

Irena Milaniak

Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Collegium Medicum – Wydział Nauk o Zdrowiu
<https://orcid.org/0000-0002-6649-7545>

POCZUCIE NIEPEWNOŚCI WŚRÓD BIORCÓW PRZESZCZEPU NARZĄDU Z UWZGLĘDNIENIEM OKRESU PANDEMII COVID-19. TEORIA I PRZEGLĄD BADAŃ

Streszczenie

Wprowadzenie: Epidemia COVID-19 wywołana koronawirusem SARS-CoV-2 opanowała świat, wzbudzając niepewność, lęk egzystencjalny oraz obawy dotyczące spodziewanych negatywnych skutków zarówno ekonomicznych, jak i społecznych. Przeszczepienie narządu to procedura ratująca życie pacjentom z niewydolnością narządu, podczas której liczy się czas. Pandemia niewątpliwie wywołała poczucie niepewności i zagrożenie egzystencjalne u biorców narządów. Celem pracy była analiza piśmiennictwa dotyczącego niepewności i radzenia sobie z niepewnością przed i po przeszczepieniu narządu.

Omówienie: Niepewność odnosi się do niemożności określenia znaczenia zdarzeń związanych z chorobą i dokładnego przewidywania wyników zdrowotnych. W okresie epidemii niepewność dotyczyła braku możliwości uformowania schematu poznawczego dotyczącego choroby COVID-19. Pandemia jest niejednoznaczna, złożona i stale zmieniającą się sytuacją dla biorców narządów. Czasowe wstrzymanie zabiegów transplantacyjnych podczas pandemii COVID-19 oraz dystans społeczny skutkowały wzrostem stresu psychospołecznego u pacjentów oczekujących na przeszczepienie. Stwierdzono u nich wyższe wskaźniki depresji, lęku, bezsenności. Po przeszczepieniu pojawiły się

obawy dotyczące podatności na zarażenie wirusem, ryzyko utraty przeszczepionego narządu oraz potencjalne nasilenie choroby.

Podsumowanie: Radzenie sobie z niepewnością to utrzymywanie pozytywnego skupienia, równowagi i więzi z bliskimi. Specjaliści zajmujący się transplantacją są ważnym źródłem dokładnych informacji i wsparcia w tym niepewnym czasie.

Słowa kluczowe: niepewność, COVID-19, transplantacja

Uncertainty among transplant recipients taking into account the period of the COVID-19 pandemic. Theory and literature review

Abstract

Introduction: The COVID-19 epidemic, caused by the SARS-CoV-2 coronavirus, has taken over the world, arousing uncertainty, existential fear, and fears about the expected negative economic as well as social consequences. Organ transplantation is a life-saving procedure for patients with organ failure, where time counts. The pandemic caused uncertainty and existential threat to organ recipients. The study aimed to analyze the literature on uncertainty and dealing with uncertainty before and after organ transplantation.

Discussion: Uncertainty refers to the inability to determine the significance of disease events and accurately predict health outcomes. During the epidemic, uncertainty concerned the inability to form a cognitive schema regarding the disease (COVID-19). A pandemic is an ambiguous, complex, and ever-changing situation for organ recipients. Temporary suspension of transplantation procedures during the epidemic and social distancing resulted in an increase in psychosocial stress in patients awaiting transplantation. Higher rates of depression, anxiety, and insomnia were found among recipients. After transplantation, concerns have been raised about susceptibility to viral infection, risk of loss of the transplanted organ, and potential worsening of the disease.

Summary: Dealing with uncertainty is about maintaining a positive focus, balance, and connection with loved ones. Transplant specialists are an essential source of accurate information and support during this uncertain time.

Key words: uncertainty, COVID-19, transplantation

Wprowadzenie

Pojęcie niepewności jest używane w wielu dziedzinach nauki, w tym w medycynie, naukach o zdrowiu i psychologii, jak również w socjologii i naukach o zarządzaniu – w każdej z tych dziedzin niepewność posiada inne definicje, rozszerzenia i zastosowania.

W psychologii niepewność jest określana jako zjawisko (1) doświadczane w odniesieniu do siebie, interakcji lub środowiska,

(2) które ma znaczenie negatywne i pozytywne, (3) jest związana z prawdopodobieństwem, niewystarczającą wiedzą, nieznaną/nieprzewidywalną istotą, rozbieżnością między sygnałami i negatywnymi oczekiwaniami oraz (4) negatywnymi oczekiwaniami i (5) zjawiskiem poznawczym (Kagan 1972; Kahneman, Tversky 1982). Z kolei w naukach o zarządzaniu czy w socjologii niepewność to sytuacja, w której nie sposób określić prawdopodobieństwa przyszłych ważnych dla nas zdarzeń ani nawet pełnego ich zasobu (Jędralska 2010; Grzesik 2015).

11 marca 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) ogłosiła stan pandemii w związku z chorobą COVID-19 powodowaną przez wirusa SARS-CoV-2. Choroba „[...] opanowała cały świat, nie tylko jako epidemia o globalnym zasięgu, lecz także przez to, że głęboko wniknęła w życie ludzi. [...] Pandemia wzbudziła niepewność, lęki egzystencjalne, obawy dotyczące spodziewanych negatywnych czy wręcz katastroficznych skutków ekonomicznych i społecznych [...]” (Penkała-Gawęcka 2020, s. 187). W wyniku rozsprztałenia się wirusa wszystko, co było stałe i przewidywalne w racjonalnym kształtowaniu codziennego życia, stało się niepewne, a to, co miało kiedyś znaczenie, stało się całkowicie nieprzydatne, w tym dotychczasowe doświadczenia terapeutyczne. W miarę rozwoju pandemii wzrastało poczucie niepewności i zagrożenia egzystencjalnego.

