

UNIwersytet w Białymstoku
Wydział Pedagogiki i Psychologii

**POSTAWY STUDENTÓW BIAŁOSTOCKICH UCZELNI
WOBEK TRANSPLANTACJI. STAN, UWARUNKOWANIA,
IMPLIKACJE PEDAGOGICZNE**

mgr Marta Mirosława Perkowska

Rozprawa doktorska
przygotowana pod kierunkiem naukowym
dr hab. Wiolety Danilewicz, prof. UwB
promotor pomocniczy:
dr Marta Kowalczyk-Wałędziak

Białystok 2018

Spis treści

Wprowadzenie	4
CZĘŚĆ I POSTAWY STUDENTÓW WOBEC TRANSPLANTACJI. UJĘCIE TEORETYCZNE	10
Rozdział 1. Postawy wobec transplantacji – ujęcie teoretyczne	10
1.1. Postawy - ustalenia terminologiczne	10
1.3. Procesualny charakter postaw	24
Rozdział 2. Transplantacje – złożoność i wielowymiarowość zjawiska	28
2.1. Pojęcie i rodzaje transplantacji	28
2.2. Geneza i rozwój transplantacji	33
2.3. Polska praktyka transplantacyjna	45
2.4. Transplantacje – wybrane aspekty.....	48
Rozdział 3. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia jako narzędzia zmiany postaw społecznych wobec transplantacji	92
3.1. Transplantacje - metoda leczenia wpisująca się w salutogenetyczny model myślenia o zdrowiu	92
3.2. Polityka, edukacja i promocja zdrowia a idea donacji komórek, tkanek i narządów	95
3.3. Wybrane przykłady popularyzowania idei donacji	100
CZĘŚĆ II METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ	108
Rozdział 4. Metodologia badań własnych.....	108
4.1. Uzasadnienie stanowiska badawczego	108
4.2. Przedmiot i cele badań.....	110
4.3. Problemy badawcze	112
4.4. Operacjonalizacja zmiennych.....	113
4.5. Metody, techniki i narzędzia badawcze.....	116
4.6. Sposoby analizy materiału empirycznego	118
4.7. Dobór i charakterystyka osób badanych.....	140
4.8. Organizacja i przebieg badań	143

CZĘŚĆ III POSTAWY STUDENTÓW BIAŁOSTOCKICH UCZELNI WOBEC
TRANSPLANTACJI W ŚWIELE PRZEPROWADZONYCH BADAŃ WŁASNYCH...144

Rozdział 5. Postawy studentów białostockich uczelni wobec transplantacji oraz ich
uwarunkowania..... 144

5.1. Wiedza badanych studentów białostockich uczelni na temat transplantacji i jej
uwarunkowania.....144

5.2. Stosunek uczuciowo-motywacyjny badanych studentów białostockich uczelni
wobec transplantacji i jego uwarunkowania..... 151

5.3. Deklarowane zachowania badanych studentów białostockich uczelni wobec
transplantacji i ich uwarunkowania161

5.4. Postawy badanych studentów białostockich uczelni wobec transplantacji.
Najważniejsze korelaty.....179

Rozdział 6. Perspektywy edukacji studentów białostockich uczelni w zakresie
upowszechniania idei donacji komórek, tkanek i narządów 192

Rozdział 7. Dyskusja wyników badań oraz rekomendacje edukacyjne 197

7.1 Dyskusja wyników197

7.2. Rekomendacje dla praktyki edukacyjnej209

Zakończenie.....212

Bibliografia.....214

Spis rycin230

Spis tabel231

Aneks234

Wprowadzenie

Postawy studentów wybranych białostockich uczelni wobec transplantacji komórek, tkanek, narządów to zagadnienie, które starałam się zdiagnozować i wyjaśnić podczas badań empirycznych, studiowania literatury przedmiotu oraz indywidualnych rozważań związanych z pracą nad tą dysertacją.

Transplantacja jest metodą leczenia, umożliwiającą ratowanie zdrowia i życia ludzi. Polega na zastąpieniu niewydolnych narządów lub ich części, zdrowymi. Etymologia terminu transplantacja wywodzi się z języka łacińskiego, gdzie czasownik *transplantare* tłumaczony jest jako czynność przesadzania, szczepienia¹. Jedną z wykładni definiowania transplantacji jest zapis w Uchwale Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2008 roku stwierdzający, że transplantacja „jest to potrzebna, skuteczna i bezpieczna metoda leczenia stanowiąca dla wielu pacjentów jedyną szansę na przedłużenie życia”². Na podobne rozumienie transplantacji wskazuje jej zdefiniowanie zawarte w dokumentach unijnych tj. dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej z 2004 roku: „transplantacja tkanek i komórek ludzkich jest prężnie rozwijającą się dziedziną medycyny, dającą ogromne możliwości leczenia chorób dotychczas nieuleczalnych. Stwarza również szansę na podnoszenie, jakości życia u ciężko chorych pacjentów”³.

Z perspektywy pedagoga społecznego za szczególnie istotne uważam zwrócenie uwagi na fakt, że pomimo tego, iż tematyka transplantacyjna najczęściej analizowana jest w kontekstach medycznych lub prawnych, to należy także rozważać jej kontekst społeczny. Ta metoda leczenia wywiera wpływ na relacje międzyludzkie, stanowi problem społeczny (ze względu na wciąż niewystarczającą liczbę dawców), wymagający kształtowania świadomych postaw, a zatem w sposób naturalny staje się obszarem zainteresowań także pedagogiki. W mojej ocenie właśnie pedagogice przypada szczególna rola w tym interdyscyplinarnym dyskursie dotyczącym transplantacji, gdyż jak tłumaczy Marta Kowalczuk-Wałędziak „istnieje sprzężenie zwrotne między działalnością pedagogiczną a życiem społecznym. Z jednej strony – rozwój i przemiany życia społecznego warunkują działalność pedagogiczną

¹ E.M. Guzik-Makaruk, *Transplantacja organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym*, Temida 2, Białystok 2008, s. 29.

² Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2008 r., w sprawie akceptacji transplantacji jako metody leczenia, http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/uchwaly/593_u.htm (dostęp: 27.01.2018).

³ Dyrektywa 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004L0023&from=PL32004L0023> (dostęp: 27.01.2018).

z drugiej zaś – działalność ta wpływa na życie społeczne”⁴. W takie postrzeganie roli pedagogiki wpisują się rekomendacje płynące z badań prowadzonych w różnych częściach globu, wskazujące, że najistotniejszym i wciąż niewystarczająco eksplorowanym badawczo obszarem związanym z transplantologią jest zagadnienie budowania świadomości społecznej wobec transplantacji i kreowanie postaw protransplantacyjnych. Przykładem badań zrealizowanych na szeroką skalę są te przeprowadzone w ramach działalności badawczej wyspecjalizowanych agend Unii Europejskiej. Specjalny Eurobarometr 2010⁵ ukazuje, że chociaż większość Europejczyków wspiera dawstwo narządów, tylko 55% osób godzi się na oddanie własnych narządów po śmierci, a 53% osób twierdzi, że wyrazi zgodę na oddanie narządów zmarłej osoby z najbliższej rodziny. Dane te wzbudzają niepokój, ponieważ „popyt” na narządy wzrasta w szybkim tempie.

Założyłam, że jednym z czynników warunkujących „sukces donacyjny” krajów przodujących w protransplantacyjnych statystykach, są realizowane w nich programy edukacyjne, budujące świadomość społeczną przychylną przeszczepom. W związku z tym złożyłam prośbę o udostępnienie (w trybie interpelacji poselskiej) materiałów, jakimi dysponuje Komisja Europejska, dotyczących metod kształtowania postaw społecznych w zakresie donacji narządów, stosowanych w państwach członkowskich. Celem interpelacji miało być „przeszczepienie” na zasadzie implementacji dobrych praktyk skutecznych wzorów postępowania na grunt Polski. W nadesłanej odpowiedzi przeczytałam, że „nie istnieją żadne zbiorcze badania dotyczące tematu”⁶. Analiza dostępnych materiałów dotyczących propagowania idei donacji w krajach członkowskich pozwala na sformułowanie tezy o dominacji strategii o charakterze kampanii społecznych. Tego typu działania mają charakter promocyjny, a w mniejszym stopniu edukacyjny, co uważam za niekorzystne dla kształtowania postaw przychylnych donacji i transplantacji.

Problematyka kształtowania postaw społecznych wobec przeszczepów, co warto podkreślić, ma charakter interdyscyplinarny. Można ją ulokować na styku takich dyscyplin naukowych, jak: medycyna, etyka, teologia, prawo i pedagogika. Zagadnienie transplantacji wpisuje się w obszar badawczy pedagogiki a zwłaszcza jej subdyscypliny pedagogiki

⁴ M. Kowalczyk-Wałędziak, *Poczucie sprawstwa społecznego pedagogów. Studium teoretyczno-empiryczne*, Wydawnictwo „Impuls”, Kraków 2012, s. 10.

⁵ Special Eurobarometer 333a / Wave 72.3 – TNS Opinion & Social, *Organ donation and transplantation*, Bruksela 2010, http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_333a_en.pdf (dostęp: 16.07.2017).

⁶ Biuro Analiz Parlamentu Europejskiego, Przeszczepianie narządów. Odpowiedź na żądanie nr 26883 złożone przez Karola Karskiego 02 czerwca 2016 r. Interpelacja złożona na prośbę autorki dysertacji o pomoc w realizacji zadania badawczego.

zdrowia⁷, która podejmuje zagadnienia związane ze zdrowiem człowieka (wychowaniem zdrowotnym). Ponadto Tadeusz Lewowicki zauważa, że: „Przy wszelkich różnicach w pojmowaniu i uprawianiu pedagogiki, społeczną racją istnienia tej dyscypliny nie przestaje być jej przydatność praktyczna, pozytywne oddziaływanie na życie społeczne”⁸. Uważam, że wyzwaniem stojącym przed pedagogiką jest podjęcie realizacji tak ważnego z perspektywy społecznej zadania, jakim jest wdrażanie edukacji zdrowotnej społeczeństwa, mającej na celu kształtowanie postaw społecznych wobec transplantacji. Myślę, że włączenie się pedagogiki w dyskusję społeczną, dotyczącą transplantacji przez edukację zdrowotną, będzie niezwykle pożyteczne. Pozwoli sprowadzić dyskurs o transplantacji na poziom dyskusji społecznej, prowadzonej w ośrodkach akademickich, z których młodzież przeniesie ją do swoich rodzin, co w konsekwencji ma szansę stać się podstawą do kreowania postaw społecznych przychylnych tej metodzie leczenia.

Motywy, które skłoniły mnie do podjęcia badań postaw studentów białostockich uczelni wobec transplantacji, poza wskazanymi wyżej przesłankami, były także względy natury poznawczej – chęć zdiagnozowania postaw studentów wobec donacji i dawstwa narządów oraz względy praktyczne. Pedagodzy rzadko podejmują tę problematykę i nie prezentują wyników badań empirycznych na ten temat. Autorzy publikacji dotyczących postaw studentów wobec transplantacji znacznie częściej skupiają się na postawach studentów uczelni medycznych, lekarzy i pielęgniarek, traktując personel medyczny jako kluczowe ogniwo w procesie dawstwa narządów⁹. Mając na uwadze powyższe argumenty, podjęłam próbę zdiagnozowania postaw studentów białostockich uczelni wobec transplantacji, ich uwarunkowań oraz perspektyw edukacyjnych w tym zakresie. W swoich badaniach zwróciłam szczególną uwagę na studentów pedagogiki jako tych, którzy w przyszłości będą edukować pokolenia dzieci i młodzieży. To od ich postaw wobec tej kwestii mogą zależeć zachowania ich uczniów, a tym samym liczba dokonywanych przeszczepów. Badacze zajmujący się tym zagadnieniem twierdzą, że główną barierą w transplantologii wśród młodych ludzi jest niski poziom wiedzy na ten temat, co

⁷ E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 19.

⁸ L. Lewowicki, *O tożsamości, kondycji i powinnościach pedagogiki*, Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy, Radom 2007, s. 114.

⁹ Zob. H. Streng, *Questions on organ donation. An exploratory study of medical students and overview of the literature*, „Psychoter. Psychosom. Med. Psychol.” 1996, nr 46 (9–10), s. 327–332, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8975267> (dostęp: 30.09.2015); S. Sanavi, R. Afshar, A.R. Lotfizadeh, A. Davati, *Survey of medical students of Shahed University in Iran about attitude and willingness toward organ transplantation*, „Transplant. Proc.” 2009, nr 41 (5), http://www.researchgate.net/publication/26310251_Survey_of_Medical_Students_of_ShahedUniversity_in_Iran_About_Attitude_and_Willingness_Toward_Organ_Transplantation (dostęp: 30.09.2015).

w znacznym stopniu ogranicza podejmowanie decyzji w tej kwestii w świadomy sposób. Ponadto, moje badania mają też wymiar społeczno-praktyczny i mogą przyczynić się do rozwoju lokalnych strategii i programów promocji transplantacji. Trzeba wskazać, że 25 lutego 2011 roku województwo podlaskie w wyniku podpisania Listu Intencyjnego przystąpiło do ogólnopolskiego programu „Partnerstwo dla transplantacji”. Pragnę też zauważyć, że moje badania w szerszym kontekście wpisują się w cele zawarte w Narodowym Programie Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011-2020¹⁰: „3.2. Cele szczegółowe: (...) 2) upowszechnianie wiedzy w społeczeństwie dotyczącej leczenia przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów oraz promocja idei dawstwa komórek, tkanek i narządów – promocja idei dawstwa narządów po śmierci przez: działalność edukacyjną w szkołach, seminariach duchownych, uczelniach we współpracy z organizacjami pozarządowymi podmiotami leczniczymi”¹¹.

Dysertacja składa się z trzech części. W pierwszej, zatytułowanej „Postawy studentów wobec transplantacji. Ujęcie teoretyczne”, w trzech rozdziałach starałam się zaprezentować teoretyczne podstawy rozważań i badań, jakie obejmuje ta rozprawa.

W rozdziale pierwszym „Postawy wobec transplantacji – ujęcie teoretyczne” zaprezentowałam strukturę i komponenty postaw oraz wyjaśniłam ich procesualny charakter. Dopelnienie rozdziału stanowi próba konceptualizacji tytułowego pojęcia postaw studentów wobec transplantacji.

W rozdziale drugim „Transplantacje – złożoność i wielowymiarowość zjawiska”, dążyłam do ukazania wielości kontekstów, w jakich należy rozpatrywać zjawisko transplantacji. Rozdział rozpoczyna wyjaśnienie kluczowego dla rozprawy pojęcia – transplantacji oraz przedstawienie sposobów jego klasyfikacji występujących w literaturze przedmiotu. Zaprezentowana w dalszej części rozdziału geneza i wciąż trwająca ewolucja tej metody leczenia, uwypukla jej interdyscyplinarny charakter przez zwrócenie uwagi na aspekty prawne, etyczne i religijne dotyczące przeszczepów. Kluczowe, w kontekście celu dysertacji, są zawarte w tej części pracy rozważania o konieczności postrzegania transplantacji jako kwestii społecznej, co uważam za niezbędne dla propagowania idei donacji narządów, a przez to dalszego rozwoju transplantacji.

¹⁰ Uchwała Rady Ministrów nr 164/2010 z dnia 12 października 2010 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2011 – 2020 pod nazwą *Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011-2020*, s. 7, http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0017/5606/2progrtransplant_20130430.pdf (dostęp: 10.05.2015).

¹¹ Ibidem.

Rozdział trzeci „Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia jako narzędzia zmiany postaw społecznych wobec transplantacji” stanowi kontynuację i domknięcie prezentacji podstaw teoretycznych niniejszej dysertacji. Zawiera wyjaśnienie znaczenia i zakresu oddziaływania edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz polityki zdrowotnej w obszarach dotyczących transplantacji. W tej części pracy starałam się ukazać podstawy teoretyczne, które pozwalają włączyć rozważania dotyczące transplantacji w salutogenetyczny model myślenia o zdrowiu oraz ich związek z teorią poczucia koherencji. Celem zaprezentowanych w tej części pracy przykładowych kampanii społecznych, było ukazanie, że za ich pośrednictwem realizowana jest głównie promocja idei donacji, co według przytoczonych opinii badaczy jest niewystarczające do kształtowania przychylnych transplantacji postaw społecznych. Konkluzję tego rozdziału (i jednocześnie myśl przewodnią całej pracy oraz podłoże teoretyczne do podjętych w jej ramach badań) stanowi moje ugruntowane, przez studia literatury przedmiotu, przekonanie o tym, że najistotniejszą rolę w procesie kreowania postaw przychylnych transplantacji, powinna odgrywać edukacja zdrowotna społeczeństwa w zakresie transplantacji.

Druga część pracy dotyczy metodologicznych podstaw zrealizowanych przeze mnie badań. Uzasadniłam w niej stanowisko badawcze oraz określiłam przedmiot i cele badań. Następnie przedstawiłam zastosowane metody i techniki badawcze, operacjonalizację zmiennych oraz zasady doboru i charakterystykę osób badanych. Dopełnienie rozdziału stanowi opis organizacji i przebiegu badań.

Postawy studentów białostockich uczelni wobec transplantacji w świetle wyników badań własnych to tytuł trzeciej części rozprawy. Ostatnia część pracy składa się z trzech rozdziałów.

W rozdziale piątym, rozpoczynającym empiryczną część dysertacji, zatytułowanym „Postawy studentów białostockich uczelni wobec transplantacji oraz ich uwarunkowania”, przedstawiłam zebrany podczas badań materiał. Ta część pracy zawiera opis zasad, według których utworzyłam empiryczny model postawy wobec transplantacji oraz przeprowadzoną na jego podstawie analizę poszczególnych komponentów (komponentu poznawczego, komponentu uczuciowo-motywacyjnego oraz komponentu behawioralnego), tworzących postawy badanych wobec transplantacji oraz interpretację ich uwarunkowań. Zakończenie rozdziału to zestawienie najważniejszych korelatów, które stanowiło źródło dokonanej charakterystyki postaw badanych wobec transplantacji. W tym fragmencie pracy udzieliłam

odpowiedzi na główny problem postawiony w niniejszej dysertacji, zawierający się w pytaniu: Jakie są postawy studentów wybranych białostockich uczelni wobec transplantacji oraz jakie są ich uwarunkowania?

Szósty rozdział pracy dotyczy perspektyw edukacji studentów białostockich uczelni w zakresie propagowania idei donacji komórek, tkanek i narządów. W tej części pracy zwracam uwagę na grupę społeczną, jaką jest młodzież akademicka. Jako nauczyciel akademicki jestem szczególnie zainteresowana stosunkiem młodych ludzi – studentów, do poruszanych w moich badaniach problemów społecznych. Przyglądając się z perspektywy pedagoga społecznego medycynie transplantacyjnej, dostrzegłam jej interdyscyplinarny charakter, który powinien być wykorzystany w celu skutecznego propagowania tej metody leczenia. W tym rozdziale, na podstawie wyników przeprowadzonych badań empirycznych, odpowiadam na dwa pytania badawcze: jakie znaczenie nadają edukacji zdrowotnej w zakresie transplantacji badani i jak postrzegają perspektywę edukacji w tym zakresie.

Zwieńczenie rozprawy stanowi rozdział siódmy, zawierający wnioski z przeprowadzonych badań oraz dyskusję uzyskanych wyników. Prezentuję w nim także rekomendacje dla praktyki edukacyjnej w zakresie edukacji zdrowotnej, dotyczącej transplantacji.

CZĘŚĆ I

POSTAWY STUDENTÓW WOBEC TRANSPLANTACJI.

UJĘCIE TEORETYCZNE

Rozdział 1. Postawy wobec transplantacji – ujęcie teoretyczne

Badanie postaw białostockich studentów wobec transplantacji wymaga w pierwszej kolejności wyjaśnienia kluczowego dla rozprawy pojęcia – postawa. W związku z tym rozdział pierwszy rozpoczynam od zaprezentowania ustaleń terminologicznych. Następnie przedstawiam strukturę i komponenty postaw oraz wyjaśniam ich procesualny charakter.

1.1. Postawy - ustalenia terminologiczne

Głównym celem tego rozdziału uczyniłam udzielenie odpowiedzi na pytanie – czym jest postawa? Ze względu na złożoność definiowanego pojęcia nie jest to zadanie proste. Piotr Szczukiewicz, na podstawie analizy różnych ujęć literaturowych terminu postawa, wskazuje, że nie zawsze jest on ściśle precyzowany. Wynika to zdaniem autora z podejmowania prób definiowania postaw na podstawie różnych obszarów wiedzy, czyli psychologii, socjologii, politologii czy pedagogiki. Cytowany autor wskazuje, że „również we współczesnej amerykańskiej psychologii społecznej nie ma zupełnej zgody co do definicji postawy”¹².

Stanisław Mika za postawę uważa „względnie trwałą strukturę (lub dyspozycję do pojawiania się takiej struktury) procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji do zachowań, w której wyraża się określony stosunek wobec danego przedmiotu”¹³. Wyróżnił on trzy grupy definicji postaw: nawiązujące do tradycji behawiorystycznej lub psychologii uczenia się; nawiązujące do koncepcji socjologicznej, eksponującej stosunek nosiciela postawy do jej przedmiotu oraz definicje nawiązujące do koncepcji poznawczych w psychologii¹⁴. Natomiast Wojciech Soborski klasyfikuje definicje postawy ze względu na przypisywane temu pojęciu funkcje. Jeżeli zadaniem definiowanego terminu ma być określenie służące opisowi zjawiska, mamy do czynienia z definicją z grupy deskryptywnej.

¹² P. Szczukiewicz, *O pomaganiu i psychoterapeutach. Kształtowanie się postaw wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005, s. 41.

¹³ S. Mika, *Psychologia społeczna*, Warszawa 1984, <http://kde.linuxpl.com/download.php?id=288&sid=12a92cb33b1a4b798036e1e29973fa3> (dostęp: 09.07.2017).

¹⁴ P. Szczukiewicz, op. cit., s. 41.

Kolejną grupę stanowią definicje normatywne, w większości formułowane na gruncie pedagogiki, których zadaniem jest diagnoza, zarówno prawidłowości rządzących zachowaniem jednostki, jak i grup społecznych. Trzeci typ definicji stanowią definicje uniwersalne (np. autorstwa Tadeusza Mądrzyckiego¹⁵), o cennym dla nauki charakterze poznawczym. W. Soborski podkreśla, że istnieją także definicje stanowiące przeciwieństwo tendencji uniwersalnej na rzecz charakteru operacyjnego (np. autorstwa Lesława Wojtasika¹⁶), wskazując jednoznacznie, że „(...) z takimi ustaleniami nie wolno się godzić. Wszak celem ustalenia zakresu znaczeniowego terminów naukowych jest ułatwienie pełnego i obiektywnego poznania rzeczywistości. Tworzenie definicji operacyjnych jest zawsze zabiegiem tymczasowym, etapem w procesie poznania określonego elementu otaczającego nas świata, a nie celem aktywności badawczej”¹⁷.

Próbując określić zakres znaczeniowy kluczowego dla realizowanych badań pojęcia postawa (ze względu na bogactwo dostępnych definicji) przytoczę jedynie te wybrane. Wydana po raz pierwszy w 1918 roku praca Williama Thomasa i Floriana Znanieckiego *Chłop polski w Europie i Ameryce (Polish Peasant in Europe and America)*, zawiera uznawaną za pierwszą i jednocześnie za najprostszą i najbardziej ogólną definicję¹⁸. Autorzy wskazywali, że: „przez postawę rozumiemy proces indywidualnej świadomości, określający rzeczywistą lub możliwą działalność jednostki wobec społecznego świata. Postawa jest więc jednostkowym przeciwczłonem wartości społecznej, działalność jakiegokolwiek rodzaju jest łącznikiem między nimi”¹⁹.

Na podstawie analizy źródłowej W. Soborski dokonał historycznego przeglądu kształtowania się pojęcia postawa i przypisywanych mu znaczeń w polskiej literaturze naukowej. Przedstawił następującą listę znaczeń przypisywanych temu terminowi:

¹⁵ Zob. T. Mądrzycki, *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, s. 20.

¹⁶ Zob. L. Wojtasik, *Psychologia propagandy politycznej*, PWN, Warszawa 1975.

¹⁷ W. Soborski, *Postawy ich badanie i kształtowanie*, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Kraków 1987, s. 16.

¹⁸ S. Nowak zwraca uwagę na rozważania G.W. Allporta, według którego termin „postawa” został po raz pierwszy użyty przez filozofów Spencera i Baina, rozumiejących przez postawę psychiczny stan gotowości do słuchania, uczenia się czegoś, stan, który jest warunkiem przyswojenia sobie prawdziwej wiedzy. Ostatecznie ta definicja została określona jako „nastawienie, wewnętrzna predyspozycja”, w związku z powyższym nie została wzięta pod uwagę.

¹⁹ S. Nowak, *Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych*, [w:] S. Nowak (red.), *Teorie postaw*, PWN, Warszawa 1973, s. 17; zob. też: W.J. Thomas, F. Znaniecki, *Polish Peasant in Europe and America*, t. I, Boston 1918–1920, s. 21.

- pogotowie uczuciowo-emocjonalne,
- nastawieniowy mechanizm samoregulacji,
- dyspozycja do przeżywania określonego motywu,
- stosunek do wartości społecznych,
- składowa charakteru,
- dyspozycja przejawiająca się w zachowaniu,
- stosunek uczuciowy do przedmiotu,
- stałe ustosunkowanie się do otoczenia (przedmiotu, idei, wartości),
- skłonność do zachowania się w określony sposób,
- trwały sposób zachowania się w określonych sytuacjach,
- nastawienie,
- trwała struktura przekonań,
- względnie trwałe dyspozycje do wydawania opinii, reagowania na dany przedmiot (sytuację),
- gotowość określonego zachowania się,
- stan psychiczny wyjaśniający, co zaszło między bodźcem, a reakcją,
- względnie stały sposób odnoszenia się do danego obiektu,
- zachowanie interpersonalne – podnoszące, wymienne, obniżające, synonim uczuć,
- wyraz bliskoznaczny z opinią²⁰.

W podsumowaniu swoich analiz autor doszedł do wniosku, że: „postawa (...) jest kategorią, pojęciem stworzonym przez naukę w celu opisu psychicznego funkcjonowania człowieka i wniknięcia w mechanizmy jego zachowania. Jest to zatem wyraz, który nie ma fizycznie istniejącego desygnatu, dającego się postrzegać sensorycznie. Treść owego znaku językowego (jego pole semantyczne) może być wyznaczona jedynie za pomocą innych znaków językowych”²¹.

²⁰ W. Soborski, op. cit., s. 10.

²¹ Ibidem, s. 10.

Mirosława Marody analizując sens teoretyczny i sens empiryczny pojęcia postawa wnosi do dyskusji o definiowaniu tego pojęcia nową wartość. Sygnalizuje, że zainteresowanie wielu badaczy, reprezentujących różne dziedziny nauki, postawami, a co się z tym wiąże, wygenerowaniem przez nich różnorodnych technik służących do pomiaru postaw (Louis Thurstone, Rensis Likert, Louis, Eliyahu Guttman, Paul Lazarsfeld²²), nadało temu pojęciu wymiar ilościowy. Według tej autorki „Wraz z rozwojem i unifikacją metod pomiaru postaw, następowało jednak coraz większe zróżnicowanie samego pojęcia postawy”²³. M. Marody odwołała się do kompilacji 23 desygnatów terminu postawa, jaką przedstawił w artykule z 1939 roku Erland Nelson:

- organiczne popędy,
- cele,
- motywy,
- „jądro uczuć”,
- emocjonalny czynnik towarzyszący działaniu,
- stale odczuwane dyspozycje,
- specjalny przypadek predyspozycji,
- zgeneralizowane zachowania,
- układ nerwowy; układ nerwowo-mięśniowy,
- utrwalone nastawienie
- stan gotowości
- dyspozycje do modyfikowania powstających doświadczeń,
- werbalne reakcje ku lub przeciwko psychologicznym obiektom,
- społecznie wzbudzone zachowania stałego typu,
- reakcja, która jest bardziej funkcją dyspozycji niż bezpośredniego bodźca,

²² M. Marody, *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy. Analiza metodologiczna zasad doboru wskaźników w badaniach nad postawami*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1976, s. 13. Zob. L. Thurstone, *Multiple Factor Analysis*, „Journal of Clinical Psychology” 1948, t. 4, s. 224; R. Likert, *Technique for the Measurement of Professional Attitudes*, Archives of Psychology, New York 1932, s. 5-55, http://www.votreview.com/pdf/Likert_1932.pdf (dostęp: 05.09.2016); E. Babbie, *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 92-92.

²³ M. Marody, op. cit., s. 13.

- rezultat organizacji doświadczeń,
- kierunkowy lub dynamiczny wpływ na reakcję, z którą jest związany,
- determinator kierunku działalności,
- wskazówka dla zachowań; punkt odniesienia dla nowych doświadczeń,
- reakcja próbna – zachowanie zastępcze,
- sposób wyobrażania sobie obiektu; stan świadomości,
- „ogólna suma” inklinacji, uczuć, wyobrażeń, idei, lęków, uprzedzeń, zagrożeń i przekonań na jakiś specyficzny temat,
- integracja specyficznych reakcji w ogólny układ²⁴.

Z przytoczonego wyżej zestawienia można wnioskować, że analizowany termin postawa ma wymiar interdyscyplinarny. W tym miejscu warto podkreślić, że owa interdyscyplinarność pojęcia współgra z interdyscyplinarnym charakterem prezentowanych badań.

Istnieje wiele definicji postawy, jednak elementem wspólnym dla nich wszystkich jest to, że składa się ona z trzech elementów. „Postawa jest trwałą organizacją procesów motywacyjnych, emocjonalnych, percepcyjnych i poznawczych, związaną z jakimś aspektem świata jednostki”²⁵. W prezentowanej rozprawie przyjęto także trójkomponentową definicję postawy autorstwa T. Mądrzyckiego, który definiuje ją jako strukturę złożoną z elementu poznawczego, uczuciowo-motywacyjnego i behawioralnego.

1.2. Komponenty, cechy i klasyfikacja postaw

Mahlon Brewster Smith²⁶, w artykule z 1947 roku, zaproponował strukturalną definicję postawy, obejmującą trzy elementy: afektywny (odnoszący się do uczuć), poznawczy (dotyczący myśli) oraz behawioralny (struktury, która dotyczy potencjalnych zachowań). Podobnie definiują postawę Daniel Katz i Erza Stotland, według których: „postawa może być zdefiniowana jako tendencja lub predyspozycja jednostki do oceniania pewnego przedmiotu lub symbolu w określony sposób. Ocena polega na przyznaniu

²⁴ Zob. E. Nelson, *Attitudes: Their Nature and Development*, „Journal of General Psychology” 1939, t. 21, s. 367-399, cyt. za: M. Marody, *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy. Analiza metodologiczna zasad doboru wskaźników w badaniach nad postawami*, PWN, Warszawa 1976, s. 13.

²⁵ T. Mądrzycki, *Psychologiczne prawidłowości...*, s. 19.

²⁶ Zob. M.B. Smith, *The Personal Setting of Public Opinions*, [w:] M. Fishbein (red.), *Readings in Attitude Theory and Measurement*, New York 1967, cyt. za: M. Marody, op. cit., s. 12.

własności, które mogą być lokowane wzdłuż wymiaru „pożądany – niepożądany”, „dobry – zły”. Taki rodzaj oceny wiąże się z włączeniem elementów poznawczych i afektywnych postawy wobec danego obiektu. Postawa może również zawierać komponent behawioralny. Komponent behawioralny oznacza tendencje do zachowania się wobec przedmiotu niezależnie od wyrażania uczuć o nim”²⁷. W polskiej literaturze przedmiotu strukturalne ujęcie postaw zaprezentowane zostało przez T. Mądrzyckiego, który wskazał, że „postawę można określić jako względnie trwałą i zgodną organizację poznawczą, uczuciowo-motywacyjną i behawioralną przedmiotu, związaną z określonym przedmiotem czy klasą przedmiotów”²⁸. Specyfika pojęcia postawa sprawia, że przy jego zastosowaniu możliwe jest uzyskanie szerokiej perspektywy badawczej. Wpływa to na jego częste wykorzystywanie w badaniach społecznych. Barbara Woynarowska wskazuje na postawy, jako podstawowe/kluczowe pojęcie wykorzystywane w edukacji zdrowotnej²⁹. Badanie postawy studentów wobec transplantacji stworzyło szansę na poznanie przekonań, myśli, wiedzy, emocji oraz zachowań, jakie deklarują respondenci wobec tej metody ratowania życia i zdrowia ludzi. Uważam za zasadne, aby dokładniej scharakteryzować poszczególne komponenty, co pozwoli na precyzyjne wyjaśnienie ujęcia teoretycznego postaw, w tym także ujęcia zaprezentowanego w tej dysertacji.

