalista. Jej działania obejmują funkcje opiekuńcze, edukacyjne, emocjonalne, diagnostyczne i koordynacyjne, skierowane do biorcy, dawcy oraz ich rodzin. Wysoki poziom kompetencji zawodowych oraz społecznych stanowi fundament efektywnej i bezpiecznej opieki transplantacyjnej. Pielęgniarka sprawuje kompleksową opiekę nad pacjentem w całym przebiegu procesu transplantacji – w okresie przedoperacyjnym, w trakcie zabiegu oraz w fazie pooperacyjnej. W odniesieniu do biorcy, obejmuje to przygotowanie fizyczne i psychiczne, kontrolę parametrów życiowych, podawanie leków, obserwację stanu klinicznego, wczesne wykrywanie powikłań, takich jak odrzut przeszczepu czy infekcje, oraz prowadzenie rehabilitacji. Ważną częścią pracy jest również monitorowanie skutków ubocznych leczenia immunosupresyjnego i reagowanie na nie w sposób zgodny z obowiązującymi standardami medycznymi. W przypadku dawcy, zwłaszcza zmarłego, pielęgniarka – najczęściej pracująca w oddziale intensywnej terapii – bierze udział w procedurze orzekania śmierci mózgu, stabilizuje parametry fizjologiczne dawcy do czasu pobrania narządów, współpracuje z zespołem transplantacyjnym i dokumentuje cały proces medyczny. Równie ważnym aspektem jest zapewnienie wsparcia emocjonalnego i informacyjnego rodzinie dawcy.

Pielęgniarka pełni funkcję pośrednika komunikacyjnego między pacjentem a innymi

członkami zespołu terapeutycznego. Jako pierwsza dostrzega objawy niezrozumienia, niepokoju lub pogorszenia samopoczucia. Wspiera pacjenta w artykułowaniu potrzeb, wyjaśnia procedury, pomaga zrozumieć podejmowane decyzje. Dbą przy tym o autonomię chorego. W kontaktach z rodziną pacjenta, rola ta jest tożsama. Współczesne pielęgniarstwo transplantacyjne wymaga posiadania wyspecjalizowanej wiedzy i umiejętności, którą pielęgniarzka/pielęgniarski rozwijają w kształceniu podyplomowym [13]. Począwszy od kursu specjalistycznego [24], przez kursy kwalifikacyjne [25,26] i szkolenia specjalizacyjne [27,28,29]. Nieodzowną częścią profesjonalizmu są kompetencje społeczne: umiejętność pracy zespołowej, rozwiązywania dylematów etycznych, autorefleksji zawodowej, promowanie transplantologii w społeczeństwie oraz szacunek wobec różnorodności kulturowej i światopoglądowej pacjentów.

Pielęgniarka w procesie transplantacyjnym pełni rolę opiekuna, nauczyciela, mediatora i rzecznika pacjenta, co wpływa nie tylko na przebieg leczenia, ale również na jakość życia pacjentów i ich rodzin. W kontekście tak obciążającego emocjonalnie i technicznie procesu, jakim jest transplantacja, wysoka jakość opieki pielęgniarzkiej staje się jednym z kluczowych warunków powodzenia terapii i budowania zaufania wobec systemu ochrony zdrowia. Skuteczna komunikacja w transplantologii obejmuje zarówno przekaz werbalny, jak i niewerbalny. Każdy z tych elementów pełni istotną funkcję w budowaniu relacji między pacjentem a personelem medycznym oraz w kształtowaniu poczucia bezpieczeństwa i zaufania. Komunikacja werbalna polega na świadomym używaniu języka prostego, przejrzystego i dostosowanego do poziomu wiedzy i aktualnego stanu emocjonalnego pacjenta. Szczególnie ważne jest unikanie nadmiernego żargonu medycznego, który może być niezrozumiały lub mylący dla osób niezwiązanych z medycyną. Pacjent lepiej przyswaja informacje, kiedy są one przedstawiane w sposób logiczny, zrozumiały i uwzględniający jego osobiste doświadczenia oraz obawy. Pacjenci transplantologiczni często mają trudności ze zrozumieniem specjalistycznych terminów, co może potęgować ich niepokój i zniechęcać do zadawania pytań [17]. Dlatego kluczowe znaczenie ma jasne i zrozumiałe przekazywanie informacji dotyczących diagnozy, planowanych procedur, potencjalnych powikłań, leczenia pooperacyjnego oraz konieczności stosowania leków immunosupresyjnych. Precyzyjne i empatyczne informowanie o wykonywanych procedurach nie tylko redukuje poziom stresu, ale zwiększa zaangażowanie pacjenta w proces leczenia oraz ułatwia podejmowanie świadomych decyzji. Równie ważna jest komunikacja niewerbalna. Wrażliwy pacjent, często funkcjonujący w warunkach silnego stresu i niepewności, może zinterpretować nawet subtelne sygnały niewerbalne jako oznakę obojętności, pośpiechu czy braku empatii. Zachowania niewerbalne są często odbierane przez pacjentów jako bardziej szczerze i wiarygodne niż słowa [16]. Szczególne znaczenie ma spójność między słowem a gestem – brak tej zgodności może być przez pacjenta odbierany jako nieuczciwość, bagatelizowanie jego problemów lub brak zaangażowania [19]. Nieuświadomione sygnały niewerbalne – brak uśmiechu, unikanie spojrzenia, zamknięta postawa – mogą być przez pacjentów interpretowane jako brak empatii,