Pandemia wywołana przez wirusa SARS-CoV-2 miała znaczący negatywny wpływ na działalność leczniczą, w tym transplantacyjną – spowodowała niepewność wśród biorców narządów unaczynionych. Pandemia COVID-19 była niejednoznaczna, złożona i stale zmieniającą się sytuacją dla biorców narządów. Wśród personelu medycznego i biorców przeszczepów pojawiły się obawy dotyczące podatności na zagrożenia związane z zakażeniem wirusem i ryzyka dla przeszczepionego narządu z powodu znacznie obniżonej odporności. Występowały ograniczenia w dostępie do opieki zdrowotnej, które spowodowały, że informacje o chorobie były często niespójne, a nawet sprzeczne. Ponadto dezinformacja za pośrednictwem mediów (w tym mediów społecznościowych) miała potencjał do dalszego zaostrzenia obaw. Dlatego niepewność w czasie pandemii oznaczała, iż sytuacja związana z rozprzestrzenianiem się nowego wirusa była nieprzewidywalna i nieustrukturyzowana. Istniała

zatem utrata spójności, która mogła być źródłem psychologicznego stresu dla pacjentów (Danziger-Isakov i in. 2021; Penkala-Gawęcka 2020; Massey, Forsberg 2020).

Celem pracy była analiza piśmiennictwa dotycząca poczucia niepewności i radzenia sobie z niepewnością przed i po przeszczepieniu narządu z uwzględnieniem okresu pandemii COVID-19.

Teoria niepewności w chorobie przewlekłej

Choroby przewlekłe przyczyniają się do stanu długotrwałego napięcia emocjonalnego związanego z poczuciem zagrożenia, niepewności, złości bądź obniżonym nastrojem, u którego źródeł mogą znajdować się zmiany w funkcjonowaniu układu hormonalnego następujące na skutek choroby, dysfunkcje i ograniczenie spowodowane przez chorobę oraz świadomość zmian, jakie pojawiają się w wyniku choroby (Ziarko 2014, s. 46).

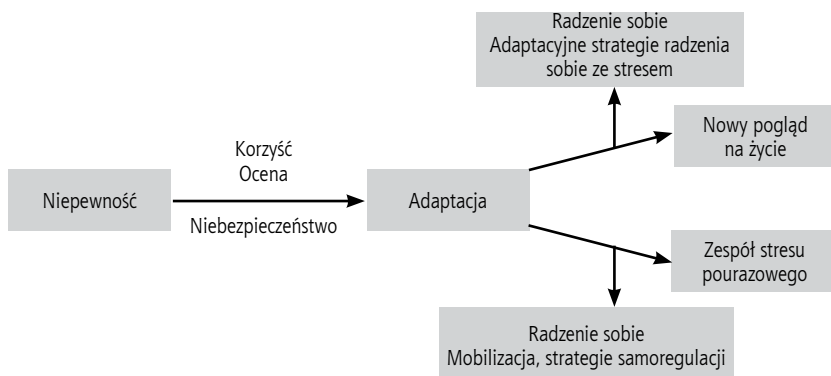
Niepewność w chorobie jest stresorem psychologicznym, który ma duży wpływ na funkcjonowanie pacjentów i jest pierwszą fazą przystosowywania się do choroby przewlekłej. Pacjent zaczyna otrzymywać informacje o swojej chorobie i stara się zrozumieć jej powagę. Następnie przechodzi przez etapy wstrząsu, dążenia do wyzdrowienia i przywrócenia dobrostanu, starając się odzyskać równowagę przez akceptację choroby i jej konsekwencji (Ziarko 2014). Wydaje się więc, że pierwsze etapy przystosowywania się do choroby są niezbędne do jej akceptacji i radzenia sobie z nową sytuacją życiową (Bailey i in. 2009).

Teoria niepewności w chorobie została opracowana przez teoretyka pielęgniarstwa Merle H. Mishel w 1980 r., a opublikowana w czasopiśmie „Nursing Research” rok później (Mishel 1981). Oparto ją na teorii przetwarzania informacji Warburtona, studium osobowości Budnera oraz teorii Lazarusa i Folkman, które wiążą niepewność ze stresem i radzeniem sobie (Bailey, Stewart 2013). Teoria niepewności jest zaliczana do teorii pielęgniarstwa średniego zasięgu. W chorobie została przedstawiona zarówno od strony teoretycznej, jak i w perspektywie empirycznej (Mishel 1981, 1990). Jej autorka wyjaśnia, jak pacjenci i opiekunowie interpretują niepewność w przebiegu choroby ostrej i przewlekłej. Mishel definiuje niepewność jako stan poznawczy wynikający z niewystarczających bodźców powodujących

„niemożność określenia znaczenia zdarzeń związanych z występującą chorobą. Osoba nie jest w stanie przypisać określonej wartości obiektom lub zdarzeniom lub nie jest w stanie dokładnie przewidzieć ich wyników” (Mishel 1990, s. 256 [tłum. – I.M.]; por. Mishel 1981). Niepewność w chorobie odnosi się do stanu zwątpienia i jest spowodowana brakiem skutecznego poznania choroby i kontroli nad jej przebiegiem. Może prowadzić do strachu i wzrostu obciążenia psychicznego pacjentów, które to obciążenie może wpływać na proces leczenia (Zhang 2017; Shun i in. 2018). Radzenie sobie z niepewnością ma kluczowe znaczenie dla adaptacji podczas choroby. Założenia teoretyczne Mishel są podstawą do wyboru interwencji, które mogą poprawić psychologiczne i behawioralne skutki niepewności. W perspektywie empirycznej badania poczucia niepewności odnosiły się do pacjentów hospitalizowanych i ich relacji z personelem szpitala oraz do procesu terapeutycznego. Pojęcia teorii są zorganizowane wokół trzech kategorii wykorzystujących tzw. model niepewności Mishel i obejmują (Clayton, Marleah, Merle 2018):

- przeszłość niepewności – trudności w radzeniu sobie z objawami choroby, niepewność co do diagnozy i złożoności leczenia;
- poznawczą ocenę niepewności – niepewność jako zagrożenie oraz lęk, wyrażanie stresu, zaburzenia emocjonalne i stygmatyzacja;
- radzenie sobie w niepewności – wsparcie społeczne, rodzinne i rówieśnicze, wsparcie profesjonalistów.

Model teoretyczny niepewności według Mishel przedstawiono na rycinie 1.