Komponent poznawczy postawy, to przede wszystkim posiadana wiedza na temat zjawiska, wobec którego postawa została ukształtowana. Badając rozległość tej wiedzy warto uwzględnić za S. Nowakiem, że: „W pewnych przypadkach wiedza o jakimś przedmiocie – mniej lub bardziej rozległa – ma charakter całościowy – dotyczy przedmiotu postawy w całości. W innych przypadkach rozporządzamy systemem wierzeń czy przekonań dotyczących różnych jego elementów składowych, różnorodnych jego funkcji itp.”³⁰. Wiedza może mieć dwojaki charakter – subiektywny (indywidualne przekonania) oraz obiektywny (usystematyzowana wiedza, bazująca na prawach nauki). M. Marody postuluje, aby analizować zawartość komponentu poznawczego, w skład którego wchodzi obok wiedzy także przekonania, pod kątem ich rozległości i prawdziwości³¹. Gabriela Piechaczek-Ogierman pisze: „Potoczna wiedza, uporządkowana według własnych reguł, uwzględnia indywidualne przekonania, doświadczenia (biografię jednostki), jak również kontekst

²⁷ Zob. D. Katz, E. Stotland, *A Preliminary Statement to a Theory of Attitude Structure and Change*, [w:] S. Koch (red.), *Psychology, a Study of Science*, t. III, cyt. za: S. Nowak, *Pojęcie postawy...*, s. 22.

²⁸ T. Mądrzycki, *Psychologiczne prawidłowości...*, s. 19.

²⁹ Zob. B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 103.

³⁰ S. Nowak, *Pojęcie postawy ...*, s. 43.

³¹ M. Marody, op. cit., s. 19.

społeczno-kulturowy (tradycje, mentalność grupy). Istotną w niej rolę odgrywają zarówno procesy irracjonalne, jak i struktury bazalne osobowości”³². T. Mądrzycki uważa, że dominującą rolę w komponencie poznawczym odgrywa przekonanie, które jego zdaniem jest „intelektualnym stanem pewności o realności lub słuszności jakiegoś przedmiotu lub stanu rzeczy. Przekonania zawierają aspekt oceniający – ocenę realności lub słuszności jakiegoś stanu rzeczy”³³. Niestety, aby wywrzeć wpływ na czyjąś postawę, nie wystarczy przedstawienie komuś faktów (wiedzy), lecz trzeba sprawić, aby odbiorca się do nich (niej) przekonał i wbudował je (ją) w swój indywidualny system przekonań, w komponent poznawczy własnej postawy wobec obiektu, którego te fakty (wiedza) dotyczą (-y).

W kontekście podjętych przeze mnie badań, treść komponentu poznawczego stanowi wiedza studentów na temat istoty transplantologii, rodzajów transplantacji i procedur prawnych związanych z przeszczepianiem narządów. W tym miejscu zasadne jest podkreślenie, że można posiadać wiedzę o tym, że transplantacja serca jest zabiegiem medycznym ratującym życie (wiedza poparta), jak również wiedzę o tym, że „lekarze mogą się pomylić i pobrać organy od żywych jeszcze ludzi”³⁴ (wiedza niemająca poparcia w konkretnych wydarzeniach).

Komponent uczuciowo-motywacyjny przejawia się w postaci emocji związanych bezpośrednio z przedmiotem postawy lub z wyobrażeniami o nim, takimi jak radość lub smutek. Może przyjmować charakter zintelektualizowanych ocen jak: „dobry”, „zły” lub dyspozycji do podjęcia określonych zachowań: „muszę”, „chcę”³⁵. M. Marody uzasadnia łączne traktowanie emocji i ocen jako podwymiarów składnika afektywnego tym, że „(...) mogą one pełnić bardzo podobne funkcje i to funkcje zarówno orientacyjne (określające życiową ważność przedmiotu postawy), jak też i motywacje wyznaczające nasze wobec niego zachowanie”³⁶.

Wprowadzeniem do ustaleń terminologicznych odnoszących się do tego wątku pracy, uczynię słowa S. Nowaka, który postawę definiuje jako: „Postawa pewnego człowieka wobec pewnego przedmiotu jest to ogół względnie trwałych dyspozycji do oceniania tego przedmiotu i emocjonalnego nań reagowania oraz ewentualnie towarzyszącym tym

³² G. Piechaczek-Ogierman, *Postawy zdrowotne uczniów i ich socjokulturowe uwarunkowania*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009, s. 18.

³³ T. Mądrzycki, *Psychologiczne prawidłowości...*, s. 24.

³⁴ Zob. K. Burda, *Transplantacja - organy od żywych ludzi?*, „Newsweek”, <http://nauka.newsweek.pl/transplantacja-organow-czyli-przeszczepy-czy-istnieje-smierc-mozgu>, artykuły, 353 657, 1.html (dostęp: 13.01.2015).

³⁵ Zob. M. Marody, op. cit., s. 17.

³⁶ Ibidem, s. 17.

emocjonalno-oceniającym dyspozycjom względnie trwałych przekonań o naturze i własnościach tego przedmiotu względnie trwałych dyspozycji do zachowania się wobec tego przedmiotu”³⁷. Autor ten wskazuje także, że znaczenie podstawowe dla konstruowania postawy przypada właśnie komponentowi afektywnemu. Zdaniem S. Nowaka jest on „(...) czynnikiem konstytuującym w sensie definicyjnym postawę - która ponadto może, ale nie musi zawierać wiedzę o przedmiocie postawy oraz skryształizowane sposoby zachowania wobec niego”³⁸.

Komponent uczuciowo-motywacyjny pozwala na stwierdzenie czy dana postawa może być określona jako pozytywna czy negatywna wobec danego zjawiska. Wiele postaw można opisać w sposób jednowymiarowy (+,-). Często jednak w komponencie tym pojawia się ambiwalencja. „Ambiwalencja zachodzić może w ramach każdego podwymiaru składnika afektywnego, gdy oceny i emocje wywołane przez obiekt postawy przybierają różne wartości, ze względu na różne aspekty tego obiektu. W innych wypadkach wywoływana jest przez brak zgodności między podwymiarami, które mogą, ale nie muszą posiadać te same znaki”³⁹. Przykładem ilustrującym swoistą ambiwalencję w kontekście transplantacji może być postawa, w której z jednej strony prezentowane jest przychylne stanowisko wobec przeszczepów jako metody ratującej życie ludzkie (które jest postrzegane jako nadrzędna wartość i które należy ratować za wszelką cenę), a z drugiej strony postawa całkowicie negująca przyjęcie ksenoprzeszczepu (nawet gdyby był on jedynym sposobem na ratowanie życia).

Badania potwierdzają, że to właśnie emocje odgrywają znaczną rolę zarówno w uwarunkowaniach kształtowania się indywidualnych decyzji np. o zostaniu dawcą⁴⁰, jak również w kontekście donacji rodzinnych⁴¹, czy społecznym postrzeganiu transplantacji⁴².

³⁷ S. Nowak, *Pojęcie postawy ...*, s. 23.

³⁸ Ibidem, s. 24.

³⁹ M. Marody, op. cit., s. 18.

⁴⁰ Zob. M.K. Hyde, S.R. Knowles, K.M. White, *Donating blood and organs: using an extended theory of planned behavior perspective to identify similarities and differences in individual motivations to donate*, “Health Education Research” 2013, t. 28, nr 6, s. 1092–1104; M.J. Irving, A. Tong, S. Jan, A. Cass, J. Rose, S. Chadban, *Factors that influence the decision to be an organ donor: a systematic review of the qualitative literature*, “Nephrol Dial Transplant” 2012, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22193049> (dostęp: 01.05.2016); J. Żylińska, *Jestem przeciw...*, „Znak” 1998, nr 1, s. 110-111.

⁴¹ Por. M. Święchowicz, *Inni żyją dzięki ich śmierci - dawcy organów i dramaty ich najbliższych*, „Newsweek” 2014, <http://www.newsweek.pl/polska/dawcy-organow-przeszczepy-transplantologia-medycyna-lekarze-pacjen> ci-newsweek-pl,artykuly,283925,1.html (dostęp: 03.01.2015); I. Cymerman, *Doświadczenie jakości życia. Dylematy rodzin osób oczekujących na przeszczep lub będących po transplantacji organu*, [w:] T. Rostowska, I. Janicka (red.), *Psychologia w służbie rodziny*, Łódź 2003; B. Chyrowicz, *Lęki potencjalnego dawcy*, „Znak” 1998, nr 1, s. 103-105.

Dlatego też badając postawy studentów wobec transplantacji szczególną uwagę skupiłam na diagnozie komponentu uczuciowo-motywacyjnego, który tworzą deklarowane przez respondentów motywy, przeświadczenia, oceny oraz uczucia związane z tematyką donacji narządów.

Między zamiarem, deklaracją a czynem często pojawiają się rozbieżności. Przykładem takiej sytuacji jest niespójność między deklaracjami ludzi, co do ich zachowań wobec decyzji donacyjnych, a ich postępowaniem wobec kwestii darowania narządów. Z prowadzonych badań dotyczących „postawy wobec przeszczepiania narządów. Komunikat CBOS”⁴³ wynika, że 96% Polaków aprobuje dawstwo narządów w celu ratowania życia i zdrowia. Podobna tendencja wysokiej aprobaty donacji na poziomie deklaracyjnych zachowań występuje też w społeczeństwach innych krajów Europy i świata⁴⁴.

W 2015 r. w Polsce przeszczep otrzymało 1508 biorców narządów. (...); do krajowej listy osób oczekujących (KLO) zgłoszono 3899 potencjalnych biorców komórek, tkanek i narządów⁴⁵. Rodzi się zatem pytanie: jakie są przyczyny rozbieżności pomiędzy deklarowanym a realnym stanem dawstwa narządów w Polsce?⁴⁶. W tym miejscu mojej pracy chcę jedynie zwrócić uwagę i podkreślić ową deklaratywność zachowań w obrębie komponentu behawioralnego badanych postaw. Jako wyjaśnienie przyjęcia takiego założenia przyjmuję słowa S. Nowaka, który pisze: „Mówiąc o dyspozycjach do zachowania się w określony sposób wobec przedmiotu postawy mamy na myśli to, że w psychice danego człowieka istnieje mniej lub bardziej skryzalizowany program działania wobec przedmiotu postawy. Program ten może być introspekcyjnie postrzegany przez

⁴² K. Kowal, *Między altruizmem a egoizmem. Społeczno-kulturowe uwarunkowania przeszczepów rodzinnych*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2011.

⁴³ Zob. *Postawy wobec przeszczepiania narządów*, komunikat CBOS, M. Feliksiak (oprac.), Warszawa 2012 (lipiec).

⁴⁴ Zob. P.K. Li, C.K. Lin, P.K. Lam i wsp., *Attitudes about organ and tissue donation among the general public and blood donors in Hong Kong*, „Prog. Transplant.” 2001, nr 11 (2), s. 98–103 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11871053> (dostęp: 10.05.2015). Zob. też: B. Scandroglio, B. Dominguez-Gil, J.S. Lopez, M.O. Valentin, M.J. Martin, E. Coll, J.M. Martinez, B. Miranda, M.C. San Jose, R. Matesanz, *Analysis of the attitudes and motivations of the Spanish population towards organ donation after death*, „Transplant International”, s. 1-9, <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Articulos/2011/Transplant%20International-nalysis%20of%20the%20attitudes.pdf> (dostęp: 10.05.2015); J.M. Martinez, A. Martin, J.S. López, *Spanish public opinion concerning organ donation and transplantation*, „Med. Clin.” (Barc) 1995, nr 105 (11), s. 401–406.

⁴⁵ Poltransplant, Biuletyn Informacyjny, nr 1 (24), maj 2016, http://poltransplant.pl/Download/Biuletyn_2016_www.pdf (dostęp: 01.06.2016).

⁴⁶ Zob. M. Perkowska, *Wyzwania społeczne i edukacyjne wynikające z transplantologii: wybrane zagadnienia*, [w:] T. Sosnowski, W. Danilewicz, M. Sobecki (red.), *Pedagog jako animator w przestrzeni życia społecznego*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2016, s. 278.

posiadacza postawy, jako zamiar, pragnienie, dążenie czy poczucie powinności zachowania się w określony sposób wobec przedmiotu postawy. Niekiedy przybiera on postać subiektywnie uświadomionego czy odczuwanego przymusu wewnętrznego, nieomal niemożliwości zachowania się inaczej”⁴⁷. W pracy tego autora zawarta jest także myśl odnosząca się do tego, że postawami o jasno skryształizowanym komponentie behawioralnym są najczęściej te wobec przedmiotów i sytuacji związanych z codziennym doświadczeniem „stanów rzeczy, wobec których te postawy się odnoszą są tak czy inaczej zależne od naszych własnych zachowań, bądź też przynajmniej relacja między nami a przedmiotem postawy zależy od naszych zachowań”⁴⁸. Warto podkreślić jest to, że generalnie tematyka transplantacyjna nie należy do codziennych doświadczeń. W związku z tym postawy wobec tej metody leczenia w dużej mierze mogą mieć formę, w której komponent behawioralny nie został jednoznacznie określony.

Rolę komponentu behawioralnego w badaniach dotyczących postaw zdrowotnych podkreśla G. Piechaczek – Ogierman. Autorka w zrealizowanych badaniach przyjęła za Gerardem Bohnerem i Michael Wanke koncepcję postawy jako konstrukcji tymczasowej, w której jej twórcy definiują co prawda postawę jako strukturę trójkomponentową, lecz jednocześnie zaznaczają, że nie jest konieczne, aby owe trzy komponenty współistniały ze sobą zawsze. „Postawa, bowiem może składać się wyłącznie z komponentu poznawczego i afektywnego”⁴⁹.

Bazując na przytoczonych rozważaniach dostrzegam złożoność roli komponentu behawioralnego w badaniu postaw. W niniejszej dysertacji to zamiary, pragnienia, plany oraz deklarowane działania i zachowania białostockich/podlaskich studentów w zakresie dawstwa narządów tworzą komponent behawioralny postawy wobec transplantacji.

Charakteryzując postawy wobec danego zjawiska czy obiektu, nie tylko należy dokonać analizy pod kątem złożoności komponentów, ale także ich cech. Na wstępie należy określić, co jest przedmiotem danej postawy, do jakich treści odnoszą się uczucia, posiadana wiedza, czy (jeżeli występują) zachowania. Znaczące przy opisie postawy jest określenie jej kierunku (wspominałam już o tym przy okazji rozważań dotyczących komponentu uczuciowo-motywacyjnego). Możemy mówić o postawach pozytywnych wobec transplantacji

⁴⁷ S. Nowak, *Pojęcie postawy...*, s. 30-31, cyt. za: M. Marody, op. cit., s. 20-21.

⁴⁸ S. Nowak (red.), *Teorie postaw*, PWN, Warszawa 1973, s. 49.

⁴⁹ G. Piechaczek-Ogierman, *Postawy zdrowotne uczniów i ich socjokulturowe uwarunkowania*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009, s. 23; zob. też: G. Bohner, M. Wanke, *Postawy i zmiana postaw*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004, s. 17-18.

albo odpowiednio negatywnych, czy też ambiwalentnych⁵⁰. O trwałości postaw, a co się z tym wiąże – ich podatnością na zmiany, decyduje ich siła. Im więcej wskaźników, składających się na daną postawę, grupuje się przy skrajnych kierunkach [postawy bardzo pozytywne czy postawy bardzo negatywne (+, -)] tym silniejsza, a w konsekwencji trudniejsza do zmiany jest dana postawa. Im bardziej wskaźniki ogniskują się w okolicach 0 (neutralności), tym postawa jest słabsza. Omówienie struktury postaw (jej komponentów) stanowi wprowadzenie do tego, aby poddać analizie poziom złożoności postawy. W poszczególnych postawach może występować indywidualny stopień organizacji poszczególnych komponentów. Trwałe postawy to te, które charakteryzują się zwartością, czyli zgodnością między poszczególnymi komponentami pod względem ich złożoności, kierunku i siły. Konstytutywną cechą postawy, według przeanalizowanych definicji, jest jej trwałość. W. Soborski zwraca uwagę, że „pewna trwałość jest nieodzowna, by można było mówić o postawie, lecz zmianie może podlegać przedmiot postawy, co nie pozostaje bez wpływu na samą postawę. Odporność na te zmiany, może być miarą trwałości”⁵¹.

Istotną cechą charakteryzującą postawę jest miejsce, jakie zajmuje ona w systemie wartości danej osoby. Tadeusz Mądrzycki podkreśla, że pewne postawy lub grupy postaw pełniąc centralne miejsce w systemie wartości – modelują zachowania danego człowieka⁵².

Wielość definicji postawy, wynikająca ze złożoności tego pojęcia, przekłada się także na trudności w klasyfikacji postaw.

M. Marody⁵³, powołując się na badaczy postaw (Gordona Allporta, Douglasa Droba, Floyd Nelsona House, Luthera Bernarda, Tadeusza Mądrzyckiego, Stefana Nowaka), wskazała główne systemy klasyfikacyjne postaw. Dominują wśród nich klasyfikacje proste, na przykład:

D. Drob klasyfikuje postawy ze względu na:

- obiekt odniesienia,
- indywidualne lub społeczne znaczenie,
- tego czy są postawami pozytywnymi czy negatywnymi⁵⁴.

⁵⁰ Zob. M. Marody, op. cit., s. 18; zob. też: T. Mądrzycki, *Psychologiczne prawidłowości...*, s. 28.

⁵¹ W. Soborski, op. cit., s. 24.

⁵² Zob. T. Mądrzycki, *Psychologiczne prawidłowości...*, s. 28.

⁵³ M. Marody, op. cit., s. 22-25.

⁵⁴ Zob. D.D. Droba, *The Nature of Attitude*, "The Journal of Social Psychology" 1933, nr 4, s. 444-463.

Z kolei F.N. House wyróżnia postawy:

- typu osobowego,
- typu materialnego,
- dotyczące kultury,
- dotyczące społeczeństwa⁵⁵.

Ten sam autor zaproponował też klasy postaw charakteryzujące się tendencją:

- do unikania,
- do zbliżania się,
- do dominowania,
- do podlegania⁵⁶.

Ponadto pięciostopniowy podział klasyfikacyjny przedstawił Luther Bernard, wyróżniając:

- związki korelatywne standaryzujące zachowanie (dające w efekcie postawy nacjonalistyczne),
- dążenie lub cel (w tej kategorii mieszczą się np. postawy humanitarne),
- wartościujące znaczenie (postawy wyrażające aprobatę lub niechęć),
- obiekty odniesienia (tu autor umieścił jako przykład postawę do pieniędzy),
- odniesienia czasowe (postawy trwałe, zmienne)⁵⁷.

S. Nowak, bazując na swojej trójkomponentowej definicji postawy, dokonał spójnej z nią klasyfikacji. Wyróżnione w niej typy postawy odpowiednio określił jako:

- asocjacje afektywne (postawy z dominującym komponentem afektywnym. Przykładem takiej postawy mogą być te wobec transplantacji. Osoba buduje swoją postawę bazując tylko na emocjach. Praktycznie nie posiada wiedzy na ten temat ani także nie przejawia żadnych zachowań w tym zakresie);
- poznawcze/zintelektualizowane (postawy tego typu składają się z różnej konfiguracji we wzajemnej dominacji dwóch komponentów: afektywnego i poznawczego. Osoba przejawia w swojej postawie emocje związane z donacją komórek, tkanek i narządów

⁵⁵ Zob. F.N. House, "American Journal of Sociology" 1934, t. 40, nr 1, s. 1-11, <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0011392107085037> (dostęp: 06.09.2016).

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Zob. M. Marody, op. cit., s. 23.

jak również dysponuje pewnym zasobem wiedzy-przekonań w tym zakresie. Nie można jednak wyodrębnić przejawów komponentu behawioralnego zachowań w charakteryzowanym obszarze);

- postawy behawioralne (w postawach tego typu dominującą rolę odgrywa komponent behawioralny. Przykładem mogą być postawy osób, które pod wpływem chwilowego, emocjonalnego impulsu biorą udział w organizowanej np. w galerii handlowej akcji promującej dawstwo szpiku. Podejmują określone zachowanie – oddają wymaz, zapisują się do Centralnego Rejestru Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej, ale nie możemy mówić o uaktywnieniu się w tej postawie komponentu poznawczego (często nie wiedzą jak pobiera się szpik, a komponent emocjonalny w tym wypadku tworzy chwilowy impuls);
- postawy pełne (zrównoważony wydzźwięk wszystkich trzech komponentów)⁵⁸.

Klasyfikację złożoną zaproponował z kolei T. Mądrzycki, opierając ją na cechach postaw jako kryterium ich podziału:

- treść przedmiotowa:
 - a. postawy personalne (odnoszące się do osoby lub grupy),
 - b. rzeczowe (odnoszące się do przedmiotów),
 - c. niepersonalne i nierzeczowe (postawy np. wobec norm społecznych);
- zakres:
 - a. jednostkowe (dotyczące jednego przedmiotu),
 - b. ogólne;
- kierunek:
 - a. pozytywne,
 - b. negatywne;
- siła:
 - a. słabe,
 - b. silne;
- złożoność:
 - a. pełne (występują wszystkie komponenty),
 - b. niepełne;

⁵⁸ Zob. S. Nowak, *Pojęcie postawy...*.

- ranga poszczególnych komponentów:
 - a. intelektualne,
 - b. uczuciowo-motywacyjne,
 - c. behawioralne;
- zwartość:
 - a. zintegrowane silnie,
 - b. zintegrowane słabo;
- trwałość:
 - a. trwałe,
 - b. mało trwałe⁵⁹.

M. Marody w dyskusji nad postawami wyróżnia dwa podejścia: „1. Przedmiotowe – gdy badaczka interesuje całokształt zagadnień związanych z postawami wobec określonego obiektu społecznego oraz 2. Jakościowe – gdy interesują go pewne syndromy postaw wobec różnych obiektów; (...) takie jak autorytaryzm, demokratyzm, radykalizm, itp. W pierwszym przypadku same postawy są główny przedmiotem zainteresowania, w drugim – badanie postaw dostarcza materiału do wnioskowania o istnieniu pewnych ogólniejszych zmiennych psychologicznych. W ramach podejścia jakościowego postawy są wskaźnikami innych zmiennych psychologicznych, podczas gdy przy podejściu przedmiotowym są one *indicatum* dla obserwowanych zdarzeń, zachowań, sytuacji itp.”⁶⁰. W badaniach postaw studentów wobec transplantacji pojęcie postawy traktuję jako *indicatum*, czyli wskaźnik empiryczny tego, co podlega badaniu i stanowi ich sedno. Konceptualizując tytułowe pojęcie postaw studentów białostockich uczelni wobec transplantacji (bazując na przytaczanej już definicji postaw T. Mądryckiego⁶¹) – przyjmuję, że jest to: względnie trwała i zgodna organizacja poznawcza, uczuciowo-motywacyjna i behawioralna studentów pierwszych i ostatnich lat medycyny, pedagogiki, prawa i seminarium duchownego wobec szeroko pojętego zagadnienia transplantacji. Badanie postawy studentów wobec transplantacji, dało możliwość rozpoznania przekonań, myśli, wiedzy, emocji oraz zachowań, jakie deklarują respondenci wobec przedmiotu badań. Dokonałam eksploracji badawczej w obszarze wspomnianych trzech komponentów. Adekwatnie zatem – treść komponentu poznawczego stanowi wiedza studentów na temat istoty transplantologii, rodzajów transplantacji i procedur prawnych związanych z przeszczepianiem narządów. Z kolei treść

⁵⁹ M. Mądrycki, *Psychologiczne prawidłowości...*, s. 28.

⁶⁰ M. Marody, op. cit., s. 25.

⁶¹ T. Mądrycki, *Psychologiczne prawidłowości...*, s. 19.

komponentu uczuciowo-motywacyjnego to deklarowane przez respondentów motywy, przeświadczenia, oceny oraz uczucia związane z tematyką donacji narządów. Natomiast komponent behawioralny to zamiary, pragnienia, plany oraz deklarowane działania i zachowania białostockich/podlaskich studentów w zakresie dawstwa narządów.

1.3. Procesualny charakter postaw

Zmiana towarzyszy człowiekowi od zawsze, warunkując rozwój cywilizacyjny. Sydney J. Harris zauważył, że „Naszym paradoksem jest to, że jednocześnie kochamy zmiany i ich nienawidzimy. Tym, czego naprawdę chcemy jest sytuacja, gdy rzeczy pozostają takie same, ale stają się lepsze”⁶². Zmiany dotyczą także postaw. Pomimo tego, że postawa jest określana jako element osobowości człowieka, złożona struktura wewnętrzna, stosunkowo trwała predyspozycja do reagowania lub zachowywania się w określony (przewidywalny) sposób, to jednak może ulegać modyfikacjom, np. przez zdobycie nowych informacji.

Badacze zagadnienia kształtowania postaw uważają, że istotne znaczenie w tym procesie mają czynniki i mechanizmy takie jak: empatia, modelowanie i identyfikacja⁶³. Ponadto T. Mądrzycki uważa, że „na kształtowanie postaw jednostki mają wpływ czynniki zewnętrzne (inne osoby, grupy społeczne, informacje przyjmowane za pośrednictwem środków masowego przekazu) oraz warunki wewnętrzne (potrzeby jednostki, jej wiedza, inteligencja, uprzednio ukształtowane postawy itp.)”⁶⁴.

Procesualny charakter postaw rozumiany jest jako istnienie złożonych, często trudnych do przewidzenia (pomimo generalnych prawidłowości), bardzo zindywidualizowanych procesów kształtowania się postaw oraz ich zmiany⁶⁵. Procesy te, mogą się pokrywać i w praktyce bywają trudne do rozdzielenia. Zwraca na to uwagę Renata Rasińska, pisząc, że „(...) każdy proces może w równej mierze przyczyniać się do zmiany postaw wobec jakiegoś obiektu i odwrotnie – procesy badane zwykle w dziedzinie zmiany postaw występują także w kształtowaniu nowych postaw”⁶⁶.

Bogdan Wojciszke, w swoich rozważaniach na temat kształtowania się nowych jak i zmiany istniejących postaw, mówi o swoistym „poddźwięku”, którego rolę w tych procesach

⁶² Akademia Dobrego Startu Acodos Blog, <http://akados.pl/blog/2014/11/najlepsze-cytaty-zmiana/> (dostęp: 11.07.2016).

⁶³ Zob. W. Soborski, op. cit., s. 20.

⁶⁴ T. Mądrzycki, *Psychologiczne mechanizmy kształtowania się postaw*, PWN, Warszawa 1970, s. 9.

⁶⁵ Zob. G. Böhner, M. Wänke, op. cit., s. 117.

⁶⁶ R. Rasińska, *Analiza wybranych wyznaczników kształtowania postaw prozdrowotnych młodzieży akademickiej*, praca napisana pod kierunkiem naukowym dr hab. Marii Danuty Głowackiej, prof. UM, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2010, s. 63.

odgrywają poszczególne komponenty postawy. Do najważniejszych mechanizmów genezy postawy zalicza: nabywanie przekonań na temat właściwości obiektu, przeżycia emocjonalne związane z danym obiektem, własne zachowania kierowane na ów obiekt oraz możliwość przyjmowania gotowych postaw bądź ich komponentów od innych ludzi⁶⁷.

W mechanizmie kształtowania postaw, wiodąca rola przypisana jest komponentowi poznawczemu. To właśnie przekonania, czyli świadomie wygenerowane opinie na temat obiektu, wpływają na kształtowanie postawy wobec niego. Uzasadnienie dla takiej koncepcji stanowi teoria Martina Fishbeina i Icka Ajzena⁶⁸ zwana modelem postawy doskonale racjonalnej lub teorią uzasadnionego działania. Teoria ta zakłada, że u podstaw ludzkiego zachowania leży posiadana wiedza (procesy poznawcze), a podejmowane działanie jest racjonalne. Kluczowe znaczenie przypisywane jest intencji rozumianej jako świadomy zamiar (np. zmiany jakiegoś zachowania). Barbara Woynarowska definiuje intencję jako „pewną dyspozycję (gotowość) do czasu, gdy zaistnieje odpowiednia sytuacja (np. czas, miejsce), aby zamienić ją w czyn”⁶⁹. Dalej autorka podkreśla, że „intencja podjęcia danego zachowania zależy od postawy wobec tego zachowania, tzn. od tego czy jednostka postrzega je jako dobre, korzystne oraz od subiektywnych przekonań normatywnych, czyli jak znaczące dla niej osoby oceniają to zachowanie, czy je akceptują czy nie (postrzegany nacisk społeczny, aby zachowywać się w pożądanym sposób)”⁷⁰. Pomimo tego, że na podstawie znajomości siły przekonań i implikowanych przez nie ocen częściowych można przewidzieć ogólną postawę wyznawcy tych przekonań wobec danego obiektu, to jednak przewidywania takie zawsze pozostają jedynie pewną prognozą.

W kwestii uwarunkowań konstruowania postaw S. Nowak podkreśla, że poznanie (a co z tym związane przyswajanie nowych informacji) wpływa na budowanie postaw, jednakże wskazuje na pewien istotny problem, który wynika z psychologicznej natury człowieka: „Jednostka broni się przed informacjami, które mogłyby naruszyć strukturę sieci, a takimi są informacje, które w sposób zasadniczy zmieniają stan wiedzy podmiotu o ważnych dlań przedmiotach. Tak więc informacja zmieniająca postawę musi przedrzeć się przez swego rodzaju barierę immunizacyjną, przy pomocy której sieć chroni się przed

⁶⁷ B. Wojciszke, *Postawy i ich zmiana*, [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, J. Strelau (red.), *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003, s. 79.

⁶⁸ Por. J.H. Turner, *Psychologia społeczna. Zachowania społeczne. Aktywność i bierność w zachowaniu społecznym. Motywacje ludzkiego zachowania. Potrzeby. Aspiracje*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.

⁶⁹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik ...*, Warszawa 2007, s. 116.

⁷⁰ Ibidem, s. 116.

zmianą”⁷¹. Kultywowanie utrwalonej postawy na ogół bywa wygodniejsze i łatwiejsze, niż podjęcie wysiłku w celu wypracowania nowej, choćby ta była znacząco lepsza. Ludzie wybierają trwanie przy starych postawach (nawet, jeśli bywają one nieadekwatne) z różnych powodów np. presji czasu, zmęczenia, ograniczenia poznawczego bądź motywacyjnego⁷². Chcę wskazać, że w konsekwencji przyjęcia w dysertacji definicji postawy autorstwa T. Mądrzyckiego, również jego poglądy stanowią podstawę teoretyczną do założeń w moich badaniach. Dotyczy to głównie kontekstu kształtowania i zmiany postaw wobec transplantacji, gdyż „poznanie jednostki wpływa na jej uczucia i tendencje do działania, zaś zmiana komponentu poznawczego jednostki (dotyczącego jakiegoś przedmiotu) zmienia jej uczucia i tendencje do działania”⁷³.

Występującymi najczęściej i stosunkowo najprostszymi mechanizmami generowania postaw są te opierające się na emocjach. Teorie, które tłumaczą owe procesy to: warunkowanie klasyczne, warunkowanie instrumentalne oraz zjawisko ekspozycji⁷⁴. Istotą tych teorii jest korelacja pomiędzy ekspozycją obiektu na bodziec i związane z tym odczuwanie wzmocnień pozytywnych bądź emocji, stanów, doświadczeń negatywnych, co w rezultacie prowadzi do wykształcenia się postawy pozytywnej lub negatywnej względem obiektu⁷⁵.

Rozważając tematykę konstruowania oraz zmiany postaw w kontekście pedagogiki społecznej, należy przywołać teorię społecznego uczenia się Alberta Bandury⁷⁶. Tłumaczy ona proces nabywania nowych zachowań (co jest konsekwencją wykształcenia się postawy) przez obserwację i naśladowanie osób ważnych (np. rodzica, nauczyciela, idola), pełniących rolę modelu. Proces ten został nazwany modelowaniem. Należy podkreślić, że nabywane w ten sposób zachowania mogą mieć charakter pozytywny, jak i negatywny, a w związku z tym tworzyć negatywne lub pozytywne postawy.