dystans lub niezrozumienie. Warto również pamiętać, że w sytuacjach granicznych, takich jak przekazywanie informacji o komplikacjach lub zagrożeniach zdrowotnych, nawet milczenie może być silnym komunikatem emocjonalnym – pozytywnym, gdy towarzyszy mu obecność i wsparcie, lub negatywnym, gdy pacjent zostaje z nim sam. Komunikacja z pacjentem transplantologicznym powinna więc uwzględniać pełne spektrum przekazu – zarówno słownego, jak i niewerbalnego. Zarówno pielęgniarka jak i cały zespół terapeutyczny powinni wykazywać się nie tylko kompetencją medyczną, ale również uważnością i empatią wyrażaną przez mowę ciała. Dlatego też sztuka komunikowania się w transplantologii nie sprowadza się wyłącznie do przekazywania informacji – to świadome budowanie relacji terapeutycznej, w której każde słowo i każdy gest mają znaczenie. To, jak personel medyczny mówi, słucha i milczy, może mieć bezpośredni wpływ na stan emocjonalny pacjenta i jego gotowość do podjęcia leczenia, a w konsekwencji – na efektywność całego procesu terapeutycznego.

Komunikacja w warunkach stresu i niepewności

Lęk o skuteczność zabiegu, troska o życie i zdrowie dawcy, niepewność dotycząca przyjęcia przeszczepu przez organizm, a także konieczność podporządkowania się nowemu, często bardzo restrykcyjnemu reżimowi leczenia mogą powodować napięcie psychiczne, frustrację, a nawet prowadzić do kryzysów emocjonalnych. Taka sytuacja nie tylko wpływa na ogólny stan psychiczny pacjenta, ale może także znacząco zaburzać jego zdolność do odbioru i przetwarzania informacji, a co za tym idzie – utrudniać podejmowanie świadomych decyzji terapeutycznych. Skuteczna komunikacja w warunkach silnego stresu opiera się przede wszystkim na trzech filarach: przewidywalności, zrozumiałości i wsparciu emocjonalnym. Pacjenci funkcjonujący w stanie napięcia potrzebują jasnych, konkretnych i uporządkowanych informacji, które są przekazywane w sposób dostosowany do ich stanu psychicznego i emocjonalnego. Kluczowe znaczenie ma nie tylko sam przekaz merytoryczny, ale również styl komunikacji – ton głosu, tempo mówienia, mimika oraz sposób reagowania na emocje pacjenta. Wysokiemu poziomowi stresu towarzyszy często spadek zdolności poznawczych – pacjenci mogą mieć trudność z logicznym myśleniem, koncentracją, przyswajaniem informacji czy ich zapamiętywaniem. Co więcej, badania pokazują, że w takich okolicznościach neutralne, a nawet pozytywne komunikaty bywają przez pacjentów interpretowane jako zagrożenie. Dlatego tak istotne jest prowadzenie rozmowy w atmosferze spokoju i empatii, bez pośpiechu, najlepiej etapami – z możliwością zadawania pytań i powracania do kluczowych treści. Warto przy tym monitorować, czy pacjent rozumie przedstawiane informacje oraz czy nie obawia się ich kwestionować lub prosić o wyjaśnienie. W praktyce pomocne jest wykorzystywanie pytań otwartych, parafrazowanie wypowiedzi pacjenta, odzwierciedlanie jego emocji oraz stosowanie świadomych pauz, które pozwalają mu uporządkować myśli i poczuć się naprawdę wysłuchanym. Wymaga to od personelu medycznego wysokich kompetencji interpersonalnych, cierpliwości oraz umiejętności adaptacji stylu komunikacji do aktualnych potrzeb chorego. Nieodzowne jest także przygotowanie zespołu medycznego do rozpoznawania sygnałów wskazujących na zaburzenia nastroju, lęk, depresję lub

obniżenie zdolności do radzenia sobie z trudną sytuacją kliniczną. Personel powinien być przeszkolony w zakresie reagowania na emocje pacjentów oraz udzielania im wsparcia emocjonalnego. W szczególnie trudnych momentach – jak przekazywanie informacji o możliwych powikłaniach, odrzucie przeszczepu czy ryzyku niepowodzenia – komunikacja musi być nie tylko jasna, ale też empatyczna i wzmacniająca. Pomocne w ułatwieniu zrozumienia złożonych zagadnień medycznych może być stosowanie metafor, analogii i wizualizacji – porównań do znanych pacjentowi zjawisk z codziennego życia, które pozwalają uprościć przekaz i nadać mu bardziej przystępną formę. Warto również świadomie włączać do rozmowy komunikaty wspierające, takie jak: „to naturalne, że czuje Pan/Pani lęk”, „jest szansa na bardzo dobre rokowania” czy „będziemy z Panem/Panią na każdym etapie leczenia – nie zostanie Pan/Pani z tym sam(a)”. Komunikacja w warunkach stresu to nie tylko przekazywanie faktów – to przede wszystkim budowanie relacji zaufania i bezpieczeństwa. Tylko dzięki niej pacjent może w pełni zaangażować się w proces leczenia, poczuć się podmiotem, a nie jedynie odbiorcą terapii i z większą pewnością podejmować decyzje mające wpływ na jego zdrowie i życie.