Rycina 1. Model teoretyczny niepewności

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Mishel 1990).

Ocena niepewności

Do oceny poczucia niepewności może posłużyć Skala Niepewności Choroby Mishel dla dorosłych (*Mishel Uncertainty of Illness Scale-Adult*, MUIS-A). Skala została opracowana w Stanach Zjednoczonych w 1981 r. w celu oceny niepewności związanej z przebiegiem i leczeniem choroby (Mishel 1981). Późniejsze modyfikacje pierwotnej wersji kwestionariusza doprowadziły do powstania czteroczynnikowej struktury obejmującej 33 stwierdzenia. Każde stwierdzenie jest oceniane od 1 („Kategorycznie się nie zgadzam”) do 5 („Stanowczo się zgadzam”). Podczas obliczania wyniku całkowitego lub wyników podskali dla czteroczynnikowej formy testu MUIS-A, należy wyeliminować pozycję 15. Teoretyczny zakres wyników mieści się w przedziale 32–160 pkt. Im wyższy wynik, tym większy poziom niepewności.

Opis struktury czynnikowej skali:

- Niejednoznaczność (niejasność) zawiera 13 pozycji, a wyniki zawierają się w przedziale 13–65 pkt. Czynnikiem dotyczy niejasności otrzymanych wskazówek o stanie choroby. Otrzymane informacje mają tendencję do zacierania się i nakładania.
- Złożoność składa się z 7 pozycji, a wyniki zawierają się w przedziale 7–35 pkt. Czynnikiem uwzględnia wskazówki dotyczące leczenia i systemu opieki. Są one liczne i zróżnicowane.
- Niezgodność (niespójność) składa się z 7 pozycji, a wyniki zawierają się w przedziale 7–35 pkt. Czynnikiem odnosi się do otrzymanych informacji, które albo często się zmieniają, lub są niezgodne z wcześniej otrzymanymi informacjami.
- Nieprzewidywalność składa się z 5 pozycji, a wyniki zawierają się w przedziale 5–25 pkt. Czynnikiem odnosi się do braku przypadkowości między chorobą a wskazówkami dotyczącymi leczenia i wynikiem choroby.

Medyczne i psychologiczne aspekty przeszczepiania narządów

Przeszczepienie narządu to procedura ratująca życie pacjentów z ciężką, nieuleczalną niewydolnością narządu. Jest to złożony proces mający na celu przywrócenie niektórych funkcji ciała przez

narząd pobrany od dawcy i przeniesiony do ciała biorcy. W Polsce pierwszym udanym przeszczepieniem narządu unaczynionego było przeszczepienie nerki 26 stycznia 1966 r. Narządy do przeszczepienia pochodzą przede wszystkim od osób zmarłych według neurologicznych kryteriów śmierci. Narządy mogą być również pozyskiwane od dawców zmarłych w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia oraz od dawców żywych. Procedury związane z pozyskiwaniem narządów od osób zmarłych oraz dawców żywych, a także warunki pobierania i przeszczepiania narządów są regulowane szeregiem aktów prawnych. Dostępność narządów zarówno od dawców zmarłych, jak i żywych jest nieprzewidywalna. W Polsce średnio przeszczepianych jest 1450 narządów, w tym największą liczbę stanowią przeszczepienia nerek. Na liście oczekujących w ciągu roku zarejestrowanych jest ok. 3000 pacjentów (Lewandowska i in. 2022). Dla biorcy liczy się przede wszystkim czas, a okres oczekiwania na transplantację jest nieokreślony. Pacjenci w okresie oczekiwania znajdują się w stanie przewlekłego stresu spowodowanego postępowaniem choroby, leczeniem, a także dużym ryzykiem śmierci. Niepewność jest dużą częścią okresu oczekiwania dla pacjenta, gdyż, po pierwsze, nie ma on wpływu na możliwość uzyskania narządu do przeszczepienia, po drugie – nie ma również wpływu na przebieg pooperacyjny. Nieprzewidywalność tego, kiedy narząd stanie się dostępny, jest podstawowym źródłem niepewności.

W okresie oczekiwania na transplantację pojawiają się pytania pacjenta i jego rodziny: czy dostanie narząd? kiedy to nastąpi? jakiej jakości on będzie? czy przeżyje zabieg? co czeka chorego po zabiegu operacyjnym? Z perspektywy pacjenta oczekiwanie na przeszczepienie wydaje się trudne. W wymiarze fizycznym musi żyć z objawami choroby. Stara się zachować zdrowie, ale w każdej chwili może nastąpić jego pogorszenie. Z kolei w wymiarze psychologicznym oczekiwaniu towarzyszy stres, lęk, depresja czy poczucie winy. W wymiarze społecznym życie pacjenta, z jednej strony, wydaje się „zawieszony”, z drugiej strony czeka on z nadzieją, aż zacznie się prawidłowo toczyć (Gulla 2010, Siwińska 2018).

Doświadczenie niepewności może być różne w zależności od tego, na jaki narząd oczekuje chory. Biorca serca, płuc czy wątroby jest w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, ma ograniczony czas

oraz ograniczone opcje terapeutyczne; dla biorców nerek są dostępne dializy i żywe dawstwo. W zaawansowanym stadium choroby niepewność wiąże się z okresem oczekiwania i możliwością nieotrzymania narządu na czas lub jego odrzucenia po zabiegu przeszczepienia. Niepewność wzmacnia również ryzyko wystąpienia przeciwwskazań w okresie oczekiwania, które mogą zdyskwalifikować już zakwalifikowanego pacjenta. W doświadczaniu niepewności istotne jest doświadczanie nierealistycznych oczekiwań na wyzdrowienie oraz utrata poczucia koherencji – metozasosobu (Lasker i in. 2010).

Po przeszczepieniu narządu poczucie niepewności może zostać zmniejszone, ale nie wyeliminowane. W okresie po przeszczepieniu narządu doświadczanie niepewności jest związane m.in. ze złożonym schematem leczenia, skutkami ubocznymi stosowanych leków, nieprzewidywalnością co do przyszłości, możliwą stygmatyzacją, winą wobec dawcy, ryzykiem infekcji, ryzykiem odrzucenia przez organizm przeszczepionego narządu, częstymi hospitalizacjami oraz z możliwymi powikłaniami (Almgren i in. 2017; Milaniak i in. 2014).