Zachowanie człowieka może być katalizatorem do konstrukcji jego postawy. Wyjaśnia to teoria autopercepcji postaw Daryla Bema⁷⁷. Warunkiem koniecznym jest to, aby takie zachowanie nie było warunkowane sytuacją, ale było zależne od nas samych. B. Wojciszke tłumaczy: „Jeżeli zachowujemy się w pozytywny sposób do jakiegoś obiektu to działanie takie staje się przesłanką do wnioskowania, że nasza postawa wobec owego obiektu jest

⁷¹ S. Nowak, *Teorie ...*, s. 118.

⁷² G. Böhrner, M. Wänke, op. cit., s. 125.

⁷³ Zob. T. Mądrzycki, *Psychologiczne prawidłowości...*, s. 9.

⁷⁴ Zob. B. Wojciszke, op. cit., s. 81-82.

⁷⁵ Ibidem, s. 81-82.

⁷⁶ Zob. A. Bandura, *Teoria społecznego uczenia się*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.

⁷⁷ Zob. B. Wojciszke, op. cit., s. 83.

pozytywna, podobnie działania skierowane przeciwko jakiemuś obiektowi prowadzą do wniosku, że go nie lubimy”⁷⁸.

Niezależnie od tego, w jaki sposób postawa danego człowieka powstała, jeżeli jest niewłaściwa, to bazując na wiedzy dotyczącej postaw, można próbować ją zmienić, przekształcić lub wygenerować nową. Oczywiście przy pełnym poszanowaniu woli i wolności danej osoby.

⁷⁸ Ibidem, s. 83

Rozdział 2. Transplantacje – złożoność i wielowymiarowość zjawiska

W prezentowanym rozdziale przedstawiam wielość kontekstów, w jakich należy rozpatrywać przeszczepy. Rozdział rozpoczyna wyjaśnienie kluczowego dla rozprawy pojęcia transplantacji oraz sposobów jego klasyfikacji występujących w literaturze przedmiotu. Zaprezentowany w dalszej części rozdziału rozwój tej metody leczenia, uwypukla jej interdyscyplinarny charakter przez zwracanie uwagi na aspekty prawne, etyczne i religijne dotyczące przeszczepów. Kluczowa, w kontekście celu dysertacji, jest zawarta w tej części pracy kwestia konieczności postrzegania transplantacji jako tematu społecznego, co uważam za niezbędne dla propagowania idei donacji narządów, a przez to dalszego rozwoju transplantacji.

2.1. Pojęcie i rodzaje transplantacji

Transplantacja jest metodą leczenia, umożliwiającą ratowanie zdrowia i życia ludzi, która polega na zastąpieniu niewydolnych narządów lub ich części, zdrowymi. Etymologia terminu transplantacja wywodzi się z języka łacińskiego, gdzie czasownik *transplantare* tłumaczony jest jako czynność przesadzania, szczepienia⁷⁹. Według Romana Górala transplantacja to „wykonanie operacyjnego przemieszczenia tkanki lub całego narządu (przeszczepu) w przypadku określonych stanów chorobowych z jednego miejsca w drugie u tego samego człowieka lub od jednego człowieka (dawcy) do drugiego (biorcy), które ma na celu uzupełnienie ubytku lub przywrócenie czynności”⁸⁰. Ważny sposób definiowania transplantacji odnaleźć można w Uchwale Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2008 roku stwierdzający, że transplantacja „jest to potrzebna, skuteczna i bezpieczna metoda leczenia stanowiąca dla wielu pacjentów jedyną szansę na przedłużenie życia”⁸¹. Na spójne rozumienie transplantacji wskazuje jej zdefiniowanie zawarte w dokumentach unijnych, między innymi w dyrektywie Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej z 2004 roku, w której wskazano, że „transplantacja tkanek i komórek ludzkich jest prężnie rozwijającą się dziedziną medycyny, dającą ogromne możliwości leczenia chorób dotychczas nieuleczalnych”⁸². Władysław Kopaliński podkreśla, że „transplantacja to przeszczepienie,

⁷⁹ E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 29.

⁸⁰ R. Góral (red.), *Zarys chirurgii. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 1987, t. 1, s. 154.

⁸¹ Zob. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2008 r. w sprawie akceptacji transplantacji jako metody leczenia, [http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/593_u/\\$file/593_u.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie6.nsf/nazwa/593_u/$file/593_u.pdf) (dostęp: 11.01.2017).

⁸² Dyrektywa 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich, Dziennik Urzędowy L 102, 07/04/2004 s. 0048 – 0058, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32004L0023&from=PL> (dostęp: 11.01.2017).

przemieszczenie jakiegoś narządu albo jego części w obrębie jednego osobnika lub z osobnika na osobnika w obrębie tego samego gatunku albo pomiędzy różnymi gatunkami”⁸³. Takie ujęcie definicyjne uwzględnia ksenotransplantacje (określaną także jako transplantacje ksenogeniczną, ksenogenetyczną, heterogeniczną, heterologiczną a także heterotransplantacją) – rodzaj transplantacji, w których biorcą jest człowiek a dawcą zwierzę.

Ewa Guzik-Makaruk, w rozważaniach dotyczących analizowanego pojęcia, zwraca uwagę na definicję zaprezentowaną przez G. Kaisera w latach 60. XX wieku. Autor stwierdził w niej, że do przeprowadzenia transplantacji mogą być użyte części z głęboko zamrożonego ciała ludzkiego⁸⁴. Ewa Guzik-Makaruk, uwzględniając aspekty natury moralnej, etycznej i prawnej tej kontrowersyjnej definicji, podkreśla, że cel transplantacji, jakim jest leczenie, nie wyklucza eksperymentów w związku z czym w przyszłości te futurystyczne założenia G. Kaisera mogą stać się realne, a tym samym zmodyfikować obowiązujący obecnie sposób tłumaczenia tego, czym jest transplantacja.

Transplantacja nie jest jednorodną metodą leczenia. W literaturze przedmiotu prezentowane są różne sposoby klasyfikacji podejmowanych czynności transplantacyjnych. Zaprezentowane przez Dawida Piaskowskiego dwie klasyfikacje: autorstwa Rafała Kubiaka i E. Guzik-Makaruk tworzą komplementarny system, w którym R. Kubiak klasyfikuje transplantacje, wyróżniając podział:

- ze względu na zgodność genetyczną przeszczepianego materiału;
- ze względu na miejsce, w którym umieszczany jest implantowany materiał;
- ze względu na rodzaje wszczepianego materiału;
- ze względu na źródło pochodzenia materiału⁸⁵.

E. Guzik-Makaruk rozbudowuje zaprezentowane zestawienie dodając do niego rodzaje transplantacji zróżnicowane ze względu na:

- posiadanie funkcji regeneracyjnych przeszczepianych komórek, tkanek i narządów;

⁸³ W. Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem*, <http://www.slownik-online.pl/cgi-bin/search/?charset=utf-8&words=transplatacje&Submit=Szukaj> (dostęp: 26.06.2017).

⁸⁴ Zob. G. Kaiser, *Kunsliche Insemination und Transplantation*, [w:] H. Göppinger (red.), *Arzt und Recht : Medizinisch-juristische Grenzprobleme unserer Zeit*, München 1966. Cyt. za E.M. Guzik-Makaruk, op.cit., s. 29.

⁸⁵ D. Piastowski, *Śmierć osobnicza (mózgowa) jako przesłanka dopuszczalności przeszczepu ex mortuo*, „Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM” 2016, nr 6, s. 162.

- funkcję transplantatu;
- przedmiot transplantacji⁸⁶.

Możliwość przeszczepiania komórek, tkanek i narządów akcentuje kryterium podziału ze względu na przedmiot transplantacji, który może stanowić:

- pobranie i przeszczepienie komórek (np. krwiotwórczych);
- pobranie i przeszczepienie tkanek (np. szpiku kostnego);
- pobranie i przeszczepienie narządów (np. płuc, wątroby, serca, nerek, jelit)⁸⁷.

W tym miejscu warto podkreślić wyjaśnienia E. Guzik-Makaruk o tym, że „transplantacja organu zawsze jest zarazem transplantacją tkanek i komórek, przeszczep tkanek jest jednocześnie przeszczepieniem komórek, ale już nie odwrotnie. Jeśli przeszczepia się pojedyncze komórki, nie jest to równoznaczne z przeszczepieniem tkanki czy organu, przeszczepiając zaś tkankę nie dochodzi do przeszczepiania organu”⁸⁸.

Transplant może zostać pobrany zarówno od dawcy zmarłego (i takich pobrań w Polsce jest najwięcej) jak i żywego. Prezentowanym jako drugie kryterium podziału jest to uwzględniające pochodzenie transplantu:

- *ex mortuo* – komórki, tkanki i narządy pobierane są ze zwłok;
- *ex vivo* – dawcą komórek, tkanek lub narządów jest żywy organizm.

W przypadku dawców żywych rozróżnia się:

- dawców spokrewnionych (np. rodzice, dzieci, rodzeństwo);
- dawców niespokrewnionych (małżeństwo, osoby bliskie, osoby obce)⁸⁹.

Prezentowane kryterium podziału transplantacji w sposób szczególny dotyczy aspektów społecznych związanych z zabiegami transplantacyjnymi. Odnosi się zarówno do wyrażenia zgody lub sprzeciwu wobec donacji, jakie wyrażają dawca lub członkowie jego rodziny, jak również do uregulowań prawnych. Dawid Piaskowski nobilituje ten sposób klasyfikacji transplantacji jako najistotniejszy, „ponieważ ustawodawca przewidział

⁸⁶ Ibidem, s. 162.

⁸⁷ E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 29.

⁸⁸ Ibidem, s. 32.

⁸⁹ Ibidem, s. 32.

dotatkowe rozwiązania prawne w postaci katalogu warunków, które dla obu rodzajów transplantacji są odmienne i decydują o legalności dokonania przeszczepu”⁹⁰.

Trzecim systemem podziału transplantacji, który przybliżyć jest ten, w którym uwzględnia się możliwości regeneracyjne transplantu. Wyróżnia się:

- transplanty regenerujące się np. szpik kostny;
- transplanty nieposiadające zdolności regeneracyjnych np. nerka⁹¹.

Transplantacje rozróżnia się także pod kątem genetycznym, ujmując różnicę genetyczną pomiędzy dawcą i biorcą transplantu. Istnieje możliwość transplantacji:

- autogenicznych (inaczej określanych jako transplantacje autochtoniczne, autologiczne czy autotransplantacje), czyli takie, w których występuje całkowita zgodność genetyczna, gdyż dawca i biorca jest tą samą osobą (np. przeszczepianie płatów skóry w obrębie jednego organizmu);
- syngenicznych (inaczej określanych jako transplantacje syngenetyczne, izogeniczne, izologiczne czy izotransplantacje), czyli takich, w których dawca i biorca cechują się identycznością genetyczną – jednojajowe bliźnięta;
- alogenicznych (inaczej określanych jako transplantacje alogenetyczne, homogeniczne, lub homologiczne) jest to najczęściej spotykany typ transplantacji. Dawca i biorca różnią się pod względem genetycznym, jednakże należą do tego samego gatunku (np. przeszczep serca od nieżyjącego dawcy);
- ksenogenicznych (inaczej określanych jako transplantacje ksenogenetyczne, heterogeniczne lub heterologiczne), budzących najwięcej kontrowersji, gdyż pomiędzy dawcą i biorcą istnieją duże różnice genetyczne, wynikające z ich przynależności do odrębnych gatunków (np. transplantacje odzwierzęce)⁹².

⁹⁰ D. Piastowski, op. cit., s. 164.

⁹¹ Zob. E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 32.

⁹² Ibidem, s. 31.

Zgodność miejsca eksplantacji (pobrania) i implantacji (wszczepiania) stanowi kolejny wyznacznik podziału transplantacji na:

- izotopową, czyli tę, w której występuje zgodność tkankowa (histologiczna) jak i zgodność miejsca przeszczepienia (np. alogeniczny przeszczep nerki)⁹³;
- ortotopową, czyli tę, w której nie jest wymagana zgodność histopatologiczna, natomiast transplant jest wszczepiany w miejsce, z którego wcześniej usunięto narząd niewydolny (np. zastawki serca)⁹⁴;
- heterotopową, czyli tę, w której nie występuje zgodność dotycząca anatomicznego położenia organu⁹⁵ (np. transplantacja trzustki - narząd wszczepia się w obrębie miednicy – po wewnętrznej stronie talerzy kości biodrowych. Anatomicznie trzustka położona jest w górnej części jamy brzusznej).

Ewa Guzik-Makaruk wyjaśnia typizację transplantacji ze względu na funkcję jaką w organizmie biorcy ma spełniać przeszczepiony narząd. Autorka wyróżnia transplantacje:

- alowitalną, w której zadaniem przeszczepionej tkanki lub narządu jest „uzyskanie pełnej funkcjonalnej zdolności i żywotności”⁹⁶ w organizmie biorcy;
- alostatyczną, czyli „dążącą do mechanicznego i ograniczonego w czasie utrzymania funkcji”⁹⁷ przeszczepu;
- pomocniczą (subsidiarną), w której funkcją transplantu jest wspomaganie niewydolnych narządów biorcy;
- substytutywną, w której przeszczep „ma w pełni zastąpić niezdolny do wykonywania swoich funkcji narząd biorecy”⁹⁸.

⁹³ Ibidem, s. 31.

⁹⁴ D. Piastowski, op. cit., s. 163.

⁹⁵ E.M. Guzik-Makaruk, op. cit. s. 31.

⁹⁶ Ibidem, s. 31.

⁹⁷ Ibidem, s. 31.

⁹⁸ Ibidem, s. 31.

Dawid Piaskowski w zaprezentowanej systematyzacji transplantacji wskazuje także na znaczenie rodzaju materiału wszczepianego transplantu:

- transplantację biowitalną, czyli taką w czasie, której wszczepiany jest żywy narząd, w konsekwencji podejmujący swe fizjologiczne funkcję w organizmie biorcy;
- transplantację biostatyczną, czyli taką, w której wykorzystany zostaje spreparowany materiał⁹⁹.

Transplantologia jest nauką charakteryzującą się niebywałą dynamiką rozwoju, w związku z czym mam świadomość, że zaprezentowane w tym rozdziale sposoby definiowania i klasyfikacji transplantacji będą aktualne krótkiej perspektywie czasowej.

2.2 Geneza i rozwój transplantacji

Poszukując czynników, które stanowiły fundament do rozwoju współczesnej formy przeszczepów komórek, tkanek i narządów, natrafiłam na sferę, mającą niewiele wspólnego z nauką. Początku transplantacji, dziś jednej z najprężniej rozwijających się gałęzi zabiegów medycznych, uważanej przez 59% społeczeństwa za największe dobro jakie przyniósł ludzkości XX wiek¹⁰⁰ (warto podkreślić, że w przytoczonym badaniu przeszczepy zajęły pierwsze miejsce wyprzedzając wynalezienie antybiotyków, komputerów czy upowszechnienie edukacji), należy upatrywać w sferze wierzeń, mitów i legend. Za zasadne uznałam rozpocząć rozważania od spostrzeżenia, że „niektórzy autorzy kuszą się o przewrotne stwierdzenie, iż transplantacja organów nie jest produktem naszych czasów, gdyż już biblijna Ewa powstała z żebra Adama, co uwydatnia sens darowania organów”¹⁰¹. Kontynuując ten wątek należy podkreślić, że kontekst transplantacyjny pojawia się wielokrotnie w historii religii chrześcijańskiej. Otacza go atmosfera cudu, poświęcenia oraz czynienia dobra. Ewangelia św. Łukasza podaje, że Jezus w noc swego pojmania dokonał „cudu transplantacyjnego”, przywracając odcięte w czasie walki ucho rzymskiemu żołnierzowi: „Szymon Piotr mając przy sobie miecz dobył go, uderzył sługę arcykapłana i uciął mu prawe ucho. A (Jezus) dotknąwszy ucha jego, przyprawił je...”¹⁰². Umiejętność

⁹⁹ D. Piastowski, op. cit., s. 163; Zob. R. Kubiak, *Prawo medyczne*, wyd. 2, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2014, s. 522.

¹⁰⁰ Centrum Badania Opinii Społecznej, *Co dobrego przyniósł światu XX Wiek? Komunikat z Badań*, BS/183/99, Warszawa 1999, s. 1, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/1999/K_183_99.PDF (dostęp: 15.08.2016).

¹⁰¹ E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 25.

¹⁰² Łuk. 22, 51, Jan 18, 10.

czynienia takich cudów, przypisywana była także później niektórym z wyznawców Chrystusa, jak chociażby świętemu Piotrowi, który przywrócił utracone w czasie męczeńskiej śmierci piersi świętej Agacie, czy świętemu Markowi, który przyszył rękę żołnierzowi. Za świętych patronów medycyny transplantacyjnej uznawani są Kosma i Damian. Wędrowni lekarze, którym przypisywanych jest wiele cudownych dokonań medycznych, w tym także to najistotniejsze, jakim było przeszczepienie kończyny. Jak to często z legendami bywa istnieją pewne rozbieżności, co do szczegółów tej historii. Według jednego z przekazów święci amputowali chorą na nowotwór nogę dozorca rzymskiej bazyliki przeszczepiając w jej miejsce kończynę, której dawcą był zmarły, pobożny Etiopczyk¹⁰³. Inne źródła podają, że biorcą był sam Justynian cesarz bizantyjski¹⁰⁴. Ta średniowieczna legenda stała się inspiracją także artystyczną, czego dowodem jest datowany na XV wiek obraz *Uzdrowienie Justyniana przez świętych Kosmę i Damiana* autorstwa Guido di Pietro da Mugello, znanego jako Fra Angelico, który można podziwiać w Muzeum San Marco we Florencji.

Rycina 1. Uzdrowienie Justyniana przez świętych Kosmę i Damiana



Źródło: Guido di Pietro da Mugello, *Uzdrowienie Justyniana przez świętych Kosmę i Damiana*, <http://www.wikiart.org/en/fra-angelico/the-healing-of-justinian-by-saint-cosmas-and-saintdamian> 1440 (dostęp: 15.08.2016).

„Cudowna transplantacja” pojawia się także na dalszych kartach historii Kościoła katolickiego. Matka Boska miała przywrócić rękę papieżowi Leonowi I Wielkiemu, który sam odciął ją sobie po tym, gdy pocałowany w nią przez kobietę odczuł pożądanie. Podobnego cudownego zabiegu (replantacji kończyny) według legendy dokonał święty

¹⁰³ K. Kowal, op. cit., s. 17.

¹⁰⁴ S. Chmiel., *Společne i kulturowe bariery dawstwa narządów w opinii koordynatorów transplantacyjnych*, praca doktorska napisana na Uniwersytecie w Białymstoku w 2014r, s. 26, dostęp: (20.08.2015) http://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/2685/1/Chmiel_Sylwia_doktorat.pdf.

Antoni z Padwy. Uzdrawienia dostąpił także chłopiec, który targany wyrzutami sumienia po kopnięciu matki, odciął sobie nogę¹⁰⁵.

Historia myśli okołotransplantacyjnej wyraźnie zaznaczona została w starożytnych mitach i legendach¹⁰⁶. Wyrażona przez chęć udoskonalania siebie, własnego ciała zdaje się towarzyszyć człowiekowi od samego początku istnienia gatunku ludzkiego. Janusz Skalski¹⁰⁷ wskazuje na inspirację jaką mogło być, w kontekście tworzenia lepszej wersji człowieka, szczepienie i krzyżowanie roślin. Modyfikacje, mające na celu udoskonalenie ludzkiego ciała w atrybuty mocy, władzy, mądrości, wiecznego zdrowia, możliwości przetrwania, a nawet nieśmiertelności, mogły być podstawą do powstania mitów o harpiach, chimerach, sfinksach, centaurach, syrenach, satyrach i diabłach, ale także przynależnych prorokom i bogom, nadprzyrodzonym zdolnościom do „przyprawiania” utraconych organów ciała”¹⁰⁸. Staroegipskie papirusy zawierają inskrypcje, według których kolebką pierwszych przeszczepów były Indie. Na rok 600 p.n.e. datowana jest publikacja pt. *Sushruta Samhita* autorstwa Acharya Sushruta¹⁰⁹. Zawiera ona szczegółowe opisy przeszczepów autologicznych, stanowiących skuteczną metodę rekonstrukcji nosów i uszu. Warte odnotowania jest to, że w ówczesnym systemie prawnym amputacja właśnie tych części ciała stanowiła najczęściej wymierzaną karę. Operacja odbudowy opierała się na przeszczepie części skóry pochodzącej z czoła czy też z policzka. Natomiast w przypadku rekonstrukcji nosa zalecano także udrożnienie dróg oddechowych przez wprowadzenie dwóch rurek drewnianych¹¹⁰.

Pierwsze udokumentowane zabiegi transplantacyjne dotyczyły płynnej tkanki jaką jest krew. Katarzyna Kowal, pisząc o wczesnych eksperymentach transplantacyjnych, podaje, że pierwszy autentyczny opis transfuzji krwi pochodzi z 1482 rok. Biorcą był papież Innocenty VIII, dla którego krew i w konsekwencji życie oddali trzej młodzieńcy. Zabieg ten nie przyczynił się do uratowania życia duchownego, w konsekwencji doprowadził do zaniechania tego typu eksperymentalnych zabiegów na przeszło 200 lat. Impas próbował przełamać 15

¹⁰⁵ Za K. Kowal, op. cit., s. 17.

¹⁰⁶ Zob. N.L. Tiney, *Transplant. From Myth to Reality*, New Haven – London 2003, s. 4-11.

¹⁰⁷ J. Skalski, *Historia przeszczepiania narządów*, „Magazyn Medyczny CX-News” 2009, nr 2(28), <http://www.cxnews.pl/historia-przeszczepiania-narzadow,201.html> (dostęp: 15.08.2016).

¹⁰⁸ Ibidem.

¹⁰⁹ Zob. Angielskie tłumaczenie Samhicie Sushruta, na podstawie oryginalnego tekstu sanskryckiego. Edytowane i opublikowane przez Kaviraj Kunja Lal Bhishagratna <https://archive.org/details/englishtranslati00susruoft> (dostęp: 15.08.2016).

¹¹⁰ A. Krygier, *Silikonowe nienaturalne piękno?... Historia chirurgii plastycznej*, <http://historia.org.pl/2013/09/09/silikonowe-nienaturalne-piekno-historia-chirurgii-plastycznej/> (dostęp: 10.06.2016).

czerwca 1667 roku w Paryżu, profesor filozofii i matematyki– Jean Baptiste Denis, który podjął próbę ratowania życia chłopca, przy pomocy przetoczenia krwi jagnięcia. Pomimo tego, że zabieg zakończył się sukcesem i chłopiec wyzdrowiał, to kolejne zabiegi ratowania życia pacjentów kończyły się niepowodzeniem. Czwarty leczony w ten sposób pacjent innowacyjnego medyka zmarł¹¹¹. W konsekwencji papież Klemens IX wydał rozporządzenie zakazujące dokonywania przetaczania krwi. Nowe otwarcie nastąpiło dopiero w XIX w. James Blundell rozpoczął serię eksperymentalnych badań naukowych na psach. W 1818 roku opublikował pierwszy ze swych artykułów zawierający efekty podjętych badań¹¹² i promujących idee przetaczania krwi jako metody terapeutycznej. Był także twórcą pierwszego zestawu do transfuzji krwi.

Wiele źródeł naukowych podaje nazwisko Blundella jako ojca krwiolecznictwa. Renata Paliga twierdzi, że „Artykuł Jamesa Blundella o transfuzji krwi, opublikowany w 1818 roku, opisywany jest we współczesnych opracowaniach polskich i zagranicznych jako wydarzenie decydujące o zainteresowaniu transfuzją krwi w XIX wieku. Data tej publikacji podawana jest również w opracowaniach naukowych polskich i zagranicznych jako pierwsze przetoczenie krwi ludzkiej w celu ratowania życia, zakończone powodzeniem terapeutycznym w XIX wieku. Bezkrytycznie powtarza się informację o zakończonej sukcesem transfuzji wykonanej z przyczyn położniczych. Jest to obecnie najpopularniejszy błąd powielany w opracowaniach o historii transfuzjologii dotyczącej tego tematu”¹¹³.

Przeszczepianie, ale trafniejszym słowem jest transfuzja tkanki, jaką jest krew, obecnie jest standardowym zabiegiem medycznym. Ten typ przeszczepień regulowany jest odrębną ustawą prawną¹¹⁴, z jednoczesnym wykluczeniem z tzw. ustawy transplantacyjnej. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów¹¹⁵ w art. 1 ust 2 stwierdza: „Przepisów ustawy nie stosuje się do:

¹¹¹ Zob., *Jakie były początki krwiodawstwa i krwiolecznictwa*, Instytut Hematologii i Transfuzjologii, <http://www.darkrwi.info.pl/porta1/pokaz/23/jakie-byly-poczatki-krwiodawstwa-i-krwiolecznictwa.html> (dostęp: 16.08.2016).

¹¹² Zob. M. Homolicki, *Doświadczenia względem przelewania krwi (transfusio) za pomocą spryzy, czynione na psach*, „Dziennik Medycyny, Chirurgii i Farmacji” 1822, t. 1, nr 2, s. 267-280.

¹¹³ R. Paliga, *Krwiolecznictwo i Krwiodawstwo w medycynie polskiej XIX i XX wieku (1830-1951) od Powstania Listopadowego do utworzenia Instytutu Hematologii*, Praca na stopień doktora nauk medycznych. Promotor Prof. UM dr hab. med. Roman K. Meissner, Poznań 2012 s. 25, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/245832/index.pdf> (dostęp: 16.08.2016).

¹¹⁴ Zob. Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, Dz. U. z 1997 r. Nr 106 poz. 681.

¹¹⁵ Dz. U. z 2015 r. poz. 793.

- pobierania, przeszczepiania komórek rozrodczych, gonad, tkanek zarodkowych i płodowych oraz narządów rozrodczych lub ich części;
- pobierania, przechowywania i dystrybucji krwi do celów jej przetaczania, oddzielenia jej składników lub przetworzenia w leki”¹¹⁶.

W związku z powyższym rozważania na temat roli krwi w genezie transplantologii na tym zakończę.

Rok 1771 to przełomowe dla transplantologii odkrycie, jakiego dokonał John Hunter. Badacz ten prowadził eksperymenty z wiązane z przeszczepianiem zębów. Najpierw wszczepił ludzki ząb w grzebień koguta. Sukces (przyjęcie się transplantu) zaowocowało kolejnym eksperymentem, w którym Hunter dokonał implantacji zęba przedtrzonowego człowiekowi. Wnioski, jakie badacz wyciągnął z prowadzonych badań, stanowiły przysłowiowe zielone światło dla rozwoju transplantacji, a ujmując je w jedno zdanie, brzmiały tak: „wszystkie żywe tkanki mają zdolność zrostu po ich silnym zespoleniu”¹¹⁷.

Pierwszego przeszczepu skóry między dwojgiem ludzi w celu rekonstrukcji nosa, dokonał w 1818 roku Joseph C. Carpue. Wykorzystując założenia indyjskich metod, wnioski z badań prowadzonych przez Gasparo Tagliacozzi z 1557 roku (to on zaobserwował, że skóra ludzka przeniesiona z biorcy na dawcę szybko obumiera) czy Giuseppe Baronio, który prowadząc badania na zwierzętach odkrył, że lepiej przyjmują się przeszczepy autogenne (w obrębie jednego gatunku) przyczynił się, jak to określa K. Kowal, do zrewolucjonizowania chirurgii plastycznej w Europie i Ameryce¹¹⁸.

Dziewiętnasty wiek był to okres, w którym ludzkość nie tylko doczekała się udanego przeszczepu między ludźmi, ale też czas, w którym towarzyszące człowiekowi od zarania dziejów pytania o granice życia, pragnienie pokonania śmierci, znalazły wyraz w pierwszej, a jednocześnie inspirującej wielu po dziś dzień, powieści fantasty – *Frankenstein*¹¹⁹, którą dziewiętnastoletnia wówczas Mary Shelley opublikowała w 1818 roku. Pobudzająca wyobraźnię pokoleń przerażająca fabuła opowiada o opętanym wizją pokonania śmierci szwajcarskim przyrodniku Wiktorze Frankensteinie i jego „dziele życia” – złożonej z ludzkich szczątków, pobudzonej do życia energią pioruna istocie. Także fantazje – tym razem senne – towarzyszyły „praojcowi idei przeszczepów Alexisowi Carell, który już w roku

¹¹⁶ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów Dz. U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411.

¹¹⁷ W. Rowiński, *Wprowadzenie. Historia medycyny transplantacyjnej*, [w:] W. Rowiński, J. Wałaszewski, L. Pączek (red.), *Transplantologia kliniczna*, Warszawa 2004, s. 22. Cyt. za K. Kowal, op. cit., s. 18.

¹¹⁸ K. Kowal, op. cit., s. 18.

¹¹⁹ M. Shelley, *Frankenstein*, tłum. M. Płaza, Wydawnictwo Vesper, Poznań 2013.

1900 śnił sen o wymianie za pomocą operacji nieuleczalnie chorych narządów na zdrowe. Tak właśnie głosił dr Izydor Duclos podczas wykładu w Brukseli w grudniu 1949 roku, a owo marzenie z roku na rok stawało się coraz bardziej rzeczywiste”¹²⁰. Dokonując licznych transplantacji narządów i kończyn u psów, Carrell doskonalił swoje umiejętności chirurgiczne. Zwieńczeniem tego było przyznanie mu w 1912 roku Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny, za opracowanie metody łączenia naczyń krwionośnych, tzw. szwu Carella¹²¹.

Joseph Murray dokonał 23 grudnia 1954 roku pierwszego, udanego przeszczepienia nerki między bliźniętami jednojajowymi – co wymaga szczególnego podkreślenia. Biorca przeżył potem jeszcze siedem lat. W tym przypadku operacja była wielkim sukcesem, który został wyróżniony w 1990 roku Nagrodą Nobla za odkrycia w dziedzinie przeszczepiania narządów i komórek jako klinicznej metody terapii.

Medycy doskonalili się w swoich umiejętnościach technicznych niezbędnych przy przeszczepach. Pomimo niewątpliwego sukcesu Murraya, sarkastyczne, lecz dobrze oddające ówczesny stan medycyny transplantacyjnej, jest powiedzenie „operacja się udała, pacjent zmarł”. Prowadzone badania, eksperymenty naukowe, pionierskie zabiegi operacyjne zarówno na zwierzętach (do przeszczepów serca wykorzystywano te o zbliżonej budowie anatomicznej, czyli psów głównie rasy labrador, szympansów i świń) jak i ludziach, pozwoliły na postawienie kluczowego pytania o przyczynę odrzucania przez organizm biorcy transplantu.

Ważne w rozwoju medycyny transplantacyjnej było odkrycie umożliwiające przełamanie ludzkiej bariery immunologicznej. Karl Landsteiner i Aleksander R. Weiner w 1900 roku opisali zasady rozróżniania grup krwi ludzkiej oraz antygenów RH, za co w 1930 roku zostali uhonorowani Nagrodą Nobla¹²².

Przełomowe badania nad odrzutami przeszczepów prowadzone były przez Franca Macfarlanea Burneta i Petera Briana Medawar. Udowodnili oni, że to immunologiczna reakcja organizmu biorcy odpowiada za odrzucenie transplantu. Za to dokonanie otrzymali Nagrodę Nobla w 1960 roku. Pierwszym pomysłem badaczy na zapobieganie odrzuceniu przeszczepu było naświetlanie pacjentów promieniami Roentgena. Terapia ta wprawdzie spełniała oczekiwania lekarzy, co do osłabienia systemu odpornościowego pacjenta, minimalizując ryzyko odrzutu przeszczepu, jednocześnie prowadziła do wyniszczenia jego

¹²⁰ E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 27.

¹²¹ Zob. J. Turnej, *Ślady Frankensteina*, Warszawa 2001, s. 119-127.

¹²² W. Rowiński, *Wprowadzenie...*, s. 24.

organizmu często kończącego się zgonem. Nadzieję zaczęto pokładać w wynalezieniu odpowiedniego leku. Intensywne wysiłki badaczy doprowadziły do odkrycia 6-merkaptopuryny, ogłoszonego w 1959 roku przez Roberta Schwartza i Williama Damesheka, syntetyku wykazującego pewne działanie immunosupresyjne (blokujące układ odpornościowy). Jednakże substancją, która zrewolucjonizowała transplantologię, była dopiero cyklosporyna, której wdrożenie do leczenia immunosupresyjnego pozwoliło na bezpieczne przeszczepianie narządów, czyniąc z niego rutynową metodę leczenia”¹²³.