Znaczenie empatii, aktywnego słuchania i zrozumienia

Pacjent po przeszczepie lub czekający na transplantację znajduje się w stanie szczególnego zagrożenia egzystencjalnego — obawia się o swoje życie, o to, czy przeżyje operację, czy przeszczep się przyjmie, a także czy będzie w stanie wrócić do normalnego funkcjonowania. W tym kontekście sama wiedza medyczna nie wystarcza. Niezbędna staje się umiejętność komunikowania się z pacjentem w sposób wspierający, empatyczny i skoncentrowany na jego potrzebach emocjonalnych i egzystencjalnych. Empatia w komunikacji z pacjentem transplantologicznym nie oznacza litowania się, ale świadome rozpoznanie, zrozumienie i adekwatne reagowanie na emocje pacjenta. W takich sytuacjach podstawą skutecznej komunikacji jest aktywne słuchanie - czyli pełne, uważne zaangażowanie w rozmowę z pacjentem, oparte nie tylko na odbiorze słów, ale także na ich interpretacji w kontekście przeżyć, emocji i wartości chorego. Lekarz czy pielęgniarka powinni nie tylko słuchać, ale również wyraźnie okazywać, że słyszą i rozumieją. Można to osiągnąć poprzez parafrazowanie wypowiedzi pacjenta (np. „Czy dobrze rozumiem, że najbardziej obawia się Pan skutków ubocznych?”), potakiwanie, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, stawianie pytań otwartych oraz wyrażanie zrozumienia dla emocji chorego. Zrozumienie pacjenta to nie tylko reakcja na to, co zostaje wypowiedziane wprost. Obejmuje również dostrzeganie niewyrażonych lęków, trudnych emocji takich jak wstyd, złość, żal czy poczucie winy — zwłaszcza u tych pacjentów, którzy przyjęli narząd od bliskiego dawcy. Dla wielu osób przeszczepienie narządu wiąże się z ambiwalencją – radością z szansy na życie i jednocześnie lękiem przed odpowiedzialnością wobec osoby, która oddała organ. Trudności może też sprawiać akceptacja „cudzego” narządu jako części własnego ciała, co bywa źródłem psychicznego napięcia. Empatia w takim kontekście polega na zdolności „wejścia w buty” pacjenta — na zrozumieniu jego obaw, dylematów, niezadanych pytań i milczących

wątpliwości. Sama procedura transplantacji, nawet jeśli zakończy się sukcesem chirurgicznym, nie daje gwarancji dobrego samopoczucia i satysfakcji pacjenta. Jeśli zabraknie wsparcia emocjonalnego i zrozumienia jego sytuacji życiowej, może dojść do obniżenia jakości życia oraz zaburzeń adaptacyjnych. Aktywne słuchanie obejmuje nie tylko słowa, ale i to, co niewypowiedziane — pauzy w rozmowie, zmiany tonu głosu, gesty, unikanie kontaktu wzrokowego czy przygarbioną postawę ciała. Wymaga od personelu pielęgniarskiego obecności „tu i teraz”, bez oceniania, pośpiechu czy automatyzmu. Tylko wtedy pacjent ma szansę poczuć się naprawdę zauważony i zrozumiany, a to z kolei buduje jego zaufanie do zespołu medycznego i wzmacnia poczucie bezpieczeństwa — niezbędne dla skutecznego leczenia, rekonwalescencji i trwałej adaptacji do życia po transplantacji. Pacjenci szczególnie źle znoszą sytuacje, w których nie mają możliwości rozmowy o swoich uczuciach, kiedy ich potrzeby emocjonalne są ignorowane, a oni sami traktowani są przedmiotowo – jako „przypadek medyczny”, a nie jako ludzie z własną historią, lękami i nadziejami. Tymczasem nawet krótkie, ale szczere momenty rozmowy o obawach, planach i potrzebach pacjenta mogą znacząco podnieść jego komfort psychiczny i motywację do leczenia. Empatia, aktywne słuchanie i zrozumienie to nie dodatki do medycyny transplantacyjnej — to jej istotny i nieodzowny element. To właśnie te kompetencje interpersonalne sprawiają, że proces leczenia staje się nie tylko skuteczniejszy, ale też bardziej ludzki.