Medycyna transplantacyjna a COVID-19

Od początku pandemii COVID-19 nastąpiły ograniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, poza świadczeniami związanymi z COVID-19, spowodowane bezpośrednio samym uderzeniem wirusa (zakażony personel medyczny, obawa chorych przed przemieszczaniem się i poddawaniem procedurom medycznym w zakładach leczniczych), ale przede wszystkim wtórnymi działaniami zmierzającymi do leczenia zakażonych i ograniczenia pandemii (przekształcenie szpitali w szpitale przeznaczone do leczenia chorych na COVID-19, ograniczanie procedur planowych, zaangażowanie sił i środków w walkę z pandemią). Wszystkie te zjawiska dotknęły także medycynę transplantacyjną. Pojawienie się pandemii COVID-19 znacząco wpłynęło na procedury transplantacyjne na całym świecie. Przyczyniła się ona do spadku liczby przeszczepień narządów z powodu zawieszania procedur transplantacyjnych (Azzi i in. 2021; Nimmo i in. 2022).

W początkach pandemii w roku 2020 do Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant” wpłynęło

529 zgłoszeń potencjalnych zmarłych dawców narządów, tj. o 110 zgłoszeń (19%) mniej niż w 2019 r., kiedy ich liczba wyniosła 639, z kolei w 2021 r. zgłoszono 546 potencjalnych zmarłych dawców narządów. Obostrzenia pandemiczne spowodowały mniejszą liczbę pacjentów kwalifikowanych do leczenia przeszczepieniem narządu. W 2020 r. średni czas oczekiwania na przeszczepienie serca wyniósł 425 dni w trybie pilnym, 606 dni w trybie planowym oraz 453 dni u biorców <18 lat. W trakcie oczekiwania na przeszczepienie serca zmarło 95 chorych, w tym dwóch potencjalnych biorców w wieku poniżej 18 lat. Czas oczekiwania znacznie się wydłużył w porównaniu do okresu sprzed pandemii (Lewandowska i in. 2021).

Doświadczanie niepewności wśród pacjentów w czasie pandemii COVID-19

Niepewność odnosi się do niemożności określenia znaczenia zdarzeń chorobowych i trafnego przewidywania wyników zdrowotnych. Rodzi się ona, gdy schemat poznawczy o chorobie – w tym przypadku COVID-19 – nie mógł być utworzony (Massey, Forsberg 2020). Na podstawie braku danych na temat choroby i jej skutków można sformułować cztery formy niepewności:

- niejednoznaczność dotycząca stanu chorobowego,
- złożoność systemu opieki zdrowotnej i leczenia,
- brak informacji o diagnozie i powadze choroby,
- nieprzewidywalność przebiegu choroby i rokowania.

Podczas pandemii dla biorców oczekujących na przeszczepienie narządu obowiązywały zalecenia, które zwiększały ich niepewność związaną z leczeniem i dostępem do transplantacji, mianowicie ośrodki transplantacyjne częściowo zawieszały lub wstrzymały swoją działalność, co skutkowało przeniesieniem biorców do innych ośrodków bądź też wydłużeniem czasu oczekiwania na transplantację. Kwalifikacja do zabiegu przeszczepienia była prowadzona zdalnie. Pomimo odwołania na terenie Polski stanu zagrożenia epidemicznego zostały utrzymane zalecenia dotyczące informowania biorcy o możliwym ryzyku związanym z zakażeniem SARS-CoV-2, a decyzja o zabiegu przeszczepienia jest zawieszona do czasu uzyskania ujemnego wyniku badania w kierunku zakażenia koronawirusem. Zalecane jest posiadanie statusu osób uodpornionych przeciw

COVID-19 przez potencjalnych biorców narządów i tkanek oka przed wpisaniem na krajową listę oczekujących na przeszczepienie (Poltransplant 2023).

Emma K. Massey i Anna Forsberg (2020) w liście skierowanym do profesjonalistów z dziedziny transplantologii zwróciły uwagę na znaczenie poczucia niepewności biorców narządów w czasie pandemii COVID-19 w kontekście możliwych komplikacji, konsekwencji zarówno medycznych, jak i psychologicznych oraz strategii radzenia sobie. Autorki zaakcentowały również konieczność badań oceniających wpływ pandemii na wymiar nie tylko fizyczny, ale również mentalny wśród tej populacji w kolejnych miesiącach czy latach.

Kwerenda bibliograficzna zidentyfikowała osiem badań związanych z oceną poczucia niepewności wśród biorców narządów, opublikowanych w czasie pandemii (2020–2022), w tym cztery badania dotyczące oceny niepewności wśród pacjentów w czasie pandemii COVID-19.

Pandemia stała się źródłem stresu społecznego i indywidualnego, wywierając negatywne skutki psychologiczne, społeczne i ekonomiczne na życie pacjentów oczekujących na przeszczepienie narządu (Choudhury i in. 2022; Cai i in. 2021). Osoby, które odczuwają panikę i strach, wraz ze wzrostem postrzegania zagrożenia w konsekwencji tej choroby zakaźnej, mogą wykazywać zachowania odbiegające od przyjętych norm (Cai i in. 2021).

Siobhan C. McKay wraz z zespołem (2021) w badaniu oceniającym jakość życia związaną ze stanem zdrowia, niepewność i strategie radzenia sobie u pacjentów po przeszczepieniu narządu unaczynionego w czasie pandemii COVID-19, wykazali, iż biorcy prezentowali niski poziom niepewności, a główną strategią radzenia sobie była akceptacja (92%). Radzenie sobie przez akceptację, poczucie ochrony, samoocena podatności na COVID-19 wiązały się z niższym poziomem niepewności. Ocena stanu zdrowia była znacznie niższa w przypadku osób cierpiących na choroby psychiczne, utrudniony dostęp do opieki zdrowotnej, postrzegane wysokie ryzyko ciężkiej infekcji COVID-19 i wyższy poziom niepewności. Ponadto historia chorób psychicznych, postrzeganie ryzyka, ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej, niepewność i strategie radzenia sobie były powiązane z gorszą jakością życia biorców podczas ścisłej izolacji).