Rok 1964 jest czasem szczególnym w historii transplantacji. Z jednej strony ugruntowującym pozycję tej metody leczenia (w skali globu wykonano ok. 250 przeszczepień nerek)¹²⁴, z drugiej jak nigdy wcześniej sytuującym transplantację w przestrzeni problemów społecznych. Ciężko chorzy pacjenci, dla których jedynym ratunkiem było przeprowadzenie przez lekarzy transplantacji, zazwyczaj umierali tuż po operacji lub w niedługim czasie. Z dzisiejszej perspektywy, gdy przeszczepy stanowią ugruntowaną metodę terapeutyczną, przynoszącą w realny sposób „nowe życie”, wiadomo, że nie był to wysiłek i poświęcenie daremne, a tylko umożliwiający dalszy rozwój tej dziedziny medycyny. Zasadne jednak jest wyraźne podkreślenie, że „transplantologia to dziś jedna z najbardziej obiecujących dziedzin medycyny” (...), ale także „jedna z budzących najbardziej skrajne emocje”¹²⁵. Zatem tym łatwiej wyobrazić sobie, że gdy w roku 1964 James D. Hardy, by ratować pacjenta, dla którego nie ma odpowiedniego ludzkiego narządu, podjął się pierwszego udokumentowanego na świecie przeszczepienia człowiekowi serca szympansa, które okazało się niewydolne, trudno było mówić o entuzjazmie społecznym dla dalszych badań w tej dziedzinie¹²⁶. „Większość specjalistów i ekspertów ze świata medycyn była przeciwna przeszczepianiu serca. Kiedy na sympozjach naukowych omawiano efekty przeszczepień tego narządu u zwierząt często padały argumenty marnotrawienia pieniędzy na rzeczy absolutnie fantastyczne, absurdalne, nierokujące w gruncie rzeczy bezsensowne”¹²⁷.

Historia transplantacji to przede wszystkim pierwszy przeszczep serca, to społeczna fala entuzjazmu dla tego typu terapii dzięki lekarzowi Christiaanowi Barnardowi. Trzeciego grudnia 1967 roku Ch. Barnard w Kapsztadzie wraz z zespołem chirurgów przeprowadził pierwszą transplantację ludzkiego serca. Warto podkreślić, że emocje społeczne towarzyszące tej transplantacji, dodatkowo karmiły się tym, iż ten pierwszy zabieg nie gwarantował

¹²³ K. Kowal, op. cit., s. 20.

¹²⁴ Zob. M.B. Michalik (red.), *Granice medycyny. Transplantacje problemem etycznym*, „Kronika medycyny”, Warszawa 1994, s. 511.

¹²⁵ P. Wasilewski, *Miedzy życiem a śmiercią*, „Polityka Niezbędnik Inteligenta” 2015, nr 1, s. 69.

¹²⁶ J. Duda, *Transplantacja w prawie polskim. Aspekty kryminologiczne*, Kraków 2004, s. 24.

¹²⁷ S. Chmiel, op. cit. s. 29.

anonimowości biorcy ani także dawcy. Pod koniec lat 60. XX wieku światowa transplantologia przeżywała powszechną i niekłamaną akceptację¹²⁸.

„Prawdziwa historia transplantacji organów nie jest zbyt długa z powodzeniem można stwierdzić, że sięga XX wieku, w którym nastąpił radykalny rozwój tej dziedziny medycyny”¹²⁹.

Wątkiem często pomijanym w opracowaniach dotyczących genezy transplantacji jest zagadnienie związane z przeszczepianiem komórek krwiotwórczych, nazywanym przeszczepem szpiku. W związku z faktem, że w polskim systemie prawnym kwestie związane z tego typu przeszczepem regulowane są przez jedną ustawę¹³⁰, uznałam za zasadne włączenie także tego zagadnienia do rozważań na temat genezy transplantacji. „Transplantacja szpiku kostnego (BMT) jest coraz częściej stosowaną metodą leczenia chorób, które do niedawna uważano za nieuleczalne, zwłaszcza chorób rozrostowych układu krwiotwórczego. Transplantacja jest często jedynym sposobem przedłużenia życia i szansą na całkowite wyleczenie. Ten sposób postępowania, który w pewnych przypadkach jest już standardem leczenia, dotyczy, oprócz przeszczepu samego szpiku, także przeszczepiania macierzystych komórek krwiotwórczych izolowanych z krwi obwodowej (PBSCT) i przeszczepiania krwi łożyskowej (pępowinowej)”¹³¹.

Tę metodę terapeutyczną wykorzystuje się w leczeniu głównie chorób nowotworowych, niektórych chorób autoimmunologicznych czy niektórych wad wrodzonych. Polscy naukowcy Jan Stefan Raszek i Franciszek Groër w 1938 r. na Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie dokonali pierwszego przeszczepiania szpiku u człowieka. W tym celu pobierali szpik od osób zdrowych i wstrzykiwali go osobom chorym¹³². Zabieg nie zakończył się sukcesem. Badacze przyjęli, co prawda słuszne założenie, jednak nie posiadali wystarczającej wiedzy, głównie co do zgodności tkankowej.

Badania nad transplantacją szpiku zahamowała II wojna światowa. Liczne eksperymenty na zwierzętach, jak te prowadzone w roku 1947 przez Konrada Lorentza i Martina Jacobsona, wykazały, że jest możliwa odbudowa układu odpornościowego i krwiotwórczego u zwierząt chorych na skutek napromieniowania (wydarzenia w Hiroszimie i Nagasaki) po podaniu szpiku zwierząt zdrowych. Przełom przyniosły badania z 1956 roku na

¹²⁸ Ibidem.

¹²⁹ E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 27.

¹³⁰ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów Dz. U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411.

¹³¹ M. Sankowska, L. Kauc, *Transplantacja szpiku i transplatacja komórek krwiotwórczych krwi obwodowej. Poradnik dla pacjenta*, Medigen, Warszawa 2000, s. 11.

¹³² J. Sobiak, *Przeszczepianie narządów i komórek krwiotwórczych – Rys historyczny*, „Nowiny Lekarskie” 2011, s. 159.

myszach, a konkretnie wyhodowanie „szczepu myszy z aberracją chromosomową, która mogła służyć za znacznik przeszczepionych komórek”. „Udało się dowieść, że sukces zabiegu jest związany z obecnością komórek macierzystych szpiku dawcy w organizmie biorcy. Na tej podstawie stwierdzono, że układ krwiotwórczy biorcy jest odtwarzany przez przeszczepione komórki macierzyste dawcy i tym samym biorca staje się chimerą, czyli genetycznym mieszańcem pod względem komórek krwi”¹³³.

Pierwsza udana transplantacji została przeprowadzona w 1957 roku przez zespół E.D. Thomasa. Był to przeszczep allogeniczny, czyli taki, w którym przeszczepione komórki pochodzą od osoby niebędącej bliźniakiem homozygotycznym w stosunku do biorcy. Rok 1959 przyniósł publikację wyników badań prowadzonych przez McGoverna i współpracowników dotyczącą wykonania pierwszego przeszczepu szpiku typu autogenicznego (polega na podaniu własnych komórek macierzystych z krwi obwodowej lub szpiku, pobranych od pacjenta)¹³⁴. Jednakże dopiero odkrycie HLA (human leukocyte antigen) i wielki przełom w immunologii stworzyły perspektywę do podejmowania prób przeszczepień szpiku u ludzi. „W 1963 r. Mathe dokonał pierwszego doraźnego alloprzeszczepienia szpiku u człowieka, a w 1969 r. miała miejsce pierwsza udana próba allotransplantacji od rodzeństwa. Do 1967 r. na świecie wykonano 417 przeszczepień u ludzi, z czego tylko 4 były udane”¹³⁵. Najważniejsze nazwisko w historii przeszczepień szpiku to Donall Thomas. W opublikowanej w *The New England Journal of Medicine* w 1975 roku recenzji transplantacji przeprowadzonych u 110 pacjentów potwierdził skuteczność wprowadzonej metody całkowitego napromieniania organizmu. W 1990 r. otrzymał Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny za badania nad przeszczepem szpiku kostnego jako metody leczenia białaczki. Współcześnie największą trudnością w transplantacji komórek krwiotwórczych (jak i generalnie transplantacji) jest wciąż niewystarczająca liczba dawców. Z problemem tym światowa transplantologia boryka się od przeprowadzenia pierwszego przeszczepu od dawcy niespokrewnionego, który został wykonany w 1979 roku. Jak pisze Joanna Sobiak wydarzenie to zapoczątkowało utworzenie National Marrow Donor Program¹³⁶.

W celu zwiększania możliwości leczenia oraz promowania idei dawstwa w 1974 roku została powołana organizacja o zasięgu międzynarodowym European Society for Blood and

¹³³ Ibidem, s. 160.

¹³⁴ Zob. J. Hołowicki, *Transplantacja szpiku i komórek krwiotwórczych*, „Współ. Onkol” 2000, nr 4, s. 195-202. Cyt. za. J. Sobiak, op. cit., s. 159.

¹³⁵ Ibidem, s. 159.

¹³⁶ Ibidem, s. 159.

Marrow Transplantation (EBMT)¹³⁷ z siedzibą w Maastricht (Holandia). Wszystkie działające obecnie w Polsce ośrodki są zrzeszone w EBMT i posiadają jej akredytację. Niezwykle optymistyczna informacja pojawiła się w dniu 18 czerwca 2016 roku na stronie Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji Poltransplant: „W ostatnich dniach w rejestrze Bone Marrow Donor Worldwide, umożliwiającym międzynarodową koordynację transplantacji komórek krwiotwórczych od dawców niespokrewnionych, pojawił się milionowy dawca zrekrutowany w Polsce. Światowa społeczność dawców szpiku obejmuje dawców z 52 krajów i liczy już ponad 27 mln osób, z czego polscy dawcy stanowią ok. 4% (co 27 potencjalny dawca szpiku jest Polakiem)”¹³⁸.

Poniżej zamieszczam opracowanie w formie tabelarycznego i chronologicznego zestawienia ważniejszych wydarzeń, mających wpływ na genezę i rozwój transplantologii, co w założeniu ma stanowić podsumowanie niniejszej części rozdziału.

Tabela 1. Kalendarium osiągnięć w dziedzinie transplantacji

Data	Wydarzenie
1597	W dziele <i>De curtorum chirurgia per institionem</i> , które ukazuje się w Wenecji, włoski profesor chirurgii, anatomii i medycyny teoretycznej, G. Tagliacozzi jako pierwszy przedstawia naukowy opis rinoplastyki – plastycznego odtworzenia nosa, uszu i ust z zastosowaniem płatów skóry.
1668	J.J. Van Meekeren wszczepia kość psa do czaszki rosyjskiego żołnierza w celu wyrównania ubytku kostnego.
1858	L. Ollier podejmuje badania nad przeszczepianiem kości.
Koniec XIX w.	Niemiecki oftalmolog Eugen von Hippel odnosi pierwszy niewielki sukces, przeszczepiając rogówkę królika na płytkę rogówki dziewczynki.
1901	Austriak – K. Landsteiner dokonuje odkrycia grup krwi – systemu AB0. W 1930 r. tenże lekarz i chemik otrzymuje Nagrodę Nobla „za odkrycie grup krwi u człowieka”
1902	Pierwsza nieudana transplantacja nerki od psa, dokonana przez wiedeńskiego chirurga Emericha Ullmanna. A. Carell tworzy zręby nowoczesnej chirurgii i podwaliny transplantologii, łącząc po raz pierwszy ze sobą dwa naczynia.
1906	Austriacki okulista E.K. Zirm przeprowadza pierwszą rzeczywiście udaną transplantację rogówki ludzkiej (całościowa keratoplastyka).
1911	F.H. Albee jako pierwszy stosuje żywe kawałki kości jako materiał do wszczepienia w procesie leczenia choroby Potta.
1933	J.J. Voronow jako pierwszy dokonuje przeszczepiania nerki pobranej ze zwłok ludzkich. Zabieg ten jest nieudany.
1937	Radziecki okulista i pionier przeszczepów rogówki, W.P. Fiłatow, opracowuje w swoim instytucie w Odessie zasady wykorzystywania rogówki od zmarłych.
1939	E.E. Osgood, M.C. Riddle i T.J. Mathews dokonują pierwszej transplantacji szpiku kostnego, polegającej na przetoczeniu dożylnym.
1945	Powstaje pierwszy „bank oczu” utworzony w Nowym Jorku jako „zakład użyteczności publicznej”. Immunolog P. Medewar odkrywa, że odrzucenie transplantów jest skutkiem działania układu immunologicznego. W 1960 r. otrzymuje Nagrodę Nobla za „odkrycie nabytej tolerancji immunologicznej”.

¹³⁷ European Group for Blood, <https://translate.google.pl/translate?hl=pl&sl=en&u=http://www.ecco-org.eu/About-Ecco/Members/EBMT.aspx&prev=search> (dostęp: 30.08.2016).

¹³⁸ Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant", <http://www.poltransplant.org.pl/> (dostęp: 30.08.2016).

1949	W stolicy Kolumbii – Bogocie – okulista J.I. Barraquer Moner opisuje swoją nową technikę przeszczepiania rogówki na całej grubości (keratoplastyka penetrująca).
1950	Pierwszy udany przeszczep nerki dokonany w Chicago przez chirurga R.H. Lawlera.
1953	Pierwsza transplantacja nerki pobranej od żyjącego dawcy przeprowadzona w Paryżu przez francuskiego chirurga J. Hamburgera. 16-letni syn otrzymuje nerkę od swojej matki, jednakże wskutek reakcji odrzucenia umiera.
1954	Pierwsza udana transplantacja nerki u jednojajowych bliźniąt, przeprowadzona w Bostonie przez chirurga J. Murraya, który w 1990 r. otrzymuje Nagrodę Nobla „za odkrycia w dziedzinie przeszczepiania narządów i komórek jako klinicznej metody terapii.
1958	Hematolog francuski J. Dausset odkrywa po raz pierwszy na powierzchni krwinek białych antygeny zgodności tkankowej HLA (ang. <i>human lymphocyte antigen</i>). Jego odkrycie oznacza ogromny postęp w badaniach nad mechanizmami regulacji w immunologicznym systemie obronnym i otwiera możliwości zmniejszenia reakcji organizmu przy odrzuceniu przeszczepów. Grupa francuskich badaczy pod kierunkiem onkologa G. Mathe’a za pomocą dożylną transplantacji szpiku kostnego z sukcesem leczy ludzi napromieniowanych w czasie awarii nuklearnej w okolicach Belgradu.
1959	Joseph Murray dokonuje udanej transplantacji <i>ex vivo</i> pomiędzy braćmi nieidentycznymi genetycznie.
1960	Azathioprin zostaje użyty po raz pierwszy w leczeniu klinicznym jako lek immunosupresyjny.
1962	J. Murray dokonuje w Bostonie przeszczepienia nerki od dawcy zmarłego i odnotowuje pierwszy sukces dłuższego przeżycia pacjenta po zastosowaniu azathiopryny.
1963	Amerykański chirurg T.E. Starzl przeprowadza w Denver trzy transplantacje wątroby, przy czym żaden z pacjentów nie przeżywa trzech tygodni po zabiegu. Pierwsza na świecie transplantacja płuc w Jackson (Mississippi) dokonana przez J.D. Hardy’ego. W Niemczech, w Berlinie, ma miejsce pierwsza w tym kraju alotransplantacja nerki. G.R Hitchcock i K. Reemstmo wykonują przeszczepy nerek od pawiana, rezusa i szympansa. Przy Zakładzie Histologii i Embriologii Akademii Medycznej w Warszawie powstaje Bank Tkanek, który przez pewien czas działa w ramach Komisji Konserwacji Tkanek i Narządów PAN, a po reorganizacji staje się placówką wydzieloną o nazwie Centralny Bank Tkanek w Zakładzie Transplantologii Akademii Medycznej. Od tego czasu należy do największych i najbardziej cenionych tego typu placówek w Europie. Godne uwagi jest, iż w ciągu dwudziestoletniej działalności przekazano do operacji ok. 40 tysięcy transplantów.
do 1964	Na świecie przeprowadzono ok. 250 transplantacji nerek.
1964	Brytyjski chirurg N.C. Tanner rozwija nową technologię przeszczepiania skóry metodą transplantacji siatkowej. J.D. Hardy jako pierwszy przeszczepia człowiekowi serce szympansa, które okazuje się niewydolne. Pierwsza transplantacja wątroby szympansa, dokonana przez T.E. Starza – Denver, USA.
1966	Pierwsza na świecie udana transplantacja trzustki dokonana w Minneapolis (Minnesota) przez R. Lilehei’a. W Polsce profesor J. Nielubowicz w Warszawie wykonuje udane przeszczepienie nerki pobranej ze zwłok. Warte podkreślenia, iż do tego czasu na całym świecie wykonano zaledwie 600 tego typu zabiegów. Francuska Akademia Medycyny jako jedna z pierwszych przyjmuje definicję momentu śmierci, w której zasadniczym warunkiem staje się nieodwracalne ustanie czynności mózgu w miejsce zaprzestania pracy serca. W RFN Rada Naukowa Izby Lekarskiej ustala obowiązujące „sposoby rozstrzygnięcia o śmierci mózgu”.
1967	Amerykański immunolog Thomas Marchioro odkrywa, że końska surowica antylimfocytarna (ALS) zdecydowanie hamuje odrzucenie przeszczepu nerek. W szpitalu Groote Schuur w Kapsztadzie (RPA) południowoafrykański chirurg Ch.N. Barnard przeprowadza pierwszą transplantację serca u człowieka. Udana operacja kończy się jednak śmiercią pacjenta po 18 dniach z powodu zakażenia dróg oddechowych. Pierwsza na świecie zakończona sukcesem transplantacja wątroby, dokonana przez Th.E Starzla w Pittsburgu, Pensylwania.
1968	Ch.N. Barnard dokonuje drugiej na świecie transplantacji serca, pacjent żyje po zabiegu 19 miesięcy. Operacje serca upowszechniają się, przeciętnie 20% pacjentów żyje ponad rok po zabiegu.
1969	Profesor J. Nielubowicz wykonuje pierwszą w kraju udaną perfuzję pozaustrojową wątroby

	obcogatunkowej. Profesor J. Moll dokonuje w Klinice Chirurgicznej Akademii Medycznej w Łodzi pierwszego w Polsce przeszczepu serca. W Bonn, chirurg niemiecki A. Gutgemann przeprowadza pierwszy w Niemczech przeszczep wątroby, pacjent przeżywa rok. Dwaj niemieccy chirurdzy, F. Sebening i W. Klinner, dokonują w klinice uniwersyteckiej w Monachium pierwszej transplantacji serca w Niemczech, pacjent umiera kilkanaście godzin po zabiegu.
do 1970	Przeprowadzono łącznie na świecie 109 transplantacji wątroby, 153 transplantacje serca, 24 przeszczepy płuc (w odniesieniu do tych ostatnich jednak bez pozytywnych rezultatów).
1970	A. Gutgemann dokonuje w Bonn sześciu kolejnych transplantacji wątroby.
1976	Kardiochirurg amerykański N.E. Shumway z Palo Alto, osiąga największe sukcesy w zakresie transplantacji serca, do końca roku dokonał łącznie ponad 300 przeszczepów, gdzie 20% chorych żyje ponad 5 lat po zabiegu.
1979	Pierwsza transplantacja trzustki w Niemczech w klinice uniwersyteckiej w Monachium.
Lata osiemdziesiąte	Transplantacja serca ludzkiego zaczyna być ogólnie akceptowanym zabiegiem rutynowym, gdyż liczba pacjentów, którzy przeżywają 5 lat po operacji wzrasta do 50-70%.
1982	Cyklosporyna A okazuje się znakomitym środkiem czasowego wyłączenia systemu immunologicznego, co umożliwia bardziej skuteczne zapobieganie reakcji odrzucenia przeszczepów. Przy użyciu tego leku przeprowadzono do końca roku ok. 250 przeszczepów wątroby, udaremniając odrzucenie przeszczepu, ale jednocześnie powodując obniżenie odporności organizmu i zwiększenie podatności na infekcje.
1984	Założenie fundacji „Deutsche Stiftung Organtransplantation” oraz Zespołu Roboczego Niemieckich Centrów Transplantacyjnych („Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Transplantationszentren). Kalifornijski chirurg L. Bailey wszczepia dwutygodniowemu noworodkowi serce pawiana, dziecko umiera trzy tygodnie po operacji. Zabieg wywołuje szerokie dyskusje i nie cieszy się poparciem opinii publicznej. Pierwsza transplantacja jelita cienkiego dokonana przez profesora Z. Cohena w Toronto (Kanada).
1985	Profesor Z. Religa dokonuje transplantacji serca w klinice Akademii Medycznej w Zabrze, rozpoczynając trwającą do dziś serię przeszczepów tego organu w Polsce.
1986	Pierwszy na świecie potrójny przeszczep serce – płuco – wątroba, dokonany w szpitalu w Cambridge przez R. Calne’a i J. Wallwarke’a.
1987	Pierwszy na świecie pięcionarządowy przeszczep wątroba – trzustka – jelito cienkie – jelito grube – żołądek dokonany w Pittsburgu (USA). Pierwsza transplantacja serca metodą „domino” dokonana w Baltimore (USA).
1988	J. Szmidt wykonuje pierwsze w Polsce udane jednoczesne przeszczepienie trzustki i nerki.
1989	W USA po raz pierwszy na świecie dokonano multinarządowego przeszczepu: serca, wątroby i nerki.
1990	Przeprowadzono po raz pierwszy przeszczep serca i płuc sposobem „domino”.
1992	W klinice uniwersyteckiej w Pittsburgu zostaje po raz pierwszy dokonana transplantacja wątroby pawiana człowiekowi, po kilkudziesięciu dniach pacjent umiera z powodu infekcji. Założenie Niemieckiego Towarzystwa Transplantacyjnego („Deutsche Transplantationsgesellschaft”).
1996	Transplantolodzy w Miami dokonują jednoczesnego przeszczepu sześciu narządów wewnętrznych – nerka – trzustka – żołądek – jelito cienkie – jelito grube – wątroba.
1998	Brazylijski zespół lekarzy w Sao Paulo pod kierunkiem W. Marujo, po raz pierwszy na świecie wykonują transplantację nerki i prawego płata wątroby od żywego dawcy.
1999	P. Kaliciński i M. Krawczyk dokonują pierwszego w Polsce rodzinnego przeszczepu wątroby. Pierwsza wykonana przez prof. H. Bismutha z Francji, transplantacja wątroby <i>en cascade</i>, gdzie materiał pobrany od jednego dawcy przeszczepiono trzem biorcom.
2000	Malezyjscy chirurdzy z Kuala Lumpur dokonują pierwszej operacji przeszczepienia ręki u noworodka. Zespół lekarzy pod kierunkiem E. Wylęgały przeprowadza w Polsce przeszczep rogówki od rodzinnego dawcy. W Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie P. Kaliciński przeprowadza pierwszy w Polsce zabieg jednoczesnego przeszczepu wątroby i nerki.
2001	W Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie P. Kaliciński i A. Kamiński dokonują u rocznego

	dziecka pierwszej w Polsce operacji przeszczepienia jelita cienkiego i wątroby.
2003	J. M. Dubernard (Francja) dokonuje pierwszego przeszczepu obydwu dłoni i przedramienia. W Polsce M. Zembala dokonuje pierwszego przeszczepu płuca.
2005	Po raz pierwszy na świecie udaje się przeszczepić część twarzy od żywego dawcy. Dokonuje tego zespół francuskich lekarzy w szpitalu Amiens pod kierunkiem J.-M. Dubernarda. W Polsce M. Zembala dokonuje przeszczepu obu płuc.

Źródło: E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 414-419.

2.3. Polska praktyka transplantacyjna

„Na tle światowym Polska przedstawia się w zupełnie jasnym świetle, spóźniona zaledwie o jedno dziesięciolecie”¹³⁹. Tymi jakże dobitnie, a jednocześnie optymistycznie brzmiącymi słowami E. Guzik-Makaruk rozpoczyna rozważania dotyczące historii polskich transplantacji. Zwraca także uwagę na ważny kontekst społeczno-polityczny, bez uwzględnienia którego analiza historyczna nie byłaby rzetelna. „Ten dział medycyny wymagał od początku ogromnego finansowego wsparcia badań, które nie zawsze przecież mogły kończyć się spektakularnym sukcesem. Przede wszystkim, na taki sukces w Polsce powojennej istniało ogromne, także polityczne zapotrzebowanie. Nie należy również zapominać, że pionierskie, lecz nieco bardziej już zaawansowane kroki medycyny transplantacyjnej w Polsce przypadają historycznie na czas „zimnej wojny” i późniejszego „zimnego pokoju”, gdy Polska posiadała zupełnie inne priorytety w polityce finansowej aniżeli wydadne wspomaganie rozwoju rodzimej transplantologii”¹⁴⁰.

K. Kowal uważa, że największy problem dla początków polskiej transplantologii stanowił brak regulacji prawnych. „Pierwsze przeszczepy narządów pobranych od dawców zmarłych odbywały się z pominięciem przepisów prawnych, albowiem polskie prawo nie dopuszczało rozpoznawania zgonu w oparciu o kryteria śmierci pnia mózgu. Przeszczepy nerek od żywych dawców stanowiły natomiast akt bezprawny”¹⁴¹. Tym bardziej należy docenić działania lekarzy, którzy wierzyli w szansę, jaką stwarza transplantacja i za wszelką cenę podejmowali trud ratowania ludzkiego życia i zdrowia. Kalendarium polskich dokonań transplantacyjnych rozpoczyna 1966 rok. 26 stycznia (co roku obchodzony jest w naszym kraju jako Dzień Transplantacji) zespół kierowany przez Jana Nielubowicza i Tadeusza Orłowskiego w I Klinice Chirurgii Akademii Medycznej w Warszawie przeprowadził pierwszą udaną transplantację nerki. Narząd pobrany od zmarłego dawcy został wszczepiony Danucie Milewskiej (dziewiętnastoletniej uczennicy szkoły pielęgniarstwa).

¹³⁹ E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 28.

¹⁴⁰ Ibidem, s. 28.

¹⁴¹ K. Kowal, op. cit., s. 25.

31 marca 1966 r. to w historii polskiej medycyny kolejna ważna data. Wiktor Bross z Akademii Medycznej we Wrocławiu przeszczepił nerkę 24-letniej kobiecie. Dawcą narządu był jej starszy brat. „Było to pierwsze rodzinne przeszczepienie nerki w Polsce, które zakończyło się sukcesem. Wówczas zabieg był traktowany jako eksperyment medyczny, ale dziś specjaliści nie mają wątpliwości – przeszczepy od żyjących dawców są najskuteczniejszym sposobem leczenia chorych ze skrajną niewydolnością nerek, pozwalającym nawet trzykrotnie przedłużyć im życie”¹⁴².

4 stycznia 1969 roku Jan Moll w Klinice Kardiochirurgii Akademii Medycznej w Łodzi jako pierwszy w Polsce przeprowadził przeszczep serca. Pacjent zmarł. „Przyczyna leżała w niewłaściwym doborze biorcy, dlatego, że jego choroba była zbyt zaawansowana (chorował na serce, ale i płuca)”¹⁴³. Przez środowisko medyczne, ale także prawnicze przetoczyła się fala krytyki wobec zabiegów transplantacyjnych, co przełożyło się na negatywny stosunek społeczeństwa do przeszczepów. „Transplantacje serca w tamtym czasie wywoływały ogromne kontrowersje. – Z sercem wiążą się mistyczne mniemania, że jest ono siedliskiem uczucia – wyjaśniał prof. Moll”¹⁴⁴.

Zbigniew Religa to człowiek, który stał się symbolem polskiej transplantologii. Podjęte przez niego starania zarówno w kręgu medycznym jak i prawnym umożliwiły dokonanie przełomowego w wielu płaszczyznach zabiegu. 5 listopada 1985 roku Zbigniew Religa wraz ze stworzonym przez siebie zespołem (Andrzej Bochenek, Jerzy Wołczyk, Marian Zembala, Bogusław Ryfiński) w Klinice w Zabrze, po raz pierwszy w Polsce, dokonał udanego przeszczepienia serca.

Trzeciego grudnia 1987 roku w Szczecinie Stanisław Zieliński jako pierwszy w Polsce przeszczepił wątrobę. Po latach tak wspominał tamto wydarzenie: „To było wiele lat temu, w roku 1987. Operacja jak każda inna, choć w Polsce nie była wykonywana, a na tak zwanym zgniłym Zachodzie robiono to rutynowo. Nie jest to żaden mój wynalazek, tylko przeniesienie tego, co robili w krajach bardziej rozwiniętych do nas”¹⁴⁵.

1 marca 1990 roku Piotr Kaliciński jako pierwszy w kraju przeszczepił z sukcesem wątrobę u dziecka. P. Kaliciński i Marek Krawczyk podjęli się pierwszego w Polsce rodzinnego przeszczepiania fragmentu wątroby. „Stało się to 12 października 1999 r.,

¹⁴² *Minęło 50-lat od pierwszego udanego przeszczepu rodzinnego*, „Bezpłatna Gazeta Pacjenta. Borowska 213” 2016, nr 4, s. 4, http://www.usk.wroc.pl/dokumenty/biuletyny/4_16.pdf (dostęp: 31.08.2016).

¹⁴³ *Pierwsza próba przeszczepu serca*, „Polskie Radio. pl.”, <http://www.polskieradio.pl/39/156/Artykul/1008222,Pierwsza-proba-przeszczepu-serca> (dostęp: 30.08.2016).

¹⁴⁴ *Ibidem*.

¹⁴⁵ A. Miszczyk, *Profesor Zieliński pierwszy w Polsce przeszczepił wątrobę*, „Głos Szczeciński/Archiwum” 2008, <http://www.gs24.pl/archiwum/art/5313012,profesor-zielinski-pierwszy-w-polsce-przeszczepil-watrobe,id,t.html> (dostęp: 20.07.2015).

z chwilą wykonania pierwszej udanej tego typu transplantacji u 4-letniej dziewczynki z niedrożnością zewnątrzwątrobowych dróg żółciowych. Przeszczep ten był efektem współpracy z Kliniką Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby Akademii Medycznej w Warszawie (kierownik: prof. M. Krawczyk), gdzie dokonano pobrania fragmentu wątroby od ojca dziewczynki, oraz współpracy z ośrodkami francuskimi: szpitalem Neckera (prof. Y. Revillon) i szpitalem Beaujon w Paryżu (prof. O. Farges)”¹⁴⁶.

Nowy wiek przyniósł nowe sukcesy. 24 października 2001 roku w Zabrze zespół kierowany przez M. Zembalę przeprowadził zakończoną powodzeniem jednoczasową transplantację serca i płuc¹⁴⁷. Operacja tego typu dawała nadzieję na przeżycie pierwszego pacjenta, któremu przeszczepiono serce, jednakże jej przeprowadzenie było możliwe dopiero po 32-latach doświadczeń polskiej transplantologii.

Dalsze lata przynosiły kolejno wykonane po raz pierwszy w Polsce udane transplantacje:

30 sierpnia 2002 r. – Roman Przybylski, Lech Cierpka jednocześnie przeszczepili serce i nerki u 43-letniego pacjenta z nieodwracalnym uszkodzeniem serca i nerek.

25 kwietnia 2003 r. – zespół z Zabrze pod kierunkiem M. Zembała wykonał pierwszą pomyślną transplantację pojedynczego płuca u 55-letniego chorego z ciężkim idiopatycznym zwłóknieniem płuc¹⁴⁸.

2004 r. – pierwsze udane przeszczepienie trzustki u osoby z uprzednio przeszczepioną nerką (Marek Durlik – Warszawa).

2005 r. – pierwsze przeszczepienie obu płuc (Yoshiya Toyoda – Zabrze).

28 marca 2006 r. – pierwsze przeszczepienie wątroby i jelita (Piotr Kaliciński – Warszawa – Centrum Zdrowia Dziecka)¹⁴⁹.

2 kwietnia 2006 r. – pierwszy raz w Polsce Jerzy Jabłecki ordynator Oddziału Chirurgii Urazowej i Replantacji Kończyn w Trzebnicy przeszczepił rękę. Ten zabieg, otworzył możliwość wykonywania w Polsce zabiegów poprawiających jakość życia pacjentów.

Biorców, jak w przypadku pozostałych transplantacji, jest wielu. Znacznie więcej niż dawców. „Trudno przekonać rodziny zmarłych. Jeśli się godzą na pobranie, to nerek,

¹⁴⁶ P. Kaliciński, *Przeszczepienie wątroby od żywego dawcy*, „Służba Zdrowia” 2000, nr 4-5, http://www.sluzbazdrowia.com.pl/spis_tresci.php?numer_wydania=2897 (dostęp: 31.08.2016).

