



Postawy wobec przeszczepu narządów

Raport z badań

Opracowanie:

dr Alina Kośmider-Cichomska

Warszawa, Sierpień 2002

SPIS TREŚCI

	Strona
<i>Wprowadzenie</i> _____	4
Metody badania _____	4
Narzędzia badawcze _____	4
Czas badania _____	4
<i>Podsumowanie i wnioski</i> _____	5
<i>1. Główne wyniki badania – pytania wspólne</i> _____	7
1.1 Stosunek wobec pobierania narządów od osób zmarłych _____	7
1.2 Stosunek wobec pobierania nerki od osoby zdrowej _____	8
1.3 Przekonania dotyczące momentu śmierci człowieka _____	10
1.4 Rola prawa i rodziny przy podejmowaniu decyzji o pobraniu narządów od osoby zmarłej _____	11
1.5 Opinie na temat przyczyn sprzeciwu rodzin wobec zamiaru pobrania narządów od osób zmarłych _____	14
1.6 Gotowość bycia dawcą narządów _____	15
1.7 Zgoda na pobranie narządu od zmarłej osoby bliskiej _____	19
1.8 Proponowane sposoby zwiększenia ilości narządów do transplantacji _____	20
1.9 Opinie na temat roli Kościoła Katolickiego w kształtowaniu pozytywnych postaw wobec przeszczepiania narządów _____	21
<i>2. Wyniki badania – środowiska medyczne</i> _____	23
2.1 Postrzegana skuteczność transplantacji _____	23
2.2 Doświadczenia z osobami oczekującymi na przeszczep i po przeszczepie _____	24
2.3 Rozmowy z rodziną pacjenta na temat możliwości pobrania narządów _____	25
2.4 Przyczyny braku zgody na oddanie własnych narządów _____	27
2.5 Stosunek do podtrzymywania życia pacjentów za pomocą respiratora _____	28
2.6 Gotowość lekarzy do wyłączenia respiratora po stwierdzeniu śmierci mózgowej _____	31
2.7 Gotowość lekarzy do powiadamiania ośrodka transplantacyjnego o możliwości pobrania narządów _____	32
<i>3. Wyniki badania – studenci</i> _____	34
3.1 Pierwszy kontakt z problematyką transplantacyjną _____	34

Ipsos-Demoskop dla Fundacji "Zjednoczeni dla Transplantacji"	3
3.2 Kontakty z osobami oczekującymi na przeszczep i osobami po przeszczepie	35
3.3 Postulowane reakcje lekarza po stwierdzeniu śmierci mózgowej pacjenta	37
3.4 Reakcje na nieuzgodnione pobranie narządów od osoby bliskiej	38
3.5 Kształcenie i poziom wiedzy studentów uczelni medycznych z zakresu medycyny transplantacyjnej	39
<i>Dane o respondentach</i>	46
Dane o respondentach - sondaż ogólnopolski	47
Dane o respondentach - studenci uczelni medycznych	49
Dane o respondentach - studenci uczelni pozamedycznych	50
Dane o respondentach - średni personel medyczny	51
Dane o respondentach - lekarze	52
Szpitala objęte badaniem	53
Uczelnie pozamedyczne objęte badaniem	55

Wprowadzenie

Niniejszy raport stanowi opracowanie wyników badania realizowanego z inicjatywy Krajowej Rady Transplantacyjnej przy Ministrze Zdrowia i Instytutu Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie.

Celem badania było poznanie postaw i opinii różnych grup społecznych na temat przeszczepiania narządów.

Badaniem objęto pięć kategorii respondentów:

- 1/ 1000-osobową reprezentatywną próbę Polaków w wieku 15 lat i więcej
- 2/ studentów różnych kierunków studiów reprezentujących różne uczelnie na terenie kraju (N=965)
- 3/ studentów medycyny reprezentujących różne uczelnie medyczne na terenie kraju (N=1006)
- 4/ lekarzy pracujących na oddziałach intensywnej terapii, neurochirurgii i neurologii w kilkudziesięciu szpitalach zlokalizowanych na terenie całego kraju (N=800)
- 5/ średni personel medyczny z oddziałów intensywnej terapii, neurochirurgii i neurologii w kilkudziesięciu szpitalach zlokalizowanych na terenie całego kraju (N=484)

Metody badania

W trakcie realizacji badania wykorzystano kilka metod badawczych, w tym:

- indywidualny, bezpośredni wywiad kwestionariuszowy realizowany przez ankierów (ogólnopolski sondaż Omnibus)
- wywiad audytoryjny (studenci)
- indywidualne wypełnianie kwestionariuszy w miejscu pracy (lekarze, średni personel medyczny)

Narzędzia badawcze

Dla każdej kategorii respondentów opracowane zostało odrębne narzędzie badawcze, przy czym w każdym, oprócz pytań specyficznych, znajdował się blok pytań wspólnych umożliwiających dokonanie porównań postaw i opinii.

Czas badania

Poszczególne moduły badania realizowane były od końca maja do połowy sierpnia 2002 roku.

Podsumowanie i wnioski

Na obecnym poziomie rozwoju medycyny, transplantacja ludzkich narządów stanowi jedną z ważniejszych i skuteczniejszych metod leczenia niektórych schorzeń. Metoda ta wciąż budzi wiele kontrowersji i zastrzeżeń, w tym także w środowisku medycznym. Wynikają one z przyczyn etycznych, prawnych, religijnych, a także, i to szczególnie często, z przyczyn emocjonalnych. W większości kultur ludzie od wieków czcili i szanowali swoich zmarłych. Nie dziwi więc fakt, że bezpośrednio po stracie osoby bliskiej, decyzja o pozbawieniu jej jakichś narządów jest niezmiernie trudna i bolesna.

Transplantolodzy na całym świecie mają problemy z dostępem do odpowiedniej ilości narządów. Aby podejmować jakieś działania mające na celu zwiększenie ilości dostępnych narządów, należy najpierw zbadać stan ludzkich umysłów. W tak delikatnej sprawie trudno jest bowiem działać wbrew ludzkim emocjom i poglądom.

Celem tego badania jest poznanie postaw i opinii na temat pobierania i przeszczepiania narządów charakteryzujących polskie społeczeństwo i wybrane jego grupy na początku XXI wieku.

Ogólnie można powiedzieć, że społeczeństwo polskie jest stosunkowo pozytywnie nastawione wobec przeszczepiania narządów:

- ◆ leczenie za pomocą narządów pobieranych od osób zmarłych akceptuje 78% Polaków w wieku 15 lat i więcej
- ◆ leczenie za pomocą narządów pobieranych od osób zdrowych akceptuje 86% Polaków
- ◆ gotowość bycia dawcą bez względu na to, kim byłby biorca deklaruje 55% Polaków
- ◆ zgodę na oddanie narządu zmarłej osoby bliskiej deklaruje 55% Polaków

Do podstawowych zmiennych społeczno-demograficznych odpowiedzialnych za stosunek wobec transplantacji należą wiek i poziom wykształcenia. Osoby młode i lepiej wykształcone charakteryzuje bardziej pozytywny stosunek wobec transplantacji, niż osoby starsze i słabo wykształcone.

Jak można było oczekiwać, osoby regularnie praktykujące są bardziej sceptycznie nastawione wobec przeszczepów, niż osoby praktykujące nieregularnie lub wcale. Klerycy reprezentujący środowisko katolickie nie odbiegają od pozostałych studentów pozamedycznych, jeśli chodzi o poziom akceptacji pobierania i przeszczepiania narządów. Częściej od innych skłonni są natomiast uznawać tradycyjne kryterium śmierci, wymagające ustania pracy mózgu i ustania pracy serca.

Należy wyraźnie zaznaczyć, że osobiste doświadczenia i kontakty z osobami oczekującymi na przeszczep lub będącymi po przeszczepie, przyczyniają się do kształtowania bardziej pozytywnych postaw wobec transplantacji.

Ogólnie biorąc opinia publiczna częściej akceptuje pobieranie i przeszczep narządu pochodzącego od osoby zdrowej, niż przeszczep narządów pobranych od osoby zmarłej. Odwrotnie sprawa wygląda w środowisku medycznym – lekarze oraz studenci medycyny chętniej akceptują wykorzystywanie narządów pochodzących od zmarłych.

Zarówno przedstawiciele społeczeństwa polskiego, jak i przedstawiciele środowisk medycznych w większości stoją na stanowisku, że należy prowadzić rozmowy z rodziną zmarłego, od którego chce się pobrać jakiś narząd i to bez względu na to, co mówi prawo. Tylko wśród lekarzy i studentów medycyny przeważa opinia, że o pobraniu narządu ostatecznie powinno decydować prawo. W pozostałych grupach przeważa opinia, że zgoda rodziny jest niezbędnym warunkiem pobrania narządu od osoby zmarłej.

Środowisko lekarzy i studentów medycyny zdecydowanie wyróżnia się na tle społeczeństwa polskiego pod względem stosunku wobec transplantacji. Generalnie lekarze powszechnie popierają pobieranie i przeszczepianie narządów, wierzą w skuteczność metod transplantacyjnych, stosunkowo często w sytuacjach ostatecznych są gotowi podjąć działania umożliwiające pobranie narządów.

Punktem krytycznym jest definicja śmierci człowieka. Dla wielu osób człowiek żyje tak długo, jak długo bije jego serce i zachowane jest krążenie, nawet jeśli czynności te podtrzymywane są przez specjalistyczne urządzenia techniczne. 2/3 Polaków uważa, że śmierć następuje dopiero wówczas, gdy nie pracuje mózg i ustało bicie serca. Z opinią tą, choć zdecydowanie rzadziej, spotkać możemy się również w środowisku lekarzy i pielęgniarek oraz studentów medycyny.

Uzyskane wyniki badania pozwalają na sformułowanie kilku postulatów, których realizacja niewątpliwie przyczyniłaby się do zwiększenia popularności transplantacyjnych metod leczenia. Wśród postulatów takich wymienić należy:

- ◆ Popularyzację wiedzy na temat mózgowego kryterium śmierci
- ◆ Popularyzację problemów związanych z transplantacjami (np. cykliczny program telewizyjny pokazujący losy ludzi oczekujących na przeszczep i ich życie po przeszczepie)
- ◆ Działania mające na celu zwiększenie zaufania społecznego wobec środowisk medycznych; powszechne przeświadczenie, że śmierć człowieka zostanie zawsze właściwie i jednoznacznie rozpoznana oraz, że pobrane narządy będą wykorzystane w sposób uczciwy
- ◆ Nakłanianie ludzi do komunikowania otoczeniu swoich poglądów dotyczących możliwości bycia dawcą narządów, co w wielu przypadkach, w sytuacjach ostatecznych rozwiązywałoby dylematy rodziny. Postulat ten jest tym istotniejszy, że większość ludzi wyraża gotowość bycia dawcą narządów.
- ◆ Zachęcenie przedstawicieli Kościoła Katolickiego w Polsce do popularyzacji stanowiska Kościoła w sprawie przeszczepów, przekonanie społeczeństwa, że oddanie narządów swoich lub zmarłej osoby bliskiej jest piękną formą pomocy bliźniemu i nie jest sprzeczne z doktryną Kościoła.

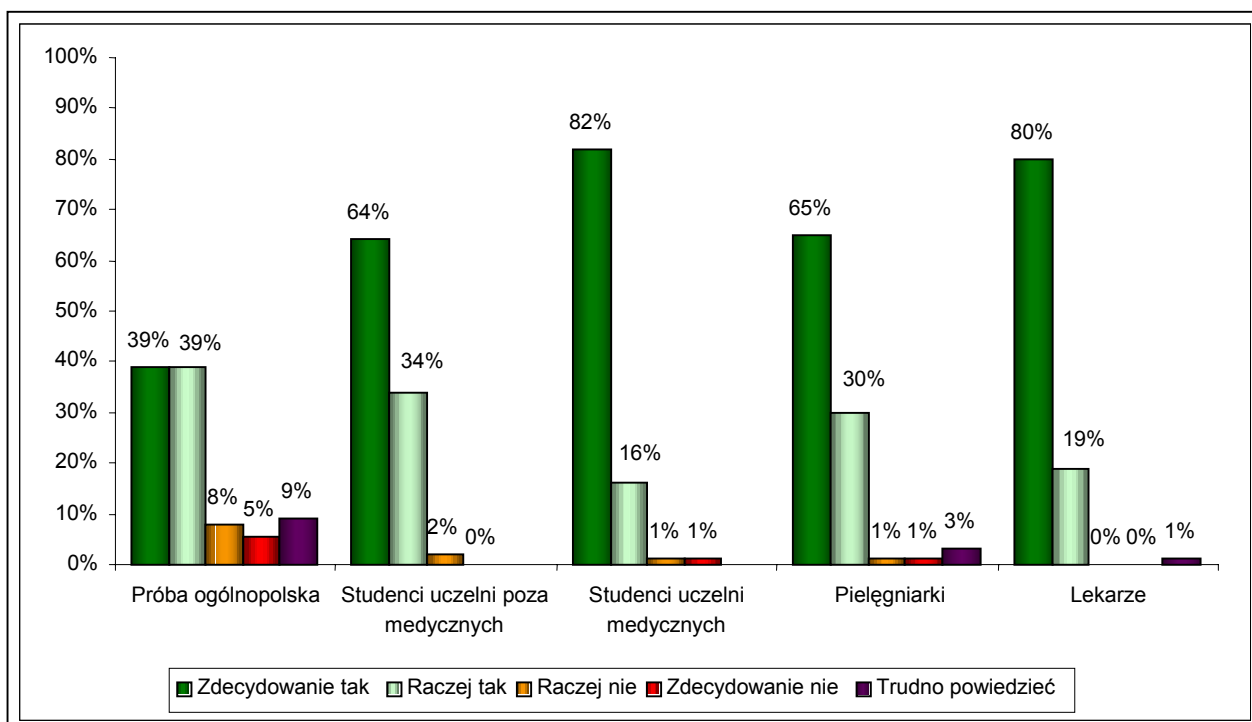
1. Główne wyniki badania – pytania wspólne

1.1 Stosunek wobec pobierania narządów od osób zmarłych

Zdecydowana większość Polaków w wieku 15 lat i więcej (78%), w sposób jednoznaczny lub z pewnym wahaniem, akceptuje pobieranie narządów od zmarłych w celu leczenia i ratowania życia osobom chorym.

Wyniki uzyskane w próbie ogólnopolskiej (Omnibus) wskazują, że postawy wobec przeszczepiania narządów wiążą się z wiekiem i poziomem wykształcenia. Poziom akceptacji dla przeszczepów rośnie wraz ze wzrostem wykształcenia, a spada wraz ze wzrostem wieku. O ile w grupie osób z wykształceniem podstawowym przeszczepy akceptuje 70%, to w grupie osób z wykształceniem wyższym akceptację wyraża 88% osób. Jednocześnie respondenci, którzy ukończyli 50 lat wyraźnie rzadziej akceptują pobieranie narządów, niż respondenci młodszy (68% wobec 83% w grupie przed 25 rokiem życia).

Rys.1. Czy Pan(i) osobiście akceptuje pobieranie narządów od osób zmarłych, w celu leczenia i ratowania życia osobom chorym?



W trakcie badania uzyskiwano informacje na temat praktyk religijnych. Okazuje się, że osoby regularnie praktykujące rzadziej w sposób zdecydowany akceptują pobieranie i przeszczepianie narządów, niż osoby praktykujące nieregularnie lub wcale nie praktykujące.

Płeć i wielkość miejscowości zamieszkania nie różnicują w wyraźny sposób stosunku respondentów wobec przeszczepiania narządów.

Jak można zauważyć, i co wydaje się zrozumiałe, zarówno lekarze jak i studenci medycyny w większości w sposób jednoznaczny i zdecydowany opowiadają się za pobieraniem narządów od osób zmarłych i wyróżniają się pod tym względem na tle pozostałych badanych grup. Tylko minimalny odsetek z nich nie akceptuje pobierania narządów.

Wyniki uzyskane dla średniego personelu medycznego są zbliżone do wyników uzyskanych dla studentów uczelni pozamedycznych i choć charakteryzuje je niższy poziom akceptacji przeszczepów od poziomu akceptacji uzyskanego w grupie lekarzy i studentów medycyny, to jednak jest on wyższy w porównaniu z poziomem odnotowanym dla ogółu społeczeństwa polskiego.

Wśród lekarzy za pobieraniem narządów od osób zmarłych nieco częściej opowiadają się mężczyźni (84% wobec 76% kobiet lekarzy), lekarze ze stopniem doktora habilitowanego lub profesora (95%). Można też zauważyć, że anestezjolodzy i neurochirurdzy częściej popierają pobieranie narządów, niż neurologicy (odpowiednio 85% i 86% wobec 70%).

Wśród średniego personelu medycznego za pobieraniem narządów od zmarłych częściej od pozostałych, w sposób zdecydowany opowiadają się osoby w wieku 40-49 lat (72%), z długim, liczącym 20 lat i więcej, stażem pracy w zawodzie (73%) i długim stażem pracy łącznie na OIT, oddziałach neurochirurgii i neurologii (75%).

W grupie studentów uczelni medycznych zdecydowaną akceptację stosunkowo najczęściej wyrażają studenci szóstego roku studiów (88%), a także ci, którzy mieli kontakt z osobami oczekującymi na przeszczep lub będącymi po przeszczepie.

Biorąc pod uwagę studentów uczelni pozamedycznych, można zauważyć, że zdecydowane postawy "pro-", częściej od innych formułują studenci kierunków technicznych i matematyczno-przyrodniczych. Klerycy nie odbiegają w swych postawach w sposób wyraźny od studentów pozostałych kierunków. Warto może podkreślić, że w grupie 30 kleryków wszyscy akceptują pobieranie narządów w sposób zdecydowany (60%) lub umiarkowany (40%).

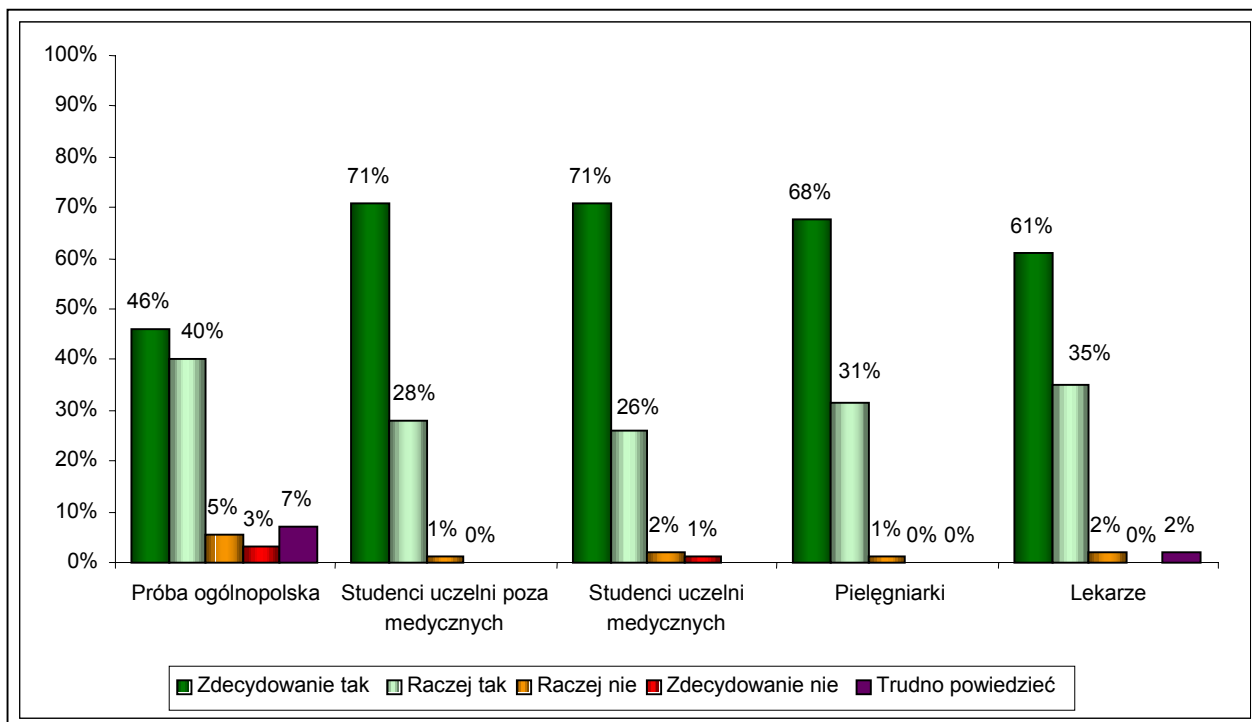
1.2 Stosunek wobec pobierania nerki od osoby zdrowej

Pobieranie i przeszczepianie nerki od osoby zdrowej budzi w społeczeństwie polskim mniej kontrowersji, niż pobieranie narządów od osób zmarłych. Jest to zrozumiałe biorąc pod uwagę fakt, że dawca sam podejmuje decyzję o tym, że chce komuś ofiarować swój narząd, a tym kimś z reguły jest osoba bliska.

Oddziaływanie cech społeczno-demograficznych przebiega analogicznie, jak w przypadku stosunku wobec pobierania narządów od osób zmarłych. Osoby starsze i gorzej wykształcone są nastawione

bardziej sceptycznie wobec pobierania nerki od osoby zdrowej, niż osoby młodsze i lepiej wykształcone.

Rys.2. Czy akceptuje Pan(i) pobieranie jednej nerki od osoby zdrowej, jeśli chce ona ofiarować swój narząd osobie bliskiej?¹



W przeciwieństwie do ogółu społeczeństwa, lekarze, a także studenci medycyny rzadziej w sposób jednoznaczny akceptują pobieranie nerki od osoby zdrowej, niż pobieranie narządów od osoby zmarłej. Zdecydowana akceptacja dla takich zabiegów częściej charakteryzuje lekarzy powyżej 40 roku życia, z dłuższym niż 5-letni stażem pracy, posiadających pierwszy lub drugi stopień specjalizacji, z tytułem doktora habilitowanego lub profesora.