Erman Yıldız (2021) oceniał związek pomiędzy niepewnością a lękiem wśród pacjentów po przeszczepieniu wątroby. Uzyskane wyniki wskazują na wysoki poziom niepewności i związek pomiędzy poziomem niepewności a lękiem. Tugba Menekli i Sibel Şentürk (2023) w badaniu oceniającym związek pomiędzy nietolerancją niepewności i lękiem przed COVID-19 u pacjentów oczekujących na przeszczepienie nerki wykazali, iż wraz ze wzrostem poziomu niepewności pacjenci odczuwali wyższy poziom lęku; stwierdzono u nich także wysoki poziom niepewności. Jolana Wagner-Skacel wraz z zespołem (2021) w badaniu oceniającym psychologiczny wpływ pandemii na pacjentów oczekujących na przeszczepienie wątroby lub nerki wykazali, iż grupa ta doświadczała objawów somatyzacyjnych związanych z obawami dotyczącymi COVID-19. Stwierdzono związek pomiędzy występowaniem objawów lęku i depresji a obawami odnośnie do COVID-19. Z kolei Emanuele M. Merlo i jej zespół (2021) wykazali, iż niepewność i aleksytymia okazały się wskaźnikami odgrywającymi ważną rolę predykcyjną w rozwoju psychopatologii w czasie pandemii COVID-19. Chandana Guha wraz z zespołem (2020) w badaniu jakościowym analizującym punkt widzenia pacjentów, członków rodziny i potencjalnych żywych dawców nerki na temat zawieszenia i wznowienia programów przeszczepiania nerek z powodu COVID-19 wyłonili pięć głównych tematów:

- kaskada rozczarowań i dewastacji (brak nadziei, porażka, żal i poczucie winy);
- bezradność i bezbronność (lęk przed pogorszeniem się stanu zdrowia, zagrożenie związane z brakiem dostępu do opieki medycznej, podatność na powikłania infekcyjne);
- stres wynikający z niepewności (sprzeczne informacje, brak kontaktu z personelem medycznym);
- narastające obciążenia (ponoszenie dodatkowych kosztów finansowych, zwiększenie obowiązków opiekuna);
- opóźnienie w dostępie do usług medycznych (ochrona uprawnień, wsparcie społeczne, konieczność dostosowania się do nowych sposobów opieki).

W przeglądzie systematycznym badań jakościowych Patrizia Natale i jej zespół (2023) dokonali oceny wpływu pandemii COVID-19 na pacjentów z przewlekłą chorobą nerek. W podsumowaniu

stwierdzono, iż niepewność w dostępie do opieki zdrowotnej podczas pandemii COVID-19 zwiększała podatność na zagrożenia, niepokój emocjonalny i obciążenie oraz prowadziła do zmniejszonej zdolności do samodzielnego radzenia sobie wśród pacjentów z przewlekłą chorobą nerek i ich opiekunów.

Ponadto badania oceniające sytuację psychologiczną pacjentów w czasie COVID-19 ujawniły towarzyszące im lęk, stres, bezsenność, a nawet objawy stresu pourazowego (Thangaraju i in. 2022; Barutcu Atas i in. 2021; Cai i in. 2021). Prowadzone badania w czasie pandemii wykazały również, że zmienne obejmujące płeć żeńską, chorobę przewlekłą, narażenie na COVID-19 i brak szczepień przeciwko tej chorobie zwiększały poziom lęku, depresji i stresu wśród biorców wątroby (Akbulut i in. 2023). Alicia Paessler i jej zespół (2021) w badaniu oceniającym aspekty psychologiczne związane z przeszczepianiem nerki w czasie pandemii wśród biorców pediatrycznych, stwierdzili, iż połowa uczestników czuła strach i obawiała się przeszczepienia nerki w trakcie pandemii, a 1/4 uczestników była zaniepokojona ryzykiem zakażenia COVID-19 w trakcie rekonwalescencji.

W badaniu oceniającym nasilenie stresu oraz rodzaj strategii wśród opiekunów pacjentów po przeszczepieniu narządu autorzy wykazali, iż również opiekunowie posiadali kliniczne objawy lęku, większe nasilenie stresu w interakcji rodzic–dziecko oraz większe trudności w opiece nad dzieckiem. Przeważały strategie unikania i stosowanie praktyk religijnych (Forner-Puntonet i in. 2023).

Redukowanie niepewności

Mishel wskazała, iż poczucie niepewności można redukować, wykorzystując różnego rodzaju zasoby, m.in. edukację, personel medyczny jako źródło autorytetu i poufności oraz wsparcie społeczne (Mishel 2014). Niepewność można ocenić jako zagrożenie lub szansę. Wyzwania dają szansę na zysk, podczas gdy zagrożenia mogą prowadzić do szkód, strat lub negatywnych skutków. Postrzeganie niepewności jako zagrożenia może powodować wzmoczoną czujność – może być ona funkcjonalna, ale również skutkować zwiększonym niepokojem. Postrzeganie niepewności jako szansy może prowadzić do kreatywności i znajdowania korzyści. Pandemia i jej

późniejsze ograniczenia stwarzają potrzebę redefinicji tego, co w życiu ważne. Te dwie reakcje mogą prowadzić do różnych sposobów radzenia sobie z niepewnością.