Różnice indywidualne i kulturowe w percepcji transplantacji

Transplantacja, choć w ujęciu medycznym traktowana jest jako procedura terapeutyczna, dla wielu pacjentów i ich rodzin ma znacznie głębszy wymiar — kulturowy, religijny i osobisty. W percepcji tego procesu występują wyraźne różnice wynikające z przekonań światopoglądowych, religijnych oraz indywidualnych doświadczeń życiowych. Dlatego zrozumienie tych uwarunkowań staje się kluczowe w budowaniu skutecznej i etycznej komunikacji z pacjentem.

Problemy komunikacyjne

Transplantacja, choć w ujęciu medycznym traktowana jest jako procedura terapeutyczna, dla wielu pacjentów i ich rodzin ma znacznie głębszy wymiar — kulturowy, religijny i osobisty. W percepcji tego procesu występują wyraźne różnice wynikające z przekonań światopoglądowych, religijnych oraz indywidualnych doświadczeń życiowych. Większość głównych religii świata – katolicyzm, protestantyzm, prawosławie, judaizm oraz islam – nie sprzeciwia się transplantacji, choć każda z nich stawia różne warunki dopuszczalności tego typu procedur. Kościół katolicki uznaje transplantację za akt miłości bliźniego, podkreślając potrzebę dobrowolności, poszanowania godności dawcy oraz sprzeciw wobec handlu organami. Protestanci z kolei podkreślają wartość etycznej odpowiedzialności i miłosierdzia jako podstaw akceptacji transplantacji. W judaizmie, opartym na zasadzie „pikuach nefesh” (ratowania życia), transplantacja jest dopuszczalna, ale wymaga spełnienia warunków związanych z precyzyjnym ustaleniem śmierci dawcy. Islam cechuje się bardziej zróżnicowanym podejściem – niektórzy uczeni religijni uznają transplantację za dopuszczalną, inni

jednak widzą w niej naruszenie integralności ciała. Dodatkowo, pojawiają się ograniczenia dotyczące przeszczepiania narządów między osobami różnych wyznań. Istnieją również tradycje religijne i kultury, które wyraźnie sprzeciwiają się transplantacji – m.in. niektóre odłamy szintoizmu, konfucjanizmu czy społeczności romskie. Sprzeciw ten często wynika z głęboko zakorzenionych przekonań o nienaruszalności ciała po śmierci oraz znaczeniu rytuałów pogrzebowych i czystości duchowej. W badaniach CBOS aż 23% Polaków wskazało przekonania religijne jako główny powód odmowy zgody na pobranie narządów po śmierci. Wątpliwości te często wynikają z niepewności czy transplantacja jest zgodna z wiarą i sumieniem. W takich przypadkach niezwykle ważna staje się wrażliwość kulturowa i religijna lekarzy oraz prowadzenie rozmów w atmosferze szacunku i otwartości.

Dlatego zrozumienie tych uwarunkowań staje się kluczowe w budowaniu skutecznej i etycznej komunikacji z pacjentem. Poza czynnikami religijnymi i kulturowymi, istotną rolę odgrywają również różnice indywidualne — takie jak poziom wiedzy medycznej, wykształcenie, doświadczenia życiowe, wcześniejsze kontakty z systemem ochrony zdrowia, styl radzenia sobie z chorobą czy struktura wsparcia rodzinnego. [4,5,9]. Takie podejście pozwala zbudować relację opartą na zaufaniu i współpracy, co w przypadku transplantologii ma fundamentalne znaczenie dla powodzenia terapii i długofalowego dobrostanu pacjenta. Pacjent oczekujący na przeszczepienie narządu przeżywa wyjątkowo silny stres, będąc w stanie egzystencjalnego zagrożenia. Wysoki poziom napięcia emocjonalnego znacząco wpływa na jego zdolność przyswajania informacji, może prowadzić do zniekształconego odbioru przekazywanych treści, nadinterpretacji lub unikania konfrontacji z trudnymi informacjami. Następną barierą jest brak zrozumienia procedur medycznych, która wynika zarówno z niskiego poziomu wiedzy medycznej pacjentów, jak i z używania przez personel skomplikowanego żargonu. Niezrozumiałe komunikaty mogą rodzić nieufność, poczucie zagubienia i frustracji, co negatywnie wpływa na współpracę pacjenta z zespołem leczącym. Szczególnie trudnym obszarem jest przekazywanie niepokojących wiadomości tj. informacji o powikłaniach, konieczności ponownej dializy bądź innych niepokojących wiadomości. Takie rozmowy wymagają dużej empatii, delikatności, ale też klarowności. Niedopasowany sposób przekazu może wywołać silną reakcję emocjonalną, kryzys psychiczny lub utratę zaufania do personelu. Z kolei długie oczekiwanie na przeszczep sprzyja powstawaniu napięcia emocjonalnego, poczucia niesprawiedliwości oraz frustracji. Pacjent może doświadczać silnych wahań nastroju – od nadziei po rezygnację – co bezpośrednio wpływa na jakość relacji z personelem. Często pojawia się zniecierpliwienie, brak wiary w skuteczność leczenia, a nawet oskarżenia o zaniedbania lub „faworyzowanie” innych pacjentów. Jedną z najtrudniejszych wyzwań w komunikacji jest aleksytymia – zaburzenie polegające na trudności w identyfikowaniu i werbalizowaniu emocji. Pacjenci z wysokim poziomem aleksytymii nie potrafią nazwać tego, co czują. Taka luka komunikacyjna może utrudniać nawiązanie terapeutycznej relacji między pacjentem a zespołem leczącym [18]. Badania pokazują, że biorcy przeszczepów od dawców