Średni personel medyczny zdecydowaną akceptacją dla pobierania nerki od osoby zdrowej wyraża częściej niż lekarze. Również w tym przypadku dłuższy staż pracy w zawodzie pielęgniarskim sprzyja jednoznacznie pozytywnym postawom wobec pobierania i przeszczepiania tego narządu.

Studenci, i to bez względu na kierunek studiów, są największymi entuzjastami zabiegów tego typu.

Dwa najstarsze roczniki studentów medycyny charakteryzują się nieco wyższym poziomem zdecydowanej akceptacji, niż studenci czwartego roku (73% wobec 67%).

¹ Studenci medyczni i pozamedyczni wśród kategorii odpowiedzi na to pytanie nie mieli kategorii "trudno powiedzieć".

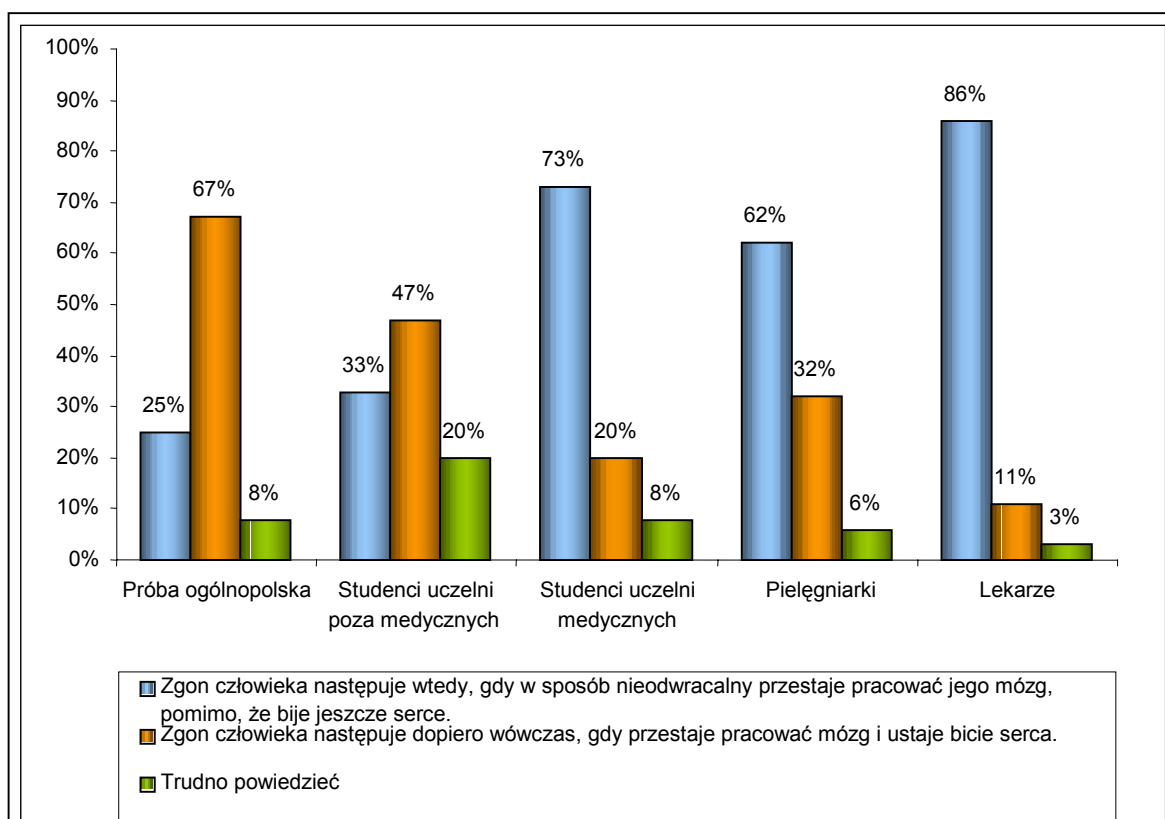
Wśród studentów uczelni pozamedycznych najbardziej zdecydowane, pozytywne postawy prezentują studenci kierunków matematyczno-przyrodniczych. Studenci teologii nie wyróżniają się istotnie na tle studentów innych kierunków.

1.3 Przekonania dotyczące momentu śmierci człowieka

Zarówno ogół Polaków, jak i studenci kierunków pozamedycznych częściej są zdania, że śmierć człowieka następuje wówczas, gdy przestaje pracować mózg i ustaje bicie serca, niż że śmierć następuje wraz ze śmiercią mózgu. Odwrotnie sytuacja wygląda w środowiskach medycznych, a więc wśród lekarzy, pielęgniarek oraz studentów medycyny.

Tylko co czwarty Polak (25%) w wieku 15 i więcej lat jest skłonny zgodzić się z tym, że śmierć człowieka następuje wtedy, gdy w sposób nieodwracalny przestaje pracować jego mózg. Wraz ze wzrostem wykształcenia rośnie popularność takiego przeświadczenia. W grupie osób z wykształceniem podstawowym wyraża je zaledwie 17%, w grupie osób z wykształceniem wyższym – 51% osób. Jest ono też bardziej popularne wśród osób w wieku 25-49 lat, niż wśród młodszych (w wieku 15-24 lata) i wśród starszych (mających 50 lat lub więcej) respondentów. Przeświadczenie takie częściej wyrażają mieszkańcy miast, niż mieszkańcy wsi. Częściej też wyrażają je osoby niepraktykujące lub praktykujące nieregularnie, niż osoby regularnie praktykujące.

Rys. 3. Które z twierdzeń lepiej oddaje Pana(i) przeświadczenie o momencie śmierci człowieka?



2/3 Polaków jest przekonanych, że śmierć następuje dopiero wówczas, gdy ustaje praca mózgu i przestaje bić serce. Stąd niewątpliwie wynikają trudności w przekonaniu rodziny pacjenta, u którego funkcje życiowe podtrzymuje respirator o tym, że nastąpił już zgon. Reprezentanci środowisk medycznych różnią się wyraźnie pod tym względem od ogółu polskiego społeczeństwa – w większości uznają kryterium śmierci mózgowej.

Lekarze, jak widać, są grupą, która wyraźnie wyróżnia się na tle pozostałych. W zdecydowanej większości śmierć mózgu uznają za moment śmierci człowieka. Lecz także w tym środowisku można wyróżnić kategorie tych, którzy z takim stwierdzeniem zgadzają się częściej i kategorie tych, którzy zgadzają się z nim rzadziej. Częściej zgadzają się z nim lekarze mężczyźni (92% wobec 80% kobiet lekarzy), osoby z tytułem doktora habilitowanego lub profesora (95%), anestezjologów i neurochirurdzy częściej niż neurologów (odpowiednio 95% i 95% wobec 73%).

Trzeba jednak wyraźnie podkreślić, że co dziesiąty z lekarzy wyraża opinię, że aby mówić o śmierci człowieka, należy stwierdzić śmierć mózgu i ustanie akcji serca.

Studenci medycyny w swych opiniach plasują się pomiędzy średnim personelem medycznym, a lekarzami. W każdym kolejnym z badanych roczników przybywa studentów, którzy przekonani są o tym, że śmierć człowieka następuje w momencie śmierci mózgu (na czwartym roku – 61%, na piątym roku – 73%, na szóstym roku – 88%). Studenci medycyny, z którymi omawiano na zajęciach zagadnienia dotyczące śmierci i kryteriów jej rozpoznawania częściej są skłonni uznać śmierć mózgu za kryterium śmierci w ogóle, niż studenci, z którymi takich zagadnień nie omawiano (75% wobec 58%). To samo dotyczy studentów, którzy mieli zajęcia z transplantologii klinicznej w porównaniu z tymi, którzy takich zajęć nie mieli (79% wobec 70%).

W grupie średniego personelu medycznego przekonanie, że śmierć następuje w momencie śmierci mózgu, częściej wyrażają osoby przed czterdziestym rokiem życia, których staż pracy w zawodzie nie przekracza 19 lat.

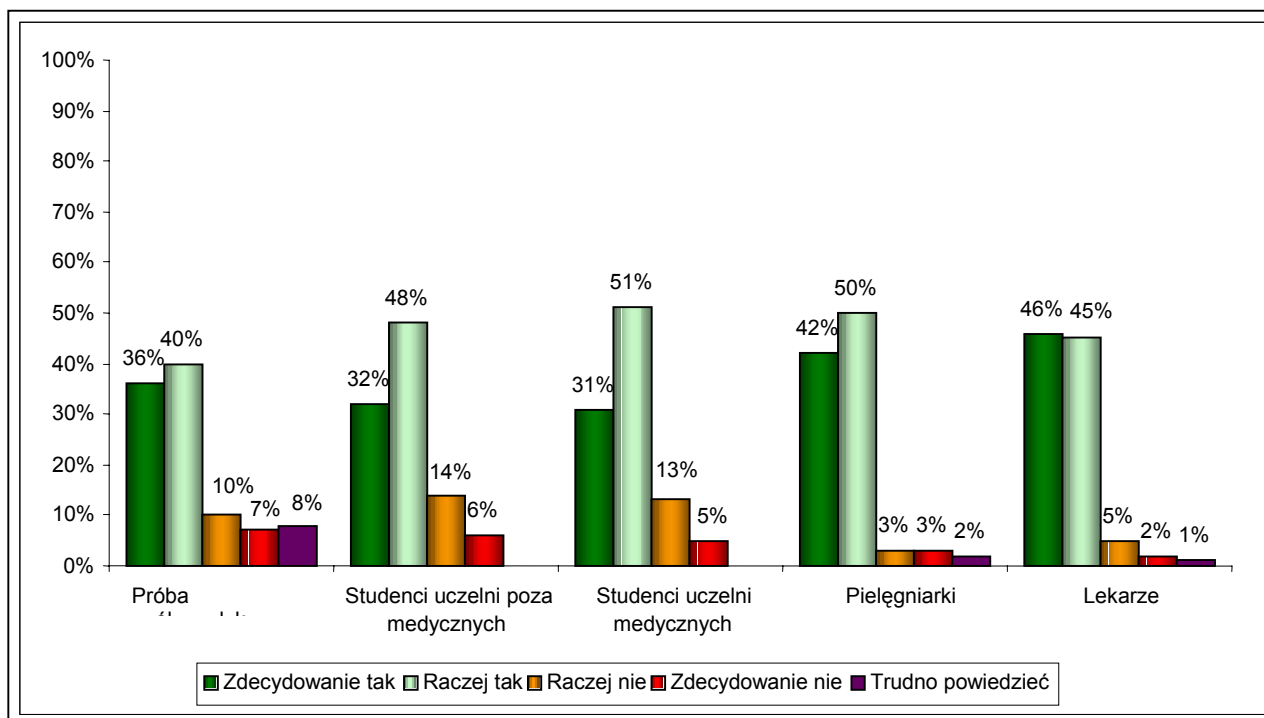
Klerycy w grupie studentów pozamedycznych, są tymi, którzy najczęściej, poza studentami wychowania fizycznego, formułują opinię, że śmierć następuje dopiero wówczas, gdy ustaje praca mózgu i przestaje bić serce (60%).

1.4 Rola prawa i rodziny przy podejmowaniu decyzji o pobraniu narządów od osoby zmarłej

Zdecydowana większość Polaków (76%) jest zdania, że lekarze obowiązani są rozmawiać z rodzinami na temat możliwości pobrania narządów od zmarłej osoby bliskiej, mimo, iż zgodnie z prawem można pobrać narząd od każdego zmarłego, który nie zgłosił za życia pisemnego sprzeciwu w tej sprawie. Rzadziej od innych oczekiwania takie formułują osoby z wykształceniem wyższym (64%), a także osoby niepraktykujące (68%).

Co ciekawe, środowisko medyczne, lekarze i pielęgniarki, częściej widzi potrzebę takich rozmów, niż pozostałe z badanych grup. Wśród lekarzy starsi wiekiem, z dłuższym stażem pracy, ze stopniem doktora habilitowanego lub profesora częściej widza potrzebę takich rozmów, niż pozostali.

Rys. 4. Czy Pana(i) zdaniem, lekarze powinni rozmawiać z rodziną zmarłego na temat możliwości pobrania jego narządów, pomimo, że polskie prawo pozwala na pobranie narządów od każdej osoby zmarłej, która za życia nie wyraziła w tej sprawie pisemnego sprzeciwu?²

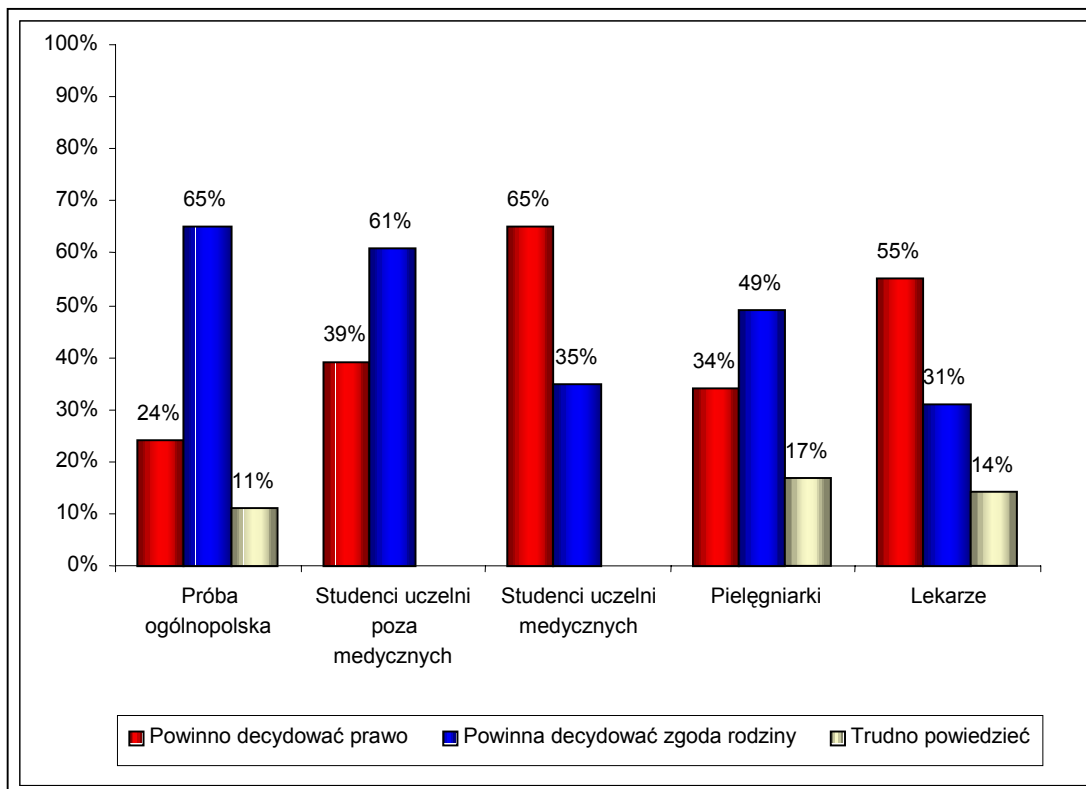


Tak więc poziom przyzwolenia na niekonsultowane decyzje lekarzy jest bardzo niski.

Zaledwie co czwarty z badanych Polaków (24%) uważa, że ostatecznie o pobraniu narządu od osoby zmarłej powinno decydować prawo. Za priorytetem prawa częściej od innych opowiadają się mężczyźni, osoby z wykształceniem wyższym (41%), mieszkańcy miast powyżej 200 tysięcy mieszkańców (33%), rzadziej zaś osoby regularnie praktykujące (19%). Jednak także w grupie zwolenników priorytetu prawa 55% stanowią osoby oczekujące, że lekarz powinien konsultować z rodziną możliwość pobrania narządu od zmarłego krewnego.

² Studenci medycy i poza medycy wśród dostępnych kategorii odpowiedzi na to pytanie nie mieli kategorii "trudno powiedzieć".

Rys. 5. A czy, Pana(i) zdaniem, o pobraniu narządów od osoby zmarłej ostatecznie powinno decydować prawo, czy zgoda rodziny?³



Jeśli spojrzymy na wyniki z innej nieco strony to okazuje się, że w grupie osób przekonanych, że lekarze powinni rozmawiać z rodziną zmarłego na temat możliwości pobrania narządów, zaledwie 17% uznaje nadrzędną rolę prawa, zaś w grupie osób uznających, że lekarze nie muszą rozmawiać z rodziną, nadrzędną rolę prawa uznaje 61%. Tę ostatnią grupę charakteryzuje pewna niekonsekwencja, bowiem 34% jej reprezentantów po wcześniejszym stwierdzeniu, że lekarze nie są zobowiązani rozmawiać z rodziną na temat możliwości pobrania, jednocześnie opowiada się za rozstrzygającą rolą decyzji rodziny.

Lekarze i studenci medycyny są jedynymi grupami częściej uznającymi, że ostatecznie o pobraniu narządów zmarłego powinno decydować prawo, a nie decyzja rodziny. Wśród lekarzy za priorytetem prawa nieco częściej opowiadają się mężczyźni, niż kobiety (59% wobec 52%), anestezjologodzy częściej niż neurochirurdzy i neurologodzy (odpowiednio 62%, 53% i 48%). Lekarze i

³ Studenci medyczni i poza medyczni wśród kategorii odpowiedzi na to pytanie nie mieli kategorii "trudno powiedzieć".

pielęgniarki z dłuższym stażem pracy częściej uzależniają pobranie narządów od zgody rodziny, niż lekarze i pielęgniarki z krótszym stażem pracy.

Wśród studentów medycyny za priorytetem prawa częściej od innych opowiadają się studenci ostatniego roku studiów (74%), a także ci, którzy mieli kontakt z osobą oczekującą na przeszczep lub będącą po przeszczepie.

1.5 Opinie na temat przyczyn sprzeciwu rodzin wobec zamiaru pobrania narządów od osób zmarłych

Czynnikami, najczęściej powodującymi sprzeciw rodziny wobec zamiaru pobrania narządów są, zdaniem ogółu badanych Polaków, względy emocjonalne związane z silnymi przeżyciami po śmierci bliskiej osoby. Wskazują na nie zwłaszcza osoby z wyższym wykształceniem (49%) oraz mieszkańcy dużych miast (47%).

Kolejnym, choć znacznie rzadziej wymienianym czynnikiem są przekonania religijne. Wskazują na nie zwłaszcza osoby ze starszych grup wiekowych, o niskim poziomie wykształcenia, mieszkające na wsi, a także regularnie praktykujące.

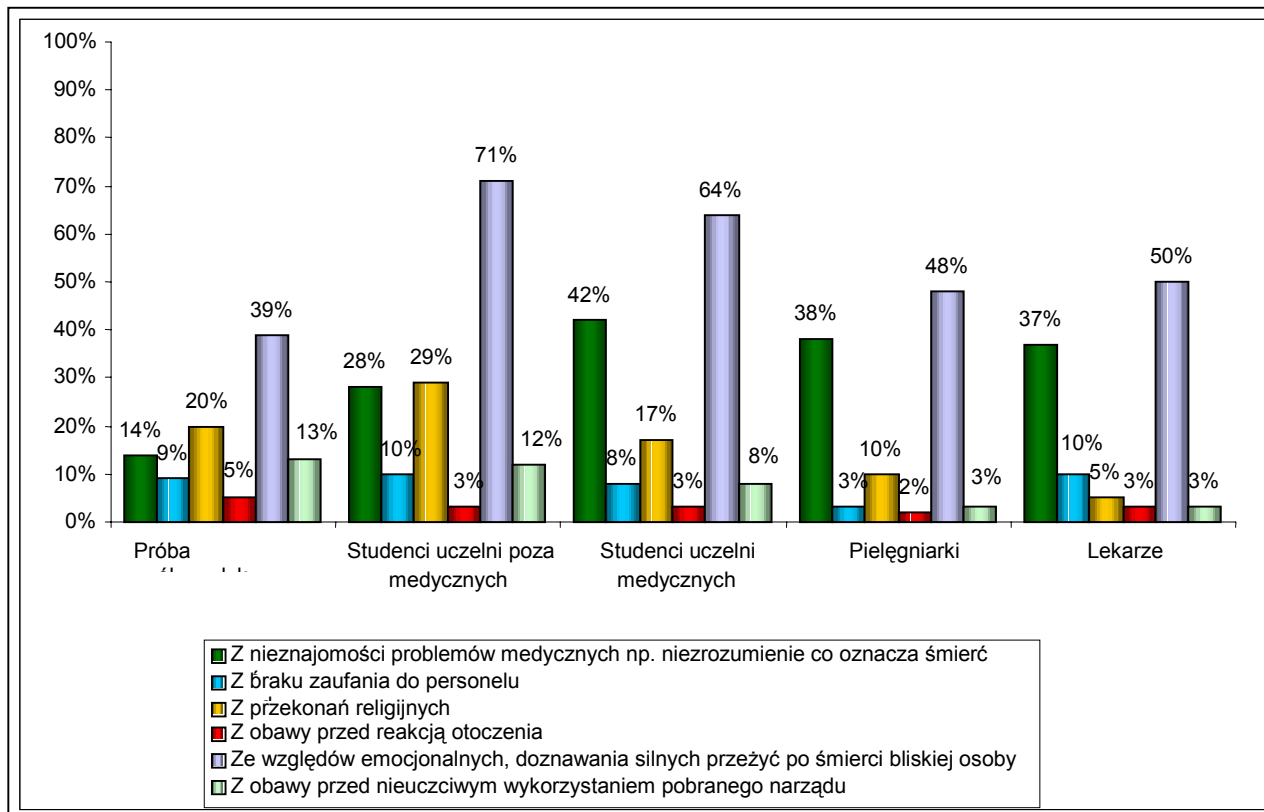
Na podkreślenie zasługuje fakt, że przeszło co piąty spośród ogółu badanych Polaków, jako na przyczynę sprzeciwu wskazuje na brak zaufania do personelu medycznego (9%) lub na obawy rodziny przed nieuczciwym wykorzystaniem narządów (13%), co też związane jest z brakiem zaufania do personelu medycznego. Im niższy poziom wykształcenia, tym częściej wymieniane są obawy związane z nieuczciwością i niekompetencją środowiska medycznego.