Interwencje redukujące poziom niepewności powinny wspierać zdolność pacjentów do uczenia się życia z niepewnością. Znaczącą rolę odgrywa personel medyczny, który: organizuje drogę chorego w całym systemie opieki zdrowotnej; wspiera pacjentów przez relacje; przekazuje wiedzę w sposób jasny i dokładny. Działania te pozwalają pacjentowi odzyskać kontrolę w zakresie adaptacji lub ekspansji świadomości (Hansen i in. 2012). Menekli i Şentürk (2023) proponują edukację pacjentów na temat choroby w celu obniżenia poziomu lęku i niepewności. Ważnym elementem w redukcji niepewności jest empatia, czyli wykazanie zrozumienia i wczucie się w to, jak trudna jest to sytuacja dla pacjentów. Można to osiągnąć przez: dialog, edukację, prezentację ryzyka, dbanie o dobrą kondycję, przestrzeganie leczenia/wizyt kontrolnych, regularne ćwiczenia czy odżywianie (Epstein i in. 2007).

Kolejnym elementem obniżającym poczucie niepewności jest wsparcie społeczne, szczególnie wsparcie informacyjne, które powinno być dostarczane już przed przeszczepieniem (Martin i in. 2010; Guha i in. 2020). Janusz Heitzman w artykule *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne* przedstawia obszary interwencji w zależności od potrzeb psychicznych różnych grup społecznych, w tym pacjentów. W zaleceniach autor zwraca uwagę na konieczność udzielania wsparcia organizacyjnego, informacyjnego oraz medycznego. Niezbędne jest również ograniczanie niekorzystnego wpływu chaosu informacyjnego przez dostarczanie jasnych i dokładnych informacji oraz komunikację (Heitzman 2020). Wspierając pacjentów, należy umożliwić im omówienie znaczenia ich niepewności (Hansen i in. 2012). Ważnym aspektem, szczególnie w trudnym okresie epidemii, jest organizacja opieki nad pacjentem w całym systemie opieki zdrowotnej. Autorzy sugerują również wsparcie ze strony całego zespołu interdyscyplinarnego i psychologicznego (Menekli, Şentürk 2023). Na potrzebę wsparcia psychologicznego zwracają również uwagę Wagner-Skacel i jej zespół (2021).

Pandemia COVID-19 od samego początku była związana z doświadczaniem stresu i niepokoju, stwarzając niebezpieczeństwo

zarówno dla zdrowia i życia, jak i problemy natury społeczno-ekonomicznej. Dla utrzymania zdrowia psychicznego i fizycznego kluczowe jest radzenie sobie ze stresem. Jest ono rozumiane jako zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, co ma na celu uporanie się z zewnętrznymi i wewnętrznymi wymaganiami, które są oceniane przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby osobiste. Radzenie sobie ze stresem jest procesem dynamicznym i stanowi odpowiedź na określoną sytuację oraz zależy od właściwości danej jednostki (Sygit-Kowalkowska 2014). Niepewność oceniana jako szansa implikuje pozytywny wynik, a buforujące strategie radzenia sobie służą jego utrzymaniu. W przeciwieństwie do tego przekonania i dyspozycje osobowości mogą skutkować niepewnością ocenianą jako zagrożenie, która implikuje krzywdę. Wówczas powinny być stosowane strategie radzenia sobie skoncentrowane na problemie, aby zmniejszyć zagrożenie. Jeśli nie można zastosować strategii radzenia sobie skoncentrowanego na problemie, w odpowiedzi na niepewność stosuje się strategię emocjonalnego radzenia sobie. Jeśli strategię radzenia sobie są skuteczne, następuje adaptacja. W badaniach oceniających poczucie niepewności stosowanie strategii radzenia sobie przez akceptację i poczucie bezpieczeństwa wiązały się z niższym poziomem niepewności (McKay i in. 2021). Również interwencje oparte na terapii poznawczo-behawioralnej pozwalają ukierunkować pacjenta na nietolerancję niepewności (Robichaud 2013).

Podsumowanie

Światowa Organizacja Zdrowia w dniu 5 maja 2023 r. wydała decyzję o zakończeniu globalnego stanu zagrożenia spowodowanego COVID-19. Liczba zakażeń SARS-CoV-2 na całym świecie maleje, ale wciąż krążą nowe podwarianty, które mogą być groźniejsze czy bardziej zakaźne. Dostępne są szczepionki i leczenie, zostały sformułowane zasady postępowania w przypadkach stwierdzonego zakażenia. Jednakże jedną z konsekwencji pandemii COVID-19 jest zwiększenie skali problemów związanych ze zdrowiem psychicznym w populacji światowej. W obliczu kryzysu dostępne dane wyraźnie pokazują, że istnieje potrzeba multidyscyplinarnych badań w dziedzinie zdrowia

psychicznego oraz ustanowienia strategii zapobiegania psychologicznym konsekwencjom COVID-19. Interwencje powinny się skupiać na grupach szczególnie wrażliwych. Konieczne jest opracowanie ogólnokrajowych strategii planowania i koordynowania pierwszej pomocy psychologicznej podczas poważnych katastrof, w tym pandemii, z wykorzystaniem telemedycyny. Do grup szczególnie narażonych, które płacą najwyższą cenę za kryzys związany z COVID-19, należą osoby starsze i osoby z przewlekłymi, długotrwałymi schorzeniami. Pacjenci w okresie oczekiwania na przeszczepienie narządu i po wykonanym zabiegu doświadczają niepewności związanej zarówno z przebiegiem choroby i samą procedurą zabiegową, jak i przyszłością po przeszczepieniu narządu. Proces ten sprawia, że jest to grupa szczególnie wrażliwa i podatna na zaburzenia w sferze psychicznej. Konieczne jest więc wdrożenie poradnictwa psychologicznego, aby poprawić samopoczucie psychiczne chorych i wzmocnić ich zasoby.