¹⁴⁷ Zob. *Kronika Katedry i Kliniki Kardiochirurgii*, Śląskie Centrum Chorób Serca, <http://www.sccs.pl/index.php5> (dostęp: 31.08.2016).

¹⁴⁸ Ibidem.

¹⁴⁹ *Transplantacja - przeszczepy narządów i tkanek*, „Portal medyczny”, <http://portalmedycznofarmaceutyczny.pl/transplantacja-przeszczepy-narzadow-i-tkanek-cz-i/> (dostęp: 30.08.2016).

ewentualnie wątroby, serca. Ale żeby pobrać rękę? Rzadkość”¹⁵⁰. Ile czasu minie zanim w transplantacji kończyn osiągniemy poziom zbliżony do przeszczepów serca?

Rok 2008 to pierwsze przeszczepienia wysepek trzustkowych w układzie auto- i allogenicznym. Przeprowadzając tę operację zespół prof. Andrzeja Chmury z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Klinicznego im. Dzieciątka Jezus w Warszawie, dał nadzieję na nową jakość życia pacjentom chorym na cukrzyce¹⁵¹. W 2013 roku zespół prof. Adama Maciejewskiego przeprowadził w gliwickim Centrum Onkologii pierwszą na świecie, wykonaną w celu ratowania życia operację przeszczepiania twarzy. Operacja zakończyła się spektakularnym sukcesem. Polski przeszczep twarzy został uznany w głosowaniu międzynarodowego gremium ekspertów za najlepszy na świecie¹⁵².

Każda z tych transplantacji była możliwa dzięki wiedzy, umiejętnościom i odwadze lekarzy, ale przede wszystkim dzięki pozytywnej decyzji rodzin zmarłych o ofiarowaniu komórek, tkanek i narządów ich zmarłych bliskich.

2.4. Transplantacje – wybrane aspekty

Tematyka transplantacyjna najczęściej analizowana jest w kontekstach medycznych lub prawnych. Odniesienie do prawa i medycyny jest oczywiste, gdyż w każdym procesie transplantacji przepisy prawne, czyli głównie ustawa¹⁵³ precyzyjnie określają zasady pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów, zaś sam proces przeszczepu to oczywiście kwestia medyczna. Transplantacja, a w szczególności dawstwo narządów, to wieloaspektowy proces. Przeszczep jest bowiem – jak wskazuje E. Guzik-Makaruk – leczeniem z wyboru, które zwiększa żywotność i jakość życia pacjentów¹⁵⁴. Słowem, wymagającym podkreślenia, w powyższym zadaniu jest: wybór. Zgoda pacjenta, decydującego się na przyjęcie takiej formy leczenia oraz wybór – decyzja, dawcy (lub jak to często bywa jego najbliższych) o darowaniu np. narządu a wraz z nim „nowego” życia biorcy. Niezaprzeczalnie transplantacje to metoda leczenia, w której kontekst społeczny jest

¹⁵⁰ M. Święchowicz, *W kolejce do ręki*, „Newsweek.pl” 2015, <http://www.newsweek.pl/polska/przeszczep-rak-lekarze-z-trzebnicy-sukces-lekarzy,artykuly,362926,1.html> (dostęp: 31.08.2016).

¹⁵¹ D. Romanowska, *Komórki zamiast igły, czyli jak uwolnić cukrzyków od zastrzyków z insuliny?*, „Newsweek.pl” 2013, <http://www.newsweek.pl/nauka/jak-uwolnic-cukrzykow-od-zastrzykow-z-insuliny,artykuly,273824,1,2.html> (dostęp: 15.05.2016).

¹⁵² Zob. Polski przeszczep twarzy najlepszym zabiegiem na świecie, „TVN24.pl”, 16 stycznia 2014, <http://www.tvn24.pl/katowice,51/polski-przeszczep-twarzy-najlepszym-zabiegiem-na-swiecie,388242.html> (dostęp: 10.03.2015).

¹⁵³ Ustawa z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu, Dz.U. z 2009 r. Nr 141, poz. 1149.

¹⁵⁴ E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 29.

znaczący. Zarówno donacja jak i przyjęcie transplantu to elementy terapii wywierające wpływ na relacje międzyludzkie. Niewystarczająca liczba dawców to problem społeczny, wymagający kształtowania świadomych postaw, a zatem w sposób oczywisty staje się obszarem zainteresowań także socjologii, filozofii, etyki, antropologii, teologii oraz pedagogiki.

2.4.1. Transplantacje jako kwestia społeczna

Transplantacja komórek, tkanek i narządów jest kwestią o znacznym ciężarze społecznym, a zatem – problemem społecznym. W literaturze naukowej pojęcia kwestii społecznych i problemów społecznych traktowane są synonimicznie i bywają używane zamiennie. „Kwestia społeczna jest konkretnym problemem społecznym o najwyższym stopniu dotkliwości generującym sytuacje krytyczne w życiu jednostek i całych zbiorowości, a zarazem powodującym trwałe zakłócenia w funkcjonowaniu społeczeństwa”¹⁵⁵. Termin problem społeczny niejednokrotnie traktowany jest jako dolegliwość, zakłócenie występujące w życiu zbiorowym. Kwestia społeczna dotyczy takich procesów, które odznaczają się szczególną dotkliwością dla potencjału osobowego społeczeństwa, są następstwem niedostosowania sposobu, w jakim funkcjonuje społeczeństwo do podstawowych potrzeb indywidualnych i zbiorowych i nie są możliwe do rozwiązania siłami pojedynczych jednostek. Kwestie społeczne cechuje: występowanie na masową skalę trudnych sytuacji życiowych jednostek i grup, utrwalające się upośledzenie poszczególnych środowisk i kategorii ludności, piętrzące się konflikty zakłócające funkcjonowanie społeczeństwa. Dlatego zatem „działalność”, która pozwala ratować oraz poprawiać jakość życia ludzi, wpisuje się w obszar problemów społecznych – między innymi z powodu występującego deficytu dawców.

Dawstwo narządów – donacja – jest zależna od indywidualnych, ludzkich postaw, uregulowań prawnych, struktur społecznych, praktyk kulturowych i przekonań związanych z wyznawaną religią. Potwierdzają to liczne badania prowadzone w Polsce i na świecie. Na przykład z badań przeprowadzonych przez Michała Feliksiaka na reprezentatywnej próbie losowej dorosłych Polaków (N=3793) wynika, że niechęć do bycia dawcą narządów po śmierci jest warunkowana przede wszystkim wiekiem oraz poziomem wykształcenia. Według tego autora „na ogół to najstarsi respondenci, częściej niż pozostali, są temu przeciwni. Na

¹⁵⁵ W. Giza, *Kwestia społeczna w koncepcji Zofii Daszyńskiej-Golińskiej*, „Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego” 2006, nr 4, s. 162, <http://www.krakow.pte.pl/pliki/zn-pte-nr-4/zn-nr-4-pte09giza.pdf> (dostęp: 22.08.2015).

pobranie narządów stosunkowo często nie zgadzają się również osoby najslabiej wykształcone”¹⁵⁶. Ponadto badania te wskazują, że „wyższy status materialny zmniejsza ryzyko sprzeciwu, niemniej jest to prawdopodobnie różnica wynikająca przede wszystkim z wykształcenia, a dochody oddają jedynie zależność wtórną”¹⁵⁷. M. Feliksiak zaznacza, że „religijność mierzona częstością udziału w praktykach religijnych nie wpływa znacząco na decyzję w tej sprawie. Można co prawda zauważyć, że najczęściej praktykujący nieco częściej (niż wcale niepraktykujący) byłiby przeciwni oddaniu narządów po śmierci, niemniej różnice te są raczej korelatem wieku”¹⁵⁸.

Uregulowania prawne kwestii transplantacyjnych jako istotnych z perspektywy społecznej (zapisy zawarte w ustawie transplantacyjnej, a w szczególności zasada zgody domniemanej) według Niny Woderskiej jeszcze bardziej uwypukliły aspekty transplantacyjne w kontekście problemów natury etycznej i jak to określiła „praktycznej”¹⁵⁹. Pomimo jasnych zapisów prawnych na mocy dobrego obyczaju, w każdym przypadku przeprowadzana jest przez lekarza rozmowa z rodziną zmarłego, dotycząca znajomości woli zmarłej osoby na ewentualną donację¹⁶⁰. Konieczność rozmowy z rodziną potencjalnego dawcy jest poważnym problemem dla obydwu stron tej interakcji społecznej. Zdaniem Dariusza Patrzałka „głównym powodem niskiej liczby dawców i pobrań jest nastawienie samych lekarzy. Wielu z nich w ogóle nie zaczyna procedury transplantacyjnej, bo chce uniknąć trudnej rozmowy z rodziną zmarłego”¹⁶¹. Ostatecznie jednak przekazanie transplantu jest uwarunkowane społecznie, gdyż zależy od decyzji podejmowanej na łonie podstawowej komórki społecznej, za jaką wciąż pomimo przeobrażeń społeczno-kulturowych uważana jest rodzina. O istnieniu zależności pomiędzy rozmową z rodziną na temat transplantacji, a podejmowaniem przez jej członków decyzji o donacji narządów, świadczą chociażby wyniki badania prowadzonego w latach 2008-2009 w ramach programu edukacyjnego „Transplantacja jestem na TAK – podziel się swoją decyzją”. Badaną grupę stanowili uczniowie technikum z Zespołu Szkół Spożywczych w Bydgoszczy (N = 136). Poddając analizie wyniki tych badań N. Woderska wskazuje na istotne różnice statystyczne „(Chi² Pearsona: 6,59686, df = 2, p =, 036945).

¹⁵⁶ *Postawy wobec przeszczepiania narządów, komunikat CBOS*, M. Feliksiak (oprac.), Warszawa 2012 (lipiec), s. 2.

¹⁵⁷ Ibidem, s. 2.

¹⁵⁸ Ibidem, s. 2.

¹⁵⁹ N. Woderska, *Rola rodziny w podejmowaniu decyzji o dawstwie narządów do transplantacji*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2013, 1(47), s. 7.

¹⁶⁰ Ibidem, s. 7.

¹⁶¹ A. Czajkowska, *Nie ma przeszczepów, bo boją się rozmawiać z rodziną*, „Wyborcza.pl” 2011, 29 listopada, http://wroclaw.wyborcza.pl/wroclaw/1,35771,10724586,Nie_ma_przeszczepow_bo_boja_sie_rozmawiac_z_rodzina.html#ixzz3sJue6pNl (dostęp: 07.10.2015).

Decyzję wszystkich lub części członków rodziny zna 58% badanych, natomiast w grupie kontrolnej – 37% ankietowanych. W grupie kontrolnej zdecydowana większość respondentów (63%) nie zna decyzji rodziny¹⁶². We wnioskach z badań autorka wyraźnie wskazuje, że: „Istnieje zależność pomiędzy rozmową w gronie rodziny na temat transplantacji, a podjęciem pozytywnej decyzji na oddanie własnych narządów do transplantacji *ex mortuo*. Istnieje zależność pomiędzy rozmową w gronie rodziny na temat transplantacji, a znajomością decyzji ich członków wobec akceptacji lub sprzeciwu oddania własnych narządów do transplantacji *ex mortuo*”¹⁶³.

Kwestia rodzinnych uwarunkowań kształtowania postaw wobec transplantacji podjęta została także w europejskich badaniach prowadzonych w latach 2002, 2006 i 2009 roku wśród obywateli 30 państw europejskich przez Eurobarometr. W ostatnim badaniu, na pytanie: „Czy kiedykolwiek rozmawiałeś ze swoją rodziną na temat pobierania i przeszczepiania narządów?”, jedynie 32% Polaków odpowiedziało twierdząco. Stawia to nasz kraj na 18 pozycji z 30 przebadanych państw¹⁶⁴.

Świadomość społeczna wobec transplantacji bywa kształtowana także przez trudne sytuacje życiowe, jakich doświadcza rodzina, np. choroby przewlekłej u jednego z jej członków. Sylwia Machnicka i Marcin Tkaczyk, badając wpływ posiadania dziecka z przewlekłą chorobą nerek na postawę rodziców wobec przeszczepiania narządów (N = 120)¹⁶⁵, wykazali, że respondentami, którzy najczęściej wyrażali zdecydowaną gotowość do zostania dawcą, byli rodzice dzieci z PChN (47,5%). Pozostali rodzice najczęściej wybierali odpowiedź „raczej tak” (55%). Zazwyczaj na ten temat zdania nie posiadali rodzice dzieci zdrowych (15%). Ogólnie można stwierdzić, że im większa świadomość i wiedza rodzica na temat transplantacji, tym większe poparcie dla samej idei¹⁶⁶.

Optymizmem napawa rosnąca liczba przeszczepów rodzinnych, gdzie rola więzi, pokrewieństwa między dawcą, a biorcą odgrywa wiodącą rolę w przypadku donacji *ex vivo* (od żywego dawcy¹⁶⁷). O tym jak silnie emocjonalnie warunkowana jest decyzja o donacji

¹⁶² N. Woderska, op. cit., s. 11.

¹⁶³ Ibidem, s. 11.

¹⁶⁴ Eurobarometr, *Organ donation and transplantation*, June 2010, 8, https://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/eurobarometers_en (dostęp: 02.02.2017).

¹⁶⁵ S. Machnicka, M. Tkaczyk, *Wpływ posiadania dziecka z przewlekłą chorobą nerek na postawę rodziców wobec przeszczepiania narządów*, „Pediatri Med rodz” 2012, t. 8, nr 3, s. 222-228.

¹⁶⁶ Ibidem, s. 227.

¹⁶⁷ W 2015 r. liczba przeszczepień nerek pobranych od żywych dawców wyniosła 60 zaś liczba przeszczepień fragmentów wątroby pobranych od żywych dawców wyniosła 22. Zob. K. Antoszkiewicz, M. Mańkowski, J. Czerwiński, *Poltransplant*, „Biuletyn Informacyjny” 2016, nr 1 (24), maj, s. 30

rodzinnej, świadczą wypowiedzi żyjących dawców pozyskane w badaniach K. Kowal np. „KaŹda matka zrobiłaby to dla swojego dziecka. Moje dziecko zachorowało na śmiertelną chorobę. W tej sytuacji, jako matce nie pozostało mi nic innego jak tylko dać synowi nerkę (...)”¹⁶⁸. Badaczka prowadząc wywiady z czternastoma parami dawców i biorców zauwaŹa dominację pokrewieństwa genetycznego (matka- dziecko) oraz podkreśla „fakt, iŹ dla dawcy ma znaczenie to, ze swój organ daruje bliskiej, spokrewnionej z nim osobie”¹⁶⁹.

2.4.2. Prawne aspekty transplantacji

Za istotne ze względu na problematykę poruszaną w niniejszej rozprawie, uważam rozważania Adama Podgóreckiego, który przyjmując socjologiczną koncepcję rozumienia prawa, ukazuje tym samym jego rolę, „jako sposobu strukturalizacji materii życia społecznego”¹⁷⁰. (...) Autor ten stawia także tezę, „iŹ uporządkowana struktura sieci prawa intuicyjnego stanowi „kręgosłup”, na którym opiera się cały system społeczny”¹⁷¹.

Transplantacje jako waŹny obszar interakcji społecznych także objęty został stosownymi przepisami prawa. Regulacją prawną, która jako pierwsza w historii doktryny krajowej, znajdowała odniesienie do tematyki transplantacji jest datowane na 22 czerwca 1928 roku rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Ignacego Mościckiego o zakładach leczniczych¹⁷². Przywołana regulacja wykorzystywana była do eksplantacji organów ze zwłok. Poddając analizie stan prawny do 1 stycznia 2006 roku E. Guzik-Makaruk wspomina także o ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 o zakładach opieki zdrowotnej¹⁷³, która w art. 24 ust. 2 dopuszczała pobieranie ze zwłok narządów lub tkanek dla celów leczniczych, jeŹeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu¹⁷⁴. Pierwszym aktem prawnym, który kompleksowo regulował kwestie związane z pobieraniem i przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów zarówno w wariantcie *ex vivo* i *ex mortuo* była ustawa z dnia 26 paŹdziernika 1995 roku o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów¹⁷⁵.

¹⁶⁸ K. Kowal, op. cit., Toruń 2011, s. 345

¹⁶⁹ Ibidem, s. 344.

¹⁷⁰ A. Podgórecki, *Socjologiczna teoria prawa*, Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1997, s. 12.

¹⁷¹ Ibidem, s. 12.

¹⁷² Zob. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych, Dz. U. z 1928 r. Nr 38, poz. 382 ze zm.

¹⁷³ Zob. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. z 1991 r. Nr. 63, poz. 315 ze zm.

¹⁷⁴ E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 273.

¹⁷⁵ Zob. Ustawa z dnia 26 paŹdziernika 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz. U. z 1995 r. Nr 88, poz. 554 ze zm.

Należy zaznaczyć, że zapisy wypracowane w 1995 r. stanowią fundament ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów¹⁷⁶.

Badania opisywane w niniejszej dysertacji zostały przeprowadzone w czerwcu 2016 roku, czyli w czasie obowiązywania przywołanej powyżej ustawy z lipca 2005 roku. Pragnę jednak wskazać, że w dniu 23 marca 2017 r. Senat bez poprawek przyjął ustawę o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, która wdraża:

- „1. Dyrektywę Komisji (UE) 2015/565 z dnia 8 kwietnia 2015 r. zmieniającą dyrektywę 2006/86/WE w odniesieniu do niektórych wymagań technicznych dotyczących kodowania tkanek i komórek ludzkich (Dz. Urz. UE L 93 z 09.04.2015, str. 43);
2. Dyrektywę Komisji (UE) 2015/566 z dnia 8 kwietnia 2015 r. w sprawie wykonania dyrektywy 2004/23/WE w odniesieniu do procedur weryfikacji równorzędnych norm jakości i bezpieczeństwa przywożonych tkanek i komórek (Dz. Urz. UE L 93 z 09.04.2015, str. 56)”¹⁷⁷.

Co istotne, w ramach nowelizacji ustawy nastąpiło przeniesienie art. 9¹⁷⁸ (śmierć mózgowa i śmierć krążeniowa) tzw. ustawy transplantacyjnej do ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (art. 43)¹⁷⁹.

Polska ustawa tzw. transplantacyjna jest efektem dostosowania przepisów krajowych do wytycznych europejskich, czyli dyrektywy nr 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej¹⁸⁰. Ewa Guzik-Makaruk wyjaśnia, że: „w ustawie określono zasady pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, w tym komórek krwiotwórczych szpiku, krwi obwodowej oraz krwi pępowinowej oraz tkanek i narządów pochodzących od

¹⁷⁶ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz. U. z 2005 r. Nr 169 poz. 1411.

¹⁷⁷ Zob. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz. U. z 2017 r. poz. 798.

¹⁷⁸ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz. U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411.

¹⁷⁹ Zob. Art. 43, Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 125 z późn. zm.

¹⁸⁰ Zob. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2004/23/WE z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich, Official Journal, L 102, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/?uri=CELEX%3A32004L0023> (dostęp: 16.02.2017).

żywego dawcy lub ze zwłok, a także zasady w zakresie testowania, przetwarzania, przechowywania oraz dystrybucji komórek i tkanek ludzkich. Dopuszczono przeszczepianie w celach leczniczych ludziom komórek, tkanek lub narządów pochodzących od zwierząt, po uzyskaniu pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej”¹⁸¹.

Ze względu na tematykę dysertacji uważam za warte zwrócenie uwagi na wybrane zapisy niniejszej ustawy. W rozdziale drugim określającym zasady pobierania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w art. 4 ust. 1 ustawodawca wskazuje na trzy możliwości pobrań: w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych.

Zapisy określają także zasady donacji. Art. 5 ust. 1 precyzuje, kto może zostać pośmiertnym dawcą:

- pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu;
- w przypadku małoletniego lub innej osoby, która nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, sprzeciw może wyrazić za ich życia przedstawiciel ustawowy;
- w przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu sprzeciw może wyrazić również ten małoletni¹⁸².

W rozdziale 3 zostały zawarte zasady pobierania komórek, tkanek lub narządów od żywych dawców. Artykuł 12 ust. 1 pkt 1 doprecyzowuje, iż „pobranie następuje na rzecz krewnego w linii prostej, rodzeństwa, osoby przysposobionej lub małżonka oraz, z zastrzeżeniem art. 13, na rzecz innej osoby, jeżeli uzasadniają to szczególne względy osobiste”¹⁸³. W stosunku do poprzedniej regulacji nastąpiło rozszerzenie grona potencjalnych biorców przez zastąpienie sformułowania określającego potencjalnego biorcę ze sformułowania „inna osoba bliska” na „względy osobiste” jako warunek motywujący chęć donacji.

Rodzajem dawcy, wobec którego obowiązują odrębne przepisy prawa są transplantacje z udziałem dawcy małoletniego. Za takiego należy uznać osobę, która zgodnie z Kodeksem cywilnym „nie ukończyła lat osiemnastu (art. 10§1 KC *a contrario*) oraz nie

¹⁸¹ E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 284.

¹⁸² Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz. U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411,

¹⁸³ Ibidem.

mając ukończonych osiemnastu lat nie zawarła małżeństwa (art. 10§2 KC *a contrario*). Małoletni w świetle przepisów KC nie posiada zdolności do czynności prawnych, jeśli nie ukończył lat trzynastu (art. 12 KC)¹⁸⁴. Zapisy zawarte w ustawie transplantacyjnej wyodrębniają trzy kategorie małoletnich, czyli małoletniego poniżej 16 roku życia, małoletniego powyżej 16 roku życia działającego z rozeznaniem i małoletniego powyżej 16 roku życia niedziałającego z rozeznaniem¹⁸⁵. W przypadku chęci wyrażenia sprzeciwu wobec pośmiertnej donacji przez osobę małoletnią poniżej lat szesnastu, czynności takiej (wpisu do Rejestru Sprzeciwów) dokonuje zgodnie z zapisem (ustawy art. 5. ust. 2 ustawy transplantacyjnej) przedstawiciel ustawowy (np. rodzic). W takim przypadku mówimy o tak zwanej zgodzie zastępczej, „czyli sytuacji, w której w zamian za dawcę, zgodę bądź sprzeciw na dokonanie przeszczepu wyraża ktoś inny”¹⁸⁶. W przypadku donacji *ex vivo* od dawcy małoletniego stosuje się obowiązujące prawo zawarte w art. 12 pkt 3-5:

- „pobranie szpiku lub komórek krwiotwórczych krwi obwodowej od małoletniego, który nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, może być dokonane za zgodą przedstawiciela ustawowego po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, właściwego ze względu na miejsce zamieszkania kandydata na dawcę. W przypadku, gdy dawcą szpiku jest małoletni powyżej lat trzynastu, wymagana jest także jego zgoda;
- sąd orzeka na wniosek przedstawicieli ustawowych kandydata na dawcę, po wysłuchaniu małoletniego i zasięgnięciu opinii biegłego psychologa, a w przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu - również na jego wniosek. Do wniosku należy dołączyć orzeczenie lekarskie stwierdzające, że pobranie szpiku nie spowoduje dającego się przewidzieć upośledzenia organizmu dawcy;
- rozpoznanie wniosku, o którym mowa w ust. 4, następuje w terminie 7 dni”¹⁸⁷.

¹⁸⁴ P. Konarska, *Transplantacja ex mortuo z udziałem dawcy małoletniego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2015, t. XVII, s. 113.

¹⁸⁵ Zob. A. Gałęska-Sliwka, *Transplantacja ex mortuo z udziałem małoletniego*, LEX nr 184315, cyt. za. P. Konarska, *Transplantacja ex mortuo z udziałem dawcy małoletniego*, Studia Iuridica Toruniensia Tom XVII, Toruń 2015, s. 113.

¹⁸⁶ M. Żelichowski, *Sprzeciw na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich*, http://www.mp.pl/etyka/prawo_medyczne/7601,sprzeciw-na-pobranie-komorek-tnanek-i-narzadow-ze-zwlok-ludzkich (dostęp: 21.02.2017).

¹⁸⁷ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411.

Istotnym zapisem jest ten zawarty w art. 5 pkt 1, w którym ustawodawca przyjął, iż: „pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu”¹⁸⁸. Taka forma zapisu wskazuje na przyjęcie tzw. zgody domniemanej jako podstawy umożliwiającej pobranie. W konsekwencji tego zapisu pobrania narządów, tkanek w celu ich przeszczepienia od osoby zmarłej można dokonać, jeśli osoba ta nie wyraziła za życia sprzeciwu (przeszczep *ex mortuo*). Formy wyrażenia sprzeciwu wobec pośmiertnej donacji precyzują zapisy zawarte w art. 6: „1. Sprzeciw wyraża się w formie:

- wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich;
- oświadczenia pisemnego zaopatrzonego we własnoręczny podpis;
- oświadczenia ustnego złożonego w obecności, co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzonego.

2. Przepisy ust. 1 stosuje się również do sprzeciwu wyrażanego przez przedstawiciela ustawowego.

3. Sprzeciw jednego przedstawiciela ustawowego lub osoby, o której mowa w art. 5 ust. 3, jest skuteczny w stosunku do pozostałych.

4. Sprzeciw może być cofnięty w każdym czasie w formach, o których mowa w ust. 1¹⁸⁹”.

W tym miejscu chciałabym wskazać na to, że dobre z perspektywy transplantologii przepisy prawa (potencjalnie umożliwiające dużą liczbę pobrań) w rzeczywistości bardzo często przegrywają z uwarunkowaniami społecznymi. Według prawa wola rodziny zmarłego nie ma znaczenia. Rodzinie przysługuje jedynie „prawo do pochówku”, co nie jest równoznaczne z prawem do rozporządzania zwłokami. W związku z tym nie istnieją żadne podstawy prawne do pytania rodziny zmarłego o zgodę na pobranie komórek, tkanek czy narządów. Kryterium warunkującym eksplantację z perspektywy prawnej jest jedynie brak sprzeciwu zgłoszonego przez osobę zmarłą za życia. W literaturze przedmiotu brak wzmianki o dokonaniu pobrania bez uzyskania zgody rodziny zmarłego. Taki stan rzeczy wskazuje na konieczność podjęcia szeroko zakrojonych działań edukacyjnych, propagujących transplantację jako skuteczną metodę leczenia oraz ideę donacji komórek, tkanek i narządów. W zapisach ustawy do tej kwestii odnoszą się artykuły 2 i 3 mówiące o tym, że: „1. Dawcy Przeszczepu i Zasłużonemu Dawcy Przeszczepu przysługują uprawnienia do korzystania poza

¹⁸⁸ Ibidem.

¹⁸⁹ Ibidem.

kolejnością z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej; 2. Dawcy szpiku lub komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej oraz dawcy narządu, który w związku z zabiegiem pobrania doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, przysługuje odszkodowanie na podstawie przepisów Kodeksu cywilnego”¹⁹⁰ oraz art. 24: „podmioty podejmujące działania w zakresie propagowania dawstwa komórek, tkanek lub narządów są obowiązane poinformować ministra właściwego do spraw zdrowia o zakresie tych działań”¹⁹¹.

Sformułowanie tych zapisów prawnych w następujący sposób komentuje E. Guzik-Makaruk: „Takie lakoniczne stwierdzenie ustawodawcy pokazuje, że nie ma nacisku na te kwestie, które są niezmiernie ważne dla każdego człowieka, a rozpowszechnianie samej idei donacji to zadanie innych podmiotów niż państwowe struktury. Nie można się zgodzić z takim podejściem, dlatego też *de lege ferenda* powinno się nałożyć na ministerstwo zdrowia dodatkowe zadanie, którym byłoby prowadzenie i koordynowanie szeroko zakrojonej akcji edukacyjnej. Celem takiej akcji winno być informowanie społeczeństwa o możliwościach medycyny transplantacyjnej, przekonanie do darowania organów po śmierci oraz przede wszystkim pokazanie przyjętych mechanizmów w zakresie sprzeciwu na donację organów, gdyż te kwestie pozostają dla wielu Polaków poza zakresem ich wiedzy”¹⁹².

Kwestią, która wymagała usankcjonowania prawnego, było przyjęcie jasnych kryteriów, pozwalających na bezspeczne orzeczenie śmierci u potencjalnego dawcy komórek, tkanek czy narządów. W art. 9 ustawy transplantacyjnej zapisano:

„1. Pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu).

2. Kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu ustalają powołani przez ministra właściwego do spraw zdrowia specjaliści odpowiednich dziedzin medycyny przy uwzględnieniu aktualnej wiedzy medycznej.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza, w drodze obwieszczenia, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu.

¹⁹⁰ Ibidem.

¹⁹¹ Ibidem.

¹⁹² E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 290.

4. Trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu stwierdza jednogłośnie, na podstawie kryteriów, o których mowa w ust. 3, komisja złożona z trzech lekarzy, posiadających specjalizację, w tym, co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii.

5. Komisję, o której mowa w ust. 4, powołuje i wyznacza jej przewodniczącego kierownik podmiotu leczniczego lub osoba przez niego upoważniona.

6. Lekarze wchodzący w skład komisji, o której mowa w ust. 4, nie mogą brać udziału w postępowaniu obejmującym pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek lub narządów od osoby zmarłej, u której dana komisja stwierdziła trwałe nieodwracalne ustanie czynności mózgu”¹⁹³.

Przyjęcie za moment zgonu człowieka śmierci jego mózgu miało przełomowe znaczenie dla transplantacji, gdyż zwiększyło liczbę narządów nadających się do przeszczepienia. Kontrowersje dotyczące orzekania kresu życia opierając się na kryterium śmierć mózgu, zaproponowanej przez tzw. Komisję Harvardzką w 1969 roku, są związane z tym, że odrzuca ona obowiązujące i zakorzenione w świadomości społecznej rozumienie śmierci jako zatrzymanie funkcji układu oddechowego i krążenia. Szerzej o definiowaniu śmierci człowieka przez orzeczenie śmierci mózgu piszę w podrozdziale 2.4.3. *Etyczne aspekty transplantacji*.

Rozważając prawne aspekty transplantacji za konieczne uznaję odniesienie się do Europejskiej Konwencji Bioetycznej. Dokumentu obowiązującego od 1 grudnia 1999 roku. Stronami Konwencji jest 29 z pośród 47 państw członkowskich Rady Europy. Polska pomimo podpisania aktu w dniu 7 maja 1997 r. do dziś go nie ratyfikowała. Patryk Kołodyński i Paulina Drab określają Konwencję jako „podstawowy dokument na kontynencie europejskim, regulujący trudne sprawy z pogranicza medycyny, etyki i prawa.”¹⁹⁴. Wskazują, że „Europejska konwencja bioetyczna w sposób przejrzysty reguluje prawne aspekty dotyczące transplantacji oraz podstawowych pojęć z nią związanych, dlatego stanowi rzetelne źródło informacji na temat przeszczepiania narządów oraz tkanek. Akt ten jest częścią międzynarodowego porządku prawnego, który zawiera kodyfikację wypracowanych

¹⁹³ Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. z 2005 r. Nr 169 poz. 1411.

¹⁹⁴ P. Kołodyński, P. Drab, *Prawne regulacje pobierania i transplantacji narządów oraz tkanek w ujęciu europejskiej konwencji bioetycznej*, „Przegląd Europejski” 2016, nr 1 (39), s. 55.

standardów bioetycznych”¹⁹⁵. Kluczowym zapisem zawartym w Konwencji jest art. 2, oddający charakter całego dokumentu, czyli prymat istoty ludzkiej: „Interes i dobro istoty ludzkiej przeważa nad wyłącznym interesem społeczeństwa lub nauki”¹⁹⁶. Wśród zapisów Konwencji podkreślenia wymaga art. 19 pkt 1, który wskazuje, że transplantacja może być wykonana tylko, gdy nie istnieje inna metoda leczenia o porównywalnej skuteczności. Pobranie organów albo tkanek od żyjącego dawcy w celu dokonania transplantacji może być przeprowadzone jedynie dla uzyskania terapeutycznej korzyści biorcy i tylko wtedy, gdy nieosiągalny jest odpowiedni organ lub tkanka od osoby zmarłej, a nie istnieje alternatywna metoda terapeutyczna o porównywalnej skuteczności¹⁹⁷. Zapis ten w interpretacji zaprezentowanej przez P. Kołodyńskiego i P. Drab wskazuje, że zanim zapadnie decyzja o transplantacji należy rozważyć możliwość leczenia klasycznego, pobranie tkanek pochodzenia zwierzęcego lub tkanek wyhodowanych sztucznie¹⁹⁸. Art. 19 precyzuje także zalecenie, w myśl którego przeszczepy *ex mortuo* powinny być przeprowadzane w pierwszej kolejności. Przeszczepy *ex vivo* są dopuszczalne tylko w przypadku, gdy nie ma innej możliwości pozyskania transplantu.