Co siódmy z Polaków (14%) uważa, że sprzeciw rodziny wynika głównie z nieznanomości problemów medycznych, takich jak na przykład nie rozumienie tego, co oznacza śmierć mózgu. Przekonanie takie rośnie wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia - najczęściej wyrażają je osoby z wyższym wykształceniem (20%), a najrzadziej z wykształceniem podstawowym (8%).

Stosunkowo najrzadziej, w opinii badanych Polaków, sprzeciw taki wynika z obawy przed reakcją otoczenia (5%).

Oczywiście w rzeczywistości każdy z przedstawionych tu czynników odgrywa swoistą rolę, a ich współwystępowanie sprawia, że obawy rodziny mają charakter wielowymiarowy i bywają trudne do pokonania.

Rys. 6. Z jakich przyczyn najczęściej, Pana(i) zdaniem, wynika sprzeciw rodziny zmarłego wobec zamiaru pobrania narządów?⁴



Jak widać, przedstawiciele pozostałych badanych grup, podobnie jak przedstawiciele ogółu polskiego społeczeństwa, jako na główną barierę w pierwszym rzędzie wskazują na negatywną reakcję rodziny wywołaną względami emocjonalnymi. Lekarze, pielęgniarki i studenci medycyny częściej od pozostałych badanych grup wskazują na przyczyny związane z nieznajomością problemów medycznych, w tym nie rozumienie co oznacza śmierć mózgu. Rzadziej natomiast doceniają rolę obaw o nieuczciwe wykorzystanie narządów oraz bariery o charakterze religijnym.

1.6 Gotowość bycia dawcą narządów

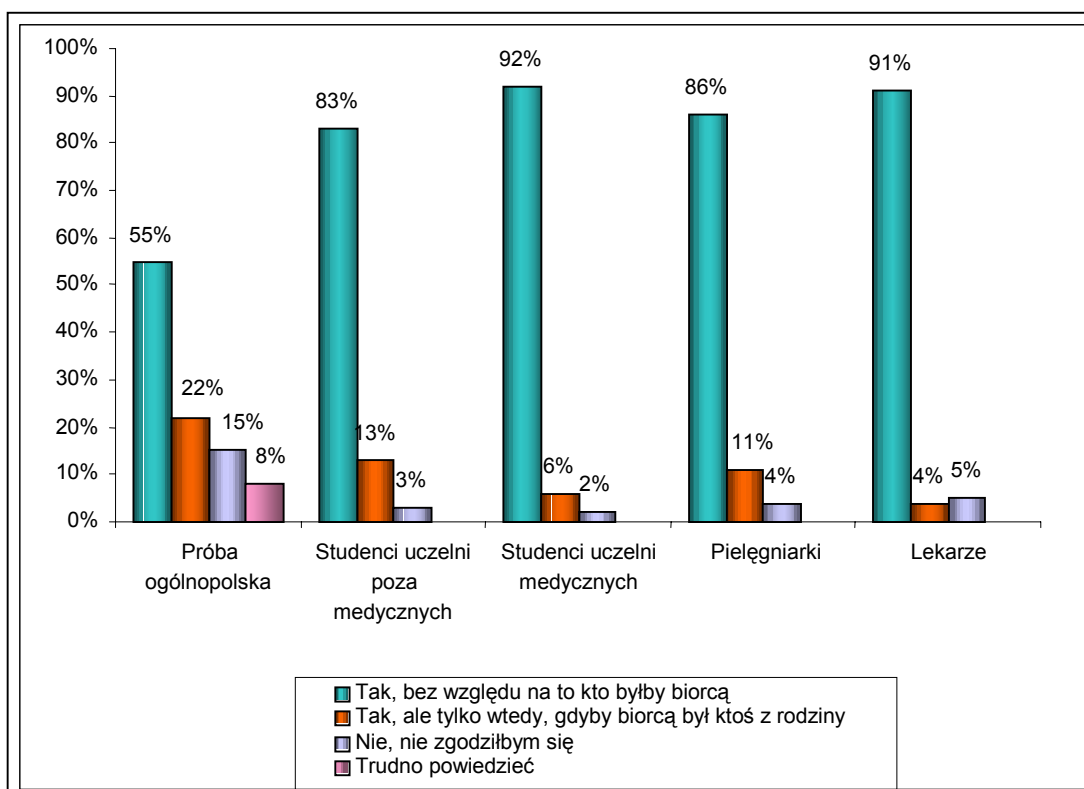
Ponad ¾ Polaków deklaruje gotowość oddania po śmierci swoich narządów. Ponad połowa (55%) uczyniłaby to bez względu na to, kim byłby biorca. Dla 22% ważne jest kim byłby biorca. Osoby te są co prawda gotowe oddać swoje narządy, ale tylko komuś z rodziny. Tylko co siódmy Polak nie wyraża zgody na bycie dawcą, nawet dla członka rodziny. Otrzymany wynik może napawać optymizmem. Należy jednak pamiętać, że w tak delikatnej sprawie deklaracje należy traktować ostrożnie.

Wraz ze wzrostem wieku i spadkiem poziomu wykształcenia maleje gotowość oddania po śmierci swojego narządu dowolnemu biorcy, rośnie natomiast gotowość oddania narządu komuś z rodziny.

⁴ Studenci medycyjni i poza medycyjni mogli dokonać więcej niż jedno wskazanie, pozostałe badane grupy dokonywały tylko po jednym wskazaniu.

Innymi słowy osoby młodsze i osoby lepiej wykształcone częściej są skłonne być dawcą bez względu na to, kim będzie biorca, niż osoby starsze i gorzej wykształcone. Całkowity protest przeciwko byciu dawcą najczęściej formułują osoby w wieku powyżej 50 lat (24%) oraz mające wykształcenie podstawowe (24%). Osoby regularnie praktykujące rzadziej niż inne gotowe są oddać swój narząd dowolnemu biorcy, częściej natomiast niż pozostałe gotowe są oddać swój narząd komuś z rodziny. Częściej też formułują całkowity sprzeciw wobec możliwości pobrania ich narządów.

Rys. 7. Czy zgodził(a)by się Pan(i), aby po Pana(i) śmierci pobrano od Pana(i) jakiś narząd w celu jego przeszczepienia?

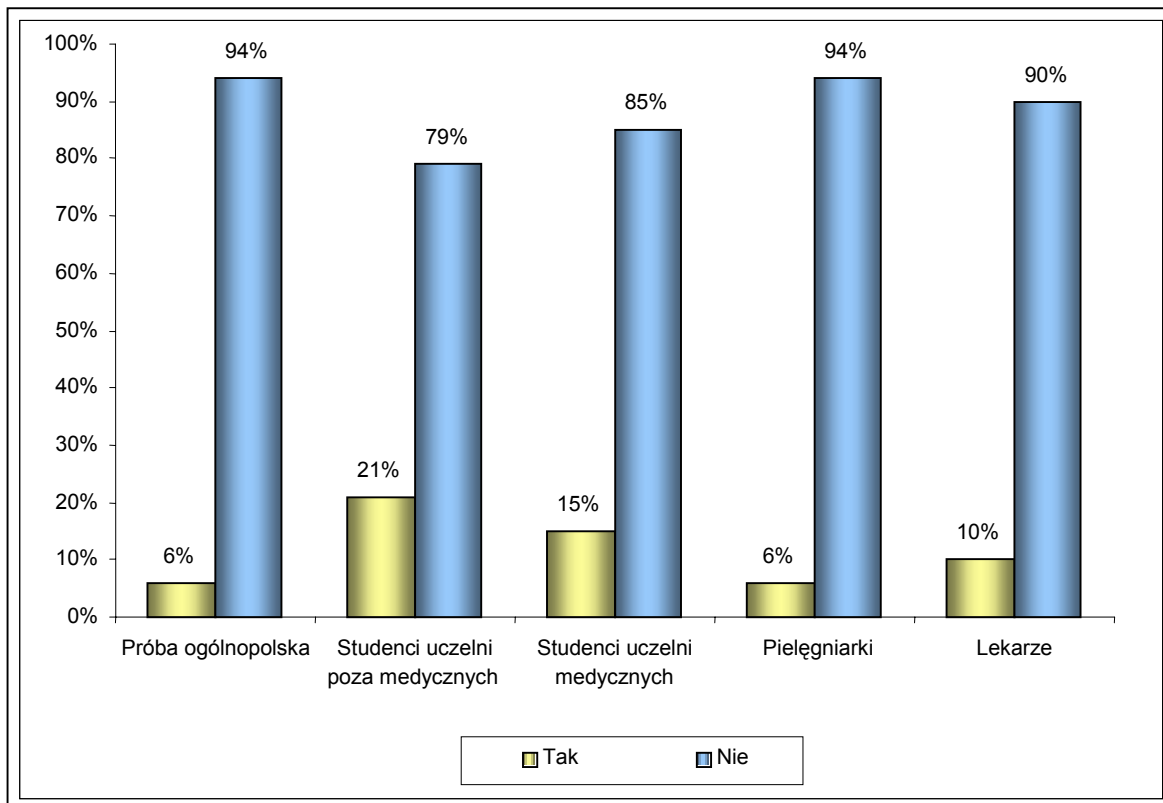


Osoby, które nie zgodziłyby się na pobranie ich narządów po śmierci lub oddałyby swój narząd tylko członkowi rodziny, pytano o to, czy zgłosiły swój sprzeciw w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów. Uczyniło to zaledwie 6% spośród nich (22 osoby na tysiąc badanych). Zdecydowana większość (93%) nie uczyniła tego. Osoby te w pierwszym rzędzie tłumaczą to tym, że nie pomyślały o tym (52%). Blisko co trzecia z nich nie wiedziała, że można złożyć taki sprzeciw, a co dziesiąta nie wie jak to załatwić. Zaledwie 5 spośród tych osób nosi przy sobie pisemne oświadczenie woli.

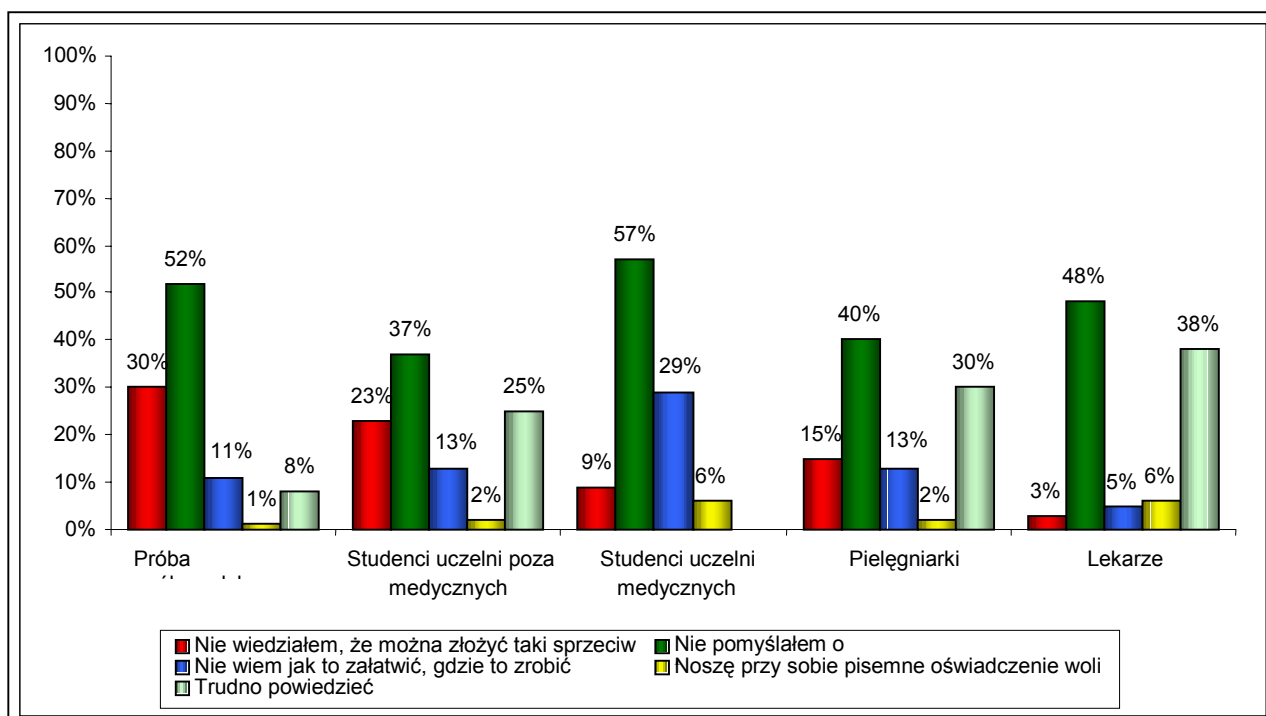
W pozostałych badanych grupach sytuacja wygląda podobnie, choć nieco częściej pojawiają się w nich osoby (poza grupą pielęgniarek), które jakoby zgłosiły swój sprzeciw. Mało wiarygodne wydaje się jednak, aby uczyniło to 21% studentów uczelni pozamedycznych, nie chcących być dawcą.

Lekarze nie zgłoszenie sprzeciwu tłumaczą głównie tym, że nie pomyśleli o tym lub w ogóle nie potrafili tego wyjaśnić.

Rys. 8. Czy zgłosił(a) Pan(i) swój sprzeciw w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów?



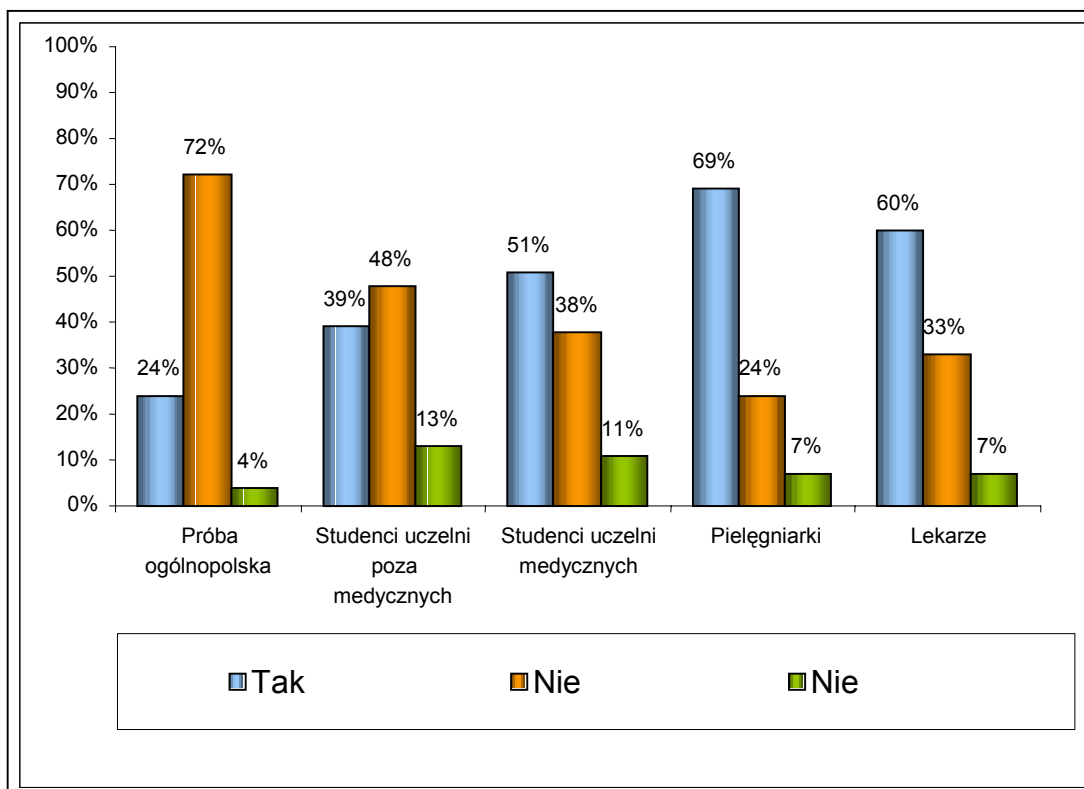
Rys. 9. Dlaczego nie zgłosił(a) Pan(i) takiego sprzeciwu?



W wielu przypadkach zgodę rodziny na pobranie narządów można by łatwiej uzyskać, gdyby znała ona pozytywny stosunek zmarłego wobec możliwości pobrania jego narządów. Niestety tylko co czwarty z badanych Polaków przyznaje, że rozmawiał z bliskimi na temat swojego stosunku wobec przeszczepów i że znają oni jego stanowisko w tej sprawie. Wydaje się jednak, że jest to wynik zawyżony. Z pewnością warto podjąć działania zmierzające do nagłośnienia problemu przeszczepów w taki sposób, aby dyskusje na ten temat podjęły różne środowiska, w tym środowisko szkolne i rodzina. Uzmysłwienie ludziom tego, co faktycznie oznacza śmierć mózgu, zachęta do tego, aby rozmawiać na ten temat w rodzinach i zapoznawać bliskich z własnymi poglądami w tej sprawie niewątpliwie przyczyniłoby się do zwiększenia ilości narządów dostępnych w celach transplantacji.

Na temat swojego stosunku wobec przeszczepów częściej od innych rozmawiają z bliskimi osoby w wieku 30-49 lat (31%), a także osoby z wykształceniem wyższym (41%). Również mieszkańcy miast w porównaniu z mieszkańcami wsi prowadzą takie rozmowy częściej. Osoby praktykujące nieregularnie (lub wcale) częściej rozmawiają z bliskimi o swoich postawach wobec przeszczepów, niż osoby regularnie praktykujące.

Rys. 10. Czy rozmawiał(a) Pan(i) z bliskimi na temat swojego stosunku wobec przeszczepów i czy znają oni Pana(i) stanowisko w tej sprawie?



Kontakt z osobą oczekującą na przeszczep lub będącą po przeszczepie, sprzyja podejmowaniu w gronie rodzinnym rozmów na temat własnego stosunku wobec pobierania i przeszczepiania narządów.

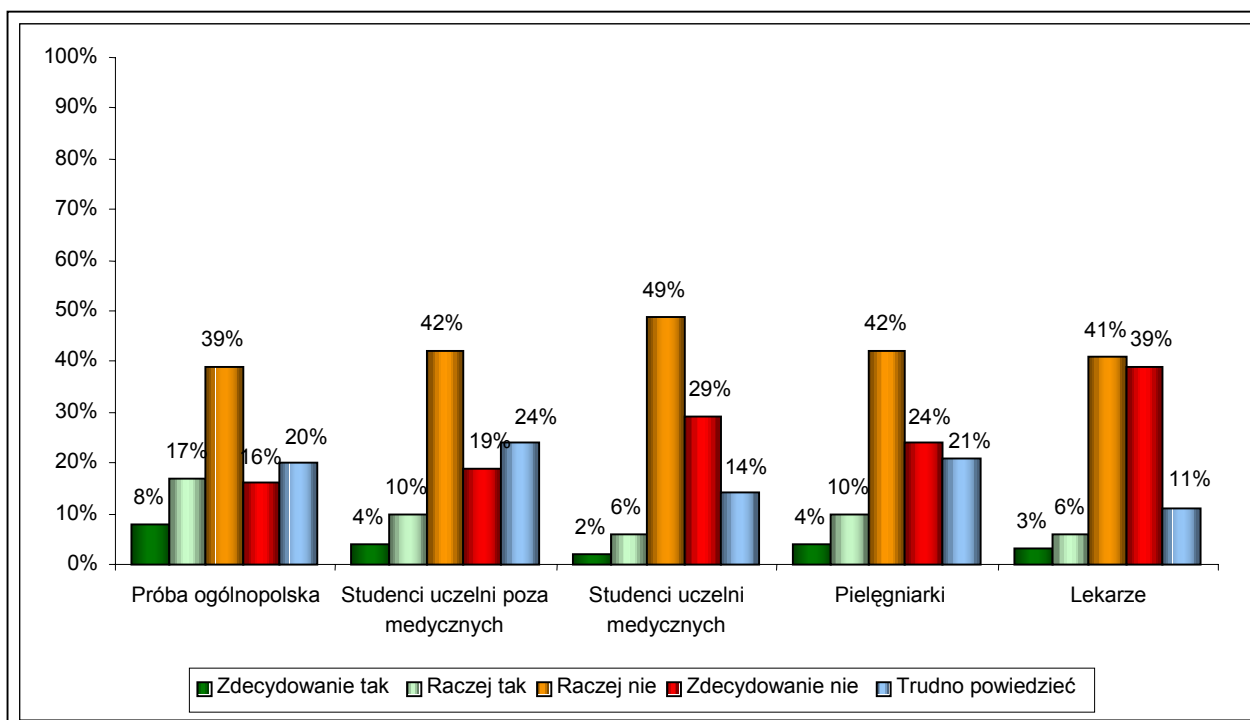
Warto zwrócić uwagę na fakt, że osoby pozytywnie nastawione wobec możliwości oferowania swoich narządów do przeszczepu częściej rozmawiają na te tematy z bliskimi, niż osoby nastawione negatywnie (30% wobec 9%).

1.7 Zgoda na pobranie narządu od zmarłej osoby bliskiej

Większość badanych Polaków (55%) deklaruje, że nie protestowałiby, gdyby po śmierci osoby bliskiej lekarze chcieli pobrać od niej jakiś narząd. Jest to wynik bardzo optymistyczny. Należy pamiętać, że mamy tu do czynienia z postawami deklarowanymi, które w realnie zaistniałych okolicznościach często ulegają zmianie. Niemniej może to oznaczać, że właściwie poprowadzona rozmowa, w dużej części przypadków może zakończyć się sukcesem.

Co czwarty z badanych Polaków nie wyraziłby zgody na to, aby po śmierci osoby bliskiej pobrano od niej jakiś narząd do transplantacji (w tym 8% stanowisko takie formułuje w sposób zdecydowany). Sprzeciw wobec pobrania narządów krewnego częściej od innych deklarują osoby powyżej 50 roku życia (29%), z wykształceniem podstawowym (30% wobec 13% osób z wykształceniem wyższym), a także osoby regularnie praktykujące (27%).

Rys. 11. Czy protestował(a)by Pan(i), gdyby po zgonie osoby Panu(i) bliskiej lekarze chcieli pobrać od niej jakiś narząd?



