

MAŁGORZATA Z. WIŚNIEWSKA

Uniwersytet Gdański,  
Wydział Zarządzania  
ORCID: 0000-0002-5193-2153

WOJCIECH PIOTROWICZ

Szpital Specjalistyczny  
im. F. Ceynowy w Wejherowie  
Oddział Anestezjologii  
i Intensywnej Terapii

DOI: 10.4467/12311960MN.24.049.20879

# Kultura bezpieczeństwa personelu w kontekście stwierdzania śmierci mózgu i pobierania narządów do transplantacji

## Staff safety culture in the process of determining brain death and in organ procurement for transplantation

### Summary

The article addresses the culture and climate of safety, as well as the psychological safety of transplant personnel. After presenting a brief genesis of transplantation and discussing issues related to the process of determining brain death and then transplantation, the focus was on presenting the situation of transplant personnel and the pressures they face. Discussing these phenomena referred to the specifics of the work of the transplant team. It was also emphasized that the topics covered in the article are very rarely described in domestic works, as far as this discipline of medicine is concerned. The problems of stress and professional burnout were discussed, and their causes and conditions were indicated. The effects associated with workplace stress, including the issue of job burnout, were also presented. Reference was then made to the importance and definition of safety culture, safety climate, and psychological safety. Finally, important considerations for improving the situation of staff were presented and various solutions were suggested, such as expanding academic curricula to include ways to cope with stress or developing a universally accepted staff safety policy. The importance of the spiritual climate and relaxation techniques and the necessity of incorporating them at work as a daily routine were noted.

**Słowa kluczowe:** proces przeszczepiania, bezpieczeństwo personelu, kultura organizacyjna, kultura bezpieczeństwa, bezpieczeństwo psychiczne

**Keywords:** transplantation process, staff safety, organizational culture, culture of safety, psychological safety

## Wprowadzenie

Transplantacja (łac. *transplantare* – przesadzać, przenosić) to metoda leczenia polegająca na wyrównywaniu ubytku w organizmie człowieka przez operacyjne przeniesienie komórki, tkanki lub narządu lub umieszczenie martwego substratu w celu ratowania życia człowieka lub usprawnienia czynności jego organizmu<sup>1</sup>. Może odbywać się w obrębie jednego lub między dwoma organizmami, od żywego dawcy (pobranie *ex vivo*) bądź zmarłego (pobranie *ex mortuo*)<sup>2</sup>. W literaturze przedmiotu znajdują się odwołania zarówno do biblijnych, jak i mitycznych dowodów transplantacji, takich jak powstanie Ewy z żebra Adama czy transfuzja krwi przywódcy Argonautów, Jazona jego ojcu, dokonana przez Medeę<sup>3</sup>. Pierwsze rzeczywiste próby w tym obszarze medycyny sięgają starożytnych Chin (IV w p.n.e.)<sup>4</sup>. Badacze powołują się także na opisy transplantacji pochodzące ze średniowiecza (np. przeszczepianie płatów skóry przez sycylijskiego medyka Antonio Branca) oraz renesansu (np. przeniesienie skóry z ramienia na nos chorego, którą zastosował boloński anatom Gasparo Tagliacozzi)<sup>5</sup>. Niemniej największy rozkwit dziedziny przypada na lata 50. i 60. XX w. Spektakularne na owe czasy zabiegi to m.in. pierwszy przeszczep nerki w roku 1950, wykonany przez Richarda Lawlera, Jamesa Westa i Raymonda Murphy'ego w szpitalu o obecnej nazwie OSF Little Company of Mary Medical Center, w Chicago<sup>6</sup>; pierwszy przeszczep trzustki, przeprowadzony w 1966 r. przez Williama Kelly'ego

---

<sup>1</sup> M. Guzik-Makaruk, *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminalogicznym*, Temida 2, Białystok 2008, s. 25–27.

<sup>2</sup> H. Nogal, E. Wiśniewska, E. Antos, *Zarys historyczny dynamiki rozwoju transplantologii klinicznej*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2016, nr 1(46), s. 113–118.

<sup>3</sup> M. Guzik-Makaruk, op. cit.

<sup>4</sup> D. Ślęczek-Czakoń, *Czy transplantacje są przejawem zmian w moralności? Wątpliwości bioetyków*. „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2018, z. 123, s. 537–550.

<sup>5</sup> H. Nogal, E. Wiśniewska, E. Antos, op. cit.

<sup>6</sup> L.C. Pullen, *A complex puzzle realized: US achieves one-millionth organ transplant: Decades of visionary scientists, skilled surgeons, and courageous patients have made this miraculous milestone a reality*, “American Journal of Transplantation” 2023, Vol. 23, Iss. 1, s. 1–2.

i Richarda Lilleheia na Uniwersytecie w Minnesocie<sup>7</sup> czy też w 1967 r. pierwszy udany przeszczep wątroby dokonany przez Thomasa Starzla<sup>8</sup>. Jeżeli chodzi o Polskę, to do pionierów transplantologii zaliczają się profesorowie Wiktor Bross oraz Władysław Wręblewicz, którzy w roku 1965 przeprowadzili pierwszy, choć nieudany, przeszczep nerki od osoby zmarłej, następnie – profesorowie Jan Nielubowicz oraz Tadeusz Orłowski, którzy w I Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Warszawie w roku 1966 dokonali udanego przeszczepu nerki od zmarłego dawcy, a także profesor Jan Witold Moll, który w 1969 r. podjął pierwszą w kraju (niestety nieudaną) próbę transplantacji serca<sup>9</sup>. W tym względzie przełomowe są zatem dokonania profesora Zbigniewa Religi, z obecnego Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, i jego pierwsza, zakończona powodzeniem, transplantacja serca dokonana w 1985 r.<sup>10</sup>

Korzyści społeczne, a nade wszystko zdrowotne związane z transplantacją są nie do przecenienia. Procedura przeszczepienia narządu jest najlepszą formą leczenia pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek, wątroby, płuc i serca, i nie tylko poprawia jakość życia, lecz także istotnie je wydłuża<sup>11</sup>. Niezależnie jednak od miejsca, obszaru oraz kwalifikacji zespołów zaangażowanych w transplantację jej przebiegowi na całym świecie zawsze towarzyszy wiele emocji oraz kontrowersji. Dowodem tego jest np. organizowana corocznie od trzech dekad w Stanach Zjednoczonych, w Kolorado, konferencja pt. „Controversies in Transplantation”. Jej celem jest ułatwienie dyskusji na trudne tematy w medycynie transplantacyjnej oraz wytyczanie kierunków innowacji w tym obszarze<sup>12</sup>.

Dylematy wokół tego zjawiska nie mają jedynie charakteru bioetycznego i nie dotyczą przy tym wyłącznie dobrostanu i przestrze-

<sup>7</sup> A.T. Jiang, N. Rowe, A. Sener, P. Luke, *Simultaneous pancreas-kidney transplantation: The role in the treatment of type 1 diabetes and end-stage renal disease*, „Canadian Urological Association Journal” 2014, Vol. 8, No. 3–4, s. 135–138.

<sup>8</sup> M. Krawczyk, *Historia przeszczepiania wątroby w Polsce*, „Polish Journal of Surgery” 2018, Vol. 90, No. 3, s. 60–68.

<sup>9</sup> J. Pacian, *Transplantacja w Kodeksie etyki lekarskiej – rozważania prawne*, „Medyczna Wokanda” 2014, nr 6(6), s. 31–38.

<sup>10</sup> B. Szygła-Jurkiewicz, K. Kurkiewicz, M. Gąsior, *Kwalifikacja do transplantacji serca. Wskazania i przeciwwskazania do zabiegu*, „Heart & Vascular Diseases/Choroby Serca & Naczyń” 2021, t. 18, nr 4, s. 183–190.

<sup>11</sup> J. Ruszkowski, Z. Heleniak, M. Czaplińska, A. Dębska-Ślizień, *Stosunek do transplantacji i jego umotywowanie wśród Gdańszczan – przekrojowe badanie kwestionariuszowe*, „Forum Nefrologiczne” 2020, t. 13, nr 4, s. 184–191.