zmarłych wykazują wyższy poziom aleksytymii w porównaniu do biorców przeszczepów od dawców żywych [18]. Przed zabiegiem pacjenci – zwłaszcza dializowani – mają częsty, stały kontakt z personelem, co zapewnia im poczucie bezpieczeństwa. Po transplantacji intensywność kontaktów medycznych zwykle spada, a pacjenci przechodzą na tryb opieki ambulatoryjnej. Dla wielu z nich ta zmiana może wywoływać poczucie osamotnienia, opuszczenia czy niepewności. Niektórzy mogą unikać kontaktów medycznych, ponieważ uważają, że nie powinni już „zawracać głowy”, inni mogą wręcz nadmiernie szukać wsparcia, oczekując rozwiązania problemów emocjonalnych [6,18]. Kolejnym problemem są emocjonalne konsekwencje samego doświadczenia przeszczepienia. Zabieg transplantacji, szczególnie od dawcy zmarłego, może być postrzegany jako wydarzenie traumatyczne. Pacjenci mogą odczuwać ambiwalencję, poczucie winy (np. za to, że ich życie zostało ocalone kosztem innego) lub lęk o przyszłość. Tak intensywne emocje, jeśli nie zostaną odpowiednio przepracowane lub zakomunikowane, mogą prowadzić do tłumienia przeżyć lub zaprzeczania problemom. Mechanizmy te, choć początkowo chroniące, w dłuższej perspektywie utrudniają otwartą komunikację. Chorzy mogą minimalizować objawy, unikać rozmów o stanie psychicznym, a także wycofywać się z relacji terapeutycznych – co dodatkowo komplikuje skuteczne prowadzenie opieki medycznej.

Jedną z najpoważniejszych barier dla rodzin jest trudność w akceptacji przez rodzinę diagnozy śmierci mózgowej. Mimo, że z medycznego punktu widzenia śmierć mózgowa jest równoznaczna ze śmiercią człowieka, dla bliskich pacjenta, który nadal oddycha dzięki respiratorowi, ma ciepłą skórę i bijące serce, może to być trudne do zrozumienia i zaakceptowania. Badania wskazują, że brak pełnego zrozumienia pojęcia śmierci mózgowej przez rodzinę może prowadzić do odmowy zgody na pobranie narządów. W przypadku pacjenta w stanie wegetatywnym, śmierci mózgowej lub niepowodzenia leczenia, wymagane są od pielęgniarki nie tylko wiedza medyczna, ale również wysokie umiejętności komunikacyjne. Zaleca się, aby rozmowa odbywała się w spokojnym i prywatnym miejscu, z udziałem lekarza i pielęgniarki. Należy najpierw przekazać informację o śmierci mózgowej, a dopiero po jej zaakceptowaniu przez rodzinę poruszyć temat dawstwa narządów. Ważne jest, aby unikać wywierania presji na rodzinę w celu uzyskania zgody na dawstwo narządów. Rodzina powinna mieć czas na przemyślenie decyzji i możliwość zadania pytań. Pielęgniarka powinna wspierać rodzinę w procesie podejmowania decyzji, dostarczając niezbędnych informacji i odpowiadając na pytania. Potwierdzone jest bowiem, że im więcej informacji otrzymuje rodzina, tym większe prawdopodobieństwo zgody na oddanie narządów. Pielęgniarki opiekujące się pacjentami będącymi potencjalnymi dawcami narządów często doświadczają konfliktów wartości i silnych emocji. Z jednej strony, ich zadaniem jest utrzymanie funkcji życiowych pacjenta w celu zachowania jakości narządów do przeszczepu, co może być postrzegane jako sprzeczne z naturalnym procesem umierania. Z drugiej strony, muszą one wspierać rodzinę pacjenta w trudnym czasie żałoby. Dodatkowo, pielęgniarki mogą odczuwać stres związany z koniecznością prowadzenia trudnych rozmów z rodziną pacjenta, zwłaszcza gdy spotykają

się z niezrozumieniem, oporem lub agresją. Brak odpowiedniego przygotowania do prowadzenia takich rozmów oraz brak wsparcia ze strony zespołu medycznego mogą prowadzić do poczucia bezradności i wypalenia zawodowego.