Osoby same skłonne oddać po śmierci swoje narządy do transplantacji jednocześnie zdecydowanie częściej deklarują gotowość wyrażenia zgody na pobranie narządów od zmarłej osoby bliskiej, niż osoby odrzucające możliwość bycia dawcą (74% wobec 20%). Tak więc mamy do czynienia z wyraźną krystalizacją postaw „pro-” i „anty-”. Jeśli ktoś gotowy jest oddać własne narządy do przeszczepu, istnieje duże prawdopodobieństwo, że gotów będzie zgodzić się na pobranie narządów od zmarłej osoby bliskiej i odwrotnie, ktoś, kto nie wyobraża sobie, aby być dawcą, z dużym prawdopodobieństwem nie zgodzi się na to, aby pobrano narządy od zmarłego krewnego. Warto w tym miejscu nadmienić, że 12% osób skłonnych być dawcą, nie zgodziłoby się na pobranie narządu od osoby bliskiej.

W pozostałych badanych grupach obserwujemy wyższy poziom gotowości udzielenia zgody na pobranie narządu od osoby bliskiej. Szczególnie wysoki jest on w grupie lekarzy (80%) i studentów medycyny (78%).

1.8 Proponowane sposoby zwiększenia ilości narządów do transplantacji

Wśród możliwych rozwiązań sprzyjających zwiększeniu ilości dostępnych do transplantacji narządów we wszystkich badanych grupach na czoło wysuwa się postulat szeroko zakrojonej akcji uświadamiającej społeczeństwu wagę tego problemu i przybliżającej sprawy związane z przeszczepami poprzez częste publikacje i audycje na ten temat.⁵

W grupie studentów na drugim miejscu plasuje się konieczność zwiększenia zaufania społeczeństwa do środowiska lekarzy, co jest już warunkiem bardziej skomplikowanym. Na trzecim zaś miejscu – aktywne poparcie idei transplantacji przez Kościół Katolicki.

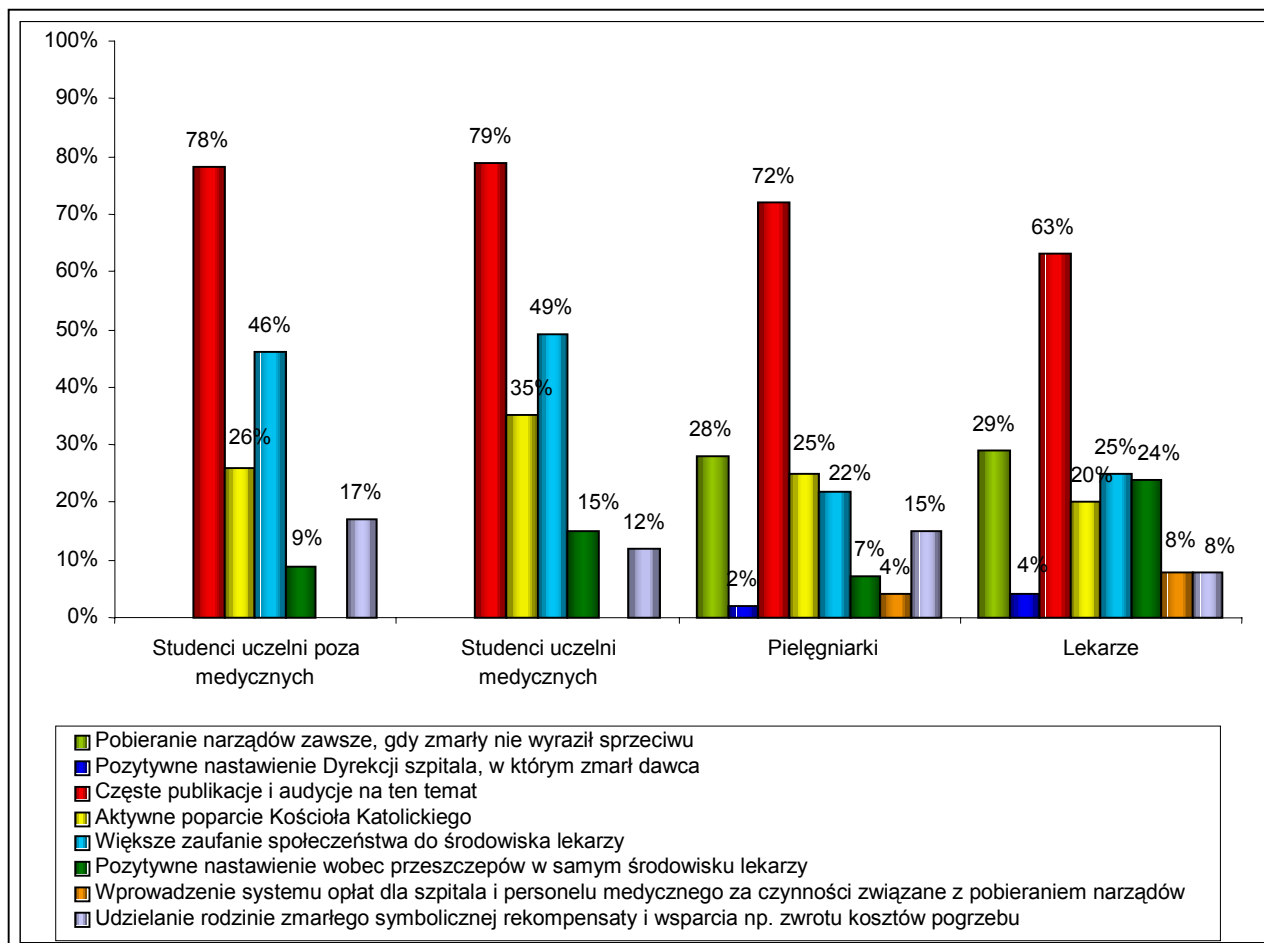
Ponad ¼ lekarzy i pielęgniarek wskazuje na konieczność pobierania narządów zawsze, gdy zmarły za życia nie zgłosił sprzeciwu. Co czwarty lekarz zwraca uwagę na konieczność pozytywnego nastawienia w samym środowisku lekarskim. Również co czwarty z lekarzy zdaje sobie sprawę z konieczności zwiększenia poziomu zaufania społeczeństwa do środowisk medycznych.

Propozycja wprowadzenia systemu opłat dla szpitala i personelu medycznego za pobieranie narządów nie spotkała się z większym zainteresowaniem lekarzy i pielęgniarek.

Część badanych jest zdania, że pozytywną rolę mogłoby odegrać wprowadzenie finansowych rekompensat dla rodziny zmarłego. Najbardziej sceptycznie do takiego pomysłu odnoszą się lekarze.

⁵ W sondażu ogólnopolskim pytanie to nie było zadawane.

Rys. 12. Liczba pobieranych narządów od osób zmarłych nie wystarcza na pokrycie potrzeb osób chorych, oczekujących na przeszczep. Co Pana(i) zdaniem najskuteczniej mogłoby poprawić tę sytuację?⁶



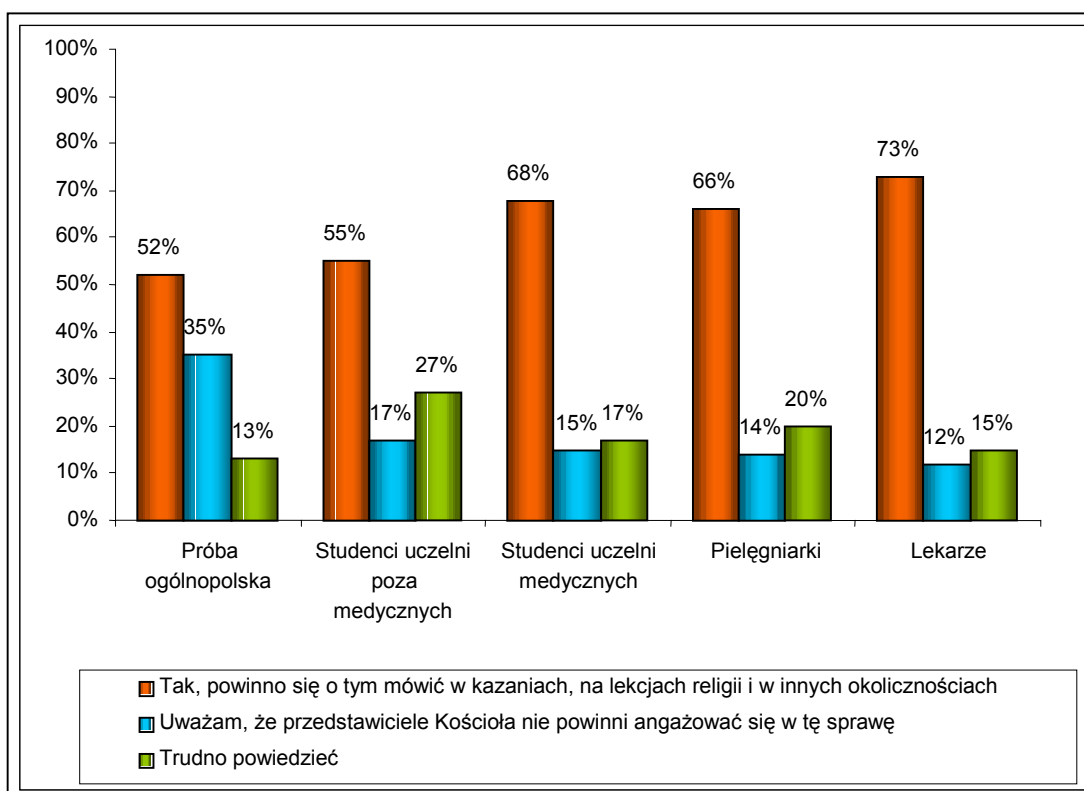
1.9 Opinie na temat roli Kościoła Katolickiego w kształtowaniu pozytywnych postaw wobec przeszczepiania narządów

Mimo, że najwyższa głowa Kościoła Katolickiego, Jan Paweł II, wielokrotnie udzielał poparcia idei przeszczepiania narządów pobieranych od zmarłych, wiele osób nie zna stanowiska Kościoła w tej sprawie. Ponad połowa badanych Polaków uważa, że przedstawiciele Kościoła Katolickiego w Polsce powinni w kontaktach z wiernymi bardziej angażować się w propagowanie idei pomocy bliźniemu poprzez ofiarowanie mu narządów osoby zmarłej. Za większym zaangażowaniem

⁶ Uwaga: studenci dokonywali wyboru z pięciu możliwych odpowiedzi, a lekarze i pielęgniarki z ośmiu możliwych odpowiedzi. Odsetki w poszczególnych grupach nie sumują się do 100% ponieważ respondenci mogli wybrać kilka odpowiedzi. Pytanie nie było zadawane w sondażu ogólnopolskim.

Kościół częściej opowiadają się kobiety, osoby przed 40 rokiem życia, z wykształceniem ponadpodstawowym, a także, co należy podkreślić, osoby regularnie praktykujące. Jak to wynika z wcześniej przedstawionych wyników badania, osoby regularnie praktykujące charakteryzuje, w porównaniu z innymi, większy sceptycyzm wobec idei przeszczepów. Można więc sądzić, że masowe zapoznawanie takich osób z pozytywnym stosunkiem Kościoła wobec tych spraw może odegrać istotną rolę w upowszechnianiu się postaw przychylnych transplantacjom, zwłaszcza, że przekonania religijne zajmują drugie, po względach emocjonalnych, miejsce w rankingu najistotniejszych powodów, dla których, w opinii badanych, nie wyraża się zgody na pobranie narządów po śmierci osoby bliskiej.

Rys.13. Czy Pana(i) zdaniem przedstawiciele Kościoła Katolickiego w Polsce powinni bardziej angażować się w propagowanie tej formy pomocy bliźniemu?



Również w pozostałych badanych grupach, i to w sposób jeszcze bardziej wyraźny, dostrzegana jest waga stanowiska Kościoła Katolickiego. Zwracają na nią uwagę zwłaszcza lekarze, a wśród nich zwłaszcza anestezjodzy.

Przedstawiciele ogółu polskiego społeczeństwa wyraźnie częściej, w porównaniu z pozostałymi badanymi grupami, przeciwni są angażowaniu się Kościoła w te sprawy.

2. Wyniki badania – środowiska medyczne

Jak już wcześniej nadmienialiśmy, respondenci z badanych grup odpowiadali na część pytań wspólnych oraz na pytania specyficzne, kierowane tylko do wybranych grup lub do jednej z grup. Wyniki z części wspólnej omówione zostały powyżej. Poniżej zaprezentowane są wyniki części „specyficznych”.

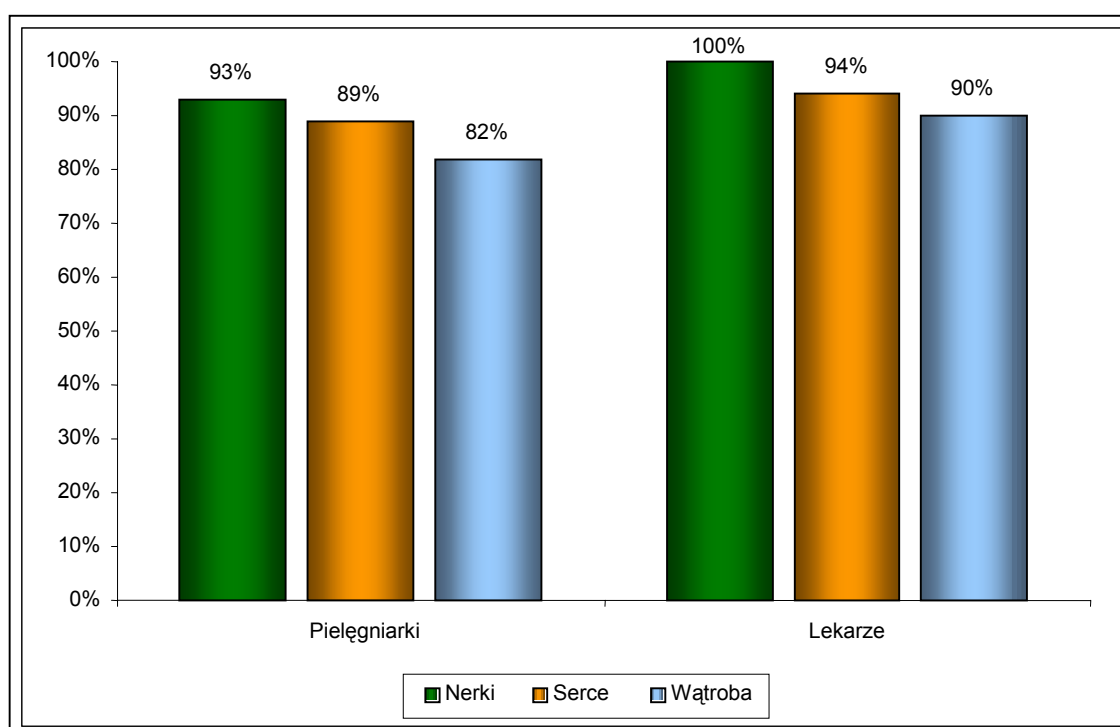
2.1 Postrzegana skuteczność transplantacji

Lekarze i pielęgniarki

Stosunek do transplantacji uzależniony jest niewątpliwie od przekonań na temat skuteczności tej metody leczenia. W środowisku medycznym stopień przekonania na temat skuteczności metod transplantacyjnych jest bardzo wysoki.

Najmniej wątpliwości budzi skuteczność transplantacji nerek, wśród lekarzy nie budzi ona żadnych wątpliwości, a stosunkowo najwięcej – skuteczność transplantacji wątroby. Ogólnie można jednak powiedzieć, że środowisko medyczne powszechnie uznaje efektywność tej metody leczenia chorych.

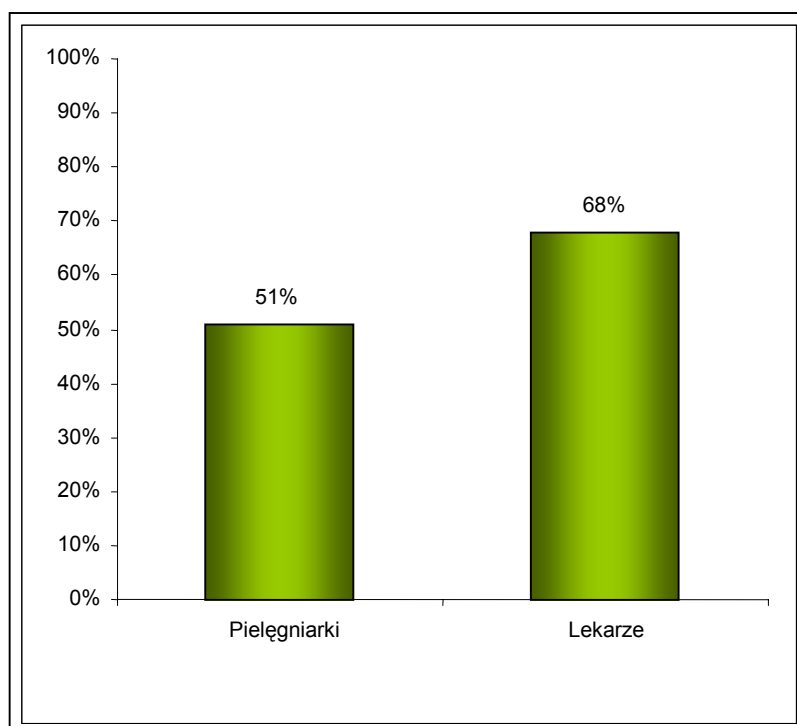
Rys.14. Czy Pan(i) zdaniem przeszczepianie narządów jest skuteczną metodą leczenia ich przewlekłej schyłkowej niewydolności? (procent odpowiedzi "TAK")



2.2 Doświadczenia z osobami oczekującymi na przeszczep i po przeszczepie

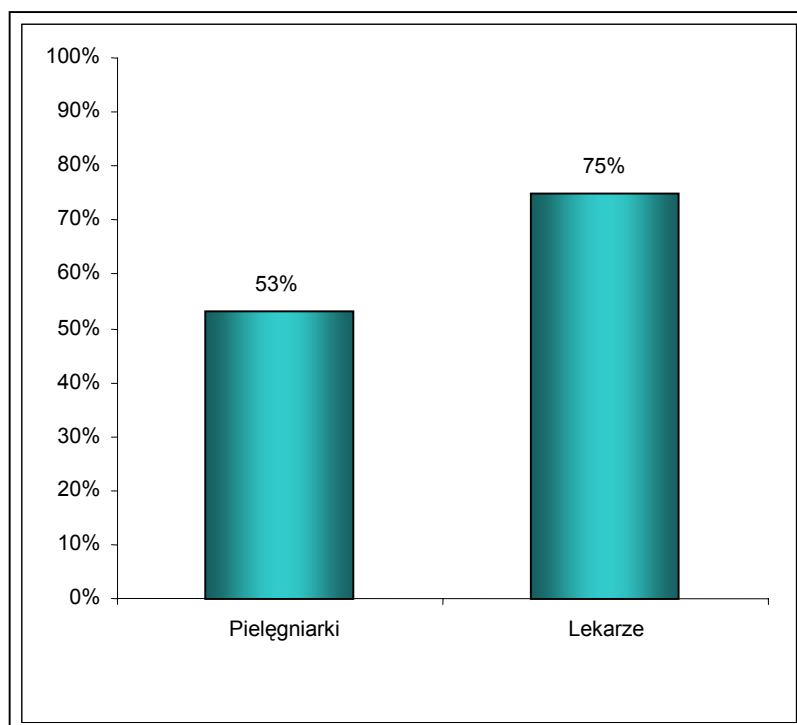
Większość badanych lekarzy i ponad połowa badanych pielęgniarek miała do czynienia z chorym oczekującym na przeszczep. Kontakt taki częściej deklarują lekarze z drugim stopniem specjalizacji (73%), pracujący na oddziałach intensywnej terapii (79%) oraz anestezjolodzy (80%). Również pielęgniarki zatrudnione na OIT częściej miały taki kontakt, niż pielęgniarki zatrudnione na innych oddziałach.

Rys.15. Czy spotkał(a) się Pan(i) z chorym oczekującym na przeszczepienie nerki, wątroby lub serca? (procent odpowiedzi "TAK")



Analogiczne wyniki dotyczą kontaktu z chorymi po przeszczepie.

Rys.16. Czy miał(a) Pan(i) do czynienia z chorym po przeszczepieniu nerki, wątroby lub serca? (procent odpowiedzi "TAK")



Jak wynika z badania, osobiste kontakty i doświadczenia z osobami oczekującymi na przeszczep lub będącymi po przeszczepie są czynnikiem mającym pozytywny wpływ na wiele opinii i poglądów związanych z transplantacjami.