<sup>12</sup> <https://medschool.cuanschutz.edu/surgery/divisions-centers-affiliates/transplant/controversies-in-transplantation-2024> [dostęp: 11.12.2024].

gania praw dawcy czy jego bliskich, ale także zespołu dokonującego przeszczepu. Ten ostatni aspekt jest szczątkowo uwzględniany w krajowych pracach naukowych, co wskazuje na lukę poznawczą i badawczą w tym zakresie. Dowodem tego jest brak odpowiedzi na hasła w połączonej bazie publikacji naukowych bibliotek (Biblioteka Narodowa, Uniwersytet Gdański, Uniwersytet Jagielloński, Politechnika Gdańska, Gdański Uniwersytet Medyczny) w brzmieniu: „stres w pracy transplantologów”; „stres u transplantologów”; „stres w zespole transplantacyjnym”; „wypalenie w pracy transplantologów”; „wypalenie u transplantologów”; „wypalenie w zespole transplantacyjnym”; „stres”+”lekarz transplantolog”; „wypalenie”+”lekarz transplantolog”.

Tymczasem z brakiem dobrostanu czy poczucia bezpieczeństwa lekarzy i innego personelu, nie tylko tej wymagającej specjalności, łączy się bardzo ważne zjawisko tzw. drugiej ofiary (ang. *second victim*), która, w zależności od efektów swojej pracy, doświadcza wielu odczuć, takich jak duma, satysfakcja, ale również wstyd, wina czy lęk<sup>13</sup>. Oznacza to, że bezpieczeństwo i prawidłowy przebieg transplantacji to nie jedynie jej medyczne i proceduralne uwarunkowania. To również kwestie związane z szeroko rozumianą kulturą i klimatem bezpieczeństwa, w tym bezpieczeństwa psychologicznego, kształtowanymi po to, aby wesprzeć i wzmocnić wszystkich uczestników tego procesu. Celem niniejszej pracy jest przeanalizowanie tego zjawiska oraz zaprezentowanie możliwości wsparcia związanych z procesem transplantacji od zmarłego dawcy z perspektywy potrzeb personelu medycznego.

## **Personel medyczny w kontekście stwierdzenia śmierci mózgu i pobierania narządów do transplantacji**

Śmierć jest centralnym problemem większości nauk humanistycznych. Na przestrzeni tysiącleci była nierozzerwalnie związana z zaprzestaniem pracy serca i zatrzymaniem oddechu. Rozwój technologii wykorzystywanych w medycynie doprowadził do zaistnienia niespotykanej dotąd sytuacji, w której krążeniowo-oddechowe kryteria rozpoznawania śmierci okazały się niewystarczające. Ukonstytuowanie się w latach 50. XX w. nowej dziedziny medycyny, jaką jest intensywne terapię i zastosowanie wentylacji mechanicznej, a także

---

<sup>13</sup> A.W. Wu, *Medical error: the second victim*, „BMJ” 2000, Vol. 36, No. 36(7237), s. 726–727.

innych metod wspomagających lub czasowo zastępujących pracę poszczególnych układów u krytycznie chorych<sup>14</sup>, spowodowały weryfikację tradycyjnych kryteriów rozpoznawania śmierci. Bywają sytuacje, kiedy ratując życie przy zastosowaniu zaawansowanej techniki i metod terapeutycznych, ingeruje się w naturalny proces umierania u chorych z ciężkim uszkodzeniem mózgu, co przerywa nieuniknioną dotąd sekwencję zdarzeń prowadzącą w efekcie do zatrzymania krążenia i śmierci w tradycyjnym ujęciu problemu. Dotąd bowiem zatrzymanie funkcji jednego z trzech podstawowych układów: krążenia, oddechowego i nerwowego prowadziło do natychmiastowego wypadnięcia funkcji pozostałych i śmierci organizmu. Zastosowanie respiratora i oddechu zastępczego spowodowało przerwanie tej istniejącej od zawsze zależności. Utorowało to drogę do powstania koncepcji śmierci mózgowej. Zgodnie z Załącznikiem do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu „śmierć jest to trwała utrata przytomności oraz trwała utrata wszystkich funkcji pnia mózgu. Może być spowodowana trwałym ustaniem krążenia lub krytycznym uszkodzeniem mózgu. W kontekście stwierdzania śmierci określenie «trwałe» oznacza utratę funkcji, która nie może powrócić spontanicznie i nie będzie przywrócona na drodze interwencji”<sup>15</sup>. Sytuacja zdefiniowana jako śmierć, w której ciało nie nosi powszechnie znanych oznak śmierci, przyniosła rewolucję w społecznym, opartym na tradycji pojmowaniu umieraniu. Jest rzeczą zrozumiałą, że budziło ono sporo wątpliwości i obaw z nim związanych. U podstaw koncepcji śmierci mózgu leży fakt, że z chwilą wypadnięcia funkcji mózgu dochodzi do dezintegracji biologicznych czynności poszczególnych układów, co nieuchronnie skutkuje zatrzymaniem krążenia, oraz że mózg jest strukturą decydującą o istocie człowieczeństwa. Zastosowanie oddechu zastępczego przy pomocy respiratora u chorych z krytycznym uszkodzeniem mózgu powoduje, że śmierć człowieka w jej wymiarze psychicznym i społecznym wyprzedza śmierć biologiczną organizmu. Śmierć mózgu jest zatem zapowiedzią nieuchronnej śmierci biologicznej. Rozpoczyna ona proces dekompozycji czynności pozostałych układów i nieuchronnie prowadzi do śmierci całego organizmu. Jej

<sup>14</sup> G. Ulenberg, A. Grabowska-Gaweł, A. Ulenberg, Ł. Czapiewski, P. Smyk, A. Lewandowska, *Multidisciplinary care standard for a ventilated mechanic patient at home in Poland*, “Journal of Education, Health and Sport” 2017, Vol. 7(8), s. 1700–1714.

<sup>15</sup> Załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. 2020, poz. 73).

istotą jest nieodwracalność. Intensywna terapia może ten proces jedynie opóźnić. Stwarza ona sytuację, w której, dzięki zastosowaniu wentylacji mechanicznej i metod stabilizujących krążenie w organizmie, z obumarłym mózgiem można jeszcze przez jakiś czas zapewnić przepływ krwi przez narządy. Fakt ten zapoczątkował ścisły związek koncepcji śmierci mózgowej z ideą transplantologii<sup>16</sup>.

Różnorodność procesów w tej dziedzinie medycyny pod względem ich rodzajów potwierdza, iż transplantacja to procedura żmudna i bardzo skomplikowana, a na jej powodzenie składa się wiele, nierzadko niezależnych od siebie uwarunkowań<sup>17</sup>. Mają one wymiar prawny, finansowy, etyczno-moralny, społeczny oraz edukacyjny. Mają też charakter ludzki, wynikający z potrzeb, postaw i zachowań, w tym reakcji i przeżyć towarzyszących transplantologom, którzy w przypadku przeszczepu *ex mortuo* nie tylko stają w obliczu śmierci mózgowej pacjenta, cierpienia rodziny i bliskich, ale także mierzą się z własną odpornością fizyczną i emocjonalną. Dodatkowo, jak wskazują znawcy, personel medyczny wchodzący w skład zespołu transplantacyjnego, a w szczególności koordynator transplantacji, jest świadomy coraz większych oczekiwań społecznych, które rosną wraz z rozwojem medycyny transplantacyjnej<sup>18</sup>. Do zadań koordynatora należą m.in.: jednoczesna opieka nad dawcą i biorcą, identyfikacja zmarłych dawców organów, autoryzacja pobrania, prowadzenie rozmów z rodzinami dawców, wsparcie udzielone rodzinie zmarłego dawcy, przekazanie rodzinie niezbędnych informacji, które w tej trudnej sytuacji są szczególnie potrzebne, sporządzanie niezbędnej dokumentacji potrzebnej w procesie transplantacji, prowadzenie edukacji personelu oraz społeczności na temat dawstwa narządów, współpraca z Poltransplantem oraz zespołem oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, który uczestniczy w opiece nad dawcą<sup>19</sup>. Wszystkie osoby tworzące zespół transplantacyjny pełnią odpowiedzialne funkcje, a od jakości ich pracy zależy powodzenie procesu przeszczepu. Zabiegi tego rodzaju polegają na interdyscyplinarnej wiedzy i współpracy lekarzy, pielęgniarek wielu specjalności: anestezjologicznej, operacyjnej, intensywnej tera-

---

<sup>16</sup> W. Iwańczuk, *Śmierć mózgu*, Cornetis sp. z o.o., Wrocław 2010, s. 15–25.