Problemy systemowe i organizacyjne oraz dobre praktyki poprawy komunikacji

Problemy komunikacyjne w transplantologii mają charakter systemowy i organizacyjny, szczególnie wpływając na pracę pielęgniarek. Do najczęstszych barier należą:

Brak czasu

Chroniczny brak czasu jest jednym z najczęściej zgłaszanych problemów przez pielęgniarki pracujące w oddziałach transplantologicznych. Ograniczenia czasowe utrudniają nawiązywanie głębszych relacji z pacjentami oraz dokładne przekazywanie informacji dotyczących procesu transplantacji. Badania wskazują, że niedostateczny czas na komunikację może prowadzić do powierzchownego kontaktu z pacjentem, co negatywnie wpływa na jakość opieki i satysfakcję pacjentów. W kontekście edukacji pacjentów, pielęgniarki często nie mają wystarczająco dużo czasu, aby dokładnie wyjaśnić proces transplantacji, co może prowadzić do nieporozumień i zwiększonego stresu u pacjentów. Wprowadzenie elastycznych narzędzi edukacyjnych, takich jak materiały wideo dostępne online, może pomóc w przekazywaniu informacji bez dodatkowego obciążenia personelu.

Przeciążenie pracą

Niedobór personelu pielęgniarskiego oraz rosnące wymagania administracyjne prowadzą do przeciążenia pracą, co negatywnie wpływa na zdolność pielęgniarek do efektywnej komunikacji z pacjentami. Wysokie obciążenie może skutkować rutynowym podejściem do opieki, gdzie aspekty emocjonalne są pomijane.

Dodatkowo, brak wsparcia ze strony instytucji w zakresie zarządzania obciążeniem pracą może prowadzić do wypalenia zawodowego, co dalej pogarsza jakość komunikacji i opieki nad pacjentami. Wprowadzenie strategii zarządzania zasobami ludzkimi, takich jak odpowiednie planowanie personelu i wsparcie psychologiczne, może pomóc w łagodzeniu tych problemów.

Brak szkoleń z zakresu komunikacji medycznej

Wielu pielęgniarkom brakuje formalnego przygotowania do prowadzenia trudnych rozmów z pacjentami i ich rodzinami, szczególnie w kontekście transplantologii. Brak szkoleń z zakresu komunikacji empatycznej może prowadzić do nieefektywnego przekazywania informacji oraz zwiększonego stresu zarówno u personelu, jak i pacjentów.

Regularne szkolenia i warsztaty z zakresu komunikacji medycznej, uwzględniające aspekty

kulturowe i emocjonalne, są niezbędne do poprawy jakości interakcji między pielęgniarkami a pacjentami. Wprowadzenie programów symulacyjnych, takich jak wykorzystanie "syntetycznych pacjentów", może również pomóc w rozwijaniu umiejętności komunikacyjnych w bezpiecznym środowisku edukacyjnym.

Wprowadzenie protokołów komunikacyjnych

Wprowadzenie ustandaryzowanych narzędzi komunikacyjnych, takich jak model SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation), ułatwia jasne i zwięzłe przekazywanie informacji między członkami zespołu medycznego. SBAR jest szczególnie przydatny podczas przekazywania pacjentów między zmianami czy w sytuacjach nagłych, zwiększając bezpieczeństwo i efektywność opieki. Innym przykładem jest model Calgary–Cambridge, który strukturyzuje rozmowę z pacjentem, obejmując etapy od nawiązania kontaktu po zakończenie sesji. Model ten kładzie nacisk na aktywne słuchanie, empatię i wspólne podejmowanie decyzji, co sprzyja budowaniu zaufania i lepszemu zrozumieniu potrzeb pacjenta.

Niejasne procedury informacyjne

Brak standardowych procedur dotyczących przekazywania informacji pacjentom i ich rodzinom prowadzi do chaosu komunikacyjnego. Niejasne wytyczne mogą skutkować sprzecznymi komunikatami i niedoinformowaniem pacjentów, co z kolei wpływa na ich poczucie bezpieczeństwa i zaufanie do personelu medycznego. Wprowadzenie jasnych i spójnych procedur informacyjnych, uwzględniających potrzeby pacjentów oraz specyfikę transplantologii, jest kluczowe dla zapewnienia wysokiej jakości opieki. Regularne szkolenia personelu oraz monitorowanie przestrzegania procedur mogą pomóc w utrzymaniu spójności komunikacji i zwiększeniu satysfakcji pacjentów. Dodatkowo, wykorzystanie narzędzi cyfrowych do standaryzacji przekazywanych informacji może zredukować ryzyko błędów komunikacyjnych.

Wsparcie psychologiczne

Wsparcie psychologiczne dla personelu medycznego jest istotne w kontekście radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym, co bezpośrednio wpływa na jakość komunikacji z pacjentami. Tworzenie środowiska sprzyjającego otwartości i empatii, jak w modelu pielęgniarstwa holistycznego, umożliwia pielęgniarkom lepsze zrozumienie potrzeb pacjentów i budowanie z nimi głębszych relacji.

Innowacje prowadzenia szkoleń

Wprowadzenie nowoczesnych technologii, takich jak rzeczywistość wirtualna (VR) i rozszerzona (AR), może znacząco poprawić jakość szkoleń komunikacyjnych dla pielęgniarek. Symulacje VR pozwalają na realistyczne odtwarzanie sytuacji klinicznych, umożliwiając

pielęgniarkom ćwiczenie umiejętności komunikacyjnych w bezpiecznym środowisku. Z kolei AR może wspierać pielęgniarki w czasie rzeczywistym, dostarczając im niezbędnych informacji podczas interakcji z pacjentami. Implementacja takich technologii w programach szkoleniowych może zwiększyć efektywność nauczania i poprawić jakość opieki nad pacjentami.