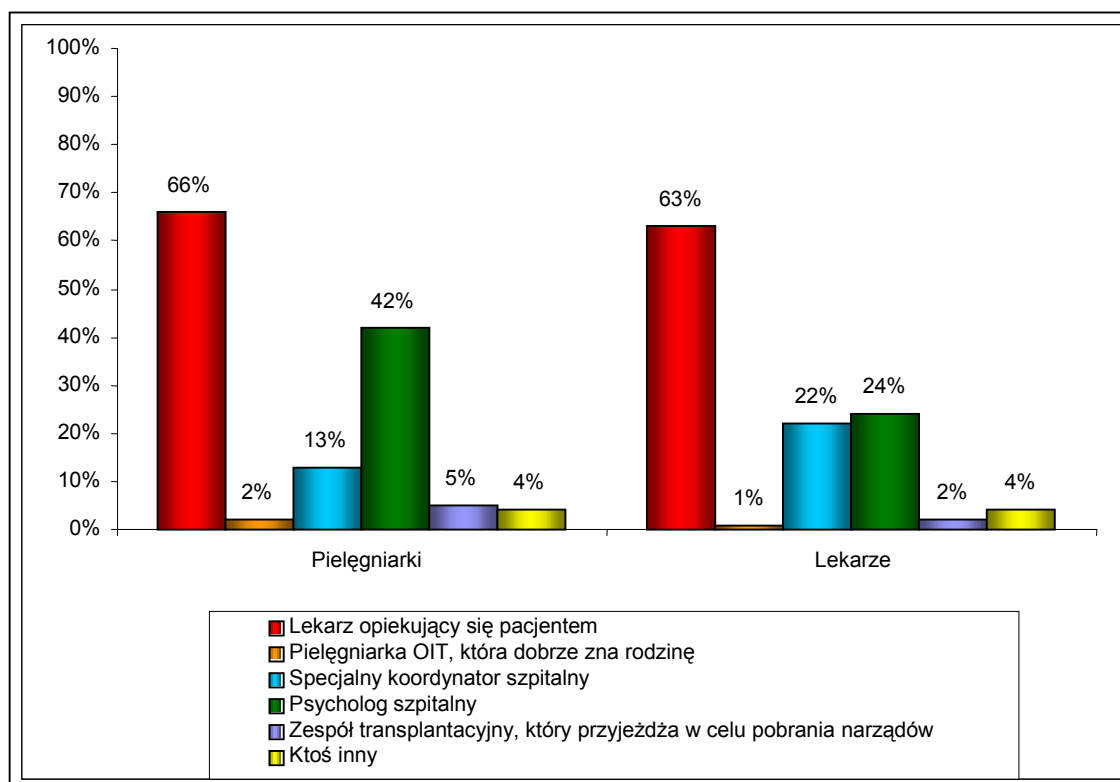
2.3 Rozmowy z rodziną pacjenta na temat możliwości pobrania narządów

Przypomnijmy, że zdecydowana większość badanych przedstawicieli środowiska medycznego jest zdania, że lekarze zobowiązani są do prowadzenia rozmowy z rodziną osoby zmarłej, od której chciano by pobrać narządy, mimo, że prawo nie zobowiązuje ich do tego.

Zarówno większość lekarzy jak i pielęgniarek uważa, że rozmowę taką powinien prowadzić lekarz opiekujący się pacjentem, a w następnej kolejności psycholog szpitalny. Na psychologa szpitalnego pielęgniarki wskazują wyraźnie częściej, niż lekarze. Lekarze zaś częściej od pielęgniarek w roli tej widzieliby specjalnego szpitalnego koordynatora. Tylko minimalna część lekarzy i pielęgniarek w roli prowadzącego rozmowę z rodziną wymienia znającą rodzinę pielęgniarkę OIT. Tymczasem co czwarta badana pielęgniarka wyraża gotowość poprowadzenia takiej rozmowy (w tym 5% wyraża zdecydowaną gotowość). Gotowość taką częściej wyrażają pielęgniarki z dłuższym stażem pracy, częściej pracujące na neurochirurgii i neurologii, niż pracujące na OIT. Zdaje się, że te ostatnie lepiej zdają sobie sprawę z trudności takich rozmów i dlatego myślą o nich mniej chętnie.

28% ogółu badanych pielęgniarek uważa, że umiałyby poprowadzić taką rozmowę. Również w tym przypadku przekonanie takie nieco częściej wyrażają pielęgniarki pracujące poza OIT (32% wobec 26%).

Rys.17. Kto powinien prowadzić rozmowę na temat pobrania narządów z rodziną pacjenta, u którego rozpoznano śmierć mózgu⁷

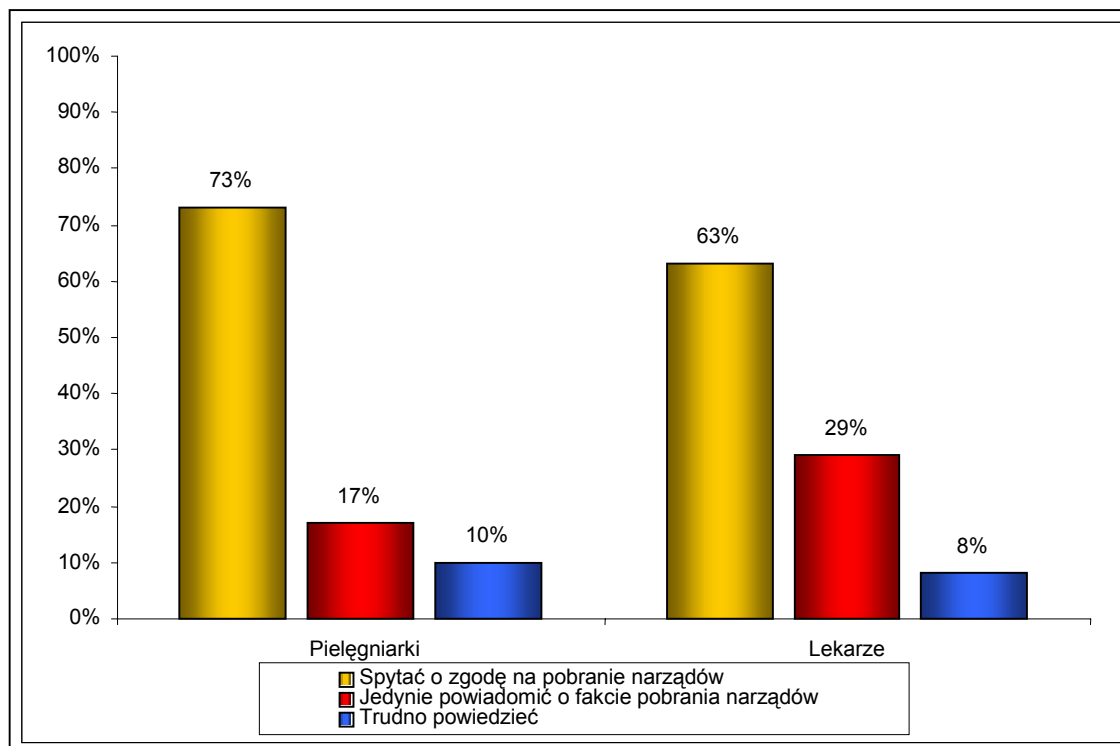


Środowisko medyczne w większości opowiada się za respektowaniem prawa rodziny do protestu przeciwko planowanemu pobraniu narządów zmarłego do transplantacji. Lekarz, pomimo, że stoi za nim prawo, powinien starać się o uzyskanie od rodziny zgody na pobranie narządów. Jest jednak grupa lekarzy i pielęgniarek uważających, że rodzinę należy jedynie powiadomić o fakcie pobrania narządów.

Za respektowaniem prawa rodziny do protestu częściej opowiadają się lekarze z dłuższym stażem pracy, ze stopniami naukowymi, neurologdzy i neurochirurdzy częściej niż anestezjologdzy.

⁷ Odpowiedzi nie sumują się do 100% ponieważ niektórzy z respondentów udzielali więcej niż jednej odpowiedzi.

Rys.18. W jaki sposób lekarz powinien rozmawiać z rodziną zmarłego?

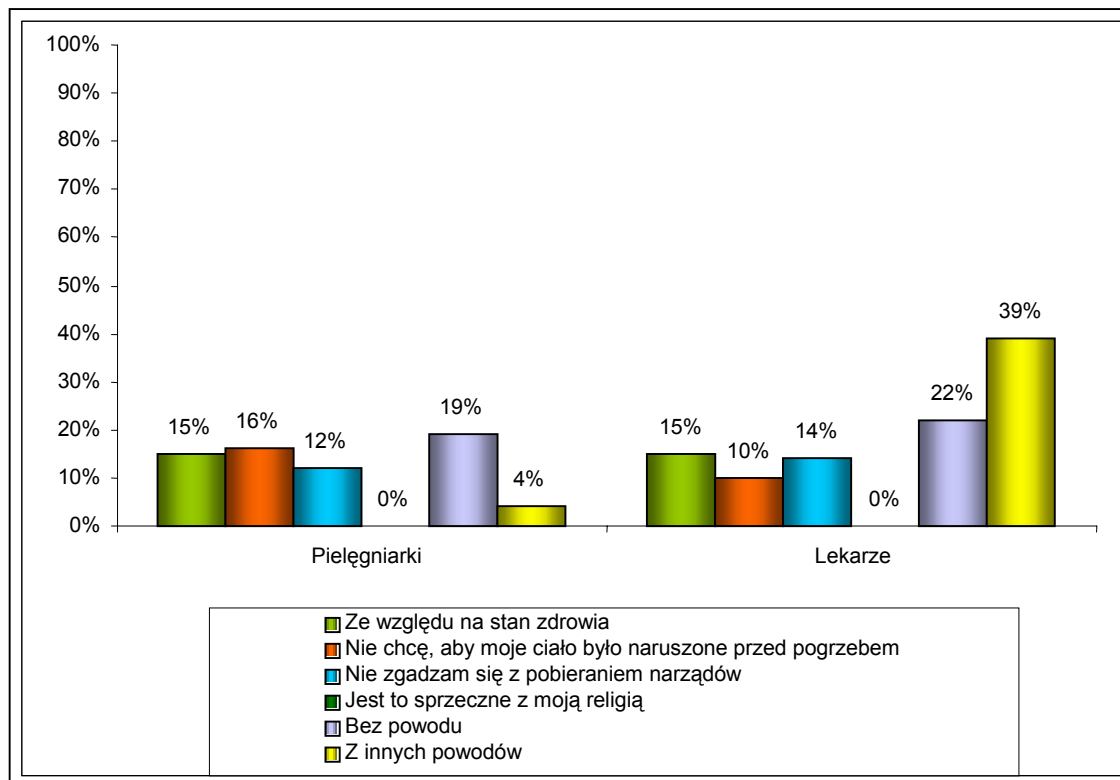


2.4 Przyczyny braku zgody na oddanie własnych narządów

Jak pamiętamy tylko niewielki odsetek lekarzy i pielęgniarek nie wyraziłby zgody na pobranie narządów po śmierci. Staraliśmy się ustalić motywy takiej postawy. Badani wskazywali na różne z przedstawionych im możliwych przyczyn odmowy. Żaden z lekarzy, ani żadna z pielęgniarek nie wskazała na przyczyny natury religijnej. Więcej niż co dziesiąty niechętny oddaniu narządów, zarówno wśród lekarzy jak i pielęgniarek, przyznaje, że w ogóle nie zgadza się z pobieraniem narządów do transplantacji. Blisko 40% lekarzy niechętnych oddaniu narządów wymienia inne przyczyny swojej postawy. Warto zaznaczyć, że wśród owych innych przyczyn powtarza się kilkakrotnie wzmianka o braku zaufania do profesjonalnych kolegów („możliwość nadużyć i komercji”, „wątpliwość co do właściwego zdiagnozowania śmierci”, „brak zaufania odnośnie kryteriów śmierci”, „nie mam zaufania do innych lekarzy”, „brak zaufania do personelu medycznego”), a także o negatywnie ocenianych okolicznościach i sposobach pobierania narządów („okoliczności pobierania narządów są obrzydliwe”, „sposób w jaki się to odbywa”, „sposób i okoliczności pobierania narządów”, bałagan i przypadkowość w transplantacjach, brak jednoznacznych reguł”). Inne z pojawiających się w tym miejscu odpowiedzi, to wskazanie na „brak należytego szacunku dla zwłok”, „chęć ochrony genów”, „przeszczepianie narządów pacjentom, którzy w dalszym życiu nie potrafią uszanować tego faktu i np. nadal piją”, a także „względy emocjonalne”.

Spora grupa lekarzy nie udzieliła odpowiedzi na pytanie o przyczyny swojej niechęci w tej sprawie.

Rys.19. Dlaczego by się Pan(i) nie zgodził(a), aby po Pana(i) śmierci pobrano od Pana(i) jakiś narząd w celu przeszczepienia osobie chorej?



2.5 Stosunek do podtrzymywania życia pacjentów za pomocą respiratora

O stosunek do podtrzymywania za pomocą respiratora życia pacjentów, u których stwierdzono śmierć mózgową pytaliśmy średni personel medyczny oraz studentów medycyny.

Postawy w tej sprawie, w obu grupach, są wyraźnie zróżnicowane.

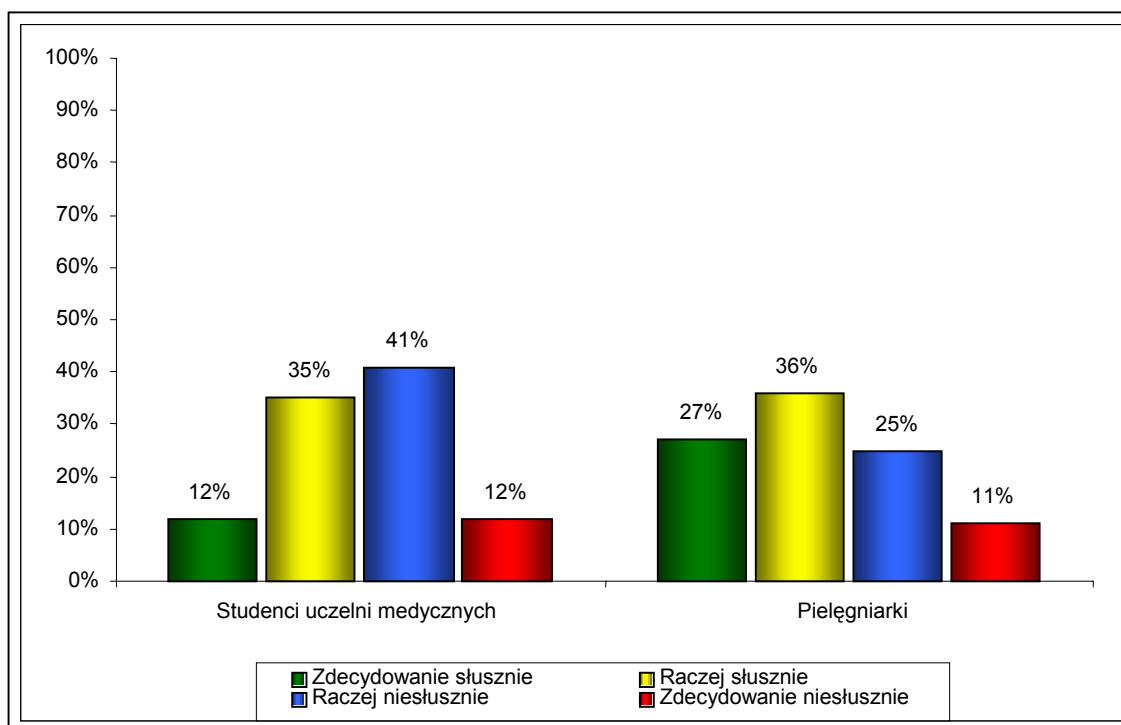
Przedstawiciele średniego personelu medycznego częściej, niż studenci medycyny, uważają za słuszne pozostawienie pracującego respiratora nawet wówczas, gdy stwierdzona zostaje śmierć mózgową i nie dochodzi do pobrania narządów od zmarłego. Trzeba jednak zaznaczyć, że duża grupa pielęgniarek nie potrafiła zająć jednoznacznego stanowiska w tej sprawie. W przeciwieństwie do studentów, pielęgniarki miały możliwość udzielenia odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Z możliwości tej skorzystało aż 24% tej grupy. Niżej, na rysunku porównawczym, prezentowane są wyniki uzyskane po wykluczeniu pielęgniarek wybierających odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Za podtrzymywaniem życia za pomocą respiratora częściej wypowiadają się pielęgniarki o dłuższym stażu pracy, częściej też pielęgniarki pracujące na oddziałach neurologii i neurochirurgii, niż pracujące na oddziałach intensywnej terapii.

Studenci częściej zajmują stanowisko radykalne uznając, że po ustaniu pracy mózgu należy odłączyć urządzenia techniczne. Opisane zachowanie lekarza częściej krytykują ci studenci, którzy mieli kontakt z osobami oczekującymi lub będącymi po przeszczepie, ci którzy zaliczyli więcej godzin zajęć z transplantologii. Im wyższy rok studiów, tym częściej przez studentów formułowane są oceny krytyczne.

Ocena postępowania lekarza wiąże się z uznawanym kryterium śmierci człowieka. Osoby, które uznają kryterium śmierci mózgowe częściej negatywnie oceniają opisane tu zachowanie lekarza, niż osoby, które za kryterium śmierci dodatkowo uznają ustanie akcji serca.

Rys.20. Załóżmy, że po komisyjnym stwierdzeniu śmierci mózgowej nie dochodzi, z przyczyn obiektywnych do pobrania narządów. Lekarz dyżurny nie decyduje się jednak na wyłączenie respiratora. Czy uważa Pan(i) takie postępowanie za słuszne, czy za niesłuszne?

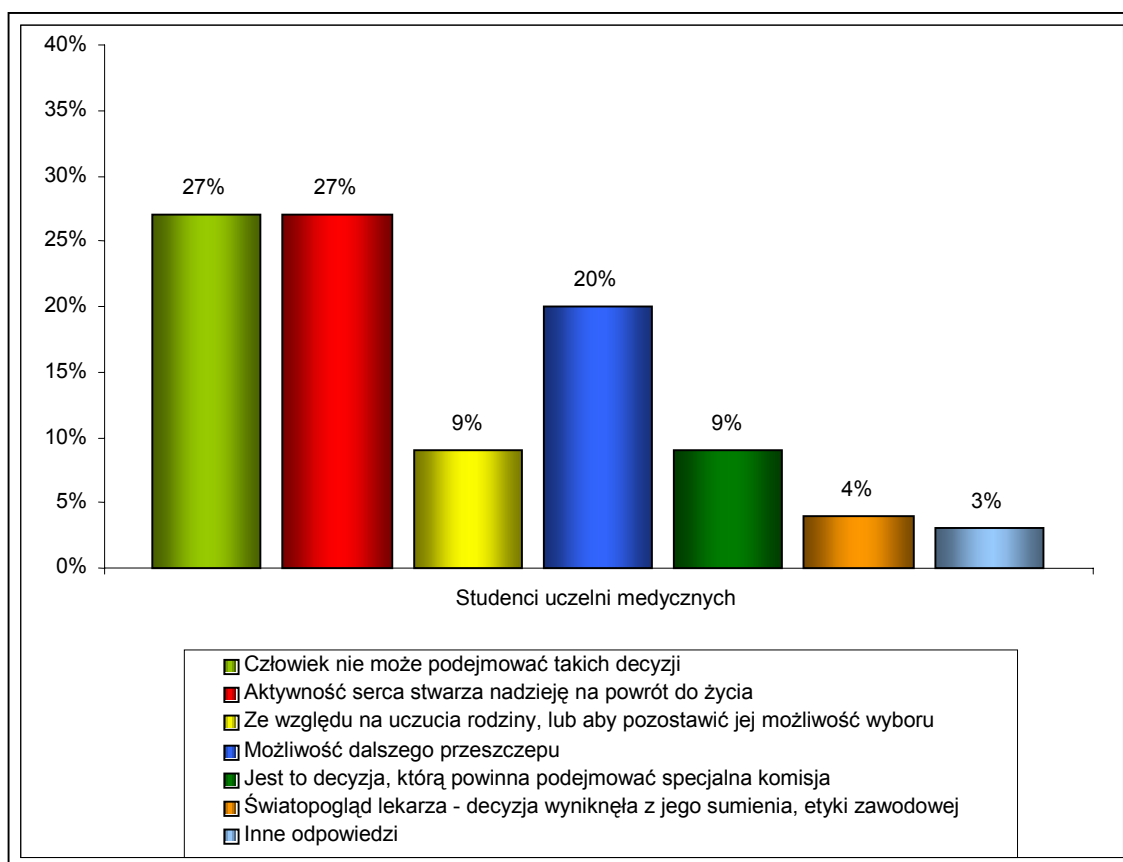


Studentów, którzy decyzję o kontynuacji pracy respiratora uznali za słuszną pytaliśmy o to, dlaczego tak sądzą. W kwestionariuszu znajdowały się tylko dwie z pierwszych prezentowanych na poniższym rysunku odpowiedzi do wyboru oraz kategoria „inne odpowiedzi”. Wybrała ją duża grupa studentów. Ich spontaniczne odpowiedzi zostały poklasyfikowane. Wyniki uzyskane w oparciu o tę klasyfikację widać poniżej.

Studenci kładą nacisk na różne argumenty w zależności od uznawanego kryterium śmierci. Ci spośród nich, którzy uważają, że śmierć człowieka następuje wtedy, gdy w nieodwracalny sposób przestaje pracować jego mózg (pomimo, że bije jeszcze serce), częściej słuszność decyzji lekarza uzasadniają możliwością późniejszego pobrania organu, koniecznością wypowiedzenia się w tej sprawie specjalnej komisji, a także koniecznością pozostawienia ostatecznej decyzji rodzinie. Ci, którzy uważają, że śmierć człowieka następuje wtedy, gdy przestaje pracować mózg i ustaje bicie

serca, częściej słuszność decyzji lekarza uzasadniają tym, że aktywność serca stwarza nadzieję na powrót do życia oraz tym, że człowiek nie może podejmować takich decyzji. Ci którzy uznają kryterium śmierci mózgowej częściej słuszność takiej decyzji uzasadniają możliwością późniejszego pobrania narządów, koniecznością poczekania na decyzję komisji, a także koniecznością wcześniejszego powiadomienia rodziny.