<sup>17</sup> P.W. Konarska, *Pobieranie i przeszczepianie narządów, tkanek i komórek post mortem w Azji na przykładzie Singapuru i Indii – wybrane aspekty*, „Studia Prawnicze, „Rozprawy i Materiały. Studies in Law: Research Papers” 2016, nr 1(18), s. 141–159.

<sup>18</sup> P. Piszcz, A. Ślifirczyk, E. Krajewska-Kuśak, *Stres i wypalenie zawodowe u członków zespołu transplantacyjnego*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2021, s. 28–29.

<sup>19</sup> Ibidem.

pii, chirurgii, chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, kardiologii, kardiochirurgii, neurologii, urologii, pielęgniarek oddziału transplantacyjnego, diagnostów laboratoryjnych, biotechnologów, immunologów, a także prawników oraz psychologów<sup>20</sup>. Nic zatem dziwnego, iż uczestnicząc w tak trudnych i złożonych procesach, personel jest nieustannie narażony na zmęczenie czy wyczerpanie zawodowe, które bezpośrednio przekładają się na zagrożenie bezpieczeństwa dla pacjenta, procesu oraz samego pracownika. Jednym z poważniejszych czynników zagrażających jest stres, rozumiany jako złożona, często niezależna od człowieka odpowiedź organizmu na bodźce zakłócające jego homeostazę<sup>21</sup>. W odniesieniu do stresu przeżywanego/odczuwanego w miejscu pracy używa się takich określeń, jak „stres organizacyjny” (*organisational stress*), „stres pracy” (*work/job stress*) bądź „stres związany z pracą” (*work-related/job-related stress*). Stresorami mogą być zarówno fizyczne, jak i psychospołeczne warunki pracy. Do fizycznych można zaliczyć np. wielogodzinną pracę w wymuszonej pozycji, niewłaściwą temperaturę panującą w sali operacyjnej lub hałas, a do psychospołecznych np. obciążenie pracą, tempo pracy, presję czasu, potrzebę stałej gotowości, konieczność długotrwałej koncentracji, stałą styczność ze śmiercią i cierpieniem, dylematy etyczne-moralne, potrzebę tłumienia emocji, świadomość własnej odpowiedzialności, poczucie niepewności wywołane złym klimatem w pracy, brak wsparcia ze strony współpracowników czy poczucia własnej skuteczności<sup>22</sup>. Praca związana z przeszczepami wiąże się zatem z wyjątkowymi czynnikami stresogennymi, w tym wysoką stawką związaną ze schyłkową chorobą, potrzebą podejmowania ważnych decyzji (np. umieszczeniem lub nie kandydata do przeszczepu na liście) w wieloczynnikowych okolicznościach, z wyrzutami sumienia wynikającymi z tych decyzji czy presją ze strony bliskich, a także naciskiem społecznym<sup>23</sup>. Stres i stałe napięcie emocjonalne u wszystkich pracowni-

<sup>20</sup> E. Kimszal, *Zespół transplantacyjny – rola pielęgniarki anestezjologicznej*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2020, nr 2(76), s. 122–126.

<sup>21</sup> A. Kaczmarska, P. Curyło-Sikora, *Problematyka stresu – przegląd koncepcji*, „Hygeia Public Health” 2016, t. 51, nr 4, s. 317–321.

<sup>22</sup> D. Chmielewska-Banaszak, W. Giemza-Urbanowicz, *Badania nad stresem doświadczanym przez lekarzy*, „Psychologiczne Zeszyty Naukowe Półrocznik Instytutu Psychologii Uniwersytetu Zielonogórskiego” 2018, nr 2, s. 125–144; K. Florczak, *Tylko życie poświęcone innym warto jest przeżycia*, „Przegląd Krytyczny” 2019, t. 1, nr 1, s. 30–44.

<sup>23</sup> G. Scott Winder, E.G. Clifton, A.C. Fernandez, J.L. Mellinger, *Interprofessional teamwork is the foundation of effective psychosocial work in organ transplantation*, „General Hospital Psychiatry” 2021, Vol. 69, s. 76–80.

ków medycznych są niestety niedostatecznie rozpoznawane, mimo że ograniczają uwagę i procesy myślowe specjalistów oraz negatywnie wpływają na współpracę<sup>24</sup>.

Jeżeli stres przekracza natężenie pozwalające uznać go za czynnik pozytywny, motywujący, dochodzi ponadto do zespołu wypalenia zawodowego, rozumianego jako „stan fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania, spowodowany przez długotrwałe zaangażowanie w sytuacje, które są obciążające pod względem emocjonalnym”<sup>25</sup>. Towarzyszy mu poczucie zmniejszonej skuteczności, obniżona motywacja oraz dysfunkcyjne postawy i zachowania w pracy, takie jak obojętność i dystansowanie się wobec problemów drugiego człowieka, powierzchowność kontaktów, skrócenie czasu trwania kontaktów i ich sformalizowanie, a także radykalny spadek poczucia swoich kompetencji i utrata przeświadczenia o możliwości odnośnienia sukcesów w pracy z ludźmi<sup>26</sup>. Model wypalenia zawodowego opracowany przez Ch. Maslach zakłada istnienie trzech objawów: wyczerpanie emocjonalne i fizyczne będące skutkiem obciążenia pracą, stanowiące pierwszą reakcję człowieka; cynizm i depersonalizację, powodujące przybieranie zdystansowanej, chłodnej postawy wobec pracy, współpracowników i, w tym przypadku, pacjentów i ich rodzin; poczucie nieefektywności i braku własnych osiągnięć zawodowych, implikujące narastające przekonanie o nieprzystosowaniu się do wykonywanej pracy oraz o tym, że każde nowe zadanie i obowiązek przerasta istniejące kompetencje, co skutkuje ograniczeniem zaangażowania w pracę<sup>27</sup>. Mimo że codzienna praca członków zespołu transplantacyjnego wiąże się ze stałym narażeniem na stresory o różnym charakterze i wpływającym na ich zdrowie fizyczne i psychiczne, co potwierdzają liczne badania międzynarodowe<sup>28</sup>, w Polsce brakuje ar-

---

<sup>24</sup> Ibidem.

<sup>25</sup> A.M. Pines, *Wypalenie w perspektywie egzystencjalnej*, [w:] H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 32–57.

<sup>26</sup> A. Kaczmarek, *Wypalenie zawodowe – następstwo stresu zawodowego*, „Nowoczesne Systemy Zarządzania Instytut Organizacji i Zarządzania” 2019, z. 14, nr 1, s. 65–77.

<sup>27</sup> K. Harasim, *Wypalenie zawodowe w zawodach wysokiego ryzyka*, „PROSOPON. Europejskie Studia Społeczno-Humanistyczne” 2018, nr 23(2), s. 93–109.