Wnioski

1. Opieka transplantacyjna wiąże się z wieloma wyzwaniami komunikacyjnymi, które mają bezpośredni wpływ na jakość opieki i samopoczucie pacjentów. Jednym z głównych problemów jest lęk i silny stres, które towarzyszą pacjentom zarówno w okresie oczekiwania na przeszczep, jak i po jego wykonaniu. Te emocje zakłócają proces przetwarzania informacji, powodując trudności w zrozumieniu procedur medycznych i obniżając zdolność pacjenta do podejmowania świadomych decyzji terapeutycznych.
2. Problemem jest stosowanie przez personel medyczny specjalistycznego żargonu, który bywa niezrozumiały dla pacjenta. Niedostosowanie języka do poziomu wiedzy i stanu emocjonalnego chorego może powodować nieufność, zagubienie i zniechęcenie. Szczególnie trudne okazują się rozmowy z rodzinami dawców narządów – zwłaszcza w dramatycznym momencie informowania o śmierci mózgowej.
3. Istotne w komunikacji są zaburzenia emocjonalne, które mogą występować u pacjentów po transplantacji. Trudność w rozpoznawaniu i wyrażaniu emocji, oraz ambiwalentny stosunek do przeszczepionego narządu, zwłaszcza jeśli pochodzi on od zmarłego dawcy. Poczucie winy, dezorientacja tożsamościowa i lęk przed odrzutem to kolejne czynniki, które pogarszają komunikację i utrudniają tworzenie relacji terapeutycznej.
4. Brak czasu na rozmowę z pacjentem, przeciążenie obowiązkami oraz brak odpowiednich szkoleń z zakresu komunikacji sprawiają, że często trudno jest w pełni zaangażować się w relację z chorym.
5. W praktyce klinicznej kluczowe jest zwiększenie dostępności do profesjonalnych szkoleń z zakresu komunikacji medycznej. Warsztaty, kursy z elementami symulacji oraz ćwiczenia oparte na realistycznych scenariuszach rozmów z pacjentem i jego rodziną powinny stanowić stały element doskonalenia zawodowego pielęgniarek.
6. Wypalenie zawodowe to realne zagrożenie w pracy pielęgniarek transplantacyjnych, dlatego systemowe wsparcie emocjonalne i organizacyjne jest niezbędne

Podsumowanie

Współczesne pielęgniarstwo stawia wiele wyzwań. Samodzielność zawodowa nakłada wiele obowiązków wynikających z odpowiedzialności zawodowej. Stan podporządkowania cedował odpowiedzialność na lekarza, który był zleceniodawcą i przejmował kontrolę merytoryczną. Obecnie pielęgniarstwo to odpowiedzialność, coraz szersze kompetencje, które wymagają ciągłego doskonalenia zawodowego. Praca z pacjentem i jego rodziną w dziedzinie transplantologii nabiera szczególnego wymiaru. To nie tylko wiedza, fachowość i umiejętności techniczne, ale przede wszystkim komunikacja będąca wyznacznikiem jakości opieki medycznej. Każdy członek zespołu terapeutycznego napotyka na wiele przeszkód, każdy ma określoną rolę, która oddziałuje na powodzenie postępowania. Pielęgniarki ze względu na ciągłe przebywanie z pacjentem mają szczególną rolę. Napotykają na wiele trudności, spotykają się z dylematami natury emocjonalnej. Takie napięcie emocjonalne wkracza również w psychikę osób wykonujących zawody medyczne. Utrzymanie balansu, aby pomagać człowiekowi, a przy tym zachować własne zdrowie wymaga wiele determinacji i pokory oraz gotowości do trwania w tym zawodzie.

Piśmiennictwo

1. Akkas M, Demir MC. Barriers to Brain Death Notifications From Emergency Departments. *Transplant Proc.* 2019 Sep;51(7):2171-2175.
2. Chatys K. M., Pawłowski P., Widłak K., Ziętara K., Kościółek A., Adamska-Kuźmicka I. Jakubowska K.: The problem of tissue and organ transplantation in the light of the dogma of world religions. *Journal of Education, Health and Sport.* Online. 31 October 2022. Vol. 12, no. 10, pp. 275-280.
3. Clare S, Mank A, Stone R, Davies M, Potting C, Apperley JF; Research Sub-committee of the EBMT Nurses Group. Management of related donor care: a European survey. *Bone Marrow Transplant.* 2010 Jan;45(1):97-101.
4. Crowe S, Ewart L, Derman S. The impact of simulation based education on nursing confidence, knowledge and patient outcomes on general medicine units. *Nurse Educ Pract.* 2018 Mar;29:70-75.
5. Farina CL, Moreno J, Schneidereith T. Using Simulation to Improve Communication Skills. *Nurs Clin North Am.* 2024 Sep;59(3):437-448.
6. Kayler LK, Ranahan M, Keller M, Dolph B, H Feeley T. Using Focus Groups to Understand Dialysis Staff Perspectives on Delivering Transplant Education. *Prog Transplant.* 2022 Mar;32(1):12-18.
7. Li LZ, Yang P, Singer SJ, Pfeffer J, Mathur MB, Shanafelt T. Nurse Burnout and Patient Safety,

- Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2024 Nov 4;7(11):e2443059.
8. McKinney WT, Bruin MJ, Kurschner S, Partin MR, Hart A. Identifying Needs and Barriers to Engage Family Members in Transplant Candidate Care. *Prog Transplant*. 2021 Jun;31(2):142-151.
 9. Mohammed SAAK, Shaban M. Enhancing Communication and Empathy Skills in Geriatric Care: Nurses' Reflections on Simulation-Based Training for Patient Interaction and Education. *J Clin Nurs*. 2025 Jan 14.
 10. Oliveira A., Coelho P. (2024). Nurses' strategies in the communication with family members of people in process of organ donation: systematic review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(14e), e31688.
 11. Owczarek K., Fijakowska I.(red.): *Psychologia medycyna zdrowia*. Wyd. Scholar, 2022.
 12. Pazar B, Kavakli O, Ak EN, Erten EE. Implementation and Evaluation of the SBAR Communication Model in Nursing Handover by Pediatric Surgery Nurses. *J Perianesth Nurs*. 2024 Oct;39(5):847-852.
 13. Pelletier-Hibbert M. Coping strategies used by nurses to deal with the care of organ donors and their families. *Heart Lung*. 1998 Jul-Aug;27(4):230-7.
 14. Pudło R., Jaworska I., Pacholewicz J., Zembala M: Problemy we współpracy lekarz–pacjent u osób po przeszczepieniu serca. *Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska* 2011; 8 (2): 251–254
 15. Przybyciński J., Kwiatkowska E., Marchelek-Myśliwiec M., Ciechanowski K., Kwiatkowski S.: Pacjenci wysokoimmunizowani jako problem dzisiejszej transplantologii — opis przypadku i przegląd literatury. *Forum Nefrol* 2018, vol 11, no 3, 178–186.
 16. Surmacka J., Motyka M.: Problemy w komunikacji klinicznej z pacjentem hospitalizowanym. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015; 23 (3): 386–391.
 17. Szepietowska M, Hreńczuk M.: Opieka personelu pielęgniarskiego nad dawcą fragmentu wątroby. *Piel Pol*. 2017;2(64):226–231.

18. Tomaszek A., Wróblewska A., Zdankiewicz-Ścigała E., Rzońca P., Gałązkowski R., Gozdowska J., Lewandowska D., Kosson D., Kosieradzki M., Danielewicz R.: Post-Traumatic Growth among Patients after Living and Cadaveric Donor Kidney Transplantation: The Role of Resilience and Alexithymia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 23;18(4):2164.
19. Tomaszek A.: Medyczne i psychospołeczne aspekty donacji i transplantacji nerki od dawcy żywego a strategie radzenia sobie ze stresem.
20. Yun J, Lee YJ, Kang K, Park J. Effectiveness of SBAR-based simulation programs for nursing students: a systematic review. *BMC Med Educ*. 2023 Jul 14;23(1):507.
21. Małkowski P.: Kulturowe uwarunkowania w transplantologii, [w:] E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, Kędziora- Kornatowska K.(red.): Problemy wielokulturowości w medycynie, PZWL,2010, s. 327.
22. Antos E., Zelman M.: Cultural and religious determinants of organ transplants in Poland and worldwide, "Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue" 2012, nr 1 , s. 8.
23. Ustawa z dnia 1 lipca 2005r.o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. 2005 Nr 169 poz. 1411).
24. Program kursu specjalistycznego: „Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie dla pielęgniarek i położnych”
Warszawa 2023. Odczyt 03.06.2025

<https://www.cmkp.edu.pl/wpcontent/uploads/2025/05/Komunikowanie-interpersonalne-w-pielęgniarstwie.pdf>
25. Program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek, Warszawa 2022 <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2025/05/Kurs-kwalifikacyjny-w-dz.-piel.-anestezjologicznego-i-intensywnej-opieki.pdf> Odczyt 03.06.2025
26. Program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa transplantacyjnego dla pielęgniarek; Warszawa 2017. <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2025/05/Kurs-kwalifikacyjny-piel.-transplantacyjne.pdf> Odczyt 03.06.2025
27. Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek, Warszawa 2022. <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2025/05/Specjalizacja-w-dz.-piel.-anestezjologicznego.pdf>
28. Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa chirurgicznego dla pielęgniarek, Warszawa 2022. <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2025/05/Specjalizacja-w-dz.-piel.-chirurgicznego.pdf>

content/uploads/2025/05/Specjalizacja-w-dz.-piel.-chirurgicznego.pdf.Odczyt 03.06.2025

29. Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa operacyjnego dla pielęgniarek, Warszawa 2022. <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2025/05/Specjalizacja-w-dz.-piel.-operacyjnego-22.pdf> Odczyt 03.06.2025