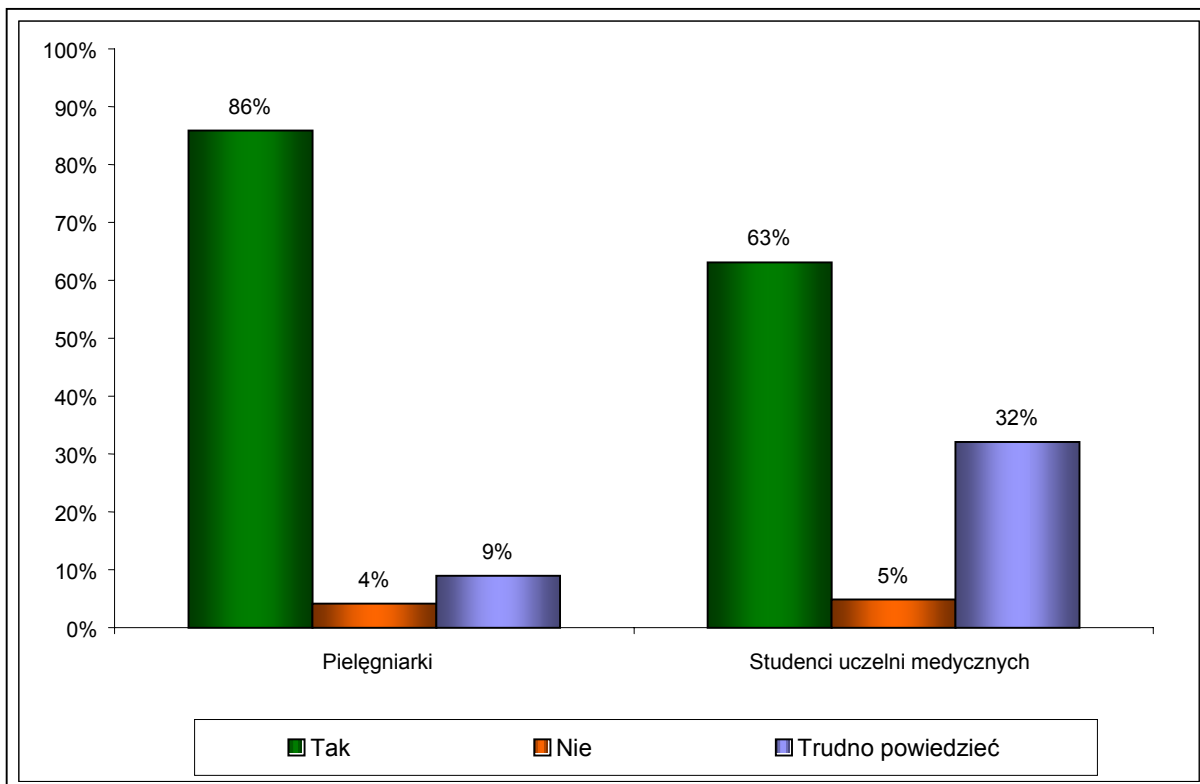
Rys.21. Dlaczego lekarz postąpił słusznie nie wyłączając respiratora po stwierdzeniu śmierci mózgowej?



Średni personel medyczny znacznie częściej, niż studenci medycyny, za słuszną uznaje decyzję lekarza, który po stwierdzeniu śmierci mózgowej pacjenta powiadamia Poltransplant o możliwości pobrania narządów. Studenci mają w tej sprawie więcej wątpliwości. Blisko co trzeci ze studentów ocenę takich działań lekarza uzależnia od okoliczności towarzyszących zdarzeniu. O słuszności takiego działania lekarza częściej przekonani są studenci niż studentki (68% wobec 59%), studenci piątego i szóstego roku częściej niż studenci czwartego roku, częściej też studenci, którzy mieli zajęcia z transplantologii oraz którzy mieli kontakt z chorym oczekującym na przeszczep lub będącym po przeszczepieniu jakiegoś narządu.

Wśród średniego personelu o słuszności takiej decyzji lekarza częściej przekonane są osoby zatrudnione na OIT (92%), niż osoby zatrudnione na innych oddziałach.

Rys.22. Czy jeśli u pacjenta stwierdzono komisyjnie śmierć mózgu, a lekarz powiadamia Poltransplant o możliwości pobrania narządów, uważa Pan(i) jego postępowanie za słuszne?



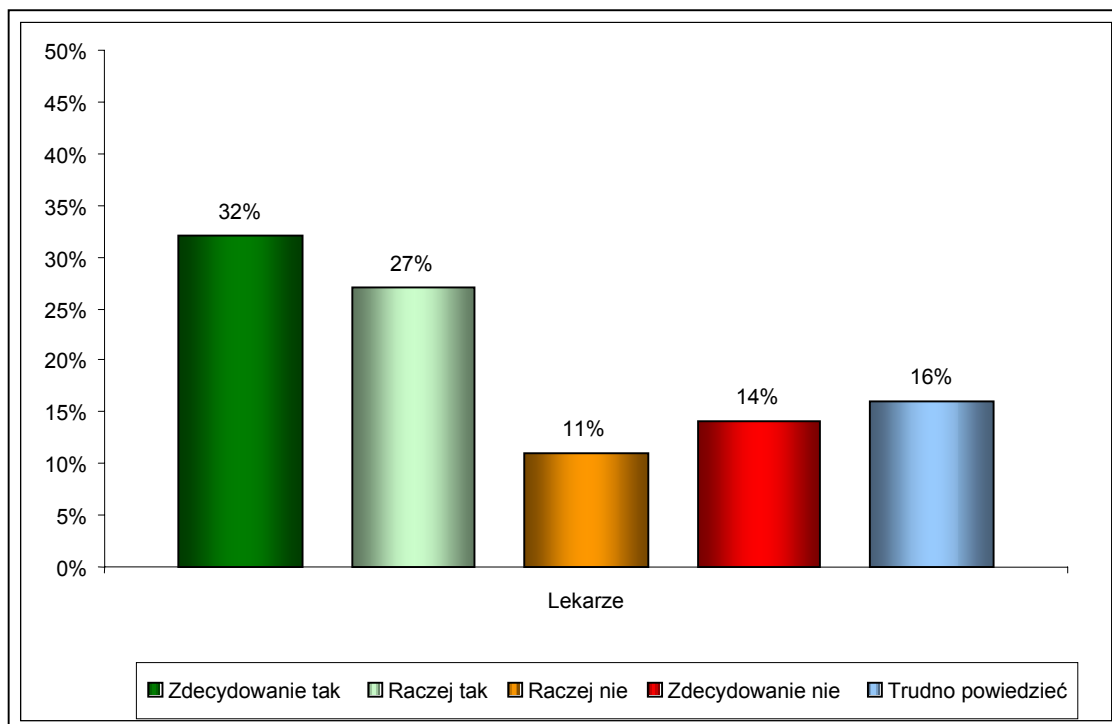
2.6 Gotowość lekarzy do wyłączenia respiratora po stwierdzeniu śmierci mózgowej

Co czwarty z badanych lekarzy przyznaje, że nie zawsze po stwierdzeniu śmierci mózgowej pacjenta gotowy jest wyłączyć respirator. Co trzeci w sposób zdecydowany stwierdza, że w takiej sytuacji zrobi to zawsze. Tego typu zdecydowaną postawę częściej deklarują lekarze mężczyźni (36% wobec 29% kobiet-lekarzy), posiadacze drugiego stopnia specjalizacji (36%), anesteziolodzy (41%).

Wątpliwości w takich przypadkach częściej mają lekarki (29%), lekarze z dłuższym stażem pracy w wieku 50 lub więcej lat (34%), a także neurochirurdzy (33%).

W kolejnym badaniu warto byłoby spytać lekarzy niechętnych wyłączeniu respiratora o przyczyny takiej postawy.

Rys.23. Załóżmy, że po komisyjnym stwierdzeniu śmierci mózgowej nie dojdzie, z przyczyn obiektywnych, do pobrania narządów. Czy zawsze w takiej sytuacji wyłączy Pan(i) respirator?

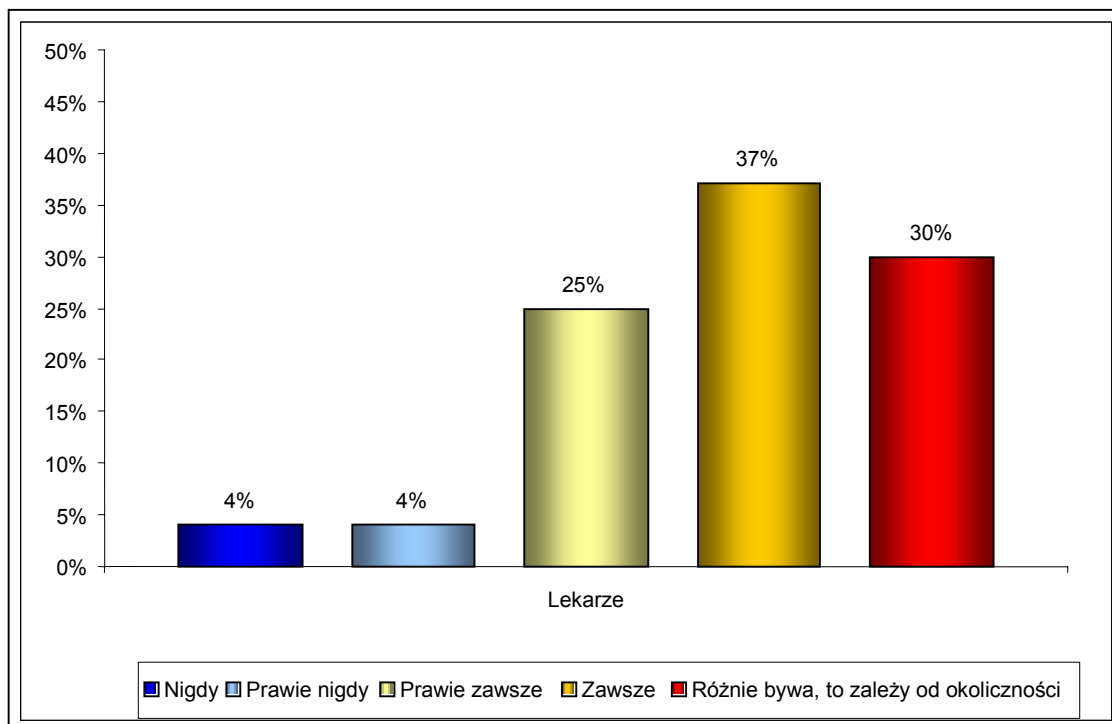


2.7 Gotowość lekarzy do powiadamiania ośrodka transplantacyjnego o możliwości pobrania narządów

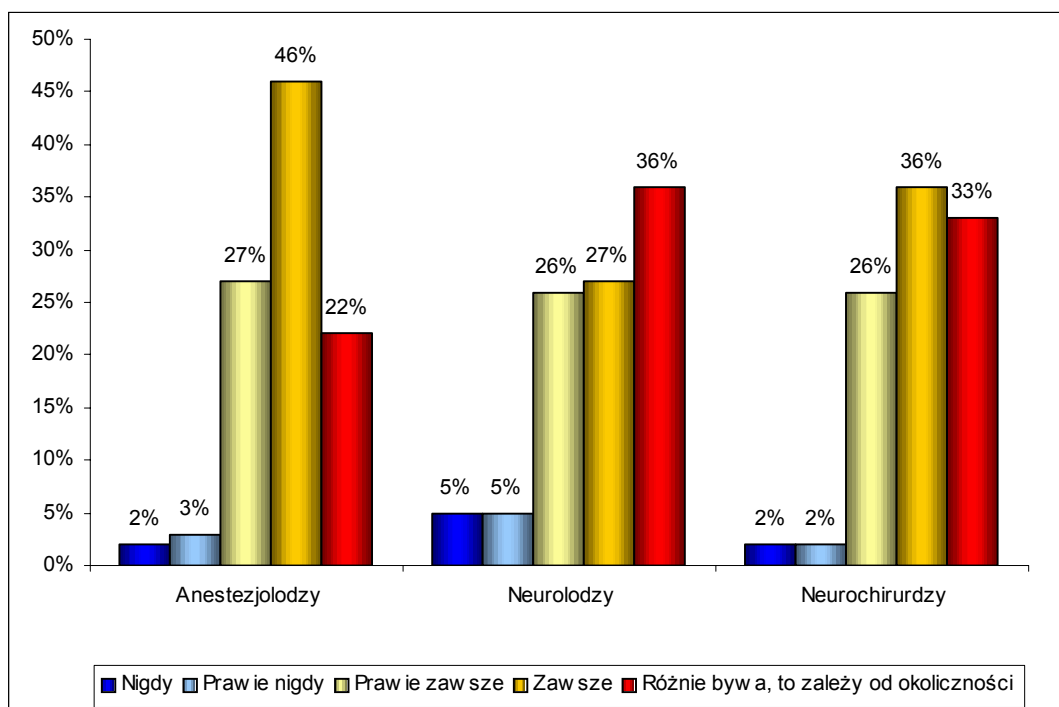
Ponad 1/3 badanych lekarzy odpowiada, że zawsze po stwierdzeniu śmierci mózgowej pacjenta powiadamia ośrodek transplantacyjny o możliwości pobrania narządów. Częściej od innych zachowanie takie deklarują lekarze młodzi, z krótkim stażem pracy, pracujący na oddziałach intensywnej terapii. Co czwarty z lekarzy decyzję taką podejmuje prawie zawsze. Tylko nieznaczny odsetek lekarzy w takich sytuacjach nie powiadamia ośrodka transplantacyjnego nigdy lub prawie nigdy.

Podsumowując można powiedzieć, że mimo, iż środowiska medyczne w większości reprezentują postawy przychylne idei transplantacji, to są sytuacje, w których względy moralne, emocjonalne, czy po prostu ludzkie utrudniają podejmowanie decyzji, które mogłyby przyczynić się do zwiększenia ilości realizowanych w kraju transplantacji.

Rys.24. Załóżmy, że pod Pana(i) opieką w OIT znajduje się pacjent, u którego rozpoznano śmierć pnia mózgu i od którego można pobrać narządy. Jak często w takiej sytuacji decyduje się Pan(i) na zawiadomienie ośrodka transplantacyjnego lub Poltransplantu o tym, że istnieje możliwość pobrania narządu?



Anestezjologzy częściej niż neurochirurdzy i neurologrzy podejmują decyzję o powiadomieniu ośrodka transplantacyjnego.

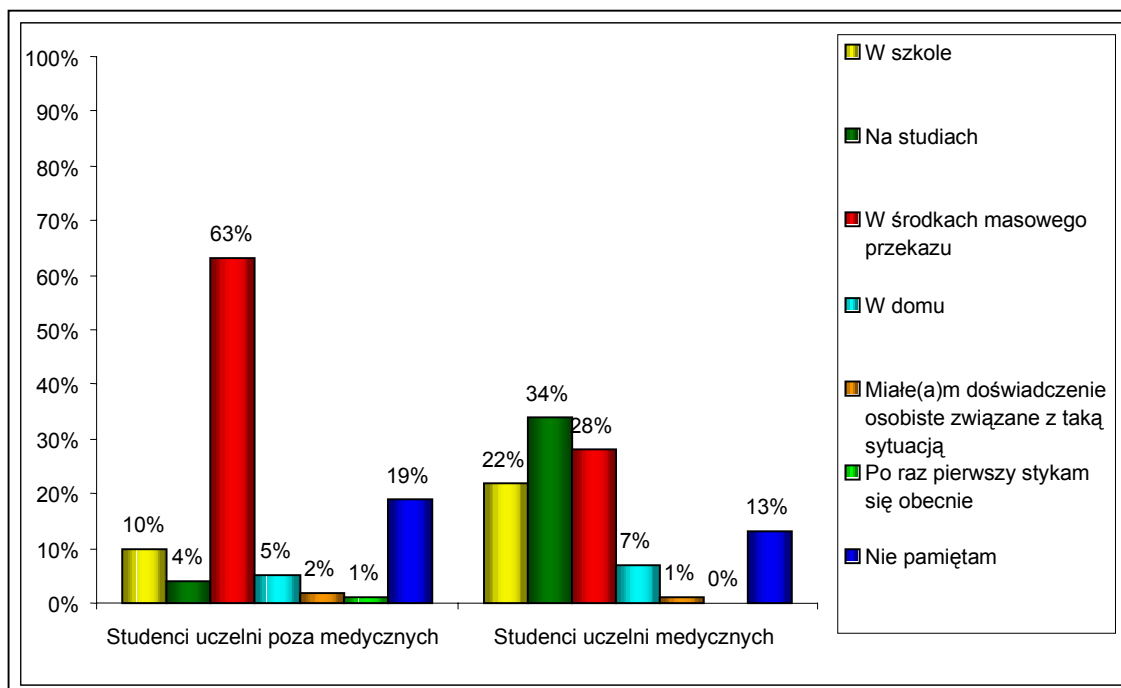


3. Wyniki badania – studenci

3.1 Pierwszy kontakt z problematyką transplantacyjną

Środki masowego przekazu są głównym, wskazywanym przez studentów uczelni pozamedycznych, źródłem pierwszych informacji o problematyce transplantacyjnej. Jak widać poniżej, studenci medycyny, wskazują te źródła w sposób bardziej zróżnicowany. Częściej jako pierwsze źródło informacji wymieniają szkołę i uczelnię. Studenci szóstego roku medycyny nieco częściej niż młodsi koledzy, pierwszy kontakt z problematyką transplantacji mieli dopiero na studiach. Studenci czwartego roku, częściej od pozostałych, pierwsze informacje o transplantacjach zdobywali poprzez środki masowego przekazu. Może to wskazywać na częstsze, w ostatnich latach, podejmowanie tej problematyki przez media.

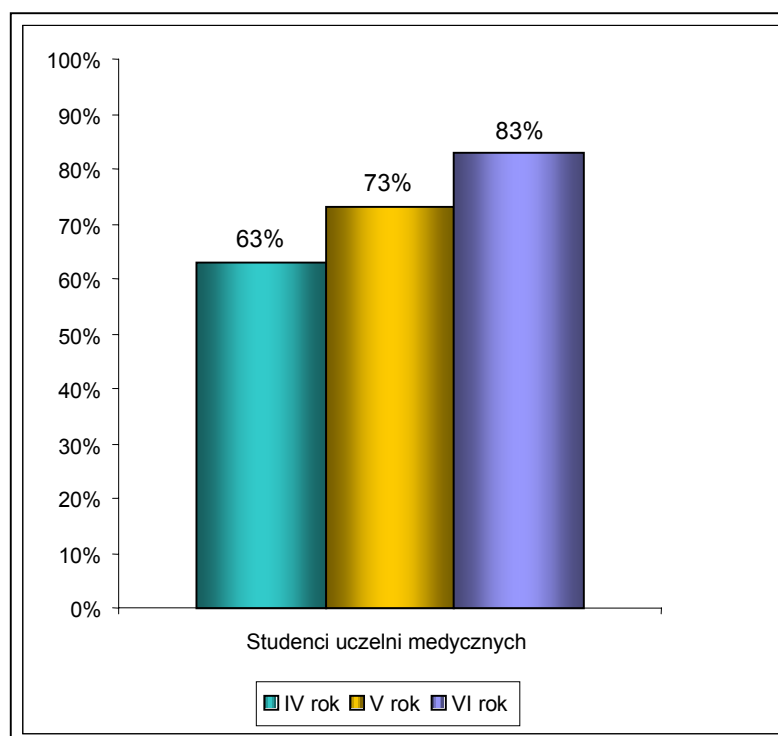
Rys.25. Gdzie po raz pierwszy zetknął(ęła) się Pan(i) z problematyką pobierania narządów zmarłych do transplantacji?



3.2 Kontakty z osobami oczekującymi na przeszczep i osobami po przeszczepie

W czasie studiów z osobą oczekującą na przeszczepienie jakiegoś narządu spotkało się 72% ogółu badanych studentów medycyny. Deklarowana częstość kontaktów rośnie na kolejnych latach studiów

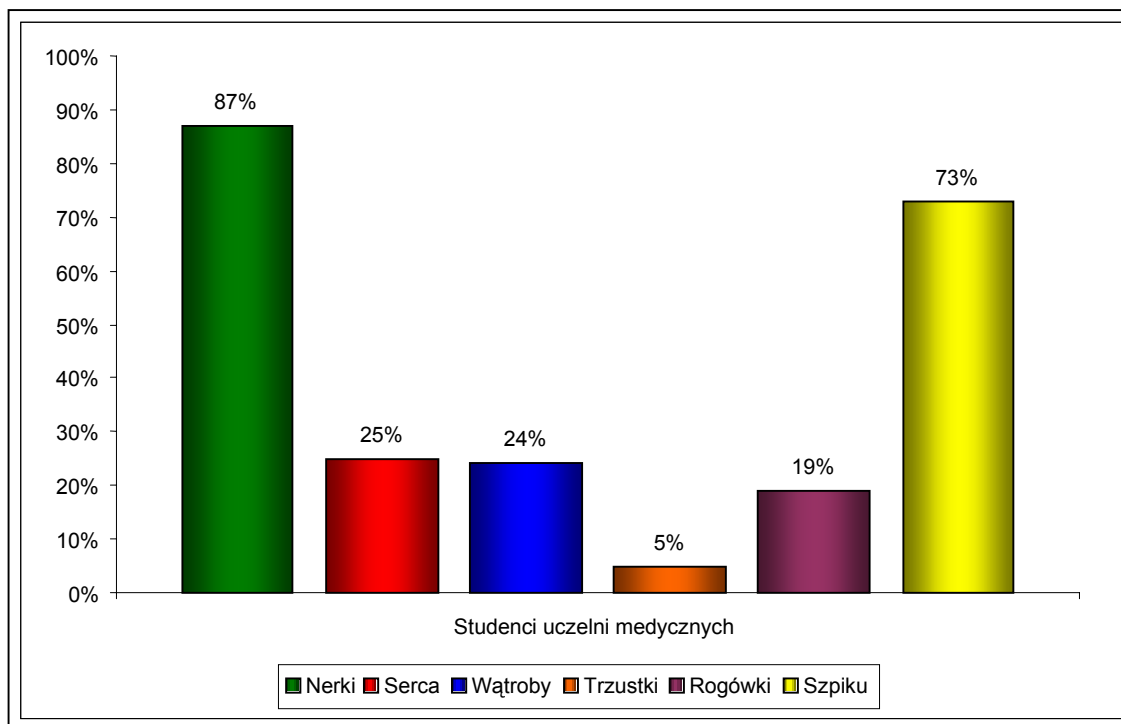
Rys.26. Czy w czasie studiów zetknął(ęła) się Pan(i) z osobą oczekującą na przeszczepienie narządu: nerki, wątroby lub serca?



Duża grupa studentów medycyny miała też w czasie studiów kontakt z osobami będącymi po przeszczepie. Najczęściej był to kontakt z pacjentami po transplantacji nerek lub szpiku, a najrzadziej po transplantacji trzustki.

Generalnie studenci, którzy mieli kontakt z osobami oczekującymi na przeszczep, znacznie częściej niż pozostali, mieli też kontakt z osobą po przeszczepie. Studenci, którzy mieli zajęcia z transplantologii częściej deklarują kontakt z potencjalnymi bądź faktycznymi biorcami narządów, niż studenci, którzy takich zajęć nie mieli (co wydaje się zrozumiałe).