<sup>28</sup> Por. np.: V.S.E. Silva, L. Hornby, K. Lotherington, A. Rochon, A.R. Silva, H. Pearson, L. MacNutt, A. Robertson, K. Werestiuk, D. Kuhl, P. John, D.S.A. Sarti, *Burnout, compassion fatigue and work-related stressors among organ donation and transplantation coordinators: A qualitative study*, “Intensive and Critical Care Nursing” 2022, Vol. 68; K. Pourmand, T.D. Schiano, Y. Motwani, M. Kriss, L. Keefer, A. Patel, *Burnout Among Transplant Hepatologists in the United States*, “Liver Transplantation” 2022,



tykułów poświęconych temu problemowi w tej grupie specjalistów. Jako nieliczny przykład można wskazać monografię autorstwa P. Piszczacza z zespołem, będącą wynikiem jego pracy doktorskiej<sup>29</sup>.

Jeżeli proces transplantacji nie kończy się sukcesem lub obciążony został skutkami popełnionego błędu, czyli zdarzeniem niepożądanym, pojawia się także syndrom „drugiej ofiary” (ang. *second victim*). Pojęcia tego po raz pierwszy użył profesor A.W. Wu z Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health w Stanach Zjednoczonych, wskazując, że udział profesjonalistów medycznych w błędach bardzo często powoduje u nich poważne skutki zdrowotne, a także przekłada się na wydajność w pracy<sup>30</sup>. Jest tak, ponieważ większość osób wybierających zawód medyczny ma pewne poczucie misji, potrzebę niesienia pomocy, ma swoiste powołanie. Gdy zatem doświadcza zdarzenia nieoczekiwanego, np. niezgodnego z procedurami, staje się ono także nieszczęściem dla lekarza czy pielęgniarki. Bywa traktowane nie tylko jako katastrofa zawodowa czy złamanie kariery, ale także jako utrata dobrego imienia. Badacze potwierdzają, że nierzadko w takich przypadkach dochodzi do załamania nerwowego czy nawet samobójstw<sup>31</sup>. Istnieje powszechne przekonanie, że we współczesnej medycynie nie ma miejsca na błędy. Społeczeństwo powierzyło lekarzom ciężar zrozumienia i radzenia sobie z chorobą. Chociaż często mówi się, że „lekarze są tylko ludźmi”, cuda technologii, pozorna precyzja testów laboratoryjnych i innowacje, które przedstawiają namacalne obrazy choroby, w rzeczywistości stworzyły oczekiwanie doskonałości. Szpitale reagują na każdy błąd jako anomalie, dla której rozwiązaniem jest znalezienie i obwinienie jednostki, z obietnicą, że „to się nigdy nie powtórzy”<sup>32</sup>. W tym czasie „druga ofiara” doświadcza takich odczuć, jak: wstyd, wina, niepokój, smutek i depresja, niezadowolenie, wyczerpanie, przygnębienie, samokrytycyzm, strach, a także objawy stresu pourazowego i wypalenia zawodowego<sup>33</sup>.

Vol. 28, Iss. 5, s. 867–875; W.B. Yost, A. Eshelman, M. Raoufi, M.S. Abouljoud, *A National Study of Burnout Among American Transplant Surgeons*, “Transplantation Proceedings” 2005, Vol. 37, Iss. 2, s. 1399–1401; J. Stein, A. Madni, K. Moody, D. Kramer, D. Vaughn, S. Bhatia, J. Sellers, A. Snyder, Z. Lu, J.N. Baker, D.R. Levine, *Decreasing Burnout and Improving Work Environment: The Impact of Firgun on a Pediatric Hematopoietic Cell Transplant Team*, “JCO Oncology Practice” 2023, Vol. 19, Iss. 3.

<sup>29</sup> P. Piszcz, A. Ślifirczyk, E. Krajewska-Kułak, op. cit.

<sup>30</sup> A.W. Wu, op. cit.

<sup>31</sup> J. Pokorska, J. Pokorski, E. Nitecka, I. Witczak, *Zdarzenia niepożądane i bezpieczeństwo pacjenta – próba ujęcia holistycznego*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2015, t. 23, nr 4, s. 544–550.

<sup>32</sup> A.W. Wu, op. cit.

<sup>33</sup> Ibidem.

## Kultura i klimat bezpieczeństwa i ich znaczenie dla personelu transplantacyjnego

W każdej placówce medycznej, tak jak we wszystkich innych organizacjach, panuje określona kultura organizacyjna, uznawana za kluczowy i dynamiczny komponent, stanowiący o osobowości danego podmiotu. To swoisty „autonomiczny system nerwowy organizacji”<sup>34</sup>, który w przypadku podmiotu leczniczego przekłada się na różne obszary, zakresy i zagadnienia, w tym m.in. proces terapii, pielęgnowania, bezpieczeństwa pacjentów i personelu, jego satysfakcję z pracy oraz rotację zawodową<sup>35</sup>. Jako spoiwo działań, postaw i wartości kultura ta ma kluczowe znaczenie w organizacjach wysokiego ryzyka działania, np. w medycznych, a w szczególności tych, które wykonują skomplikowane procedury, w tym transplantacyjne<sup>36</sup>. W potocznym znaczeniu kultura najczęściej kojarzy się z pewnym ładem, porządkiem, ogładą czy przystosowaniem do określonych norm<sup>37</sup>. Klasyk zarządzania, E.G. Schein kulturę organizacyjną postrzega jako „wzór podzielanych, podstawowych założeń, wyuczonych przez grupę w toku rozwiązywania problemów jej zewnętrznej adaptacji i wewnętrznej integracji, działających wystarczająco dobrze, aby uważano je za wartościowe, a przeto wpajane nowym członkom jako właściwy sposób postrzegania, myślenia i odczuwania w odniesieniu do tych problemów”<sup>38</sup>. Odpowiednia kultura organizacyjna jest zatem cennym aktywem każdej organizacji, jest jej potencjałem, kształtuje jej tożsamość, rozpoznawalność oraz akceptację wewnętrzną i zewnętrzną. W przypadku opieki zdrowotnej kultura ta powinna być przede wszystkim zbieżna z zapisami przysięgi Hipokratesa *Primum non nocere*, zobowiązującej do tego, że podczas świadczenia usług medycznych priorytetem staje się nie tylko postępowanie zgodnie z procedurami, ale także ukierunkowanie na takie wartości, jak troska, zrozumienie, zaufanie,

<sup>34</sup> K. Serafin, *Kultura organizacyjna jako element wspierający realizację strategii przedsiębiorstwa*, „Studia Ekonomiczne, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2015, nr 222, s. 81–100.

<sup>35</sup> M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonałość podmiotów opieki zdrowotnej*, Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, Radom 2021, s. 5–10.

<sup>36</sup> M.S. Abouljoud, D.C. Simpson, A.A. Dick, *Diversity in transplantation surgery and the American Society of Transplant Surgeons: Opportunity for a bold vision and positive change*, „The American Journal of Surgery” 2022, Vol. 224, Iss. 1, s. 160–161.

<sup>37</sup> P. Kocoń, *Tożsamość organizacji i kultura organizacyjna – definicje i relacje*, „Economy and Management” 2009, nr 1, s. 143–152.