Przyjęty w dniu 24 stycznia 2002 roku w Strasburgu Protokół dodatkowy dotyczący transplantacji narządów i tkanek pochodzenia ludzkiego¹⁹⁹, stanowi doprecyzowanie przepisów Konwencji wobec donacji. Jak wyjaśniają P. Kołodyński i P. Drab „Dawcą, według protokołu, jest tylko osoba urodzona. Związane jest to z treścią art. 1., w którym mowa jest o „każdym”, a nie „każdej istocie ludzkiej”²⁰⁰. Ujęty został tu wątek pobierania narządów i tkanek z ciała dziecka, które urodziło się martwe. Protokół zaleca wówczas zastosowanie takich samych procedur, jak te, które stosuje się podczas transplantacji od zmarłych narodzonych dawców. Biorcą z kolei może być jedynie osoba żywo urodzona. Nie

¹⁹⁵ Ibidem, s. 52.

¹⁹⁶ Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 listopada 1996 r.), s. 2, http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fTJprAoeQZoJ:www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf+&cd=1&hl=pl&ct=clnk&gl=pl&client=firefox-b (dostęp: 20.02.2017).

¹⁹⁷ Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny: Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (przyjęta przez Komitet Ministrów W Dniu 19 Listopada 1996 r.), s. 7, , http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fTJprAoeQZoJ:www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf+&cd=1&hl=pl&ct=clnk&gl=pl&client=firefox-b (dostęp: 20.02.2017).

¹⁹⁸ P. Kołodyński, P. Drab, op. cit., s. 57.

¹⁹⁹ Protokół dodatkowy do konwencji o prawach człowieka i biomedycynie dotyczący transplantacji narządów i tkanek pochodzenia ludzkiego przyjęty w dniu 24 stycznia 2002 r. w Strasburgu, <http://bip.kprm.gov.pl/download/75/7511/uwagiMS2.pdf> (dostęp: 10.02.2017).

²⁰⁰ P. Kołodyński, P. Drab, op. cit., s. 61.

istnieją żadne prawne ograniczenia w kwestii pokrewieństwa lub jego braku pomiędzy dawcą a biorcą”²⁰¹.

Prawo jednoznacznie zabrania czerpania korzyści materialnych związanych z donacją komórek, tkanek i narządów. Jasno ujęto to w przepisach krajowych art. 3. ust. 1 ustawy transplantacyjnej brzmi: „Za pobrane od dawcy komórki, tkanki lub narządy nie można żądać ani przyjmować zapłaty, innej korzyści majątkowej lub korzyści osobistej”²⁰². Jednocześnie ustawodawca przyzwala na odpłatność związaną z procedurami medycznymi odnoszącymi się do zabiegu transplantacji np. koszty pobrania, przechowywania. Szczegółowo odnoszą się do tego zapisy zawarte w art. 2 ustawy transplantacyjnej. Zakaz handlu tkankami i narządami ludzkimi wypływa także z zapisów Europejskiej Konwencji Bioetycznej. Artykuł 21 „jednoznacznie zakazuje czerpania korzyści finansowych z ciała ludzkiego i jego części, czym ewidentnie ukazuje, że wszelkie dokonywane interwencje nie mogą ograniczać godności istoty ludzkiej. Oznacza to, że mimo wyrażonej świadome zgody, jednostka nie może sprzedać swojego ciała”²⁰³. Maja Grzymkowska, pisząc o standardach bioetycznych w prawie europejskim, wskazuje, że pomimo zasady zakazu handlu tkankami i narządami ludzkimi Konwencja dopuszcza pewne specyficzne formy odpłatności, czyli odszkodowania wypłacane żywemu dawcy. Rekompensata może wynikać z tytułu niewykonywania pracy zawodowej w czasie pobrania, badań, rekonwalescencji lub poniesionych przez dawcę szkód w związku z eksplantacją²⁰⁴.

Zakazany literą prawa handel ciałem ludzkim (handel ludźmi), pieczętują słowa Wojciecha Rowińskiego²⁰⁵, który jest głęboko przekonany, że w Polsce nie istnieje problem handlu narządami czy problem przeszczepiania nerki od płatnego dawcy. Jego zdaniem, istniejące regulacje prawne (ustawa, Komisja Etyczna, zgoda sądu, Rejestr Dawców Żywych) w pełni zabezpieczające przed komercjalizacją i handlem. Ponadto operacja przeszczepienia jest działaniem zespołowym, wymaga odpowiednich warunków i może być przeprowadzana jedynie w szpitalu posiadającym zgodę Ministra Zdrowia, co stanowi ogromne utrudnienie

²⁰¹ Ibidem, s. 61.

²⁰² Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz.U. z 2005 r. Nr 169 poz. 1411.

²⁰³ P. Kołodyński, P. Drab, op. cit., s. 60.

²⁰⁴ M. Grzymkowska, *Standardy bioetyczne w prawie europejskim*, Wolters Kluwer SA, Warszawa 2009, s. 135-137.

²⁰⁵ W. Rowiński - wieloletni Przewodniczący Krajowej Rady Transplantacyjnej, Konsultant Krajowy w dziedzinie Transplantologii Klinicznej, członek Komisji do spraw Transplantacji Narządów Światowej Organizacji Zdrowia.

w ewentualnym nielegalnym postępowaniu²⁰⁶. Przywołując powyższe słowa W. Rowińskiego, w rozważaniach o kryminologicznych aspektach transplantacji E. Guzik-Makaruk, przy jednoczesnym wyrażeniu szacunku do stanowiska prezentowanego przez Profesora Rowińskiego zauważa, że: „możemy być świadkami pewnej paradoksalnej sytuacji. Rozwój medycyny i służby zdrowia, a także dobra koniunktura dla powstawania i funkcjonowania prywatnych zakładów opieki zdrowotnej, może sprzyjać ewentualnym nieprawidłowościom na polu medycyny transplantacyjnej”²⁰⁷.

Jednoznaczne stanowisko w sprawie handlu ludźmi zabiera Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), gdyż co roku na świecie dokonuje się ponad 10 000 nielegalnych transplantacji²⁰⁸. WHO „oceniła, że liczba ludzkich narządów sprzedanych i przemycanych w celu przeszczepienia wynosi rocznie od 5-8 tysięcy”²⁰⁹. Jacek Jan Pawłowicz wyjaśniając, dlaczego zjawisko handlu ludzkimi narządami, ma miejsce także w Polsce podaje trzy fundamentalne powody:

- „brak dostatecznej ilości dawców organów przy zwiększającej się liczbie biorców,
- ciągle jeszcze niedostateczna świadomość społeczna na temat transplantologii,
- pogłębiający się kryzys gospodarczy, a co za tym idzie poszerzanie się warstw biedy w społeczeństwie”²¹⁰.

W dniach 25 i 26 marca 2015 r. w Santiago de Compostela (Hiszpania) w czasie obrad w ramach Międzynarodowej Konferencji Wysokiego Szczebla na temat zwalczania handlu ludzkimi narządami, zorganizowanej przez Radę Europy oraz Rząd Hiszpanii, Polska tak jak innych 14 państw podpisała Konwencję Rady Europy przeciwko handlowi ludzkimi narządami²¹¹. W relacji z tego wydarzenia zamieszczonej na stronie Ministerstwa Zdrowia przeczytać można, że „konferencję poprzedził „Marsz Przeciw Handlowi Narządami”

²⁰⁶ E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 327.

²⁰⁷ Ibidem, s. 327.

²⁰⁸ M. Powęska, *Nerka za 30 tys. zł, płuca za milion. Jak wygląda handel ludzkimi organami?*, „Medycyna” 2013, 20 listopada, <http://nt.interia.pl/raporty/raport-medycyna-przyszlosci/medycyna/news-nerka-za-30-tys-zl-pluca-za-milion-jak-wyglada-handel-ludzki,nId,1060289> (dostęp: 01.10.2015).

²⁰⁹ D. Price, *Human tissue in transplantation and research. A model legal and ethical donation framework*, Cambridge 2010, s. 17-18, cyt. za: I.M. Stępkowska, *Śmierć dla celów transplantacyjnych? Medyczna analiza kryteriów i sposobów stwierdzania śmierci mózgu człowieka oraz inne zagadnienia dotyczące przeszczepiania narządów*, Kraków 2016, s. 70.

²¹⁰ J.J. Pawłowicz, *W Polsce kwitnie handel organami ludzkimi*, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/P/PS/areopag_201207organy.html (dostęp: 23.02.2017).

²¹¹ Zob. Council of Europe Convention against Trafficking in Human Organs, <http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/216> (dostęp: 22.02.2017).

zorganizowany przez Radę Europy, Światową Organizację Zdrowia, Organizacion Nacional de Trasplantes oraz Swisstransplant. Celem marszu było zwiększenie świadomości społecznej związanej z problemem handlu narządami, a także promocja dobrowolnego dawstwa narządów, które ratuje każdego roku życie tysiącom ludzi na całym świecie”²¹². Poddając analizie prawne aspekty medycyny transplantacyjnej, chciałabym także wskazać na normy prawne, jakie na lekarza nakłada ustawodawca, w celu zabezpieczenia legalności tej dziedziny medycyny. Lekarz, który dopuścił się wykonania przeszczepu z naruszeniem wiedzy i sztuki medycznej ponosi odpowiedzialność za nieumyślne przestępstwo przeciwko życiu lub zdrowiu pacjenta z art. 155, 156 § 2 lub art. 157 § 3 Kodeksu karnego²¹³.

Za trafne i inspirujące podsumowanie rozważań aspektów prawnych transplantacji uznałam słowa prawniczki E. Guzik-Makaruk (Członka Krajowej Rady Transplantacyjnej²¹⁴, Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantacyjnej²¹⁵), która analizując polską ustawę transplantacyjną oraz porównując ją z dokumentami wygenerowanymi w innych państwach np. w Niemczech, wskazuje na „(...) mankament polskiej ustawy w zakresie rozpowszechniania idei dawstwa komórek, tkanek lub narządów. Polski ustawodawca traktując tę sprawę w sposób podrzędny”²¹⁶. W dalszej części analizy E. Guzik-Makaruk pisze: „Trzeba z całą stanowczością podkreślić, że prowadzenie akcji edukacyjnej powinno należeć do organów państwowych, zaś kościół i inne związki wyznaniowe czy szeroko rozumiane organizacje pozarządowe powinny tylko wspierać działalność agend rządowych”²¹⁷.

²¹² Zob. Ministerstwo Zdrowia, Polska podpisała Konwencję Rady Europy przeciwko handlowi ludzkimi narządami,

²¹³ A. Fiutak, *Prawo w medycynie*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016, s. 187.

²¹⁴ Zob. Prodziekan Wydziału Prawa powołana do składu Krajowej Rady Transplantacyjnej, Wrota Podlasia, http://www.wrotapodlasia.pl/pl/wiadomosci/a_to_ciekawe/Prodziekan_Wydzialu_Prawa_powolana_do_skladu_Krajowej_Rady_Transplantacyjnej (dostęp: 23.02.2017).

²¹⁵ Zob. Prof. Ewa M. Guzik-Makaruk powołana do Komisji Etycznej Krajowej Rady Transplantacyjnej, Uniwersytet w Białymstoku Wydział Prawa, http://www.prawo.uwb.edu.pl/prawo_new/news.php?n=1587 (dostęp: 23.02.2017).

²¹⁶ E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 289.

²¹⁷ Ibidem, s. 290.

2.4.3. Etyczne aspekty transplantacji

Refleksję dotyczącą etycznych aspektów transplantacji osadzam w ramach dyskursu bioetycznego, co jak wyjaśnia Jan Wróbel rozumieć należy zgodnie ze znaczeniem słów, gdzie: „etyka – wskazuje, że jest to nauka o wartościach i zasadach moralnych. „Bios” wskazuje na przedmiot materialny tej refleksji. Bioetyka dokonuje moralnej oceny ludzkiego postępowania, którego przedmiotem jest zdrowie i życie człowieka”²¹⁸. Za zasadne uznaję także sprecyzowanie tego, czym jest moralność a czym etyka? Podkreślając umowność owego rozróżnienia Halina Promieńska pisze, że „etyka to uporządkowany system norm i wartości odnoszący się do wizji tego, co być powinno, moralność natomiast to przekonania i postawy ludzkie związane z ich zdolnością do różnicowania dobra i zła; zdolnością społecznie modelowaną i subiektywnie przeżywaną, a dotyczącą realnie dokonywanych wyborów w życiu codziennym”²¹⁹. Etyczne/bioetyczne rozważania w odniesieniu do ludzkich postaw wobec transplantacji wpisują się, w obszar zainteresowań interdyscyplinarnego²²⁰ obszaru wiedzy nazwanego przez Romana Tokarczyka biojurysprudencją²²¹. Przedmiot biojurysprudencji, na co zwraca uwagę Iwona Ramus-Szatko rozciąga się na wszystkie zagrożenia dla życia człowieka – od jego poczęcia aż do śmierci.

W literaturze przedmiotu problemy etyczne związane z medycyną transplantacyjną najczęściej rozważane są w kontekstach:

- transplantacja – metoda terapeutyczna czy neokanibalizm?;
- przyjętej definicji śmierci – śmierć mózgu;
- zgody domniemanej na pośmiertną donację;
- alokacji narządów;
- dawstwa *ex mortuo* i *ex vivo*;
- komercjalizacji przeszczepów.

W tym rozdziale prezentuję krótką charakterystykę wyżej wymienionych tematów, które stanowią sedno etycznych rozważań odnoszących się do transplantacji.

²¹⁸ J. Wróbel, *Zagadnienia bioetyczne w duszpasterstwie*, „Currenda. Pismo Urzędowe Diecezji Tarnowskiej”, <http://www.currenda.diecezja.tarnow.pl/archiwum/2010/02/art-42.php> (dostęp: 28.02.2017).

²¹⁹ H. Promieńska, *Etyka w nauce. Nowe wyzwania i nowe dylematy*, „Nauka” 2010, nr 3, s. 146.

²²⁰ Zob. M. Kowalski, B. Kmiecik, *Bioetyka: między prawem a pedagogiką: analizy i refleksje*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2016.

²²¹ Zob. R. Tokarczyk, *Prawa narodzin, życia i śmierci. Podstawy biojurysprudencji*, Kraków 2002, s. 20.

Transplantacje jako metoda terapeutyczna ratująca zdrowie i życie ludzkie należałoby pod kontem etycznym, ocenić jednoznacznie dobrze. Taki punkt widzenia, choć u podstaw słuszny, paradoksalnie nie może zostać uznany za prawdziwy, ze względu na konieczność rozważenia problemu przeszczepów w wielu płaszczyznach, co nie zawsze prowadzi to jednoznacznych ocen.

Kluczowy w rozważaniach o moralnej dopuszczalności przeszczepów jest fakt, że w medycynie transplantacyjnej wykorzystuje się ludzkie ciało. Maria Nowacka stwierdza, że rozwój tej gałęzi medycyny zmienił sposób patrzenia na ludzkie ciało. Zwłoki mogą być postrzegane jako „cenny rezerwuar części zamiennych”²²². Zestawienie zaprezentowanego stwierdzenia z opiniami innych badaczy jak np. tymi, że „człowiek nie tyle „ma” ciało, co „jest” ciałem”²²³ czy „ciało ludzkie nie może być uważane tylko za zespół tkanek, narządów i funkcji; (...) jest, bowiem częścią istotną osoby, która poprzez to ciało objawia się i wyraża”²²⁴, zobowiązują do zadania pytania nie tylko o to czy moralne jest wykorzystywanie fragmentów ciała jednego człowieka dla dobra – ratowania życia i zdrowia innego/innych?, ale przede wszystkim czy mówiąc o etyczności transplantacji rozważamy kwestie związane z metodą terapeutyczną, czy raczej współczesną odmianą kanibalizmu? Filozof Bogdan Wolniewicz do dyskusji o transplantacji wprowadził pojęcie neokanibalizmu tłumacząc, że „wbrew tendencjom naszej epoki trzeba rzeczy nazywać po imieniu: transplantacja jest to żerowanie na trupach, nowoczesne ludożerstwo”²²⁵. Zdecydowana większość ludzi nauki odcina się od przyrównywania transplantacji do jakichkolwiek form kanibalizmu²²⁶. Zdaniem Pawła Morcinieca „mówienie o kanibalizmie w kontekście medycyny przeszczepowej, wydaje się być jawną prowokacją. Dość jednoznacznie, bowiem kojarzymy kanibalizm z postępowaniem prymitywnym, zbrodniczym, niedającym się pogodzić ze współczesnymi standardami etycznymi”²²⁷. Płaszczyznę osiągnięcia ideologicznego konsensusu w dyskusji o etyczności wykorzystywania ludzkiego ciała w celach transplantacyjnych, umożliwiającą ideę donacji, budują opinie takie jak te zaprezentowane

²²² M. Nowacka, *Filozoficzne aspekty terapii transplantacyjnej*, Trans Humana, Białystok 2002, s. 7.

²²³ T. Biesaga, *Wobec zgody domniemanej i zawłaszczania zwłok do transplantacji*, „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 1, s. 23.

²²⁴ *Kongregacja Nauki Wiary: Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia i o godności jego przekazywania, donum Vita*, [w:] K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie: wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Biblios, Tarnów 1998, s. 362.

²²⁵ A. Zalewska, *Nadzwyczajna recepcja transplantacji. Jak dyskusja o etyce przeszczepów może zmienić nasz porządek kulturowy*, „Konteksty Kultury” 2016, nr 13, z. 1, s. 81, www.ejournals.eu/Konteksty_Kultury (dostęp: 20.03.2017).

²²⁶ Ibidem, s. 81.

²²⁷ P. Morciniec, *Czy transplantacje to współczesny kanibalizm?*, <http://www.morciniec.trh.com.pl/joomla/pdf/str-neokanibal.pdf> (dostęp: 25.11.2014), cyt. za. A. Zalewska, op. cit., s. 81.

przez Antoniego Bartoszkę czy Jacka Mellerę: „Człowiek, będąc podmiotem poznania, wolności oraz – co należy wyraźnie tutaj pokreślić – podmiotowo przeżywający własną cielesność, może w imię międzyludzkiej solidarności dzielić się własnym człowieczeństwem zarówno w wymiarze duchowym, jak i cielesnym: może złożyć dar ze swoich myśli, dzieląc się nimi np. na polu naukowym, może także złożyć dar ze swojej cielesności, ofiarując swój narząd. (...) Dar ciała (...) powinien być w pełni świadomy i dobrowolny; jeśli by nie miał takiego charakteru, to faktycznie cielesności człowieka grozi redukcja do zwykłego przedmiotu, który można wymieniać lub którym można handlować”²²⁸.

Eksplantowany materiał przeszczepowy powinien być „tak żywy, jak to możliwe, i równocześnie tak martwy, jak to konieczne”²²⁹. To sprawia, że etyczność zabiegów transplantacyjnych rozważana jest także w kontekście śmierci człowieka, a konkretnie śmierci jego mózgu. Współcześnie wśród autorytetów medycznych panuje zgodność, co do tego, że śmierć nie jest momentem – chwilą śmierci, ale ma charakter procesu – procesu umierania. Oznacza to, że funkcje poszczególnych komórek, tkanek, narządów zanikają w różnym czasie. Skutkiem, czego organizm w perspektywie czasowej (węższej lub szerszej, co jest uwarunkowane indywidualnie) traci zdolność do funkcjonowania zintegrowanego. Powoduje to, że po śmierci pewnych części organizmu, inne mogą jeszcze realizować swoje funkcje – mogą żyć.

W wyniku znacznego poszerzenia stanu wiedzy o umieraniu (techniki reanimacyjne dające możliwość wyprowadzenia ze stanu śmierci klinicznej), w latach sześćdziesiątych XX wieku doszło do przededefiniowania śmierci, a właściwie dodania do jej istniejących kryteriów krążeniowo-oddechowych, nowego kryterium – śmierci mózgowej. Obecnie jak wskazuje Antonina Ostrowska dysponujemy trzema typami/kryteriami definiującymi śmierć:

- „śmierć kliniczna – ma miejsce wtedy, gdy ustaje spontaniczne oddychanie i bicie serca. W tej fazie mogą być jeszcze podjęte działania reanimacyjne;
- śmierć mózgowa – ma miejsce wtedy, gdy rozpocznie się proces obumierania komórek mózgowych. Proces ten jest nieodwracalny. I choć mogą się zdarzyć przypadki śmierci mózgu przy zachowaniu oddychania, akcji serca i innych procesów

²²⁸ A. Bartoszek, „Spór o człowieka” a praktyka transplantacji. Na marginesie książki Marii Nowackiej *etyka a transplantacje*, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 2004, t. 37, z. 1, s. 122.

²²⁹ P. Marciniak, *Etyczne granice transplantacji*, „Rocznik Teologii Katolickiej” 2003, s. 79.

wegetatywnych (a więc śmierć mózgu wyprzedzająca śmierć kliniczną), nie jest możliwa żadna forma interwencji, mająca na celu odwrócenie tego procesu;

- śmierć komórkowa (biologiczna) – charakteryzuje się ustaniem czynności i degeneracją różnych innych organów”²³⁰.

Z punktu widzenia transplantologii śmierć rozumiana jest jako śmierć mózgowa. W Karcie Pracowników Służby Zdrowia widnieje zapis mówiący o tym, że „aby osoba była uważana za zmarłą, jest wystarczające stwierdzenie śmierci mózgowej dawcy, która polega na nieodwracalnym ustaniu wszystkich funkcji mózgu. Po pewnym stwierdzeniu śmierci mózgu, to jest po należytej weryfikacji, można przystąpić do pobrania narządów”²³¹. Definicja śmierci mózgu często określana bywa definicją harwardzką, gdyż to właśnie zwołana w 1968 roku Nadzwyczajna Komisja Harwardzkiej Szkoły Medycznej, sformułowała wytyczne pozwalające na orzekanie śmierci mózgowej²³². Definicja śmierci człowieka rozumiana jako śmierć jego mózgu uważana jest za powszechnie obowiązującą. W Polsce została oficjalnie przyjęta 1 lipca 1984 roku zapisem zawartym w Komunikacie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej²³³.

Zastrzeżenia w stosunku do orzekania śmierci człowieka na podstawie wskaźników śmierci mózgu formułowane były od samego początku²³⁴. Obecnie w kraju coraz głośniej o międzynarodowym ruchu ludzi, którzy kwestionują definiowanie śmierci człowieka opierając się na kryteriach śmierci mózgu²³⁵. Jan Talar dobitnie formułuje swoje negatywne stanowisko wobec orzekania śmierci mózgowej, a co z tym związane transplantacji: „coś takiego jak „śmierć mózgu” nie istnieje. Dopóki serce bije i człowiek oddycha, życie trwa!

²³⁰ A. Ostrowska, *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, wyd. 3 uzupełn., Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2005, s. 68.

²³¹ Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia: Karta Pracowników Służby Zdrowia. Watykan 1995: nr 87, s. 27, cyt. za T. Biesaga, *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, [medycynapraktyczna.pl](http://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/27742,kontrowersje-wokol-nowej-definicji-smierci), http://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/27742,kontrowersje-wokol-nowej-definicji-smierci (dostęp: 05.04.2017).

²³² A definition of irreversible coma: report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *JAMA*. 1968 Aug 5;205(6):337-40, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5694976> (dostęp: 05.04.2017).

²³³ Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej), Dz.Urz. MZOS z 30 listopada 1996 r. nr 13 poz. 36.

²³⁴ Zob. A. Shewmon, *Chronic "brain death": Meta-analysis and conceptual consequences*, „*Neurology*” 1998, nr 51, s. 1538-1545, <http://www.neurology.org/cgi/content/full/51/6/1538> (dostęp: 29.03.2017); M. Potts, P.A. Byrne, R.G. Nilges, *Beyond Brain Death: The Case Against Brain Based Criteria for Human Death*, Boston-London 2001; P.A. Byrne, *Brain Death—An Opposing Viewpoint*, “*The JAMA Network*” 1979, nr 242(18), s. 1985-1990, <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/367186> (dostęp: 29.03.2017).

²³⁵ A. Piwar, *Transplantologia zabija, świat milczy! Wywiad z o. Jackiem Norkowskim*, Katolickie Stowarzyszenie Dziennikarzy, 06 Czerwiec 2014, <http://ksd.media.pl/aktualnosci/2195-transplantologia-zabija-swiat-milczy> (dostęp: 12.05.2015).

Nie można pobrać z martwego ciała organu do transplantacji. Pojęcie „śmierci mózgu” zdefiniowała Nadzwyczajna Komisja Harwardzkiej Szkoły Medycznej, aby określić moment zaniechania czynności ratunkowych i umożliwić sprawne pobranie organów do transplantacji”²³⁶. Podobną opinię formułuje Izabella Monika Stępkowska, twierdząc, że „ciepłe ciało jest dowodem na życie zarówno mózgu jak i pnia mózgu człowieka”²³⁷, związku, z czym „...organy pobierane są od osób żywych, jedynie znajdujących się w stanie dysfunkcji ośrodkowego układu nerwowego. Stan ten na podstawie umówionych wytycznych określany jest terminem śmierć mózgu lub śmierć osobnicza”²³⁸. Ponadto Jacek Norkowski twierdzi, że „możemy uzyskać wyleczenia, powrót do normalnego stanu zdrowia – według różnych danych 50-70% – u ludzi, którzy obecnie stają się dawcami na zasadzie kryteriów śmierci mózgowej”²³⁹.

Zaprezentowane skrajne stanowiska, co do definiowania śmierci człowieka opierające się na definicji śmierci mózgu, sprawiają, że dyskusja o etycznych aspektach transplantacji staje się niezwykle trudna. O etyczności pobierania narządów od osób z orzeczoną śmiercią mózgu przekonuje stanowisko niemieckich moralistów: Dietmar Mieth i Heinricha Pompey, którzy wskazują na nieodwracalność procesu umierania dawcy oraz na wyrażoną przez niego zgodę na pobranie transplantu. Podkreślenia wymaga fakt, że pobranie nie jest przyczyną śmierci, ale „dokonuje się w obliczu śmierci umierającego”²⁴⁰. O braku etycznych zastrzeżeń pobierania narządów może świadczyć to, że są one wykonywane po stwierdzeniu śmierci pacjenta. Orzekanie śmierci według kryterium tzw. śmierci mózgu spełnia według aktualnego stanu wiedzy medycznej warunek pewności zgonu dawcy.

Gwarantem idei darowania narządów do przeszczepów ma być to, że komórki, tkanki, narządy pobierane są od dawcy zgodnie z jego wolą. Obowiązująca w Polsce zasada zgody domniemanej (ang. *implicit, presumed consent, opt-out*), jak pisze K. Pabisiak, jest przejrzysta, gdyż przyjmowana literalnie brzmi: „Każdy po śmierci jest potencjalnym dawcą

²³⁶ J. Ławrynowicz, *Hipokrates pokonany*, 24Kurier.pl 2016, <http://www.24kurier.pl/blogi/janusz-lawrynowicz/hipokrates-pokonany/> (dostęp: 12.01.2017); zob. C. Machado, J. Korein, Y. Ferrer, L. Portela, M. de la C Garcia, J. Manero, *The concept of brain death did not evolve to benefit organ transplants*, “J Med Ethics” 2007 nr 33, s. 197–200, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652772/> (dostęp: 10.01.2015).

²³⁷ I.M. Stępkowska, op. cit., s. 22.

²³⁸ Ibidem, s. 16.

²³⁹ A. Piwar, op. cit.

²⁴⁰ H.J. Türk, *Śmierć mózgowa w aspekcie filozoficznym*, [w:] A. Marcol (red.), *Etyczne aspekty transplantacji narządów*: materiały z sympozjum w Kamieniu Śląskim w dniach 15–16.04.1996, s. 71.; cyt. za. T. Biesaga, *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, medycynapraktyczna.pl http://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/27742_kontrowersje-wokol-nowej-definicji-smierci (dostęp: 05.04.2017).

tkanek i narządów, jeśli za życia nie postanowił inaczej”²⁴¹. Zdaniem autora możliwe jest wnioskowanie, wprost, „że każdy jest dawcą, jeśli nie zgłosił sprzeciwu”²⁴². Jednakże ten oczywisty, zapis może być realizowany na trzy sposoby, w zależności od przyjętej formy interpretacji jako: miękka zgoda domniemana, twarda zgoda domniemana²⁴³ oraz zgoda wyrażona wprost²⁴⁴. W praktyce pobrania dokonuje się na zasadzie tzw. miękkiej zgody domniemanej. Wypracowanej na podstawie normy dobrego zwyczaju, etyki lekarskiej, poszanowania zasad współżycia społecznego. Pomimo braku zarejestrowanego sprzeciwu, zawsze przeprowadzana jest rozmowa z bliskimi dawcy. W przypadku braku zgody rodziny na pobranie, lekarze odstępują od procedury pozyskania narządów. W tym przypadku rozmowa z rodziną ma intensyfikować etyczność procedury pobrania. W rzeczywistości sytuację tę trudną dla wszystkich stron rozmowy, dobrze opisał Carl Cohen, że jest to „pytanie niewłaściwych osób, w najmniej odpowiednim momencie o rzeczy, o które nie powinni być nigdy pytani”²⁴⁵.

Zdaniem W. Rowińskiego błędem jest mówienie o braku dawców narządów w odniesieniu do osób zmarłych. W rzeczywistości istnieje niedostatek narządów pobieranych od osób zmarłych²⁴⁶. Przyczyną braku zgody na pobranie narządów często są wątpliwości natury etycznej jakich doświadcza rodzina potencjalnego dawcy. Uważam, że także i w tym przypadku – zasad umożliwiających pobieranie narządów – widać jak istotna jest kwestia edukacji społeczeństwa w zakresie kształtowania postaw wobec transplantacji. Dysponowanie wiedzą dotyczącą transplantacji oraz podejmowanie refleksji związanych z końcem własnego życia, sprzyja budowaniu postaw przychylnych podejmowaniu decyzji dotyczących świadomego wyrażenia stanowiska wobec ewentualnej donacji. Tezę tę potwierdzają badania prowadzone w USA, Wielkiej Brytanii czy Holandii, państwach, w których obowiązuje zasada świadomej zgody (ang. *voluntary, explicit, express, informed consent, opt-in*)²⁴⁷, wymagająca zajęcia przez każdego człowieka jasnego stanowiska.

²⁴¹ K. Pabisiak, *Autoryzacja pobrania narządów do transplantacji – czy ma znaczenie dla identyfikacji dawców?*, „Anestezjologia Intensywna Terapia” 2015, t. 47, nr 2, s. 189.

²⁴² Ibidem, s. 189.

²⁴³ Lekarze mogą dokonać pobrania opierając się na braku wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, czyli dosłownie zastosować zapis ustawy.

²⁴⁴ W myśl tej zasady prawo do pobrania narządu stanowi jedynie wyrażona wprost za życia zgoda dawcy.

²⁴⁵ C. Cohen, *The case for presumed consent to transplant human organs after the death*, „Transplantation Proc” 1992, nr 24, s. 2168; cyt. za K. Pabisiak, *Autoryzacja pobrania narządów do transplantacji – czy ma znaczenie dla identyfikacji dawców?*, *Anestezjologia Intensywna Terapia* tom 47, nr 2, 2015, s. 188.

²⁴⁶ W. Rowiński, *Etyczno-obyczajowe aspekty nowych technologii medycznych*, „Rocznik Żyrardowski” 2007, t. V, s. 10.

²⁴⁷ Zob. K. Pabisiak, *Autoryzacja...*, s. 188-189.

W przypadku transplantacji można powiedzieć, że robi się zdecydowanie mniej niż można by było zrobić. Skutkiem jest niedobór narządów. Zdaniem Dietera Bimbachera „gdy dzieli się skąpe zasoby, zawsze ktoś będzie poszkodowany”²⁴⁸. Decyzja o tym, komu z oczekujących przyznać narząd, a tym samym ofiarować dalsze życie, odzyskanie zdrowia, jest jednoznaczna ze skazaniem wielu innych pacjentów na śmierć, cierpienie lub niepełnosprawność²⁴⁹. Sprawą jak dotychczas nie rozwiązywalną jest wprowadzenie zasad sprawiedliwego podziału społecznego w rozdysponowywaniu tak niezwykle cennych zasobów, jakimi są transplanty²⁵⁰. Alokacja²⁵¹ narządów w Polsce regulowana jest przez Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie²⁵². Zawarte w nim zapisy jasno określają kryteria pozwalające na dokonanie wyboru potencjalnego biorcy, są nimi: pilność przeszczepienia, zgodność immunologiczna, dobór anatomiczny, wiek, przewidywane efekty przeszczepienia, czas oczekiwania na przeszczepienie oraz aktualny stan zdrowia biorcy. Decyzje dotyczące alokacji narządów powinny zapadać z uwzględnieniem nie tylko aspektów medycznych czy prawnych, ale przede wszystkim etycznych. Brak etycznego uzasadnienia dla kryteriów oraz procedur alokacji funkcjonujących w Polsce zdaniem Piotra Nowaka „jest ich istotnym mankamentem, który sprawia, że są one narażone na zarzut arbitralności”²⁵³.