Rys.27. Czy w czasie studiów zetknął(ęła) się Pan(i) z chorym po przeszczepieniu nerki, serca, wątroby, trzustki, rogówki, szpiku (procent odpowiedzi "TAK")

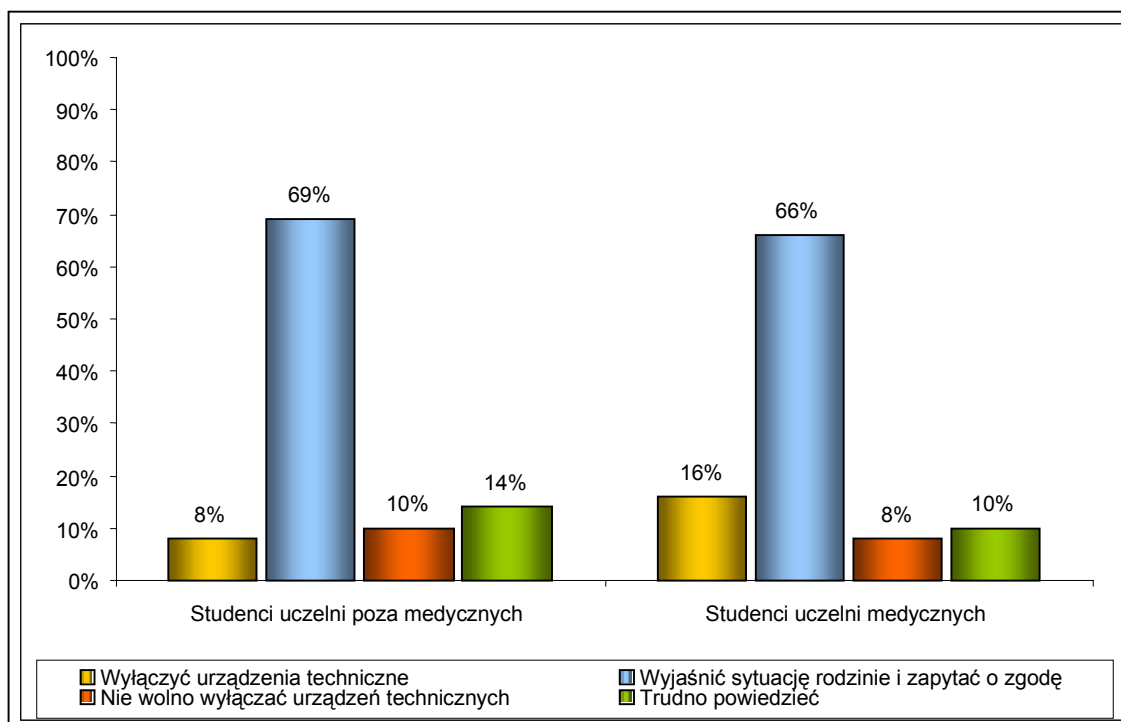


Wśród studentów uczelni pozamedycznych kontakt z osobą oczekującą na przeszczep deklaruje 18% osób, a kontakt z osobą po transplantacji – 20%. Wydaje się, że są to wyniki zawyżone, być może spowodowane różnym rozumieniem określenia „kontakt”.

3.3 Postulowane reakcje lekarza po stwierdzeniu śmierci mózgowej pacjenta

Opinie studentów medycznych i pozamedycznych są w tej sprawie bardzo zbliżone. Większość uważa, że rodzinie pacjenta, u którego po wypadku stwierdzono śmierć mózgową, należy dokładnie wytłumaczyć sytuację i prosić o wyrażenie zgody na odłączenie urządzeń technicznych. Studenci medycyny dwukrotnie częściej, niż studenci innych kierunków studiów, są zdania, że w takiej sytuacji należy po prostu wyłączyć urządzenia techniczne. Częściej opinię taką wyrażają studenci medycyny niż studentki (19% wobec 11%) oraz studenci szóstego roku studiów (27%).

Rys.28. Pomimo intensywnej terapii, lekarze u osoby, która doznała rozległego urazu w wypadku, stwierdzają śmierć mózgową. Co w takiej sytuacji powinno się zrobić?

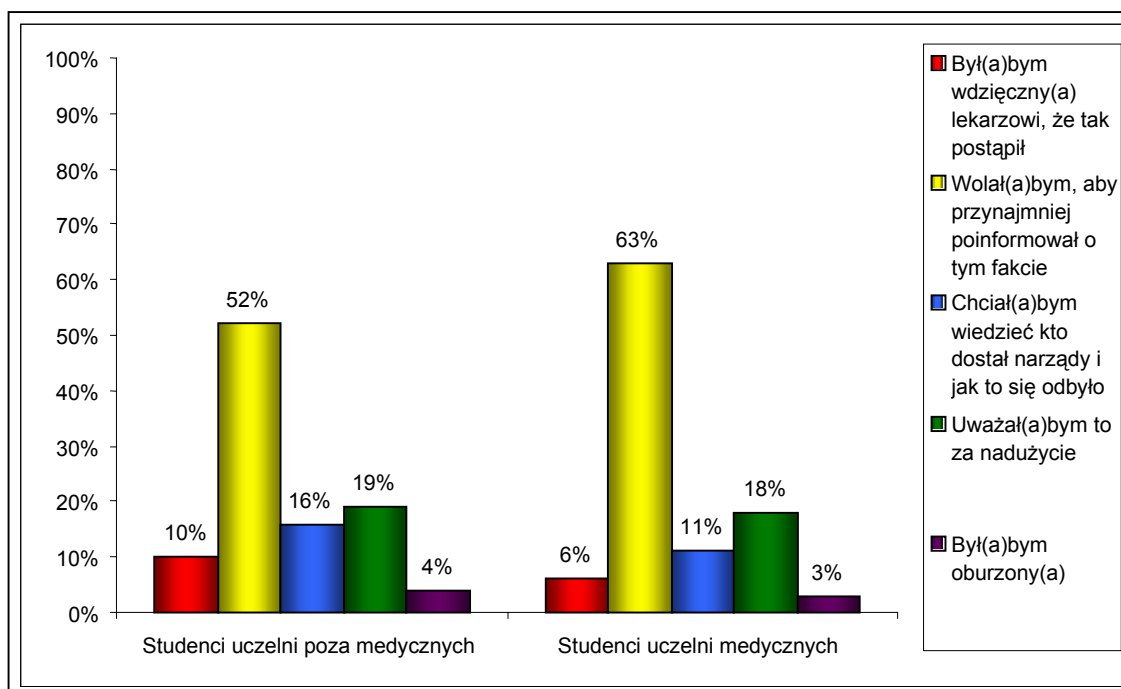


Przypomnijmy w tym miejscu, że większość studentów medycyny (63%) skłonna jest uznać, że lekarz prowadzący postępuje słusznie, jeśli po stwierdzeniu przez komisję śmierci mózgowej pacjenta, powiadamia Poltransplant o możliwości pobrania narządów. Blisko co trzeci ocenę takich działań lekarza uzależnia od okoliczności towarzyszących zdarzeniu. Tylko 5% uznaje takie postępowanie lekarza za niesłuszne.

3.4 Reakcje na nieuzgodnione pobranie narządów od osoby bliskiej

Studentów proszono, aby wyobrazili sobie sytuację, w której od ich zmarłego bliskiego krewnego pobrano narządy w celu ratowania życia osobom chorym. Wcześniej upewniono się, że zmarły nie był zarejestrowany w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, ale rodzina nie została poinformowana o fakcie pobrania. Studentów pytaliśmy, jaka byłaby ich reakcja na taką sytuację. Odpowiedzi studentów medycznych i pozamedycznych są bardzo podobne. Tylko nieznaczna część przyznaje, że byłiby wdzięczni lekarzowi za taką decyzję. Jednak osób, które w takiej sytuacji odczułyby oburzenie jest dwukrotnie mniej. Blisko co piąty ze studentów zachowanie takie uznałby za nadużycie. Co siódmy z badanych chciałby w takiej sytuacji dowiedzieć się, kto jest biorcą narządów. Większość studentów stwierdza, że woleliby być przynajmniej poinformowana o fakcie pobrania.

Rys.29. Rodziny zmarłego nie poinformowano o fakcie pobrania narządów z ciała zmarłego. Gdyby taka sytuacja dotyczyła osoby Pan(i) bliskiej to:

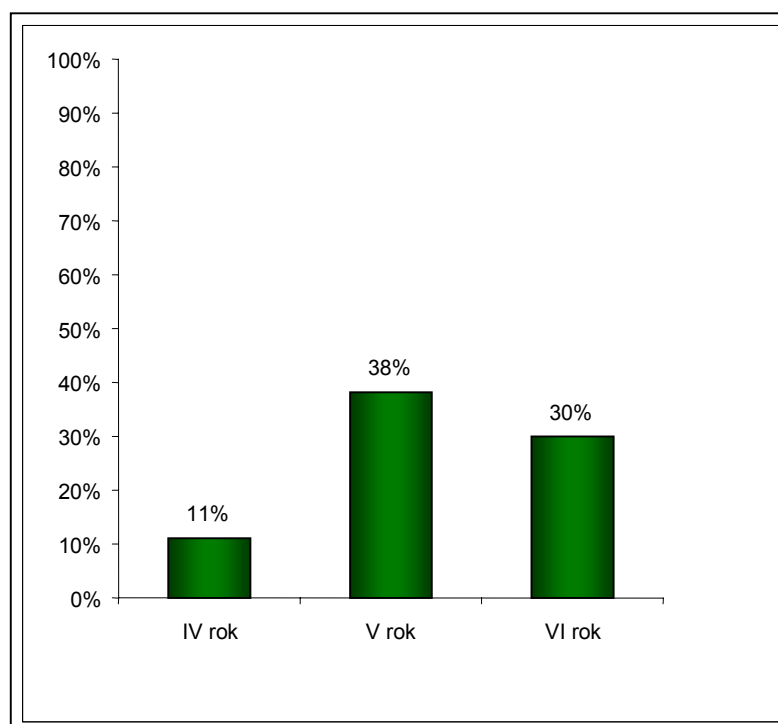


Trudno liczyć na to, że lekarze uzyskają ciche przyzwolenie społeczne na nieuzgodnione z rodziną pobieranie narządów od osób zmarłych. W przyszłości pytanie dotyczące tych spraw warto by zadać w sondażu ogólnopolskim. Obserwując jednak inne wyniki tego badania, należy spodziewać się, że opinie o przedstawionym tu zachowaniu lekarzy, będą znacznie bardziej krytyczne od opinii formułowanych przez studentów.

3.5 Kształcenie i poziom wiedzy studentów uczelni medycznych z zakresu medycyny transplantacyjnej

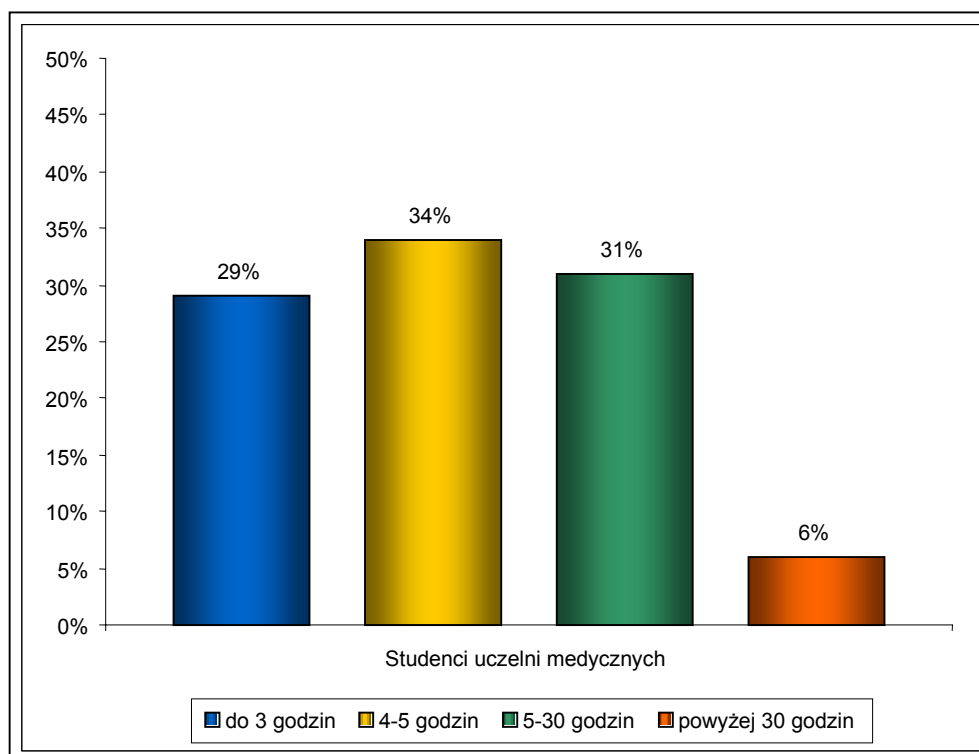
Zajęcia z transplantologii klinicznej miał mniej więcej co trzeci z ogółu badanych studentów medycyny (31%). Częstość zajęć z transplantologii nieco odmiennie wygląda w zależności od roku studiów. Najczęściej odbycie takich zajęć deklarują studenci V roku.

Rys.30. Czy w czasie studiów miał(a) Pan(i) zajęcia z transplantologii klinicznej?



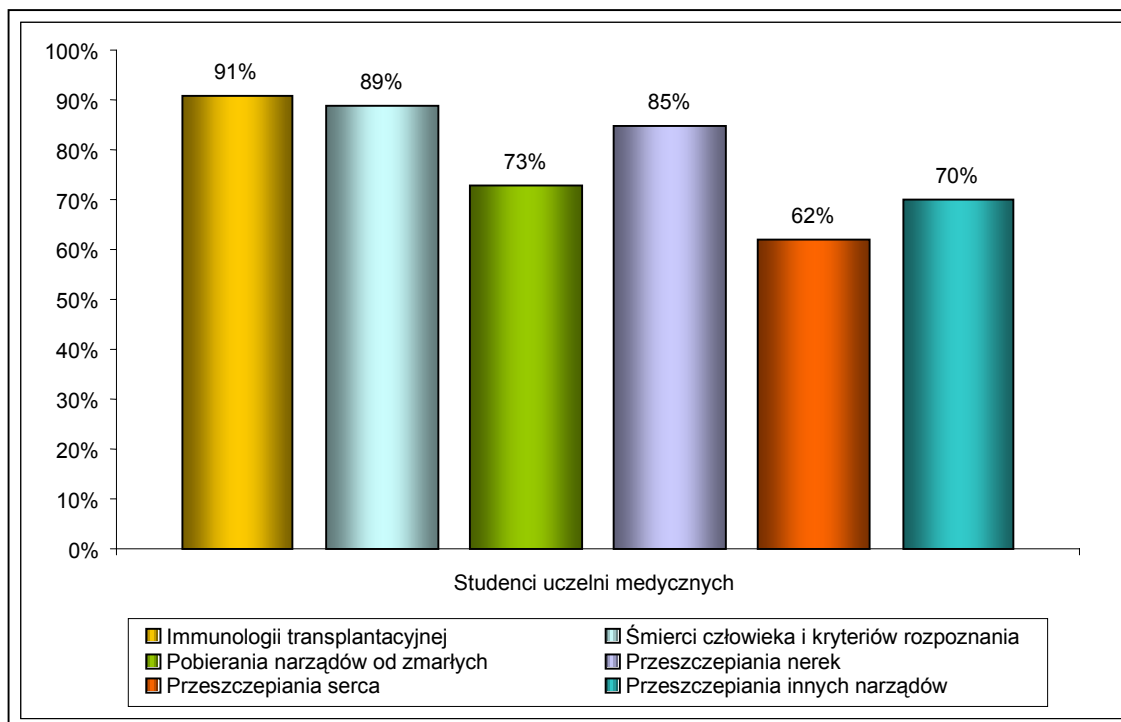
Studentów, którzy mieli zajęcia z transplantologii pytaliśmy o to, ile godzin zajęć zaliczyli. Uzyskane wyniki prezentuje rysunek poniżej. Odpowiedzi studentów były silnie zróżnicowane. Jak jednak widać, większość z nich odbyła nie więcej niż 5 godzin takich zajęć.

Rys.31. Ile godzin zajęć z transplantologii klinicznej miał(a) Pan(i) w czasie studiów?



W trakcie studiów z większością studentów omawiano różnorodne zagadnienia związane z pobieraniem i przeszczepianiem narządów. Najczęściej omawiano ze studentami zagadnienia związane z immunologią transplantacyjną, ze śmiercią i kryteriami jej rozpoznawania oraz przeszczepianiem nerek.

Rys.32. Zagadnienia omawiane ze studentami w czasie studiów (procent odpowiedzi "TAK")

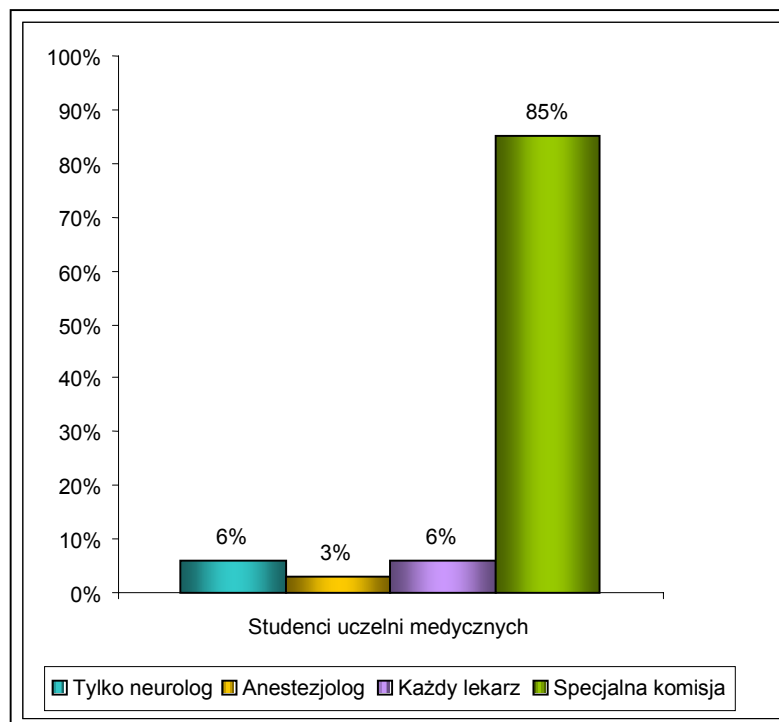


Część pytań zadanych studentom w trakcie badania miała na celu sprawdzenie poziomu ich wiedzy na temat problemów związanych z pobieraniem i przeszczepianiem narządów.

Większość studentów wie o tym, że prawo do rozpoznania śmierci mózgowej posiada specjalna komisja lekarska. Studenci objęci zajęciami z transplantologii klinicznej nieco częściej, niż studenci nie objęci tymi zajęciami, wskazują na specjalną komisję (89% wobec 83%).

Studenci, z którymi omawiano zagadnienia dotyczące śmierci człowieka i kryteriów jej rozpoznania, częściej mówią o tym, że prawo rozpoznania śmierci ma specjalna komisja, niż studenci, z którymi tych zagadnień nie omawiano (87% wobec 71%).

Rys.33. Kto ma prawo rozpoznania śmierci mózgowej?

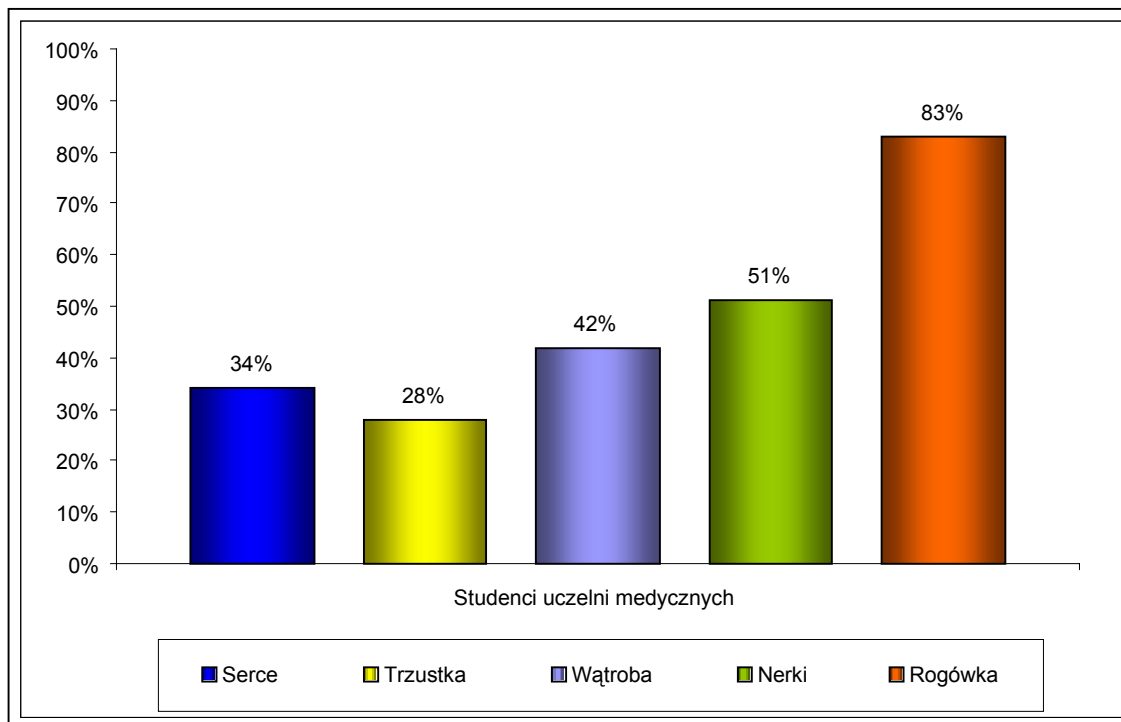


Duża część badanych studentów medycyny nie posiada jednoznacznej wiedzy na temat tego, które z narządów można pobierać do przeszczepu po zatrzymaniu krążenia. Szczególnie dużo błędnych przekonań dotyczy pobierania wątroby i nerki. Mniej więcej czterech na dziesięciu studentów uważa, że po zatrzymaniu krążenia można pobierać od zmarłego wątrobę. Blisko co drugi nie wie, że po zatrzymaniu krążenia można pobierać nerki. Najmniej wątpliwości budzi możliwość pobierania rogówki. Zastanawiać może fakt, że im wyższy rok studiów, tym częściej pojawiają się odpowiedzi mówiące, że krążenie nie jest potrzebne, aby pobrać serce, trzustkę, czy wątrobę. Trzeba w tym miejscu zaznaczyć, że dla niektórych niejasne było, o jak długi czas po ustaniu krążenia chodzi w zadanym pytaniu.