<sup>38</sup> E.H. Schein, *Organizational Culture and Leadership. A Dynamic View*, Jossey-Bass, San Francisco–London 1986, s. 12.

etyka, jakość i jej doskonalenie, zarówno w relacji pacjent–personel medyczny, jak i we wzajemnych relacjach personelu<sup>39</sup>. Wedle Światowej Organizacji Zdrowia to właśnie brak lub niedojrzałość kultury organizacyjnej w placówce medycznej sprzyja wielu problemom i nieprawidłowościom pojawiającym się podczas wdrażania określonych standardów działania i innych podejść o charakterze projakościowym<sup>40</sup>. Kultura organizacyjna nie jest jednorodna, ponieważ zasila ją różne kultury składowe, tzw. subkultury. W przypadku placówki opieki zdrowotnej należy zwrócić uwagę na specyficzne jej rodzaje, takie jak kultura bezpieczeństwa, w tym pacjenta i personelu. Kultura bezpieczeństwa to zjawisko bardzo obszerne, odnoszące się nie tylko do placówki leczniczej. To część kultury organizacyjnej ukierunkowana na zapewnienie bezpieczeństwa w danym podmiocie. W przypadku personelu medycznego chodzi nie tylko o bezpieczeństwo związane z fizycznymi warunkami i higieną pracy, ale także o zapewnienie dobrostanu psychicznego, nadwyreżonego nieustannym stresem i przeciążeniem o różnym charakterze. Zgodnie z AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) kultura bezpieczeństwa to rezultat wartości indywidualnych i grupowych, postaw, postrzegania, kompetencji i wzorców zachowań, które determinują zaangażowanie oraz styl i sprawność działania w zarządzaniu aspektami zdrowia i bezpieczeństwa w organizacji. Podkreśla się, iż organizacje medyczne z pozytywną kulturą bezpieczeństwa charakteryzują się komunikacją opartą na wzajemnym zaufaniu wobec kwestii bezpieczeństwa oraz skuteczności przyjętych środków zapobiegawczych<sup>41</sup>. W literaturze krajowej uwagę poświęca się głównie kulturze bezpieczeństwa pacjenta, którą można zdefiniować jako zintegrowany wzorzec zachowań indywidualnych i organizacyjnych, oparty na wspólnych przekonaniach i wartościach, stale nakierowany na minimalizowanie szkód dla pacjenta, które mogą wynikać z procesów świadczenia opieki<sup>42</sup>. Pomija się kulturę bezpieczeństwa personelu. Dlatego, jeśli chodzi o perspektywę pracowników medycznych, konieczne jest również uwzględnienie zjawiska bezpieczeństwa psychologicznego, tym bardziej iż w ogóle nie

<sup>39</sup> M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna oraz kultury...*, op. cit.

<sup>40</sup> N.I. Saif, *Types of Organizational Culture in Private Jordanian Hospitals*, „International Review of Management and Marketing” 2017, Vol. 7, No. 1, s. 53–58.

<sup>41</sup> J. Sorra, L. Gray, S. Streagle, T. Famolaro, N. Yount, J. Behm, *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User’s Guide*, AHRQ Publication No. 15-0049-EF, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2016, s. 6.

<sup>42</sup> M. Godycki-Ćwirko, M. Rościszewska-Koziarska, A. Kowalska, K. Kosiek, *Bezpieczna opieka podstawowa*, „Lekarz Rodzinny” 2011, nr 16, nr 7–8, s. 775–778.

dostrzega się rodzimych publikacji w tym zakresie, chociaż tematyka jest już często poruszana w kontekście nauk o zarządzaniu i jakości. Lukę badawczą potwierdza wynik wyszukiwania w cytowanych wcześniej bazach danych z uwzględnieniem fraz typu: „bezpieczeństwo psychologiczne” + „personel medyczny”; „bezpieczeństwo psychologiczne” + „pielęgniarki”; „bezpieczeństwo psychologiczne” + „lekarz”. Bezpieczeństwo psychologiczne rozumie się jako odczucia członków zespołu i postrzeganie przez jednostki swoich zachowań przez pryzmat negatywnych konsekwencji, które mogą z tych zachowań wyniknąć dla ich wizerunku, pozycji lub kariery. Koncepcja bezpieczeństwa psychologicznego w organizacjach zakłada, że gdy pracownicy czują się pod tym względem bezpieczni, mogą autentycznie wyrażać swoje obawy, pomysły i nie obawiać się ukarania przez swoją grupę lub zespół roboczy, co sprawia, że wzrasta ich pewność siebie. Eksperci podkreślają, że bezpieczeństwo psychologiczne może zmniejszyć strach przed groźnym zawstydzeniem, wyśmiewaniem czy odrzuceniem, np. w sytuacji gdy pracownicy mówią o wątpliwościach, zadają pytania czy popełniają błędy. W konsekwencji pracownik jest skłonny do intensywnego poszukiwania informacji zwrotnej, dzielenia się wiedzą, a także do podejmowania różnych ryzykownych interpersonalnie zachowań<sup>43</sup>. Z tego też powodu bardzo dużą rolę odgrywa klimat bezpieczeństwa. Ogólnie klimat organizacyjny dotyczy subiektywnych odczuć pracowników lub innych interesariuszy na temat atmosfery panującej w miejscu pracy, wzmacniając motywację pracowników, ich wydajność, zaangażowanie, odzwierciedlając poziom satysfakcji, a także osiągnięte sukcesy<sup>44</sup>. Uznawany jest także za taki wymiar jej funkcjonowania, który pozwala na to, iż „wchodząc do placówki medycznej, wyczuwamy panującą w niej atmosferę, sposób odnoszenia się personelu medycznego do siebie, sposób komunikowania, kontaktowania się z pacjentem oraz z innymi osobami z otoczenia szpitala”<sup>45</sup>. Badacze, m.in. V. Hernández z zespołem, mówią wprost o atmosferze zdrowia, o ciepłym i ludzkim traktowaniu<sup>46</sup>. Klimat tego rodzaju jest niezwykle istotny, sprzyja bowiem zmniejszeniu podatności na wypalenie czy frustrację pracowników w różnych grupach zawodowych, pozwala danej instytucji radzić sobie z różnymi

---

<sup>43</sup> I. Steinerowska-Streb, *Bezpieczeństwo psychologiczne w organizacji z perspektywy nauk o zarządzaniu i jakości*, „Przegląd Organizacji” 2020, nr 9(968), s. 3–11.

<sup>44</sup> M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna oraz kultury...*, op. cit. s. 43–44.

<sup>45</sup> Ibidem.

<sup>46</sup> V. Hernández, L. Quintana, R. Mederos, R. Guedes, C.P. García, *Influencia de la cultura organizacional en la calidad del servicio en el Hospital Mario Muñoz Monroy*, „Revista Cubana de Medicina Militar” 2008, Vol. 37, No. 3, s. 12–15.

wyzwaniami, a ponadto uwalnia innowacyjny i kreatywny potencjał personelu<sup>47</sup>. Odmianą tego klimatu jest klimat duchowy, definiowany jako zbiorowe postrzeganie przez pracowników środowiska swojej pracy, pozwalające na osiągnięcie równowagi między wewnętrznym „ja” i otoczeniem, przez wykonywanie sensownej pracy, zharmonizowanej ze środowiskiem społecznym i przyrodniczym, w poczuciu wzajemnie korzystnych powiązań<sup>48</sup>. W przypadku podmiotu medycznego, np. szpitala, będzie to środowisko kliniczne, w którym się szanuje, akceptuje i odżywia różnorodną duchowość i zachęca do wyrażania oraz zapewniania bezpiecznej przestrzeni dla osobistej duchowości<sup>49</sup>. Według Polskiego Towarzystwa Opieki Duchowej w Medycynie pojęcie duchowości obejmuje poszukiwanie egzystencjalnych odniesień do sensu życia, własnej godności i poczucia tego, kim się jest jako osoba<sup>50</sup>. W obszarze opieki zdrowotnej zjawisko to jest pielęgnowane i uznane za istotne nie tylko w krajach o silnej duchowości, czego dowodzi przegląd literatury przedmiotu przeprowadzony przez F. Chirico z zespołem, ukazujący pozytywne doświadczenia placówek medycznych w takich krajach, jak, m.in. Stany Zjednoczone, Brazylia, Iran, Turcja, Korea Południowa, Francja, Kanada, Japonia, Malezja czy Chiny<sup>51</sup>. Klimat duchowy jest kluczowym elementem klimatu bezpieczeństwa, służąc bezpieczeństwu psychologicznemu personelu, wpływając istotnie na bezpieczeństwo i dobrostan pacjentów oraz ich rodzin<sup>52</sup>.

## Uwarunkowania kultury i klimatu bezpieczeństwa personelu w transplantologii

Pomimo znaczenia kultury i klimatu bezpieczeństwa, w tym bezpieczeństwa psychologicznego, zauważa się, że w różnych zespołach medycznych często ich brakuje. Wynika to z faktu, iż personel podmiotu

<sup>47</sup> J.T. Bolding, J.J. Van Patten, *Creating A Healthy Organizational Climate*, „Administrator’s Update” 1982, Vol. 3, No. 3, s. 1–6.