Antonio M. Grande i Paolo Aseni wskazują na możliwość alokacji narządów opartej na kwalifikacji potencjalnych biorców na podstawie oceny moralnej ich stylu życia. W myśl tej idei badacze zadają m.in. pytanie czy osoba uzależniona ma takie samo prawo do otrzymania narządu, co osoba wystrzegająca się używek? Czy kryterium pozwalającym zająć pierwsze miejsce na liście oczekujących może być to, że potencjalny biorca sam (w czasie poprzedzającym chorobę) zadeklarował w stosownym rejestrze swoją gotowość do ewentualnego bycia dawcą? W światowej literaturze przedmiotu pomysłów na rozwiązanie problemu społecznej reglamentacji tego rzadkiego dobra jest wiele. Do najczęściej

²⁴⁸ D. Bimbacher, *Etyczne zagadnienia transplantacji*, „Etyka” 1997, nr 30, s. 143.

²⁴⁹ P.G. Nowak, *Pluralistyczna teoria alokacji narządów*, „Diametros” 2017, nr 51, s. 65.

²⁵⁰ Zob. H.P. Young, *Equity. In Theory and Practice*, Princeton University Press, Princeton 1995. Autor przedstawia założenia interdyscyplinarnego nurtu badań zwanego teorią lokalnej sprawiedliwości (*local justice*). Badacz na łamach książki szuka odpowiedzi na pytania dotyczące sprawiedliwego podziału społecznego rzadkich dóbr np. nerek.

²⁵¹ Słownik Języka Polskiego tłumaczy pojęcie alokacja jako rozdział środków na różne cele, <http://sjp.pwn.pl/sjp/alokacja;2549596.html> (dostęp: 05.05.2017). „W piśmiennictwie światowym ugruntowało się już określenie „alokacja organów” na zagadnienie związane z dystrybucją naturalnych transplantów”. Zob. E.M. Guzik-Makaruk, op.cit., s. 48.

²⁵² Zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie, Dz. U. 2009 nr 213, 16 grudnia 2009 r. poz. 1655.

²⁵³ P.G. Nowak, op. cit., s. 66.

dyskutowanych modeli i metod podejmowania decyzji alokacyjnych E. Guzik-Makaruk zalicza:

- strukturalno-analityczny model Hugo Tristrama Engelhardta;
- kontekstowy model Roya Lachmana, Nico Meutera i Oswalda Schwemmera;
- model klubowy Hartmuta Kliemta;
- model Johanna S. Acha;
- model motywacyjny (solidarnościowy);
- system kwalifikowanego czasu oczekiwania Charlesa. B. Blankarta;
- model loterii Johna Harrisa²⁵⁴.

Pierwszy z wymienionych modeli zakłada uwzględnienie celów ogólnej polityki państwa, czyli podział środków budżetowych w opiece medycznej. W ocenie tego modelu, E. Guzik-Makaruk wskazuje na jego strukturalno-ekonomiczny charakter, w którym decyzje z mikropoziomu są uzależnione od tych podjętych na makropoziomie. Zasadne wydaje się założenie, że im bogatsze państwo tym większe fundusze przeznaczane na działania transplantacyjne, co powinno przełożyć się na większą liczbę decyzji podejmowanych na mikropoziomie – więcej przeszczepów. Podkreślenia wymaga fakt, że narządy nie stanowią typowego w ujęciu ekonomicznym dobra, które można kupić. Ponadto, model ten nie rozwiązuje kluczowych, kwestii etycznych jak np. jakie kryteria zastosować przy wyborze konkretnego pacjenta. Podsumowując model strukturalno-analityczny należy wskazać, że jest on „ciekawym pod względem poznawczym i niewątpliwie może stanowić punkt wyjścia dla dalszych pogłębionych rozważań, które powinny być poprzedzone stosownymi badaniami naukowymi, pozwalającymi na wysunięcie i weryfikację różnorodnych hipotez. Należałoby mu jednak zarzucić słabość analityczną, nieoddającą w pełni kompleksowości procesów alokacyjnych, szczególnie w medycynie transplantacyjnej”²⁵⁵.

W ramach kontekstowego modelu R. Lachmana, N. Meutera i O. Schwemmera, badacze wyznaczają obszary wpływów instytucjonalnej organizacji zapadania decyzji alokacyjnych, którą obrazuje poniższy zapis:

²⁵⁴ E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 49.

²⁵⁵ R. Lachmann, N. Meuter, O. Schwemmer, *Allokationsprobleme in der Transplantationsmedizin*, [w:] J.S. Ach, M. Quante, (red.) *Himn und Organverpflanzung. Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin*, Stuttgart-Bad Cannstatt 1997, s. 249; cyt. za. E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 51.

- społeczeństwo;
- medycyna;
- medycyna transplantacyjna;
- centrum transplantacyjne;
- chirurg transplantolog;
- sytuacja decyzyjna²⁵⁶.

Za wartość dodaną tego modelu w odniesieniu do analizowanego wcześniej, należy uznać to, że dostrzeżono w nim kontekst społeczny. „Zaproponowany model opiera się na słusznym przekonaniu o istnieniu wielości czynników, mających wpływ na finalną decyzję alokacyjną. Punktem wyjścia jest zawsze społeczeństwo jako kontekst, w którym egzystują wszystkie zjawiska społeczne, włączając w to medycynę transplantacyjną. Na gruncie ogólnospołecznym znaczenie mają nie tylko warunki ekonomiczne, ale także wyznawana religia czy wartości etyczne-moralne, na których opiera się system społeczny”²⁵⁷. Mimo społecznego zorientowania tego modelu, nie daje on jednak wskazówek, co do działań mających na celu zwiększenie puli narządów do transplantacji.

Model klubowy opracowany przez H. Kliemta, można przyrównać do chętnie stosowanych w kontekście dystrybucji dóbr programów lojalnościowych. Fundamentem jest przynależność do organizacji, zrzeszenia, klubu, która obliguje do przestrzegania pewnych ustalonych zasad. W zamian, daje prawo do korzystania z pewnych, ustalonych przywilejów. Według H. Klimta rozwiązaniem problemu niedoboru narządów jest zrzeszanie potencjalnych biorców w klubach. W ramach tych organizacji deklarują oni oddanie *ex mortuo* własnych narządów na rzecz innych członków klubu. W zamian mogą liczyć na to, że w sytuacji zagrożeniach ich własnego zdrowia lub życia będą mieli pierwszeństwo do skorzystania z organów pośmiertnie pobranych od innych członków klubu. Główny dylemat moralny w kontekście zaproponowanego przez H. Klimta rozwiązania, należy zdaniem E. Guzik-Makaruk upatrywać w dyskryminacji starszych członków społeczeństwa, którzy mogliby zostać wykluczani z prywatnych, elitarnych, zdominowanych przez ludzi młodych klubów²⁵⁸.

Model Johanna S. Acha, zakłada warunkowanie podjęcia decyzji alokacyjnej narządu na podstawie analizy, jakości życia pacjenta. Z powodu braku narzędzi umożliwiających

²⁵⁶ Szczegółowy zapis zob. E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 51.

²⁵⁷ Ibidem, s. 52.

²⁵⁸ Ibidem, s. 54.

badanie empiryczne, model można rozpatrywać tylko w kontekście czysto teoretycznym. Warunkiem pozytywnej decyzji przyznającej pacjentowi narząd powinno być, zatem to, na ile transplantacja zmieni na plus życie pacjenta. Pytania jak to rzetelnie obliczyć? Uzasadnić? Jak i to, kto powinien stosownej oceny dokonać? Pozostają bez odpowiedzi, co jednoznacznie lokuje ten model alokacji narządów w sferze teorii.

Podstawą rozwiązań alokacyjnych zaproponowanych w ramach modelu motywacyjnego jest założenie o przyjęciu zasady ścisłej zgody (jedynie w Japonii funkcjonuje zasada ścisłej zgody), jako warunku umożliwiającego donacje. Jako sprawiedliwe społecznie postrzegane jest pierwszeństwo zarejestrowanego potencjalnego, pośmiertnego dawcy do korzystania w razie potrzeby z dóbr (narządów) zgromadzonych w puli przez innych członków społeczeństwa. Społeczeństwo umożliwia korzystanie jednostce ze swoich dóbr proporcjonalnie do jej wkładu. W praktyce model ten wymuszałby prowadzenie dwóch list oczekujących na narząd, tych, którzy sami się zadeklarowali i tych, którzy takiej deklaracji nie złożyli. Przy podejmowaniu decyzji, traktowane priorytetowo byłyby osoby z listy pierwszej. Konieczne jest, aby podkreślić fakt, że o ostatecznej decyzji przyznania narządu decydują względy medyczne, czyli konieczność wykonania zabiegu jako jedynej metody ratującej życie pacjenta.

System kwalifikowanego czasu oczekiwania Ch.B. Blankarta koncepcyjnie nawiązuje do modelu klubowego czy motywacyjnego. Kluczową rolę (obok uwarunkowań medycznych) odgrywa czas, jaki upłynął od momentu zadeklarowania się jako potencjalny dawca, a momentem wpisania na listę oczekujących potencjalnych biorców narządów.

W założeniu swej teorii J. Hari uważa życie dwóch ludzi za więcej warte niż życie jednego człowieka. Pomysłem na zwiększenie puli dostępnych narządów jest pozyskiwanie ich w drodze loterii spośród członków danej społeczności. I tak, jeżeli zagrożone jest życie dwóch ludzi, a nie dysponujemy narządami nadającymi się do przeszczepu należy wylosować spośród obywateli (każdy ma losowo – co gwarantuje sprawiedliwość – przypisany numer) dawcę, który zginie, aby żyć mogli inni. P. Sandoe i K. Kappel rozbudowali założenie J. Harisa o pomysł pobierania narządów dla ludzi młodych od osób starych, które żyjąc używają ważnych dla życia dóbr – narządów kosztem ludzi młodych.²⁵⁹

²⁵⁹ Ibidem, s. 58.

Żaden z zaprezentowanych modeli alokacji narządów nie stanowi dobrego rozwiązania. Każdy budzi zastrzeżenia etyczne, jak przykładowe te formułowane przez Izabellę M. Stępkowską, która wprowadzane w skali globalnej procedury związane z transplantacją określa mianem „produktywnego gospodarowania zasobami ludzkimi”²⁶⁰. Myślą przewodnią, wokół której powinny być budowane kolejne, należy uczynić działania zmierzające do zwiększenia ilości narządów do przeszczepów, czyli przede wszystkim edukację społeczeństwa. Zdaniem ekspertów „dylematy przy wyborze biorcy życiodajnego organu będą istniały dopóki nie będzie stanu równowagi pomiędzy ilością transplantów, pozostających w dyspozycji a liczbą organów, na które jest zapotrzebowanie. W przeciwnym wypadku zawsze będzie grupa uprzywilejowana i grupa oczekujących biorców z niewielkimi szansami na zakwalifikowanie do zabiegu transplantacji”²⁶¹. Czy przyszłość przyniesie rozwiązanie? Może być ono zgodne z postulatami W. Rowińskiego, który w udzielonym wywiadzie stwierdził, „chciałbym, żeby w przyszłości narządy osoby zmarłej stanowiły własność społeczną, żeby zapanowało przekonanie, iż są one własnością społeczności lokalnej, do której zmarły należał. (...) Chcę wierzyć, że upowszechni się moje przekonanie o tym, że narządy człowieka zmarłego są własnością społeczną”²⁶². Może rozwiązania problemu – niedoboru transplantów, upatrywać należy w rozwoju nowych technologii takich jak sztuczne narządy lub ksenotransplantacje²⁶³. Pamiętać jednak należy, że żadne z nich nie jest wolne od swoistych wątpliwości natury etycznej.

Dominującym typem transplantacji są te oparte na donacji pośmiertnej. Jednakże z powodu niedoboru narządów coraz częściej dawcami (najczęściej nerek) są ludzie żyjący, określani mianem żywych dawców (donacje *ex vivo*). Zgodne są rekomendacje Rady Europy, Światowej Organizacji Zdrowia, Komisji Europejskiej oraz spójne z nimi zapisy prawa krajowego, wedle których narząd do przeszczepu może być pobrany od osoby żyjącej, tylko w wypadku, gdy nie ma innego sposobu jej leczenia (szerzej o tym, kto za życia darować narząd, pisałam w części dotyczącej prawnych aspektów transplantacji). Dobre wyniki tego typu zabiegów w zestawieniu z deficytem narządów do przeszczepu, pozwalają domniemywać, że donacja *ex vivo* będzie istotnym kierunkiem rozwoju transplantacji. Takie nadzieje, wzmacniają postulaty zawarte w Narodowym Programie Rozwoju Medycyny

²⁶⁰ I.M. Stępkowska, op. cit., s. 17.

²⁶¹ E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 59.

²⁶² M. Bajer, *Trudny dar. O perspektywach i dylematach transplantacji* (wywiad), „Tyg. Powsz.” 1998, s. 28, <http://www.opoka.org.pl/biblioteka/T/TM/transplantacje.html> (dostęp: 10.03. 2015).

²⁶³ Szerzej o tym pisałam w części dotyczącej przyszłości transplantologii oraz podrozdziale dot. ksenotransplantacji.

Transplantacyjnej na lata 2011–2020²⁶⁴. Głównym założeniem Programu jest propagowanie idei przeszczepiania nerek pobranych od dawców żywych przez edukację społeczeństwa.

W przypadku darowania za życia części siebie istotnym argumentem znajdującym odzwierciedlenie w przepisach regulujących transplantacje *ex vivo*, jest istnienie bliskiej relacji, jaka powinna łączyć biorcę i dawcę²⁶⁵. Donacja tego typu obliguje do refleksji w obszarze etycznym, gdyż zaliczana jest do tzw. nieterapeutycznych czynności lekarskich podobnie jak przerywanie ciąży czy eksperyment medyczny²⁶⁶. Skłania do zadawania pytań jak te: czy w swojej altruistycznej decyzji dawca jest rzeczywiście wolny, niezależny? Czy też jest determinowany poczuciem obowiązku pomocy krewnemu? Z drugiej strony, co podkreśla P. Morciniec, biorca może borykać się z rozterkami natury etycznej, takimi jak poczucie winy za zdrowotne osłabienie dawcy lub za jego niezawinioną śmierć²⁶⁷. Należy pamiętać, że mówimy o zabiegu medycznym wiążącym się z trwałym okaleczaniem ciała dawcy. Z drugiej strony W. Rowiński zwraca uwagę, na dawców określanych mianem „dawców altruistycznych” lub „dobrych samarytan”, którzy są gotowi w imię idei niesienia pomocy bliźniemu oddać własną nerkę osobie obcej²⁶⁸. Jednakże dawstwo pomiędzy osobami obcymi tylko pozornie nie generuje problemów, które należy rozważać pod kątem etyki. Nadal pozostaje aktualne pytanie czy należy ratować życie za wszelką cenę? I czy w związku z tym lekarz, który aby ratować chorego pacjenta świadomie okalecza innego zdrowego człowieka (łamając zasadę nienaruszalności ciała ludzkiego²⁶⁹) nie działa wbrew podstawowej zasadzie etycznej obowiązującej go w zawodzie lekarza: *primum non nocere*? Filozoficzno-etyczne rozważania nad tym zagadnieniem czynione przez Marię Nowacką w następujący sposób komentuje Antoni Bartoszek: „Autorka twierdzi, iż jeśli zasadę tę zinterpretuje się pod kątem rachunku dóbr, a mianowicie dobro świadczone osobie dawcy przewyższa zło wyrządzone biorcy, to zasada ta nie jest łamana. Równocześnie jednak dodaje, iż zło fizyczne wyrządzone dawcy (okaleczenie) generuje dobro fizyczne dla biorcy (zdrowie), a dobro

²⁶⁴ Zob. Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011–2020, Uchwała Rady Ministrów 164/2010 z dnia 12.10.2010 roku, , <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow/program-wieloletni-na-lata-2011-2020-narodowy-program-rozwoju-medycyny-transplantacyjnej/> (dostęp: 05.05.2017).

²⁶⁵ W. Rowiński, *Etyczno-obyczajowe aspekty przeszczepiania narządów. Czyli w jakim stopniu wolno nam dostosowywać zasady etyczne dla zaspokojenia potrzeb pacjentów oczekujących na przeszczepienie narządu?*, [w:] B. Chyrowicz (red.), *Transplantacje: Spór o dar*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2011, s. 41.

²⁶⁶ Zob. M. Filar, *Odpowiedzialność karna związana z nieterapeutycznymi czynnościami lekarskimi*, „Prawo i medycyna” 2000, nr 5, s. 4.

²⁶⁷ P. Morciniec, op. cit., s. 78.

²⁶⁸ W. Rowiński, *Etyczno-obyczajowe...*, s. 41.

²⁶⁹ Zasada nienaruszalności ciała ludzkiego sformułowana przez Piusa XI zakłada jedność psychofizyczną człowieka. Stanowi podstawę do monistycznego wnioskowania o świętości życia ludzkiego. Zob. T. Kielanowski, *Rozmyślenia o przemijaniu*, Warszawa 1973, s. 83.

moralne doznane przez dawcę (akt ofiarowania) prowadzi – zdaniem Autorki – do zła moralnego biorcy, ponieważ z jego powodu drugiego człowieka dotknęło zło fizyczne. Wynika, zatem, według autorki, iż lekarz współdziała w złu fizycznym dawcy oraz w dobru fizycznym biorcy²⁷⁰. W tym szczególnym wypadku zdaje się, że można mówić o mniejszym złu, lub o tym, że cel (dobry cel) uświęca środki. Donacja *ex vivo*, wymaga wyjścia z założenia, iż jej kontekst etyczny należy rozważać z uwzględnieniem trzech ogniw procesu transplantacji: dawcy, biorcy i lekarza.

Założeniem warunkującym możliwość etycznego przeprowadzenia każdego rodzaju transplantacji jest zgoda dawcy na pobranie transplantu, gdyż jak wskazuje Jan Wróbel „przeszczep narządu jest moralnie nie do przyjęcia, jeśli dawca lub osoby uprawnione nie udzieliły na niego wyraźnej zgody”²⁷¹. Rozszerzenie grona osób z dawcy na osoby uprawnione, znajduje zastosowanie w przypadku żywej donacji od osób niepełnoletnich. W analizowanym przypadku etycznych aspektów przeszczepiania nerki od żywych dawców K. Kowal przytacza modelową sytuację przeszczepienie nerki pomiędzy bliźniętami. Rodzice podejmując (za zgodą sądu) decyzję o przekazaniu nerki zdrowego bliźniaka, temu choremu, działają w myśl zasady najlepiej pojętego interesu pacjenta. Argumentacja zawarta w wyroku sądowym brzmi następująco: „śmierć chorego dziecka wywołałaby u dawcy szok, (...) oddanie nerki leży właściwie w interesie dawcy, wszak bezinteresowny dar wywrze pozytywny wpływ na jego psychikę”²⁷². Czy ten pozytywny wpływ na psychikę biorcy jest wystarczającym argumentem w dyskusji dotyczącej związanych z daną sytuacją problemów etycznych, na jakie wskazuje K. Kowal, czyli:

- „konflikt między prawem do życia chorego dziecka a prawem do nienaruszalności cielesnej dziecka zdrowego;
- konflikt między prawem do życia chorego dziecka a prawem do zdrowia w przyszłości dziecka zdrowego;
- dopuszczalność zgody rodziców na pobranie narządu od nieletniego dziecka, co znaczy również pozwolenie na naruszenie przez nich podstawowych praw dziecka”²⁷³.

²⁷⁰ A. Bartoszek, op. cit., s. 120.

²⁷¹ J. Wróbel, *Chrześcijańskie spojrzenie na transplantacje organów*, „Służba Zdrowia” 1999, nr 49-50, s. 36.

²⁷² K. Kowal, op. cit., s. 130.

²⁷³ Ibidem, s. 130.

W konkluzjach autorka wskazuje na wątpliwości, jakie analizowana sytuacja budzi zarówno w odniesieniu do znaczenia i granic władzy rodzicielskiej, jak i całego aktu tego typu transplantacji, gdyż jak najtrafniej obrazują to przytoczone słowa Paula Ramseya wątpliwe jest czy „szkoda, której zapobieżono, nie była rzeczywistym nadużyciem niesamodzielnej i jeszcze niedojrzałej tożsamości”²⁷⁴. Szukając odpowiedzi w systemach moralnych dominujących religii, nie znajduje jednoznacznej pod kątem etycznej oceny, zgody rodziców na donację małoletnich²⁷⁵.

Więź emocjonalna, jako podstawa moralnego uwarunkowania decyzji o donacji, jest podkreślana także w przypadku, gdy dawcą jest osoba dorosła. Zdaniem Jeana Hamburgera i Jeana Crosniera: „lekarz, który jest świadkiem miłości i wielkoduszności ojca lub matki, domagającej się z całym spokojem pobrania jednej z ich nerek dla dziecka, nie może nie skłonić się przed godnością tego pragnienia”²⁷⁶. O tym, aby patrzeć na chęć oddania nerki dziecku, pod kątem oceny moralnej, tak samo jak na próbę ratowania jego życia, przez wyciągnięcie go z płomieni w sytuacji pożaru przekonuje Jan Nielubowicz²⁷⁷. Natomiast Barbara Chyrowicz przypomina, że w sytuacji donacji „zgoda na bycie dawcą należy ujmować w kategorii daru a nie obowiązku”²⁷⁸. Zatem nie zawsze bycie rodzicem (występowanie więzi emocjonalnej) jest jednoznaczne ze zgodą na bycie dawcą. W literaturze przedmiotu często przywoływany jest wątek presji/oczekiwania, ze strony bliskich, że właśnie ze względu za uwarunkowania rodzinne/emocjonalne potencjalny dawca podejmie decyzję o donacji. W takim przypadku Kodeks Etyki Lekarskiej obliguje lekarza do zachowania neutralnej postawy gwarantującej niezawisłość podjęcia decyzji przez potencjalnego dawcę²⁷⁹. W aspekcie dawstwa *ex vivo* należy przyjąć założenie, że lekarze „nawet wówczas, gdy przeprowadzają zabiegi, które z osoby zdrowiej czynią chorą po to, aby inna była zdrowa. Robią to mimo konfliktu sumienia na skutek niemożności pogodzenia obowiązku opieki lekarskiej nad obydwojma pacjentami”²⁸⁰. W nawiązaniu do ewentualnego konfliktu sumienia lekarzy i budzącej wiele emocji dyskusji społecznej o powoływaniu się przez personel medyczny na tzw. klauzulę sumienia za wartą odnotowania w tym miejscu, uznaję Opinię Komitetu Bioetyki przy Prezydium Polskiej Akademii Nauk, nr KB nr 1/2014, wedle której:

²⁷⁴ P. Ramsey, *Pacjent jest osobą*, Warszawa 1977, s. 204, cyt. za K. Kowal, op. cit., s. 130.

²⁷⁵ K. Kowal, op. cit., s. 130 – 131.

²⁷⁶ *Moral and Ethical Problems in Transplantation*, [w:] F.T. Rapaport, J. Dausset, *Human Transplantation*, New York 1968, cyt. za K. Kowal, op. cit., s. 105.

²⁷⁷ J. Nielubowicz, *Etyka a transplantacja nerek*, „Służba Zdrowia” 1969, nr 43, s. 1.

²⁷⁸ B. Chyrowicz, *Prawo do własności – prawo do daru. O sporze wokół pozyskiwania organów do transplantacji*, [w:] *Transplantacje spór o dar*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2011, s. 18.

²⁷⁹ T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2002, s. 183.

²⁸⁰ P. Ramsey, op. cit., s. 120.

„Lekarz, pielęgniarka i położna mogą pozostać wierni swoim przekonaniom moralnym i odmówić wykonania świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem, powołując się właśnie na klauzulę sumienia”²⁸¹. Stanowisko Komitetu jest zbieżne z wytycznymi zawartymi w protokole Rady Europy²⁸². Ogólne zasady zawarte w protokole dodatkowym obejmują także kwestie sprawiedliwego dostępu do usług transplantacyjnych, przejrzyste zasady alokacji narządów, norm dotyczących zachowania zdrowia i bezpieczeństwa, zakazu czerpania zysków finansowych przez darczyńców oraz prawa do rzetelnej informacji dawcy, biorcy i personelu medycznego. W kontekście transplantacji powołanie się na klauzulę sumienia zdaje się mieć jedynie charakter teoretyczny (nie znalazłam, informacji o tym, aby odstąpiono od któregośkolwiek etapu zabiegu transplantacyjnego z powodu powołania się na klauzulę sumienia). Płaszczyzną, na której może być analizowane ewentualne powołanie się na klauzulę sumienia i związku z tym ewentualny sprzeciw lekarza, co do wykonania procedur medycznych, może być stwierdzenie śmierci na podstawie śmierci mózgu²⁸³. Komitet Bioetyki przy prezydium PAN, pracuje nad dokumentem, który będzie stanowił wykładnię etyczną jednoznacznie popierającą ideę przeszczepu organów jako metodę terapeutyczną²⁸⁴.

Nurtującym w kontekście rozważań prowadzonych w duchu interdyscyplinarnym na płaszczyźnie wielu dziedzin nauki, a powracającym w aspekcie bioetyki, a w szczególności transplantacji jest pytanie: czy trzeba żyć za wszelką cenę? Pytanie, na które odpowiedź znacznie przekracza zarówno ramy tej pracy jak i co ważniejsze moje kompetencje, stawiam za Katarzyną Kowal w kontekście rozważań nad etycznością donacji *ex vivo*, a przede wszystkim postawy biorcy narządów pochodzących od osób żyjących. A zatem czy moralne jest świadome narażanie zdrowia i życia innego człowieka (dawcy) w celu poprawy własnego zdrowia/ratowania własnego życia? Powoływanie się na życie jako najwyższą wartość każe ratować życie chorego, „dlaczego odwołując się do tej samej wartości, nie zakazać żyjącemu

²⁸¹ Odpowiedź Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN na zarzuty Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych z dnia 20 lutego 2014 r., s. 4, <http://www.bioetyka.pan.pl/index.php/stanowiska-i-opinie-komitetu/46-opinie-komitetu/120-opinia-komitetu-bioetyki-przy-prezydium-pan-nr-1-2014-z-dnia-31-lipca-2014-r-odpowiedz-komitetu-bioetyki-przy-prezydium-pan-na-zarzuty-zespołu-ekspertów-konferencji-episkopatu-polski-ds-bioetycznych> (dostęp: 07.05.2017).

²⁸² Zob. Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin, Details of Treaty nr 186, <http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/186> (dostęp: 07.05.2017).

²⁸³ Zob. P. Łuków, *Prawo chroni sumienie. Pożytki z klauzuli*, „Polityka Cyfrowa” 2015, 24 lutego, <http://www.polityka.pl/niezbednikinteligenta/1609467,1,prawo-chroni-sumienie.read> (dostęp: 07.05.2017).

²⁸⁴ Zob. Klauzula sumienia i transplantologia, http://nowy.ekai.pl/media/szuflada/Klauzula_sumienia_i_transplantologia.htm (dostęp: 05.05.2017).

dawcy narażania się na jego utratę?”²⁸⁵ – pyta K. Kowal. Za próbę odpowiedzi można uznać słowa Jerzego Kopani: „Pragnienie przeżycia okazało się silniejsze od wszelkich wątpliwości etycznych”²⁸⁶. O etyczności donacji *ex vivo*, możemy mówić dzięki przyjęciu założenia o altruistycznej postawie biorcy i jego „wolnej woli”, prawa do decydowania o sobie/swoim ciele jako podstawy do decyzji o darowaniu narządów.

W społecznej świadomości występuje przyzwolenie na zabieg transfuzji krwi czy okaleczenie przez donację *ex vivo*. Dlaczego zatem nie mielibyśmy „posunąć się o krok dalej i nie godzić się na świadome dawstwo samobójcze?”²⁸⁷ Czy wprowadzenie narządów do obrotu handlowego? Zdaję sobie sprawę, że powyższe pytanie wydaje się nie przystawać, do tak szczytnej idei jak ratowanie życia, czym przecież są zabiegi transplantacyjne. Należy jednak zachować szczególną uważność i uwrażliwienie etyczne, gdyż „wielkie zło pojawia się na świecie nie nagle, tylko drogą małych kroków, z których każdy w stosunku do poprzedniego wygląda niewinnie”²⁸⁸. W przypadku medycyny najlepiej widać, że coś, co jeszcze do niedawna wydawało się niemożliwe dziś jest standardem. Dotyczy to także transplantologii. W tym kontekście niepokojące są doniesienia o toczącym się coraz głośniejszym dyskursie naukowym dotyczącym komercjalizacji przeszczepów. W sferze praktyki transplantacyjnej na dzisiaj wszelkie zapisy prawne stanowczo penalizują handel narządami, jednakże w kontekście pogłębiającego się niedoboru transplantów, w sferze teoretycznych refleksji pojawiają się głosy za jego legalizacją. Jako argument „za” podawane jest prawo do wolności o decydowaniu o samym sobie, a więc o swoim ciele/jego częściach przez każdego człowieka. Paweł Czarnecki twierdzi, że to prosty sposób do dehumanizacji ludzkiego ciała i dyskryminacji ludzi biednych, którzy byliby najbardziej narażeni na ich wykorzystywanie pod pozorem wzniosłych sloganów o ludzkiej wolności²⁸⁹. Badając etiologię zjawiska dzieciństwa w kryzysie Bożena Matyjas jako jedno z zagrożeń, obok zmuszania do niewolnictwa, wcielania do armii czy prostytucji, wskazuje na handel dziećmi w celu pozyskania ich narządów. Haniebny proceder według tej autorki ma miejsce nie tylko w miejscach określanych mianem krajów trzeciego świata, ale także w tych nazywanych rozwiniętymi²⁹⁰. Krzywda ludzka jest czymś, co całkowicie i jednoznacznie przesądza

²⁸⁵ K. Kowal, op. cit., s. 137.

²⁸⁶ J. Kopania, *Transplantacje – oznaka nowej moralności*, „Kwartalnik Filozoficzny” 1999, z. 1, s. 149.

²⁸⁷ K. Kowal, op. cit., s. 135.

²⁸⁸ B. Wolniewicz, *Neokanibalizm*, „Res Publica” 1999, nr 9-10, s. 117.

²⁸⁹ P. Czarnecki, *Dylematy etyczne współczesności*, Centrum doradztwa i informacji Difin, Warszawa 2008, s. 100.

²⁹⁰ B. Matyjas, *Dzieciństwo w kryzysie. Etiologia zjawiska*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2008, s. 89.

o nieetyczności, niemoralności podejmowanych działań nawet, gdy w konsekwencji mają prowadzić do dobra (zdrowia, życia) innego człowieka.

Ze względu na konieczność rozpatrzenia pod kątem etycznym wielu wątków, do jakich odnosi się medycyna transplantacyjna, nie jest możliwe dokonanie jej jednoznacznej, moralnej oceny. Jednakże, co podkreślają badacze/etycy „przy zachowaniu zasad etycznych dotyczących działań w ramach medycyny przeszczepowej są one etycznie poprawne i dobre. Jedynie w sytuacjach, kiedy eksplantacji dokonuje się w warunkach konspiracyjnych, komercyjnych, nielegalnych lub według reguł totalitarnych, (...), można mówić o postępowaniu niegodziwym i nieetycznym”²⁹¹.

Analiza aspektów etycznych przeszczepów także wskazuje na konieczność wdrożenia edukacji zdrowotnej w zakresie transplantacji, ponieważ aby dokonać oceny danego zjawiska, problemu, (również pod kątem jego oceny moralnej) konieczne jest dysponowanie wiedzą o nim.