Bibliografia

- Akbulut S., Kucukakcali Z., Saritas H., Bozkir C., Tamer M., Akyuz M., Bagci N., Unsal S., Akbulut M.S., Sahin T.T., Colak C., Yilmaz S. (2023), *Effect of the COVID-19 Pandemic on the Psychological Health of Patients Who Underwent Liver Transplantation Due to Hepatocellular Carcinoma*, „Diagnostics”, vol. 13, issue 8, 1410.
- Almgren M., Lennerling A., Lundmark M., Forsberg A. (2017), *The meaning of being in uncertainty after heart transplantation – an unrevealed source to distress*, „European Journal of Cardiovascular Nursing”, vol. 16, issue 2, s. 167–174.
- Azzi Y., Bartash R., Scalea J., Loarte-Campos P., Akalin E. (2021), *COVID-19 and Solid Organ Transplantation: A Review Article*, „Transplantation”, vol. 105, issue 1, s. 37–55.
- Bailey D.E. Jr., Landerman L., Barroso J., Bixby P., Mishel M.H., Muir A.J., Strickland L., Clipp E. (2009), *Uncertainty, symptoms, and quality of life in persons with chronic hepatitis C*, „Psychosomatics”, vol. 50, issue 2, s. 138–146.
- Bailey D.E. Jr., Stewart J.L. (2013), *Uncertainty in Illness Theory*, [w:] *Nursing Theorists and Their Work*, ed. M.R. Alligood, 8th ed., St. Louis 2013, s. 555–573.

- Barutcu Atas D., Aydin Sunbul E., Velioglu A., Tuglular S. (2021), *The association between perceived stress with sleep quality, insomnia, anxiety and depression in kidney transplant recipients during Covid-19 pandemic*, „PloS ONE”, vol. 16, issue 3, e0248117.
- Cai Z., Cai X., Song Y., Wang D., Zhang Y., Ma S., Tang S., Bai H., Tan H., Li R., Yao L., Liu Z., Wang G., Wang Y. (2021), *Psychological Distress and Its Association With Quality of Life in Organ Transplant Recipients During COVID-19 Pandemic*, „Frontiers in Psychiatry”, vol. 12, 690295.
- Choudhury A., Varshney M., Sahoo B., Pamecha V., Sinha P., Patil N.S., Mohapatra N., Sharma V., Kumar R. (2022), *Impact of covid-19 pandemic on quality of life and psychosocial difficulties among liver transplant recipients*, „Journal of Family Medicine and Primary Care”, vol. 11, issue 2, s. 744–750.
- Clayton M.F., Marleah D., Merle M. (2018), *Theories of Uncertainty in Illness*, [w:] *Middle Range Theory for Nursing*, eds. M.J. Smith, P.R. Liehr, 4th ed., New York, s. 49–82.
- Danziger-Isakov L., Blumberg E.A., Manuel O., Sester M. (2021), *Impact of COVID-19 in solid organ transplant recipients*, „American Journal of Transplantation”, vol. 21, issue 3, s. 925–937.
- Epstein R.M., Hadee T., Carroll J., Meldrum S.C., Lardner J., Shields C.G. (2007), „*Could this Be Something Serious?*”. *Reassurance, Uncertainty, and Empathy in Response to Patients' Expressions of Worry*, „Journal of General Internal Medicine”, vol. 22, issue 12, s. 1731–1739.
- Forner-Puntonet M., Gisbert-Gustemps L., Castell-Panisello E., Lararte M., Quintero J., Ariceta G., Gran F., Iglesias-Serrano I., Garcia-Morán A., Español-Martín G., Ibañez-Jimenez P., Ramos-Quiroga J.A. (2023), *Stress and coping strategies of families of pediatric solid organ transplant recipients in times of pandemic*, „Frontiers in Psychology”, vol. 14, 1067477.
- Grzesik K. (2015), *Niepewność jako architekt kontekstu podejmowania decyzji menedżerskich*, „Marketing i Rynek”, vol. 22, nr 9, s. 143–154 [CD].
- Guha C., Tong A., Baumgart A., Scholes-Robertson N., Isbel, N., Kanelis J., Campbell S., Coates T., Chadban S. (2020), *Suspension and resumption of kidney transplant programmes during the COVID-19 pandemic: perspectives from patients, caregivers and potential living donors – a qualitative study*, „Transplant International”, vol. 33, issue 11, s. 1481–1490.

- Gulla B. (2010), *Transplantacja serca. Problemy adaptacji psychologicznej*, Kraków.
- Hansen B.S., Rørtveit K., Leiknes I., Morken I., Testad I., Joa I., Severinsson E. (2012), *Patient experiences of uncertainty – a synthesis to guide nursing practice and research*, „Journal of Nursing Management”, vol. 20, issue 2, s. 266–277.
- Heitzman J. (2020), *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne*, „Psychiatria Polska”, t. 54, nr 2, s. 187–198.
- Kagan J. (1972), *Motives and development*, „Journal of Personality and Social Psychology”, vol. 22, issue 1, s. 51–66, <https://doi.org/10.1037/h0032356>.
- Kahneman D., Tversky A. (1982), *Variants of uncertainty*, „Cognition”, vol. 11, issue 2, s. 143–157, [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(82\)90023-3](https://doi.org/10.1016/0010-0277(82)90023-3).
- Jędralska K. (red.) (2010), *Zarządzanie niepewnością*, Katowice.
- Lasker J.N., Sogolow E.D., Olenik J.M., Sass D.A., Weinrieb R.M. (2010), *Uncertainty and liver transplantation: women with primary biliary cirrhosis before and after transplant*, „Women & Health”, vol. 50, issue 4, s. 359–375.
- Lewandowska D., Borczon S., Przygoda J., Hermanowicz M., Michalska K., Mańkowski M. (2022), *Krajowa Lista Osób Oczekujących Na Przeszczepienie (KLO)*, „Poltransplant. Biuletyn Informacyjny”, nr 1(31), s. 29–45.
- Lewandowska D., Borczon S., Przygoda J., Hermanowicz M., Podobińska I., Michalska K., Mańkowski M. (2021), *Krajowa Lista Osób Oczekujących Na Przeszczepienie (KLO)*, „Poltransplant. Biuletyn Informacyjny”, nr 1 (30), s. 21–35.
- Martin S.C., Stone A.M., Scott A.M., Brashers D.E. (2010), *Medical, personal, and social forms of uncertainty across the transplantation trajectory*, „Qualitative Health Research”, vol. 20, issue 2, s. 182–196.
- Massey E.K., Forsberg A. (2020), *Dealing with uncertainty after transplantation in times of COVID-19*, „Transplant International”, vol. 33, issue 10, s. 1337–1338.
- McKay S.C., Lembach H., Hann A., Okoth K., Anderton J., Nirantharakumar K., Magill L., Torlinska B., Armstrong M., Mascaro J., Inston N., Pinkney T., Ranasinghe A., Borrow R., Ferguson J., Isaac J., Calvert M., Perera M.T.P.R., Hartog H. (2021), *Health-related quality of life, uncertainty and coping strategies in solid organ transplant recipients during shielding for the COVID-19 pandemic*, „Transplant