<sup>48</sup> A. Pandey, R.K. Gupta, A.P. Arora, *Spiritual Climate of Business Organizations and Its Impact on Customers’ Experience*, „Journal of Business Ethics” 2009, Vol. 88, No. 2, s. 313–332.

<sup>49</sup> J.P. Cruz, N. Alquwez, E. Balay-odao, *Work engagement of nurses and the influence of spiritual climate of hospitals: A cross-sectional study*, „Journal of Nursing Management” 2022, Vol. 30, Iss. 1, s. 279–287.

<sup>50</sup> <http://ptodm.org.pl/ptodm/171384,co-to-jest-duchowosc> [dostęp: 10.12.2024].

<sup>51</sup> F. Chirico, K. Batra, R. Batra, G.G. Öztekin, G. Ferrari, P. Crescenzo, M. Yildirim, *Spiritual well-being and burnout syndrome in healthcare: A systematic review*, „Journal of Health and Social Sciences” 2023, Vol. 8, Iss. 1, s. 13–32.

<sup>52</sup> M.Z. Wiśniewska, *Workplace spirituality, spiritual climate and patient safety culture*, „European Journal of Science and Theology” 2023, Vol. 19, No. 5, s. 75–88.

lecniczego niechętnie mówi o obawach dotyczących swego dobrostanu ze względu na strach przed zemstą, ośmieszeniem, niewysłuchaniem lub dlatego, że nie chce sprawiać kłopotu<sup>53</sup>. Wypracowanie właściwej kultury, w tym klimatu bezpieczeństwa, wzmacniających personel medyczny, w szczególności w tak trudnym obszarze, jakim jest transplantologia, wymaga skupienia uwagi na istotnych uwarunkowaniach, do których, zdaniem autorów, można zaliczyć przede wszystkim stosowną politykę bezpieczeństwa fizycznego i psychicznego personelu medycznego. Można ją rozumieć jako ogół zamierzeń i ukierunkowań danej placówki, w której realizowane są procesy transplantologiczne, formalnie wyrażonych przez jej najwyższe kierownictwo. Winna ona uwzględniać specyfikę obszaru funkcjonowania oraz objąć wszelkie podstawowe programy i działania służące kształtowaniu dobrostanu i odporności personelu. Powinna się opierać na wytyczaniu jasnych celów, jednoznacznych standardów i zasad postępowania. Opracowanie takiej polityki, skupionej na człowieku, powinno być poprzedzone rozmowami z personelem, rozpoznaniem ich potrzeb, obaw i ograniczeń po to, aby programy ochronne sprzyjały właściwemu zabezpieczeniu przed różnymi stresorami. Szczególne znaczenie będą tu miały konsultacje ze specjalistami z dziedziny ergonomii pracy, psychologii, w tym z behawiorystami. Nie bez znaczenia jest wiedza z zarządzania zespołami, np. dotycząca negocjacji, rozwiązywania konfliktów czy zarządzania ryzykiem. Rolę takiej zintegrowanej polityki, służącej dobru i bezpieczeństwu psychologicznemu personelu transplantacyjnego, dającej mu wsparcie przed zabiegami, w ich trakcie i po nich, podkreśla się w literaturze przedmiotu. Jednocześnie wskazuje się, że także w uznanych ośrodkach zagranicznych, dofinansowanych, dobrze wyposażonych, polityka i programy opieki w tym względzie nie są wystarczające<sup>54</sup>. Nie zmienia to faktu, iż normą powinno być dzielenie się dobrymi praktykami, na bazie dyskusji o problemach i oczekiwaniach. Stąd kolejnym uwarunkowaniem, zdaniem autorów, powinna być stała, nieskrępowana komunikacja i otwartość między profesjonalistami, sprzyjająca wzajemnemu zaufaniu i wymianie wiedzy. Powinno się dążyć do stworzenia kultury wsparcia, nade wszystko przez

---

<sup>53</sup> R. O'donovan, E. Mcauliffe, *A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams*, "International Journal for Quality in Health Care" 2020, nr 32(4), Vol. 32, Iss. 4, s. 240–250.

<sup>54</sup> M.K. Cousino, C. Bogle, H.M. Lim, A.D. McCormick, J. Sturza, E.M. Fredericks, J.C. Magee, E.D. Blume, *Burnout, professional fulfillment, and post-traumatic stress among pediatric solid organ transplant teams*, "Pediatric Transplantation" 2021, Vol. 25, Iss. 4.

odpowiedni styl zarządzania i zaangażowanie personelu kierowniczego. Personel musi mieć pewność, że jego obawy, lęki czy dylematy, np. moralno-etyczne, nie zostaną zdyskredytowane, poddane nieuzasadnionej krytyce czy zlekceważone. Chodzi o to, aby zlikwidować mentalną barierę dla koniecznego porozumienia i zrozumienia. Dlatego konieczne jest także pielęgnowanie relacji mistrz–uczeń, w której mistrz (np. koordynator transplantologiczny, ordynator, partner z zespołu) to nie zawsze ta osoba, która jawi się jako najsilniejsza i nieomylna, ale taka, która wesprze swoim autorytetem, zmotywuje i pokaże kierunek zmiany. Kluczowa jest przy tym edukacja na różnych poziomach, tak akademickim, jak i podyplomowym. Obecnie jedynym wsparciem dla transplantologów na poziomie kształcenia podyplomowego bywają zajęcia symulacyjne, z udziałem aktorów, pozwalające przygotować się do prowadzenia rozmów z rodziną zmarłego, czyli potencjalnego dawcy. Ogólnie w kształceniu lekarzy brakuje takich tematów, jak zarządzanie stresem, techniki wzmocnienia psychicznego, kształtowanie asertywności i odporności na stres, umiejętność pracy zespołowej w interdyscyplinarnym składzie, zasady negocjacji, narzędzia motywacji czy wreszcie zagadnienia uważności (ang. *mindfulness*). Technika uważności jest formą umysłowego treningu, pozwalającego zmniejszyć skłonność do reagowania na pojawiające się wewnętrzne i zewnętrzne bodźce, powodującego i nasilającego stres, napięcie emocjonalne, a w niektórych przypadkach nawet podtrzymującego stany chorobowe (np. depresję, uogólniony zespół lękowy, zaburzenia odżywiania). Stosowanie tej techniki nie wymaga osiągnięcia określonego stanu, takiego jak relaksacja czy też zmiany własnych odczuć i myśli. Celem *mindfulness* jest nauczenie się dostrzegania i przyjmowania każdej pojawiającej się emocji, myśli, odczucia jako obiektów obserwacji, z którymi jednak nie należy się identyfikować<sup>55</sup>. Badania z randomizacją przeprowadzone wśród lekarzy pracujących w Mayo Clinic, polegające m.in. na rozwijaniu uważności i dzieleniu się doświadczeniami, wykazały istotną poprawę zaangażowania w pracę, zwiększenie poczucia sensu wykonywanej pracy oraz zmniejszenie depersonalizacji i wypalenia zawodowego w porównaniu z grupą kontrolną<sup>56</sup>. Zauważa się przy tym, iż stopniowo na całym świecie coraz częściej podejmowane są różne inicjatywy mające na celu wspieranie

---

<sup>55</sup> A. Gałązka, *Uważność – remedium na stres w pracy lekarza*, „Galiczyjska Gazeta Lekarska” 2024, <https://ggl.com.pl/uwaznosc-remedium-na-stres-w-pracy-lekarza/> [dostęp: 10.12.2024].