Niepokoić może fakt, że studenci, z którymi w czasie studiów omawiano zagadnienia dotyczące pobierania narządów od zmarłych, częściej, niż studenci, z którymi nie omawiano tych zagadnień, uważają, że po ustaniu krążenia można pobrać serce (35% wobec 25%), trzustkę (28% wobec 24%) i wątrobę (43% wobec 32%). Ale też częściej wskazują na możliwość pobrania nerek (51% wobec 38%) i rogówki (84% wobec 79%). Wydaje się więc, że zajęcia te nie tyle dostarczyły studentom dodatkowej wiedzy, co wiary w możliwości technik transplantacyjnych.

Studenci, którzy w czasie studiów mieli zajęcia z transplantologii klinicznej, nie różnią się istotnie od pozostałych poziomem wiedzy na temat możliwości pobierania narządów po ustaniu krążenia.

Rys.34. Które z narządów można, Pana(i) zdaniem pobierać po zatrzymaniu krążenia: (procent odpowiedzi "TAK")



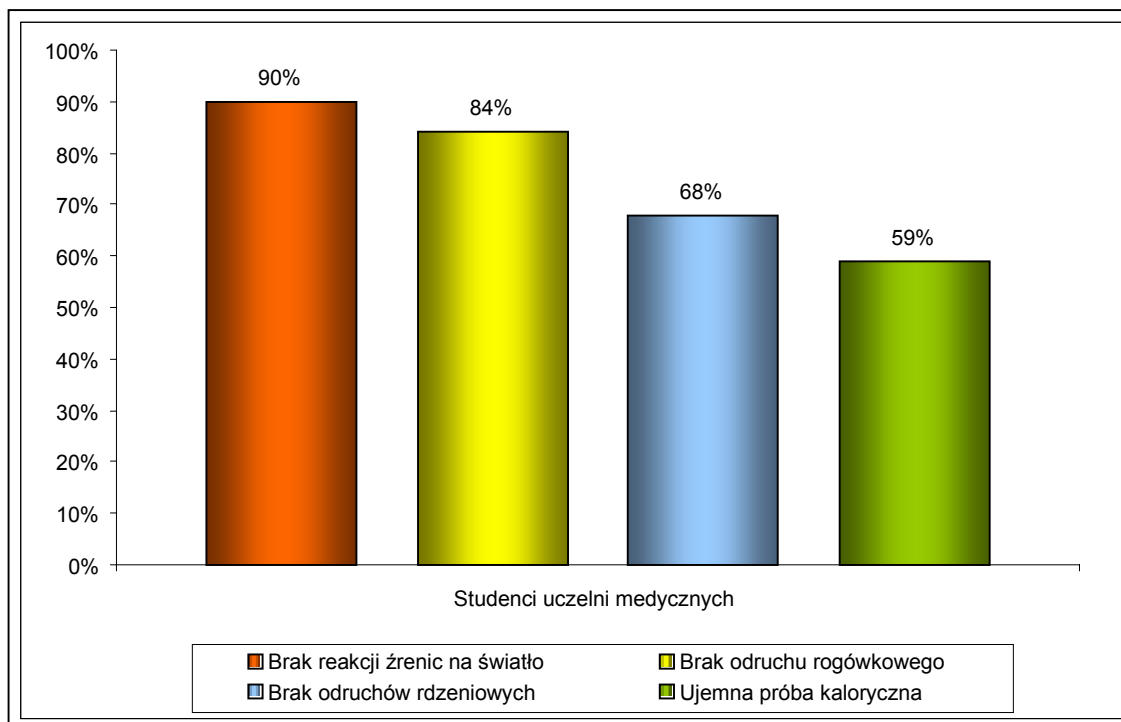
Również wiedza studentów dotycząca objawów śmierci pnia mózgu nie jest jednoznaczna. O ile zdecydowana większość z nich wie, że do objawów tych należy brak reakcji źrenic na światło i brak odruchu rogówkowego, to aż 41% nie wie, że do objawów tych należy również ujemna próba kaloryczna. Są to głównie studenci czwartego roku studiów. Wśród studentów szóstego roku wiedzę na ten temat posiada 88% badanych.

Najgorzej jest z wiedzą na temat braku odruchów rdzeniowych. Większość badanych studentów uważa, że należy on do symptomów śmierci pnia mózgu.

Ogólnie można powiedzieć, że im wyższy rok studiów, tym wyższy poziom wiedzy w zakresie objawów śmierci mózgu.

Studenci, z którymi omawiano na zajęciach kryteria śmierci, częściej, niż studenci, z którymi nie omawiano tych zagadnień, wiedzą, że należy do nich brak reakcji źrenic na światło (93% wobec 87%), brak odruchu rogówkowego (89% wobec 69%) i ujemna próba kaloryczna (66% wobec 49%). Jednak w przypadku poziomu wiedzy na temat braku odruchów rdzeniowych, studenci, z którymi omawiano zagadnienia kryteriów śmierci charakteryzują się nieco niższym jej poziomem, niż studenci, z którymi takich zagadnień nie omawiano (błędnej odpowiedzi udziela odpowiednio 71% i 66% studentów).

Rys.35. Czy Pana(i) zdaniem do objawów śmierci mózgu należą:

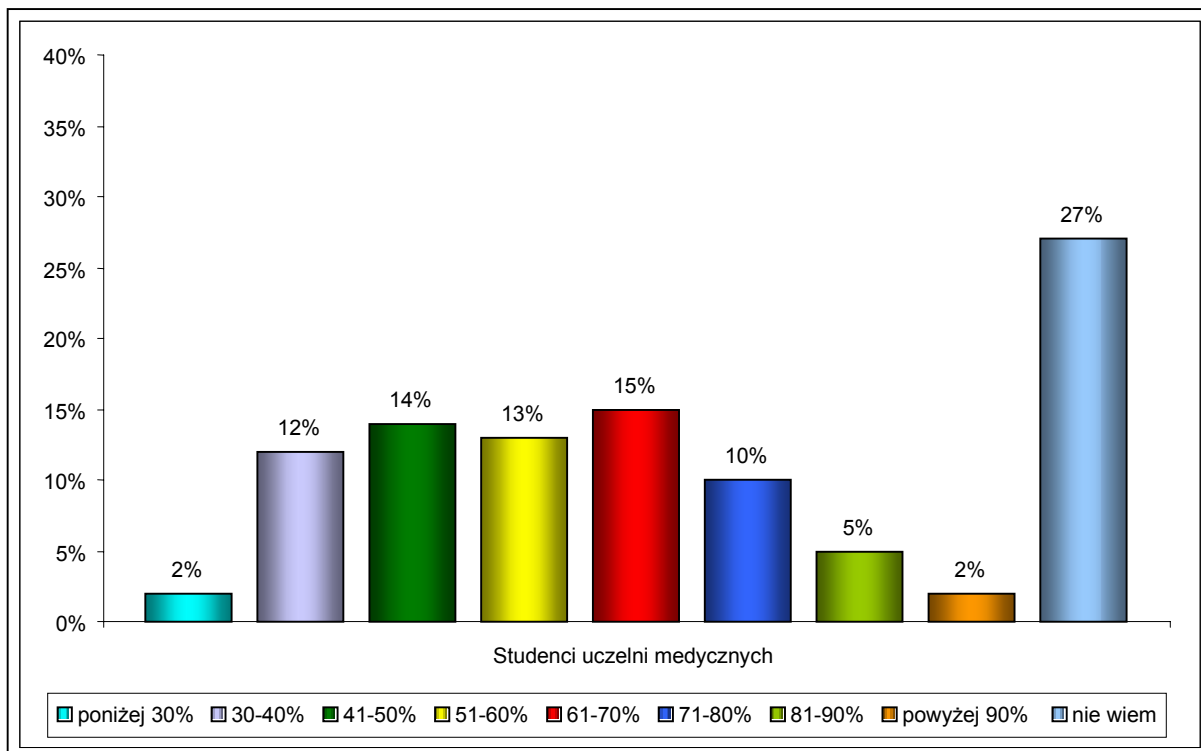


Większość studentów nie posiada też precyzyjnej wiedzy na temat efektywności przeszczepów. Tylko co dziesiąty z badanych studentów medycyny potrafi prawidłowo wskazać odsetek przypadków, gdy przeszczepiona nerka pobrana od osoby zmarłej zachowuje swoją czynność przez 5 lat. Ponad połowa z nich przekonana jest o niższej, od faktycznej, efektywności, a kilkanaście procent stanowią optymiści przeceniający tę efektywność. Więcej niż co czwarty ze studentów deklaruje brak wiedzy w tej sprawie.

Studenci, którzy w czasie studiów zaliczyli zajęcia z transplantologii klinicznej nie różnią się częstością trafnych wskazań od studentów, którzy nie mieli takich zajęć. Rzadziej natomiast udzielają odpowiedzi "nie wiem" (20% wobec 30%). Dwukrotnie częściej są optymistami skłonniymi przypuszczać, że przeszczepiona nerka zachowuje czynność w ponad 80% przypadków (10% wskazań wobec 5% wskazań).

Studenci, z którymi omawiano zagadnienia immunologii transplantacyjnej nie różnią się częstością prawidłowych wskazań od studentów, z którymi nie omawiano tych zagadnień. Studenci, z którymi omawiano zagadnienia dotyczące przeszczepiania nerek mniej więcej dwukrotnie częściej udzielają właściwej odpowiedzi, niż studenci, z którymi ich nie omawiano.

Rys.36. W jakim odsetku przypadków przeszczepiona nerka, pobrana od osoby zmarłej, zachowuje swoją czynność przez 5 lat?



Oceniając poziom wiedzy studentów medycyny z pewnością warto byłoby porównać wyniki dla studentów reprezentujących różne uczelnie. Uprawnione i wiarygodne porównania wymagałyby jednak zastosowania na wszystkich uczelniach identycznych kryteriów doboru studentów (w tym jednakowy udział studentów poszczególnych lat studiów), co w przypadku tych badań nie było do końca spełnione.

Dane o respondentach

Dane o respondentach - sondaż ogólnopolski

N=1000	Liczba	Procent
PLEĆ		
mężczyzna	491	49.1
kobieta	509	50.9
WIEK (w latach)		
15 - 19	99	9.9
20 - 24	87	8.7
25 - 29	74	7.4
30 - 39	174	17.4
40 - 49	210	21.0
50 - 59	130	13.0
> 59	226	22.6
POZIOM WYKSZTAŁCENIA		
podstawowe	370	37.0
zawodowe	303	30.3
średnie	266	26.6
wyższe	61	6.1
DOCHÓD NA OSOBĘ W RODZINIE (% średniej)		
brak danych	448	44.8
< 50%	98	9.8
50% - 74%	106	10.6
75% - 89%	85	8.5
90% - 109%	72	7.2
110% - 149%	108	10.8
> 149%	83	8.3
MIEJSCE ZAMIESZKANIA		
wieś	396	39.6
miasto (< 50,000)	197	19.7
miasto (50,000 - 200,000)	194	19.4
miasto (> 200,000)	213	21.3

UWAGA: średni dochód na osobę w rodzinie w próbie = 642 zł

(ciąg dalszy na następnej stronie)

(ciąg dalszy z poprzedniej strony)

N=1000	Liczba	Procent
AKTYWNOŚĆ ZAWODOWA		
brak danych	3	.3
pracuje zawodowo	402	40.2
bezrobotny	140	14.0
uczy się, studiuje	109	10.9
emeryt	185	18.5
rencista	112	11.2
zajmuje się domem	49	4.9
POZYCJA ZAWODOWA		
nie dotyczy	598	-----
brak danych	10	2.5
inteligencja	26	6.5
pracownicy umysłowi	75	18.7
pracownicy fizyczni	209	52.0
właściciele firm	33	8.2
rolnicy indywidualni	46	11.4
trudno powiedzieć	3	.7
MIEJSCE PRACY		
nie dotyczy	598	-----
brak danych	9	2.2
przedsiębiorstwo państwowe	68	16.9
instytucja sfery budżetowej	55	13.7
przedsiębiorstwo prywatne	213	53.0
gospodarstwo rolne	47	11.7
inne	7	1.7
trudno powiedzieć	3	.7

Dane: Ipsos-Demoskop
Czerwiec 2002

Dane o respondentach - studenci uczelni medycznych

Cechy studentów		Częstość	Procent
<i>Ogółem:</i>		1096	100,00%
Płeć	mężczyzna	480	43,80%
	kobieta	616	56,20%
Wiek	20-24 lata	629	57,39%
	powyżej 24 lat	467	42,61%
Akademia Medyczna	Białystok	100	9,12%
	Bydgoszcz	85	7,76%
	Gdańsk	98	8,94%
	Lublin	100	9,12%
	Łódź	93	8,49%
	Poznań	100	9,12%
	Warszawa	100	9,12%
	Wrocław	99	9,03%
	Szczecin	100	9,12%
	Katowice	221	20,16%
Rok studiów	czwarty	251	22,90%
	piąty	678	61,86%
	szósty	167	15,24%
Stale zajęcie zarobkowe	tak	88	8,03%
	nie	1008	91,97%

Dane o respondentach - studenci uczelni pozamedycznych

Cechy studentów		Częstość	Procent
<i>Ogółem:</i>		965	100,00%
Płeć	mężczyzna	463	47,98%
	kobieta	502	52,02%
Wiek	20-24 lata	865	89,64%
	powyżej 24 lat	100	10,36%
Typ uczelni	uniwersytet	273	28,29%
	uczelnia ekonomiczna	230	23,83%
	Politechnika	205	21,24%
	inne	257	26,63%
Kierunek studiów	ekonomiczny	345	35,75%
	techniczny	187	19,38%
	humanistyczny	332	34,40%
	matematyczno- przyrodniczy	44	4,56%
	wychowanie fizyczne	26	2,69%
	teologiczny	30	3,11%
	Rok studiów	drugi	405
trzeci		435	45,08%
czwarty		96	9,95%
piąty		29	3,01%
Stale zajęcie zarobkowe	tak	179	18,55%
	nie	786	81,45%

Dane o respondentach - średni personel medyczny

Cechy średniego personelu medycznego		Częstość	Procent
<i>Ogółem:</i>		484	100,0%
Płeć	mężczyzna	20	4,1%
	kobieta	464	95,9%
Wiek	20-29 lat	160	33,1%
	30-39 lat	210	43,4%
	40-49 lat	98	20,2%
	50 lat i więcej	16	3,3%
Stan cywilny	panna / kawaler	120	24,8%
	mężatka / żonaty	328	67,8%
	wdowa(wiec) / rozwiedziona(y)	36	7,4%
Liczba dzieci	nie ma dzieci	141	29,1%
	jedno dziecko	155	32,0%
	dwoje dzieci	148	30,6%
	troje i więcej dzieci	29	6,0%
	brak danych	11	2,3%
Staż pracy w zawodzie	do 5 lat	104	21,5%
	od 6 do 10 lat	110	22,7%
	od 11 do 19 lat	167	34,5%
	powyżej 20 lat	103	21,3%
Oddział	OIT	273	56,4%
	neurologia	104	21,5%
	neurochirurgia	94	19,4%
	brak danych	13	2,7%
Staż pracy na oddziale	do 5 lat	175	36,2%
	od 6 do 10 lat	105	21,7%
	od 11 do 19 lat	143	29,5%
	powyżej 20 lat	61	12,6%

Dane o respondentach - lekarze

Cechy lekarzy		Częstość	Procent
<i>Ogółem:</i>		800	100,0%
Płeć	mężczyzna	383	47,9%
	kobieta	412	51,5%
	brak danych	5	0,6%
Wiek	20-29 lat	100	12,5%
	30-39 lat	342	42,8%
	40-49 lat	230	28,7%
	50 lat i więcej	120	15,0%
	brak danych	8	1,0%
Stopień naukowy	magister	115	14,4%
	doktor	321	40,1%
	doktor habilitowany / profesor	20	2,5%
	brak danych	344	43,0%
Stopień specjalizacji	pierwszy stopień specjalizacji	225	28,1%
	drugi stopień specjalizacji	421	52,6%
	brak danych	154	19,3%
Staż pracy w zawodzie	do 5 lat	161	20,1%
	od 6 do 10 lat	207	25,9%
	od 11 do 19 lat	208	26,0%
	powyżej 20 lat	218	27,3%
	brak danych	6	0,8%
Wykonywana specjalizacja	anestezjologia	381	47,6%
	neurologia	225	28,1%
	neurochirurgia	92	11,5%
	inne	21	2,6%
	brak danych	81	10,1%
Oddział	OIT	411	51,4%
	neurologia	250	31,3%
	neurochirurgia	126	15,8%
	brak danych	13	1,6%
Staż pracy na oddziale	do 5 lat	213	26,6%
	od 6 do 10 lat	178	22,3%
	od 11 do 19 lat	192	24,0%
	powyżej 20 lat	169	21,1%
	brak danych	48	6,0%

Szpitala objęte badaniem

Miasto	Nazwa szpitala	Lb wywiadów z pielęgniarkami	Lb wywiadów z lekarzami
Białystok	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny	20	23
Bielsko-Biała	Szpital Wojewódzki w Bielsko-Białej	2	6
Bydgoszcz	Wojewódzki Szpital im. J.Biziela	19	22
Bytom	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4	11	43
Ciechanów	Szpital Wojewódzki	17	13
Częstochowa	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny	5	24
Elbląg	Wojewódzki Szpital Zespolony	8	13
Gdańsk	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1	17	30
Gdańsk	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3	10	7
Gorzów Wlkp	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki	15	12
Jelenia Góra	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	15	14
Kalisz	Wojewódzki Szpital Zespolony im L.Perzyny	19	9
Katowice	Centralny Szpital Kliniczny Śląskiej AM	16	32
Koszalin	Szpital Wojewódzki im M.Kopernika	11	12
Kraków	Szpital Specjalistyczny im Stefana Żeromskiego	13	15
Kraków	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	-	8
Lublin	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4	10	46
Łódź	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M.Pirogowa	10	8
Łódź	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M.Kopernika	19	27
Opole	Wojewódzkie Centrum medyczne Szpital nr 2	11	9
Piła	Szpital Specjalistyczny	12	9
Płock	Wojewódzki Szpital Zespolony	13	15
Poznań	Wojewódzki Szpital Zespolony	14	25
Radom	Radomski Szpital Specjalistyczny	6	14
Radom	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny	10	21
Rzeszów	Szpital Wojewódzki nr 2	14	10
Siedlce	Samodzielny Specjalistyczny Szpital	15	18

	Wojewódzki w Siedlcach		
Szczecin	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2	9	4
Szczecin	Samodzielny Publiczny Szpital Zespolony	15	17
Tarnów	Szpital wojewódzki im. Św. Łukasza	12	14
Toruń	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L.Rydgiera	11	20
Tychy	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 1 im. J.Gasinskiego	9	13
Warszawa	Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny	16	33
Warszawa	SPZOZ Zarządu Służby Zdrowia MSWiA	19	33
Warszawa	CSK WAM z Polikliniką	18	25
Warszawa	Wojskowy szpital Bródnowski	18	9
Zabrze	Samodzielny szpital Kliniczny nr 1 w Zabrze	5	6
Zamość	Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II	5	2
Zgierz	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny	15	21
Bydgoszcz	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Dr A.Jurasza	-	10
Bydgoszcz	Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	-	10
Katowice	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im A.Miełckiego	-	5
Katowice	Szpital Kliniczny nr 5	-	6
Katowice	Centralny Szpital Kliniczny Śląskiej AM	-	15
Sosnowiec	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary	-	16
Kraków	Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką	-	2
Łódź	Samodzielny Publiczny ZOZ Szpital Kliniczny nr 1	-	15
Poznań	Samodzielny Szpital Kliniczny im. H.Święckiego	-	4
Poznań	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 5	-	10
Warszawa	Instytut "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka"	-	13
Warszawa	Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus	-	7
Wrocław	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 5	-	5

Uczelnie pozamedyczne objęte badaniem

Typ uczelni	Częstość	Procent
uniwersytet	273	28,29
uczelnia ekonomiczna	230	23,83
Politechnika	205	21,24
inne	257	26,63
Ogółem	965	100,00

Uczelnia	Częstość	Procent
Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego	45	4,36
Akademia Rolnicza - Szczecin	55	5,33
Dolnośląska Szkoła Wyższa Edukacji - Wrocław	40	3,88
Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa - Katowice	40	3,88
Policealne Studium Stenotypii i Języków Obcych	45	4,36
Politechnika Gdańska	55	5,33
Politechnika Lubelska	50	4,84
Politechnika Łódzka	50	4,84
Politechnika Wrocławska	50	4,84
Szkoła Główna Handlowa - Warszawa	60	5,81
Uniwersytet Gdański	45	4,36
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza - Poznań	45	4,36
Uniwersytet Łódzki	45	4,36
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej - Lublin	45	4,36
Uniwersytet Śląski - Katowice	51	4,94
Uniwersytet w Białymstoku	45	4,36

Wyższa Szkoła Ekonomiczna - Białystok	40	3,88
Wyższa Szkoła Handlu i Prawa	1	0,10
Wyższa Szkoła Humanistyczna TWP - Szczecin	45	4,36
Wyższa Szkoła Komunikacji i Zarządzania - Poznań	40	3,88
Wyższa Szkoła Marketingu i Biznesu - Łódź	35	3,39
Wyższa Szkoła Ochrony Środowiska - Bydgoszcz	40	3,88
Wyższe Metropolitalne Seminarium Duchowne Św. Jan	30	2,91
Zachodniopomorska Szkoła Biznesu - Szczecin	35	3,39
Ogółem	1032	100,00