- International: Official Journal of the European Society for Organ Transplantation”, vol. 34, issue 11, s. 2122–2137.
- Menekli T., Şentürk S. (2023), *The Relationship between the intolerance of uncertainty and the fear of COVID-19 in patients awaiting kidney transplantation during the pandemic*, „Nursing Communications”, vol. 7, e2023003.
- Merlo E.M., Sicari F., Frisone F., Costa G., Alibrandi A., Avena G., Settineri S. (2021), *Uncertainty, alexithymia, suppression and vulnerability during the COVID-19 pandemic in Italy*, „Health Psychology Report”, vol. 9, no. 2, s. 169–179.
- Milaniak I., Wilczek-Rużyczka E., Wierzbicki K., Sadowski J., Przybyłowski P. (2014), *The influence of sense of coherence on emotional response in heart transplant recipients – a preliminary report*, „Kardiologia i Torakochirurgia Polska”, t. 11, nr 2, s. 220–224.
- Mishel M.H. (1981), *The measurement of uncertainty in illness*, „Nursing Research”, vol. 30, issue 5, s. 258–263.
- Mishel M.H. (1990), *Reconceptualization of the uncertainty in illness theory*, „Journal of Nursing Scholarship”, vol. 22, issue 4, s. 256–262.
- Mishel M.H. (2014), *Theories of Uncertainty in Illness*, [w:] *Middle Range Theory for Nursing*, eds. M.J. Smith, P.R. Liehr, 3rd ed., New York, s. 53–86.
- Natale P., Zhang J., Scholes-Robertson N., Cazzolli R., White D., Wong G., Guha C., Craig J., Strippoli G., Stallone G., Gesualdo L., Jaure A. (2023), *The Impact of the COVID-19 Pandemic on Patients With CKD: Systematic Review of Qualitative Studies*, „American Journal of Kidney Diseases”, vol. 82, issue 4, s. 395–409.
- Nimmo A., Gardiner D., Ushiro-Lumb I., Ravanan R., Forsythe J.L.R. (2022), *The Global Impact of COVID-19 on Solid Organ Transplantation: Two Years into a Pandemic*, „Transplantation”, vol. 106, issue 7, s. 1312–1329.
- Paessler A., Boyle S., Marks S., Kessar N., Stojanovic J. (2021), *Psychological Concerns of Children Undergoing Kidney Transplantation During the Pandemic: Single-centre Experience*, „BMJ Paediatrics Open”, vol. 5, e001174.
- Penkala-Gawęcka D.M. (2020), *COVID-19, niepewność, lęk i nadzieja. W poszukiwaniu skutecznego leku*, „LUD. Organ Polskiego Towarzystwa Ludoznawczego”, t. 104, s. 185–212.
- Poltransplant (2023), *Stanowisko (tymczasowe) Poltransplantu dotyczące wykorzystania narządów, tkanek i komórek innych niż komórki krwiotwórcze do przeszczepienia w związku z zakażeniem koronawirusem*

- SARS-COV-2 (2023.12.06), https://poltransplant.pl/Download/covid/2023_12_06_Stanowisko_Poltransplantu_ws_COVID-19.pdf [dostęp: 11.07.2024].
- Robichaud M. (2013), *Cognitive Behavior Therapy Targeting Intolerance of Uncertainty: Application to a Clinical Case of Generalized Anxiety Disorder*, „Cognitive and Behavioral Practice”, vol. 20, issue 3, s. 251–263.
- Shun S.C., Chou Y.J., Chen C.H., Yang J.C. (2018), *Change of Uncertainty in Illness and Unmet Care Needs in Patients With Recurrent Hepatocellular Carcinoma During Active Treatment*, „Cancer Nursing”, vol. 41, issue 4, s. 279–289.
- Siwińska J. (2018), *Psychologiczna pomoc pacjentom poddawanych transplantacji serca i operacji wszczepienia mechanicznego wspomaganie krążenia*, „Sztuka Leczenia”, nr 1, s. 37–42.
- Sygit-Kowalkowska E. (2014), *Radzenie sobie ze stresem jako zachowanie zdrowotne człowieka – perspektywa psychologiczna*, „Hygeia Public Health”, t. 49, nr 2, s. 202–208.
- Thangaraju S., Wang Y., Kee T., Tee P.S., Lu Y.M., Yong J.H., Ho Q.Y., Liew I.T., Foo F., Kwan N., Ng E., He X., Lee C., Baey S., Leong J., Tan J., Shirore R.M., Jafar T.H. (2022), *Psychological distress and associated factors among kidney transplant recipients and living kidney donors during COVID-19*, „BMC Nephrology”, vol. 23, issue 1, 80.
- Wagner-Skacel J., Dalkner N., Bengesser S., Ratzenhofer M., Fink N., Kahn J., Pilz R., Mörkl S., Lenger M., Fazekas C., Matzer F., Butler M., Reininghaus E.Z., Müller H., Kniepeiss D. (2021), *COVID-19 Pandemic Stress-Induced Somatization in Transplant Waiting List Patients*, „Frontiers in Psychiatry”, vol. 12, 671383.
- Yıldız E. (2021), *The Relationship Between Anxiety and Intolerance of Uncertainty Levels in Individuals Who Received Liver Transplant: A Descriptive Cross-Sectional Study*, „Clinical Nursing Research”, vol. 30, issue 5, s. 548–557.
- Zhang Y. (2017), *Uncertainty in Illness: Theory Review, Application, and Extension*, „Oncology Nursing Forum”, vol. 44, no. 6, s. 645–649.
- Ziarko M. (2014), *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*, Poznań.