<sup>56</sup> M. Klimasiński, M. Ziemkiewicz, E. Baum, *Duchowość a wypalenie zawodowe lekarzy*, „Medycyna Praktyczna” 2019, nr 5, s. 121–124.

klimatu bezpieczeństwa w miejscu pracy. Ważnym przełomem w tym zakresie była pandemia COVID-19. Jako przykład można wskazać programy mające na celu rozpowszechnianie praktyki jogi zarówno wśród personelu medycznego, jak i pacjentów. Odbyna się to przy znacznym wsparciu i promocji ze strony Światowej Organizacji Zdrowia i Organizacji Narodów Zjednoczonych. Podkreśla się, że joga jest niedroga, silnie skorelowana z pozytywnymi nawykami dotyczącymi stylu życia, a ponadto poprawia samopoczucie i może być wykonywana w każdym wieku i niemal w każdym miejscu, bez specjalnego przygotowania<sup>57</sup>. Podobnie niedrogie i skuteczne w redukcji stresu lekarzy, i nie tylko, jest zastosowanie ćwiczeń *qigong*<sup>58</sup>, muzykoterapii czy krótkiej medytacji w miejscu pracy<sup>59</sup>. Badania potwierdzają także bardzo pozytywny wpływ uprawiania sportu, w tym gier zespołowych<sup>60</sup>. Techniki tego rodzaju odgrywają ważną rolę w zmniejszaniu stresu i wypalenia wśród pracowników oraz tworzeniu atmosfery bezpieczeństwa i dobrego samopoczucia.

## Podsumowanie

Mając na uwadze powyższe rozważania, a także oczywiste w realiach naszego kraju ograniczenia budżetowe, kształtowanie kultury, w tym klimatu bezpieczeństwa, służące wzmacnianiu bezpieczeństwa psychologicznego wśród obecnych i przyszłych specjalistów transplantologii winno objąć<sup>61</sup>:

- Stworzenie platformy wymiany wiedzy, np. online, dotyczącej dobrych praktyk sprzyjających dobrostanowi personelu medycznego;
- Przełamanie bariery dyskomfortu mówienia na temat problemów i dzielenia się nimi w grupie;

---

<sup>57</sup> <https://themindedinstitute.com/yoga-in-healthcare/yoga-healthcare-around-the-world/> [dostęp: 11.12.2024].

<sup>58</sup> L.L. Bischoff, A.-K. Otto, C. Hold, B. Wollesen, *The effect of physical activity interventions on occupational stress for health personnel: A systematic review*, "International Journal of Nursing Studies" 2019, Vol. 97, s. 94–104.

<sup>59</sup> M. Vajpeyee, S. Tiwari, K. Jain P. Modi, P. Bhandari, G. Monga, L.B. Yadav, H. Bhardwaj, A.K. Shrotri, S. Singh, A. Vajpeyee, *Yoga and music intervention to reduce depression, anxiety, and stress during COVID-19 outbreak on healthcare workers*, "International Journal of Social Psychiatry" 2022, Vol. 68, Iss. 4, s. 798–807.

<sup>60</sup> H. Fibbins, P.B. Ward, A. Watkins, J. Curtis, S. Rosenbaum, *Improving the health of mental health staff through exercise interventions: a systematic review*, "Journal of Mental Health" 2018, No. 27(2), s. 184–191.

<sup>61</sup> H. Beckman, *The Role of Medical Culture in the Journey to Resilience*, "Academic Medicine" 2015, Vol. 90, No. 6, s. 710–711.



- Uwzględnienie treningu uważności, zarządzania stresem oraz nauki jogi lub innych technik relaksacji w programie nauczania akademickiego i podyplomowego;
- Uwzględnienie w edukacji zagadnień o charakterze humanistycznym, przygotowujących do obcowania i rozmów z rodzinami dawców, uczących tego, by przede wszystkim być człowiekiem, nie przestając jednocześnie być ekspertem w swojej dziedzinie;
- Stworzenie warunków na wplatanie w dzień pracy stosownych przerw na ruch, relaks, jogę, medytację, ćwiczenia sportowe czy gry zespołowe;
- Uczynienie z dobrego samopoczucia studentów i personelu wskaźnika sukcesu;
- Stworzenie warunków pozwalających mówić o błędach i traktować je nie jako porażkę, ale lekcję na przyszłość, nie tylko dla siebie.

Konieczny jest także bieżący kontakt personelu z właściwymi specjalistami z zakresu psychologii, wspierającymi w radzeniu sobie ze stresem i jego skutkami oraz zarządzania, przygotowującymi do rozwiązywania konfliktów, prowadzenia negocjacji i zarządzania ryzykiem. Mimo że ta sugestia wydaje się najbardziej kosztochłonna, to jednak zaniechanie działań w tym zakresie, usprawiedliwiane brakiem możliwości finansowych, wkrótce przerodzić się może w katastrofę polegającą, w najlepszym razie, na zmianie zawodu czy specjalizacji na mniej wymagającą i stresującą. W najgorszym razie może jednak rodzić poważne problemy kadrowe, wynikające z absencji i niezdolności do pracy. Uwzględniając unikalne kompetencje, doświadczenie oraz kwalifikacje zespołów dokonujących przeszczepów, a także koszty edukacji pozwalające na ich zdobycie, strata ta ma wymiar nie tylko lokalny, ale także ogólnospołeczny i moralny.

## Bibliografia

### Źródła

- Załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 r. w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (M.P. 2020, poz. 73).
- Gałązka A., *Uważność – remedium na stres w pracy lekarza*, „Galicyska Gazeta Lekarska” 2024, <https://ggl.com.pl/uwaznosc-remedium-na-stres-w-pracy-lekarza/>.

## Opracowania

- Abouljoud M.S., Simpson D.C., Dick A.A., *Diversity in transplantation surgery and the American Society of Transplant Surgeons: Opportunity for a bold vision and positive change*, "The American Journal of Surgery" 2022, Vol. 224, Iss. 1.
- Beckman H., *The Role of Medical Culture in the Journey to Resilience*, "Academic Medicine" 2015, Vol. 90, No. 6.
- Bischoff L.L., Otto A.-K., Hold C., Wollesen B., *The effect of physical activity interventions on occupational stress for health personnel: A systematic review*, "International Journal of Nursing Studies" 2019, Vol. 97.
- Bolding J.T., Van Patten J.J., *Creating A Healthy Organizational Climate*, „Administrator's Update" 1982, Vol. 3, No. 3.
- Chirico F., Batra K., Batra R., Öztekin G.G., Ferrari G., Crescenzo P., Yildirim M., *Spiritual well-being and burnout syndrome in healthcare: A systematic review*, "Journal of Health and Social Sciences" 2023, Vol. 8, Iss. 1.
- Chmielewska-Banaszak D., W. Gienza-Urbanowicz, *Badania nad stresem doświadczanym przez lekarzy*, „Psychologiczne Zeszyty Naukowe Półrocznik Instytutu Psychologii Uniwersytetu Zielonogórskiego" 2018, nr 2.
- Cousino M.K., Bogle C., Lim H.M., McCormick A.D., Sturza J., Fredericks E.M., Magee J.C., Blume E.D., *Burnout, professional fulfillment, and post-traumatic stress among pediatric solid organ transplant teams*, "Pediatric Transplantation" 2021, Vol. 25, Iss. 4.
- Cruz J.P., Alquwez N., Balay-odao E., *Work engagement of nurses and the influence of spiritual climate of hospitals: A cross-sectional study*, "Journal of Nursing Management" 2022, Vol. 30, Iss. 1.
- Florczak K., *Tylko życie poświęcone innym warte jest przeżycia*, „Przegląd Krytyczny" 2019, t. 1, nr 1.
- Fibbins H., Ward P.B., Watkins A., Curtis J., Rosenbaum S., *Improving the health of mental health staff through exercise interventions: a systematic review*, "Journal of Mental Health" 2018, No. 27(2).
- Godycki-Ćwirko M., Rościszewska-Koziarska M., Kowalska A., Kosiek K., *Bezpieczna opieka podstawowa*, „Lekarz Rodzinny" 2011, nr 7–8.
- Guzik-Makaruk M., *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym*, Temida 2, Białystok 2008.

- Harasim K., *Wypalenie zawodowe w zawodach wysokiego ryzyka*, „PROSOPON. Europejskie Studia Społeczno-Humanistyczne” 2018, nr 23(2).
- Hernández V., Quintana L., Mederos R., Guedes R., García C.P., *Influencia de la cultura organizacional en la calidad del servicio en el Hospital Mario Muñoz Monroy*, „Revista Cubana de Medicina Militar” 2008, Vol. 37, No. 3.
- Iwańczuk W., *Śmierć mózgu*, Cornetis sp. z o.o., Wrocław 2010.
- Jiang A.T., Rowe N., Sener A., Luke P., *Simultaneous pancreas-kidney transplantation: The role in the treatment of type 1 diabetes and end-stage renal disease*, “Canadian Urological Association Journal” 2014, Vol. 8, No. 3–4.
- Kaczmarek A., *Wypalenie zawodowe – następstwo stresu zawodowego*, „Nowoczesne Systemy Zarządzania Instytut Organizacji i Zarządzania” 2019, z. 14, nr 1.
- Kaczmarska A., Curyło-Sikora P., *Problematyka stresu – przegląd koncepcji*, „Hygeia Public Health” 2016, t. 51, nr 4.
- Kimszal E., *Zespół transplantacyjny – rola pielęgniarki anestezjologicznej*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2020, nr 2(76).
- Klimasiński M., Ziemkiewicz M., Baum E., *Duchowość a wypalenie zawodowe lekarzy*, „Medycyna Praktyczna” 2019, nr 5.
- Kocoń P., *Tożsamość organizacji i kultura organizacyjna – definicje i relacje*, „Economy and Management” 2009, nr 1.
- Konarska P.W., *Pobieranie i przeszczepianie narządów, tkanek i komórek post mortem w Azji na przykładzie Singapuru i Indii – wybrane aspekty*, „Studia Prawnicze, „Rozprawy i Materiały. Studies in Law: Research Papers” 2016, nr 1(18).
- Krawczyk M., *Historia przeszczepiania wątroby w Polsce*, „Polish Journal of Surgery” 2018, Vol. 90, No. 3.
- Nogal H., Wiśniewska E., Antos E., *Zarys historyczny dynamiki rozwoju transplantologii klinicznej*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” 2016, nr 1(46).
- O’donovan R., Mcauliffe E., *A systematic review of factors that enable psychological safety in healthcare teams*, “International Journal for Quality in Health Care” 2020, No. 32(4), Vol. 32, Iss. 4.
- Pacian J., *Transplantacja w Kodeksie etyki lekarskiej – rozważania prawne*, „Medyczna Wokanda” 2014, nr 6(6).
- Pandey A., Gupta R.K., Arora A.P., *Spiritual Climate of Business Organizations and Its Impact on Customers’ Experience*, „Journal of Business Ethics” 2009, Vol. 88, No. 2.

- Pines A.M., *Wypalenie w perspektywie egzystencjalnej*, [w:] H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- Piszc P., Ślifirczyk A., Krajewska-Kuřak E., *Stres i wypalenie zawodowe u członków zespołu transplantacyjnego*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2021.
- Pokorska J., Pokorski J., Nitecka E., Witczak I., *Zdarzenia niepořądane i bezpieczeŃstwo pacjenta – próba ujęcia holistycznego*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2015, t. 23, nr 4.
- Pourmand K., Schiano T.D., Motwani Y., Kriss M., Keefer L., Patel A., *Burnout Among Transplant Hepatologists in the United States, “Liver Transplantation”* 2022, Vol. 28, Iss. 5.
- Pullen L.C., *A complex puzzle realized: US achieves one-millionth organ transplant: Decades of visionary scientists, skilled surgeons, and courageous patients have made this miraculous milestone a reality*, “American Journal of Transplantation” 2023, Vol. 23, Iss. 1.
- Ruszkowski J., Heleniak Z., Czaplńska M., Dębska-ŚlizieŃ A., *Stosunek do transplantacji i jego umotywowanie wśród GdaŃszczan – przekrojowe badanie kwestionariuszowe*, „Forum Nefrologiczne” 2020, t. 13, nr 4.
- Saif N.I., *Types of Organizational Culture in Private Jordanian Hospitals*, „International Review of Management and Marketing” 2017, Vol. 7, No. 1.
- Schein E.H., *Organizational Culture and Leadership. A Dynamic View*, Jossey-Bass, San Francisco–London 1986.
- Scott Winder G., Clifton E.G., Fernandez A.C., Mellinger J.L., *Inter-professional teamwork is the foundation of effective psychosocial work in organ transplantation*, “General Hospital Psychiatry” 2021, Vol. 69.
- Serafin K., *Kultura organizacyjna jako element wspierający realizację strategii przedsiębiorstwa*, „Studia Ekonomiczne, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2015, nr 222.
- Silva V.S.E., Hornby L., Lotherington K., Rochon A., Silva A.R., Pearson H., MacNutt L., Robertson A., Werestiuk K., Kuhl D., John P., Sarti D.S.A., *Burnout, compassion fatigue and work-related stressors among organ donation and transplantation coordinators: A qualitative study*, “Intensive and Critical Care Nursing” 2022, Vol. 68.
- Sorra J., Gray L., Streagle S., Famolaro T., Yount N., Behm J., *AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User’s Guide*, AHRQ

- Publication No. 15-0049-EF, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2016.
- Stein J., Madni A., Moody K., Kramer D., Vaughn D., Bhatia S., Sellers J., Snyder A., Lu Z., Baker J.N., Levine D.R., *Decreasing Burnout and Improving Work Environment: The Impact of Firgun on a Pediatric Hematopoietic Cell Transplant Team*, "JCO Oncology Practice" 2023, Vol. 19, Iss. 3.
- Steinerowska-Streb I., *Bezpieczeństwo psychologiczne w organizacji z perspektywy nauk o zarządzaniu i jakości*, „Przegląd Organizacji” 2020, nr 9(968).
- Szyguła-Jurkiewicz B., Kurkiewicz K., Gąsior M., *Kwalifikacja do transplantacji serca. Wskazania i przeciwwskazania do zabiegu*, „Heart & Vascular Diseases/Choroby Serca & Naczyń” 2021, t. 18, nr 4.
- Ślęczek-Czakon D., *Czy transplantacje są przejawem zmian w moralności? Wątpliwości bioetyków*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2018, z. 123.
- Ulenberg G., Grabowska-Gaweł A., Ulenberg A., Czapiewski Ł., Smyk P., Lewandowska A., *Multidisciplinary care standard for a ventilated mechanic patient at home in Poland*, "Journal of Education, Health and Sport" 2017, Vol. 7(8),
- Vajpeyee M., Tiwari S., Jain K., Modi P., Bhandari P., Monga G., Yadav L.B., Bhardwaj H., Shrotri A.K., Singh S., Vajpeyee A., *Yoga and music intervention to reduce depression, anxiety, and stress during COVID-19 outbreak on healthcare workers*, "International Journal of Social Psychiatry" 2022, Vol. 68, Iss. 4.
- Wiśniewska M.Z., *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*, Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, Radom 2021.
- Wiśniewska M.Z., *Workplace spirituality, spiritual climate and patient safety culture*, "European Journal of Science and Theology" 2023, Vol. 19, No. 5.
- Wu A.W., *Medical error: the second victim*, „BMJ” 2000, Vol. 36, No. 36(7237).
- Yost W.B., Eshelman A., Raoufi M., Abouljoud M.S., *A National Study of Burnout Among American Transplant Surgeons*, "Transplantation Proceedings" 2005, Vol. 37, Iss. 2.

### **Strony internetowe**

[http://ptodm.org.pl/ptodm/171\\_384,co-to-jest-duchowosc](http://ptodm.org.pl/ptodm/171_384,co-to-jest-duchowosc).

<https://themindedinstitute.com/yoga-in-healthcare/yoga-healthcare-around-the-world/>.

<https://medschool.cuanschutz.edu/surgery/divisions-centers-affiliates/transplant/controversies-in-transplantation-2024>.