2.4.4. Religijne aspekty transplantacji

Podejście do kwestii związanych z medycyną transplantacyjną kształtowane jest w dużej mierze przez uwarunkowania religijne, charakterystyczne dla danego regionu świata²⁹². Podejmując rozważania nad znaczeniem i wpływem religii na postawy ludzi wobec transplantacji, w pierwszej kolejności wyjaśnienia wymaga, czym jest religia. Zdaniem Stanisława Głaza „ze względu na złożoną, bogatą i wieloaspektową rzeczywistość religii, trudno jednoznacznie powiedzieć, czym jest religia oraz sformułować jednorodną jej definicję. Dotyka ona osobistych przeżyć człowieka, stanowi równocześnie zjawisko społeczno-kulturowe”²⁹³. Refleksji Józefa Tischnera o tym, że „w czasach nowożytnych sprawy rozumu i wiary wyraźnie się komplikują, wypierają ze sfery myślenia o świecie i człowieku religie oraz dawną metafizykę. Bóg przestaje być potrzebny do zrozumienia świata. Religia nie jest już powszechną formą życia człowieka, jest natomiast coraz częściej przedmiotem naukowych dociekań”²⁹⁴, to wciąż ważne, trudne, krańcowe doświadczenia są tymi, w których przeżywaniu ludzie najczęściej sięgają po oręż wiary i religii. Badacze

²⁹¹ P. Marciniak, op. cit., s. 88.

²⁹² P. Małkowski, *Kulturowe uwarunkowania w transplantologii*, [w:] E. Krajewska-Kułak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, s. 327.

²⁹³ S. Głaz, *Rola Kościoła w integralnym rozwoju młodzieży*, Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna Ignatianum Wydawnictwo WAM, Kraków 2010, s. 88.

²⁹⁴ J. Tischner, *Wokół spraw wiary i rozumu*, „Zagadnienia Filozoficzne w Nauce” 1981, nr III, s. 5–21.

z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego znaleźli naukowe dowody, że takie postępowanie rzeczywiście przynosi wymierne, emocjonalno-duchowe korzyści. Jak wyjaśnia Małgorzata Kossakowska „W badaniu reakcji mózgowych katolików na sytuację niepewności wykazali przeciw lękową funkcję dogmatycznych przekonań religijnych. (...) Naukowcy przypuszczają, że wyniki ich badania dotyczą nie tylko przekonań religijnych, ale wszelkich upraszczających, dogmatycznych i niezmiennych przekonań. Ich funkcje są identyczne, niezależnie od tego, czy są to przekonania społeczne, religijne czy polityczne. Jeśli są dogmatyczne, to pełnią tę samą przeciw lękową funkcję”²⁹⁵.

W zdecydowanej większości przypadków konfrontacja człowieka z zagadnieniem transplantacji, odbywa się w trudnej z perspektywy emocjonalnej atmosferze. Wymaga ustosunkowania się do decyzji o zgodzie na pobranie narządów z ciała zmarłej, bliskiej osoby lub doświadczenia własnej, ciężkiej choroby, w której jedyną szansą na wyleczenia jest zgoda na przyjęcie przeszczepu. O szczególnym związku pomiędzy medycyną a różnie rozumianą duchowością pacjentów, piszą Jakub Pawlikowski i Krzysztof Marczewski: „Pomimo różnic obie te dziedziny przenikają się w życiu i decyzjach poszczególnych osób i oddziałują wzajemnie na siebie, kształtując kulturowy pejzaż społeczeństwa. Religie, proponując swoistą ontologię, antropologię i aksjologię, odnoszą się zazwyczaj również do problemu zdrowia, choroby i cierpienia, wartościują czyny związane z podejściem do człowieka chorego oraz formułują dyrektywy odnoszące się między innymi do początkowych i końcowych momentów ludzkiego życia. Z tego powodu trudno nie uwzględniać znaczenia religii w decyzjach i zachowaniach przynajmniej części pacjentów, dla których religia jest sprawą ważną lub nawet najważniejszą”²⁹⁶. Autorzy powołując się na badania z zakresu antropologii kultury i socjologii medycyny wskazują kluczowe funkcje, jakie religia może pełnić w odniesieniu do medycyny:

- eksplikacyjno-sensotwórcza – wpływa na rozumienie niektórych pojęć (np. choroba, cierpienie, śmierć), poprzez odniesienie do religijnie zdefiniowanego sensu życia;
- normatywno-kontrolna – określa normy oceny moralnej i kształtuje stosunek wobec wielu kwestii (np. bioetycznych);

²⁹⁵ E. Krajczyńska, *Jak trwoga, to naprawdę oplaca się „iść do Boga”*, „Nauka w Polsce” 2017, 14 marca, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,413440,jak-trwoga-to-naprawde-oplaca-sie-isc-do-boga.html> (dostęp: 22.05.2017).

²⁹⁶ J. Pawlikowski, K. Marczewski, *Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie?*, cz. 1, *Wartość zdrowia w wielkich religiach świata*, „Kardiologia po dyplomie” 2008, t. 7, nr 10, s. 96.

- charytatywna – stymuluje do organizowania pomocy chorym, niekiedy również w wymiarze instytucjonalnym (np. szpitale, hospicja);
- wspierająca – pomaga lepiej radzić sobie z cierpieniem i chorobą oraz dostarcza wsparcia ze strony wspólnoty religijnej (modlitwa, opieka kapelana);
- terapeutyczna – skłania do szukania środków uzdrowienia w modlitwie, sakramentach czy mocy uzdrowicieli²⁹⁷.

Michał Nowicki, który analizował liczbę przeprowadzanych transplantacji, w różnych krajach świata twierdzi, że „religia jest istotnym czynnikiem kształtującym rozwój transplantologii w danym kraju”²⁹⁸. Z perspektywy transplantologii w kontekście oddziaływań religijnych jako istotne w literaturze przedmiotu wskazywane są trzy dominujące na świecie religie: chrześcijaństwo, islam i hinduizm. Zaznacza się także rolę judaizmu, szintoizmu, świadków Jehowy oraz szczególny stosunek religijny do przeszczepów reprezentowany przez Romów.

Chrześcijaństwo dzieli się na trzy główne nurty wyznaniowe: katolicyzm, protestantyzm i prawosławie. W ich ramach istnieją tysiące mniejszych odłamów. Ze względu na charakterystykę obszaru prowadzonych badań (Podlasie), skupię się na dominującym w tym regionie wpływie Kościoła katolickiego oraz prawosławnego²⁹⁹.

Kościół katolicki, jak podkreśla Stanisław Gulak, systematycznie reaguje na pojawiające się nowe pytania moralne, związane z postępem nauk. Tym samym nie pozostawia poza obszarem swego zainteresowania tak ważnej dla osoby ludzkiej i dla ludzkości kwestii jaką jest transplantacja³⁰⁰. Z ambon katolickich płyną kazania popierające ideę ratowania życia i zdrowia ludzi przy pomocy technik medycyny transplantacyjnej, gdyż życie w teologii chrześcijańskiej uznawane jest za wartość najwyższą. Taką opinię w 1956

²⁹⁷ Zob. B. Tobiasz-Adamczyk, *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000, cyt. za J. Pawlikowski, K. Marczewski, op. cit., s. 96.

²⁹⁸ M. Nowicki, *Poglądy wielkich religii świata na transplantacje narządów*, <http://piotripawel.lodz.pl/files/transplantacja.swf> (dostęp: 22.05.2017).

²⁹⁹ W regionie prawosławie reprezentowane jest przez Wschodni Kościół Staroobrzędowy nieposiadający hierarchii duchownej. Należy do niego 968 osób w 3 parafiach, oraz 220 tys. osób należących do diecezji białostocko-gdańskiej Polskiego Autokefalicznego Kościoła Prawosławnego. Zob. *Wyznania religijne w Polsce 2012–2014*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016, file:///C:/Users/Temida2/Desktop/oz_wyznania_religijne_stow_nar_i_etn_w_pol_2012-2014.pdf (dostęp: 24.05.2017).

³⁰⁰ S. Gulak, *Transplantacja narządów w świetle nauki Kościoła Katolickiego*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2011, nr 4 (37), s. 32.

roku jako oficjalne stanowisko Kościoła przedstawił Papież Pius XII³⁰¹ od tamtej pory akt donacji narządów określany jest jako udzielany w imię miłości bliźniego dar życia, najwyższy akt wsparcia i miłości drugiego człowieka, akt wielkoduszność, bezinteresowności i solidarności z chorymi³⁰². Fundamentalne dla takiego stanowiska były słowa autorytetu, jakim był/jest Jan Paweł II, zawarte w jego encyklice „*Evangelium vitae*”³⁰³, na której to stronach Papież uznał donację za czyn heroiczny względem drugiego człowieka: „Oprócz faktów powszechnie znanych, istnieje jeszcze heroizm dnia codziennego, na który składają się małe lub wielkie gesty bezinteresowności, umacniające autentyczną kulturę życia. Pośród tych gestów na szczególne uznanie zasługuje oddawanie organów, zgodnie z wymogami etyki, w celu ratowania zdrowia, a nawet życia chorym, pozbawionym niekiedy wszelkiej nadziei”³⁰⁴. Równocześnie Jan Paweł II zdecydowanie potępił „praktykę wykorzystywania embrionów i płodów ludzkich jeszcze żywych (...) jako źródła organów albo tkanek do przeszczepów służących leczeniu niektórych chorób”³⁰⁵.

Józef Wróbel zwraca uwagę na dyskusję prowadzoną w latach 50. XX wieku przez ówczesnych moralistów, których część, interpretując integralność ciała ludzkiego pryncypialnie, radykalnie wykluczała możliwość ofiarowania narządów przez dawcę żywego. Stanowisko to argumentowane było przez podkreślenie eksperymentalnego charakteru tych zabiegów, co stanowiło zagrożenie zarówno dla dawcy jak i biorcy. Z biegiem czasu dominującym głosem w tej dyskusji stało się stanowisko przeciwników takiego myślenia, którzy opierali się w formułowaniu swoich opinii na podejściu egzystencjalnym uwzględniając perspektywę personalistyczną³⁰⁶. Przychylając się do takiej (egzystencjalnej, personalistycznej) wykładni hierarchowie Kościoła katolickiego, kontynuują promocję idei

³⁰¹ Zob. A. Modlińska, P. Krakowiak, *Stanowisko Kościoła katolickiego i innych religii wobec przeszczepiania narządów*, [w:] B. Rutkowski, P. Kaliciński, Z. Śledziński, M. Wujtewicz, A. Milecka (red.), *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania i przygotowywania zmarłych dawców do pobrania narządów*, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2009, s. 26 – 44.

³⁰² E. Antos, M. Zelman, *Cultural and religious determinants of organ transplants in Poland and worldwide*, “Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue” 2012, nr 1, s. 8.

³⁰³ http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae_pl.html (dostęp: 11.11.2009).

³⁰⁴ Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, s. 86, http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pl/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html (dostęp: 25.05.2017).

³⁰⁵ J. Wróbel, *Dar Życia*, „W drodze” 2014, nr 2 (486) s. 41.

³⁰⁶ Ibidem, s. 37.

transplantacji, podkreślają konieczność zachowania obostrzeń moralnych, takich jak wyrażenia świadomej zgody dawcy na pobranie narządów³⁰⁷.

Kościół katolicki zgadza się z medycznymi kryteriami śmierci mózgowej jako rzetelnymi wobec orzekania śmierci człowieka³⁰⁸. Papieska Akademia Nauk w 2007 roku opublikowała deklarację „Why the Concept of Brain Death is Valid as a Definition of Death”, mającą charakter oficjalnego stanowiska Kościoła³⁰⁹. Dostrzeżone przez etyków katolickich zostało także pewne potencjalne ryzyko związane z tą metodą leczenia. Jednym z głównych niebezpieczeństw moralnych, jakie katolicy upatrują w transplantacji, jest realne zagrożenie komercjalizacji tej dziedziny medycyny. „Przez handel narządami, medycyna transplantacyjna zostałaby uwikłana w okrutne niszczenie zdrowia biednych dla ratowania bogatych”³¹⁰ – pisze S. Gulak.

Mimo poparcia dla technik medycyny transplantacyjnej także ksenotransplantacji (przeszczepów międzygatunkowych), etycy katoliccy wyrażają zaniepokojenie możliwością ingerencji w istotę człowieczeństwa przez przekroczenie bariery gatunkowej na skutek tego typu działania³¹¹. Kościół katolicki sprzeciwia się przeszczepowi gonad i mózgowia jako części ciała ludzkiego związanych z jego reprodukcją i tożsamością.

Zasobem społecznym, płynącym z nauki Kościoła katolickiego jest to, że jego hierarchowie dostrzegają potrzebę budowania świadomości wśród swoich wyznawców co do dobra jakie niesie ze sobą (przy zachowaniu zasad etycznych) transplantacja. Najlepszym na to dowodem są słowa Papieża Jana Pawła II z 2000 roku, skierowane do uczestników Światowego Kongresu Transplantologicznego: „należy zaszczerpić w sercach ludzi, zwłaszcza młodych, szczere i głębokie przekonanie, że świat potrzebuje braterskiej miłości, której wyrazem może być decyzja o darowaniu narządów”³¹². Uważam, że z całą zasadnością słowa

³⁰⁷ Zob. *Katechizm Kościoła Katolickiego*. Poznań: „Pallotinum” 1994, s. 2295-96, cyt. za S. Gulak, *Transplantacja narządów w świetle nauki Kościoła Katolickiego*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2011, nr 4 (37), s. 32.

³⁰⁸ Zob. Jan Paweł II, *Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej ludzkiej istoty*, „L'Osservatore Romano” 2000, 11-12 (228), s. 37-39.

³⁰⁹ Zob. *Why the Concept of Death is Valid as a Definition of Brain Death*, Statement by the Pontifical Academy of Sciences and Responses to Objections, *Extra Series 31*, Vatican City, 2008, <http://www.pas.va/content/accademia/en/publications/extraseries/braindeath.html> (dostęp: 27.05.2017).

³¹⁰ S. Gulak, op. cit., s. 33.

³¹¹ B. Wójcik, *Etyczne aspekty transplantacji serca*. „Kardiochirurgia Torakochirurgia Polska”, t. I, nr 4, s. 134-36.

³¹² Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Światowego Kongresu Towarzystwa Transplantologicznego*, Rzym 2000, cyt. za: S. Gulak, *Transplantacja narządów w świetle nauki Kościoła Katolickiego*, „Pielęgniarstwo XXI wieku”, Nr 4 (37)/2011, s. 34.

te mogą być interpretowane jako wyrażone wprost zalecenie podjęcia działań z zakresu edukacji zdrowotnej wobec ludzi młodych (m.in. studentów).

Aprobujące podejście do medycyny transplantacyjnej jest tym, co łączy poszczególne kościoły chrześcijańskie³¹³. Jednakże w Kościele prawosławnym tematyka transplantacyjna to przedmiot nielicznych aczkolwiek kontrowersyjnych wewnętrznych debat. Z jednej strony prezentowana jest akceptacja pośmiertnej donacji, którą zgodnie z ideą chrześcijańskiej miłości bliźniego uważa się za godną pochwały metodę ratowania życia i zdrowia ludzi. Świadectwem tego są słowa Miliona Efthimiou'a, „Kościół prawosławny nie sprzeciwia się oddaniu narządów i tkanek po śmierci, jeśli są wykorzystane do poprawy życia ludzkiego, dla transplantacji czy eksperymentu medycznego, mającego służyć poprawie skuteczności leczenia lub zapobieganiu chorobom”³¹⁴. Jednocześnie w dyskusjach wybrzmiewa niepokojące stanowisko niektórych teologów tego wyznania, którzy uważają przeszczep serca za niedopuszczalny³¹⁵.

Problematyka transplantacji, z zasady, stanowi jeden z elementów łączących kościoły chrześcijańskie. Podstawą do przyjęcia takiego założenia jest osadzenie przeszczepów na wiodącej dla tego nurtu wyznań religijnych, idei miłości bliźniego, której najwyższym przejawem może być darowanie części samego siebie. Elementem łączącym jest również, to, że większość hierarchów kościoła prawosławnego tak samo jak katolickiego wskazuje na konieczność edukacji społecznej w zakresie transplantacji. Jak pisze Michał Mondecki: „Kościół prawosławny uważa, iż nie należy nikogo zmuszać do dawstwa narządów, lecz zachęcać i wskazywać jak dobrym jest to uczynkiem”³¹⁶.

Dominacja chrześcijaństwa, które stanowi fundament rozwoju kultury europejskiej zakończy się jak prognozuje amerykańska PEW Research Center³¹⁷ już w 2070 roku, kiedy to islam stanie się religią posiadającą najwięcej wyznawców.

W islamie tematyka przeszczepów ma długą i znaczącą historię, gdyż dokonywanie reimplantacji oczu czy kości przypisywane było zarówno starożytnym lekarzom

³¹³ M. Mandecki, *Religie Świata a transplantacje*, cz. 1, *Poglądy kościołów chrześcijańskich na problematykę transplantacji narządów i tkanek*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2015, nr 9, s. 374.

³¹⁴ E. Antos, M. Zelman, op. cit., s. 8.

³¹⁵ Ibidem, s. 8; zob. A. Modlińska, P. Krakowiak, *Stanowisko* op. cit., s. 26 – 44; K. Pabisiak, *Religie o dawstwie narządów*, [w:] *Transplantacja-jestem na tak. Podziel się swoją decyzją*. Program edukacyjny na temat dawstwa i transplantacji narządów oraz tkanek, Stowarzyszenie „Życie po przeszczepie”, Warszawa 2008, s. 40-43.

³¹⁶ M. Mandecki, *Religie...*, cz. 1, s. 374.

³¹⁷ M. Lipka, *Muslims and Islam: Key findings in the U.S. and around the world*, PEW Research Center, 2017, <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/05/26/muslims-and-islam-key-findings-in-the-u-s-and-around-the-world/> (dostęp: 04.06.2017).

muzułmańskim jak i prorokowi Mahometowi³¹⁸. Współcześnie Międzynarodowe Zgromadzenie Nauk Prawnych i Muzułmańskiej Organizacji Nauk Medycznych wydało opinie uznając przeszczepy w myśl doktryny za dozwolone³¹⁹. Zarówno uwarunkowania historyczne jak i wydanie oficjalnego, pozytywnego stanowiska co do technik medycyny transplantacyjnej nie wpłynęło na ukształtowanie wśród muzułmanów jednolitej opinii na temat transplantacji. Muzułmanie, czyli w tłumaczeniu z języka arabskiego muslim – poddani Bogu wyznawcy islamu nie prezentują jednomyślnego stanowiska wobec transplantacji. Wierni swój stosunek do przeszczepów kształtują na podstawie interpretacji słów proroków, głównie Mahometa, której dokonują lokalni duchowni. Zatem dana wykładnia jest zależna od różnic kulturowych wynikających z zajmowanego terytorium oraz kontekstów historycznych. Dominującym poglądem na transplantację jest ten akceptujący, wynikający z zapisów prawa koranicznego, mówiącego o tym, że życie ludzkie jest najwyższą wartością, dlatego w imię jego ratowania dopuszcza się możliwość przeprowadzenia zabiegów transplantacyjnych³²⁰. Narządy mogą być pozyskiwane jedynie w trybie donacji *ex mortuo* i tylko w przypadku wyrażonej za życia zgody dawcy jak i jego rodziny. Z grona potencjalnych dawców wykluczane są osoby skazane na karę śmierci jak również donatorzy żyjący. Krytyka donacja *ex vivo* wynika z faktu, że pobranie narządu mogłoby spowodować osłabienie ważnych funkcji życiowych dawcy³²¹. W przypadku islamu religijne uwarunkowania transplantacji są niezwykle silne, co uwidacznia zakaz przeszczepiania narządów pomiędzy muzułmanami a przedstawicielami innych religii. Niedopuszczalne jest, aby narząd pobrany od wyznawcy islamu został przeszczepiony osobie innego wyznania. Zakaz nie obowiązuje w sytuacji odwrotnej, ponieważ w takim przypadku narząd zostaje „uświęcony” przez obecność w ciele muzułmanina³²². Zaskakujące jest podejście do ksenotransplantacji. Świnie powszechnie uważane za zwierzęta nieczyste, przez co zakazane do konsumpcji, są dopuszczone jako

³¹⁸ E Antos, M Zelman, op. cit., s. 9.

³¹⁹ Zob. *Transplantacja a religie*, Opracowane na podstawie pracy dyplomowej Aleksandry Beldowicz pt. „Problematyka niskiej liczby dawców w świetle prawa polskiego, unijnego i amerykańskiego”, Dawca.pl, <https://www.dawca.pl/warto-wiedziec/transplantacja-a-religie> (dostęp: 26.05.2017).

³²⁰ Zob. S. Mousavi, *Ethical considerations related to organ transplantation and Islamic Law*, „International Journal of Surgery” 2006, t. 4, nr 2, s. 91-93.

³²¹ J.J. Pruszyński, J. Putz, D. Cianciara, *Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby*, „Hygeia Public Health” 2013, nr 48/1, s. 112.

³²² K.M. Górka, *Związek medycyny i religii. Podobieństwa i różnice w poglądach na temat transplantacji organów wśród przedstawicieli judaizmu, buddyzmu i islamu*, [w:] M. Sadowski (red.) *Wiara, polityka i religia*, Wrocław 2015, s. 194, Repozytorium Uniwersytetu Wrocławskiego, <http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/docmetadata?from=rss&id=64702> (dostęp: 05.06.2017).

źródło narządów dla wyznawców Mahometa „pod warunkiem zapewnienia kontynuacji życia muzułmanina i poprawy jego jakości”³²³.

Większość imamów uznaje śmierć mózgu jako kryterium warunkujące orzeczenie śmierci człowieka, a w związku z tym traktuje przeszczepy jako moralnie dopuszczalną metodę terapeutyczną. Jednakże w przypadku wyznawców odłamów fundamentalistycznych nie ma zgody na orzekanie o śmierci opartej na stwierdzeniu śmierci mózgu. Dominuje pogląd, według którego transplantacje to metoda niegodna, bezczeszcząca zwłoki zmarłego³²⁴. Bogactwo islamu sprawia, iż istnieje jeszcze trzeci, skomplikowany przypadek, kiedy to, co prawda transplantacje są uznawane za metodę terapeutyczną przy jednoczesnym wykluczeniu możliwości orzekania śmierci potencjalnego dawcy opartej na kryteriach śmierci mózgu³²⁵, co jest istotne dla pozyskiwania „nadających się” do przeszczepiania narządów.

Prawo koraniczne potępia handel narządami, jednak to właśnie w krajach, gdzie islam jest dominującą religią odnotowuje się najwięcej tego typu praktyk. Szczególnym miejscem na transplantacyjnej mapie świata jest Iran, który z powodzeniem wprowadził komercyjny model pozyskiwania narządów (głównie nerek) regulowany przez program LURD (*living unrelated donor renal transplantation*)³²⁶. Piotr Małkowski zwraca uwagę na to, że poziom akceptacji dla przeszczepiania narządów w krajach muzułmańskich zdaje się być skorelowany ze statusem ekonomicznym, „liczba wykonywanych transplantacji jest większa w Kuwejcie czy Arabii Saudyjskiej w porównaniu z Pakistanem, w którym do niedawna odnotowywano przypadki handlu narządami”³²⁷.

W literaturze przedmiotu podkreślane jest to, że podejście do kwestii zdrowia i choroby wśród wyznawców islamu jest wciąż niewystarczająco eksplorowane badawczo. Za główną przyczynę takiego stanu rzeczy uznaje się wielość odłamów tej religii oraz wpływów, jakie na jej kształt – formę zradykalizowania, ma obszar świata, który zamieszkują jej wyznawcy, ich poziom wykształcenia oraz status ekonomiczny.

Sushruta – święte księgi hinduskie, których pochodzenie datowane jest na 600 r. p.n.e. zawierają rozbudowane opisy zabiegów transplantacyjnych, takich jak przeprowadzane przez hinduskich lekarzy przeszczepy skóry oraz mitologiczne opisy ksenotransplantacji, w czasie

³²³ Ibidem.

³²⁴ M. Mandecki, *Religie Świata a transplantacje*, cz. 2, *Poglądy niechrześcijańskich religii świata na problematykę transplantacji narządów i tkanek*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2016, nr 10, s. 141.

³²⁵ Ibidem, s. 141.

³²⁶ B. Rutkowski (red.), *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów*, Gdańsk 2009, s. 37-38.

³²⁷ P. Małkowski, op. cit., s. 333.

których Bóg mądrości Ganesz do ludzkiego ciała miał implantowaną głowę słonia³²⁸. Tematyka transplantacyjna ma w tym systemie religijnym ma ugruntowaną pozycję.

Wśród wyznawców hinduizmu jak zauważa M. Mandecki „z racji wielości hinduistycznych odłamów, różniących się między sobą zarówno wierzeniami na temat Boga jak i praktykami religijnymi, nie możliwe jest stworzenie zamkniętego systemu etycznego charakterystycznego dla hinduizmu”³²⁹. Postawy wyznawców hinduizmu wobec transplantacji są zróżnicowane. Z jednej strony z poziomu oficjalnych wytycznych religijnych, nie znajduję niczego, co mogłoby wskazywać na formułowanie zakazu czy jakiegokolwiek nieprzychylności wobec transplantacji. Z drugiej strony nieformułowane są opinie propagujące donację. Oświadczenie Amerykańskiego Stowarzyszenia Świątyni Hindu w sprawie transplantacji nie zawiera zakazu donacji. Każdorazowo decyzja o przekazaniu komórek, tkanek czy narządów ma charakter indywidualny i należy do wyznawcy³³⁰. Donacja przez hinduistów popierających transplantację oceniana jest jako działanie motywowane altruizmem i postrzegana jako akt poświęcenia³³¹.

Negatywne nastawienie do transplantacji motywowane względami tej religii, może opierać się na wierze w reinkarnację. W związku z tym przeszczep postrzegany bywa jako „próba sztucznego zatrzymania duszy w starym ciele, co może wiązać się z zaburzeniem naturalnego cyklu narodzin i śmierci”³³².

Hinduizm podobnie jak inne religie zdecydowanie potępia komercjalizację przeszczepów. Zasady wiary nie są w stanie uchronić wyznawców przed handlem narządami. W Indiach (gdzie hinduizm jest dominującą religią) ze względu na rozwarstwienie społeczne, przeludnienie i biedę właśnie wśród ludzi wyznających tę religię ma miejsce najwięcej płatnych donacji³³³.

³²⁸ Ibidem, s. 334.

³²⁹ M. Mandecki, *Religie...*, cz. 2, s. 143.

³³⁰ *Transplantacja jestem na tak*, Program edukacyjny na temat dawstwa i transplantacji narządów oraz tkanek. Program realizowany przez Stowarzyszenie „Życie po przeszczepie”, wyd. III, 2012, s. 39.

³³¹ P. Małkowski, op. cit., s. 334.

³³² E. Antos, M. Zelman, op. cit., s. 9.

³³³ Zob. Raport UNODC na temat zjawiska handlu ludźmi w Indiach, 2013, <http://handelludźmi.eu/hl/baza-wiedzy/archiwum/2013/6141,Raport-UNODC-na-temat-zjawiska-handlu-ludźmi-w-Indiach.html> (dostęp: 07.06.2017); W. Zięba, *Handel organami ludzkimi cz. II.*, „My a Trzeci Świat” 2004, Pismo Gdańskiego Ośrodka Ruchu Solidarności Z Ubogimi Trzeciego Świata Maitri, nr 4 (77), lipiec-sierpień 2004, http://www.maitri.pl/gazetka/my_77/html/organy2.htm (dostęp: 07.06.2017); P. Rosochowicz, *Plaga handlu ludzkimi organami*, http://www1.rfi.fr/actupl/articles/119/article_9202.asp (dostęp: 07.06.2017).

Zdaniem rabina Robbiego Bermana wyznawcy judaizmu są tymi, którzy najrzadziej decydują się na przekazanie narządów. Negatywne nastawienie do donacji może wynikać z niewłaściwego interpretowania zapisów Tory³³⁴.

Dominującym prawem judaizmu jest „pikuah nefes”, czyli zasada zachowanie życia. To na ten zapis powołują się rabini propagujący ideę ofiarowania narządów. Prawo to jest tak istotne, że znosi inne, przykładowo prawo koszerności. W sytuacji zagrożenia śmiercią głodową dozwolone jest zjedzenie wieprzowiny. To właśnie ten zapis pozwala na akceptowanie przeszczepów jako metody zgodnej z moralnością żydowską.

Wśród zborów żydowskich, w zależności od stopnia ortodoksyjności zmienia się nastawienie wobec transplantacji. Zdarza się, że poglądy reprezentowane przez wyznawców tej religii są ze sobą sprzeczne³³⁵. Rygorystyczne interpretowanie niektórych zapisów Tory, jak na przykład mówiącego o konieczności pochowania zwłok jak najszybciej, najlepiej tego samego dnia, jest niekorzystne dla przeprowadzenia zabiegów transplantacyjnych. Problematiczne są też zasady, co do obchodzenia się z ciałem zmarłego, przykładowo zakaz przecinania powłoki ciała, co uniemożliwia pobranie narządów. Trudności mogą pojawić się już w momencie akceptacji zasad orzekania śmierci człowieka. W prawie żydowskim śmierć człowieka utożsamiana jest z ustaniem pracy serca i zanikiem oddechu. Niemożliwe jest, zatem – przestrzegając dosłownie zapisów prawa tej religii, pobranie bijącego serca lub np. płuc z ciała, które jeszcze „oddycha”. Specyficznym zachowaniem Żydów wobec transplantacji, warunkowanym interpretacją nakazów religijnych jest to, że w myśl zasady „pikuah nefes” zgadzają się na bycie biorcą, ale zgodnie z regułą nienaruszalności zwłok ludzkich oraz przesądem związanym z „tchijat ha-metim”, czyli wiarą w zmartwychwstanie ciała ludzkiego, a w związku z tym koniecznością zachowania kompletu narządów³³⁶, nie godzą się na bycie dawcą.

Większość nurtów judaizmu uważa przeszczepianie narządów za działanie zgodne z etyką i moralnością religijną. Rabin R. Bermana, który powołując się na cytaty z Księgi Powtórzonego Prawa (30: 19) – Bóg mówi ludowi: „kładę przed tobą życie i śmierć... wybierz

³³⁴Zob. P. Bruzzone, Skróty wykładu wygłoszonego 28 sierpnia 2005 r. w ramach programu Scholar in Residence organizowanego we współpracy ze Stowarzyszeniem ATaRa (na podstawie tłum. M. Krawczyk), Biuletyn Gminy Wyznaniowej Żydowskiej w Warszawie nr 28, <http://poznan.jewish.org.pl/index.php/judaizmcom/Rzecz-o-przeszczepach.html> (dostęp: 07.06.2017); P. Bruzzone, *Religious Aspects of Organ Transplantation*, „Transplantation Proceedings” 2008, nr 40, s. 1064–1067.

³³⁵E. Antos, M. Zelman, op. cit., s. 9.

³³⁶Zob. Skróty wykładu wygłoszonego 28 sierpnia 2005 r. w ramach programu Scholar in Residence organizowanego we współpracy ze Stowarzyszeniem ATaRa (na podstawie tłum. Moniki Krawczyk), Biuletyn Gminy Wyznaniowej Żydowskiej w Warszawie (nr 28), dostęp: 07.06.2017, <http://poznan.jewish.org.pl/index.php/judaizmcom/Rzecz-o-przeszczepach.html>

życie”, apeluje do współbraci o to, by w swej ziemskiej podróży, kiedy staną przed takim wyborem, zawsze wybierali życie³³⁷.

Głównym problemem natury religijnej, z jakim muszą zmierzyć się świadkowie Jehowy jest zakaz transfuzji krwi. Duchowni tego wyznania tłumaczą, że zasada ta została zapisana w Biblii: (Dzieje Apostolskie 15: 20) „lecz trzeba im napisać, by się powstrzymywali od rzeczy splugawionych przez bożki i od rozpusty, i od tego, co uduszone, i od krwi”³³⁸. Postawa świadków Jehowy wobec transplantacji ewoluowała. Od początkowej akceptacji, po całkowity zakaz przyjmowania przeszczepów, za którego złamanie od roku 1967 roku groziło wykluczenie ze Zboru³³⁹. Obecnie zgoda na leczenie z wykorzystaniem technik medycyny transplantacyjnej jest indywidualnym wyborem każdego wyznawcy Jehowy. Warunkiem koniecznym, znoszącym piętno grzechu z zabiegu jest obowiązek całkowitego oczyszczenia transplantu z krwi dawcy. Sama operacja powinna być przeprowadzona tak, aby w żadnym wypadku nie doszło do transfuzji krwi u biorcy³⁴⁰.

Szintoizm obok buddyzmu jest dominującą religią w Japonii. Jest jedynym systemem religijnym, który zabrania transplantacji *ex mortuo*. Uwarunkowania religijne i kulturowe były na tyle znaczące społecznie, że wpływały na regulacje prawne w tym zakresie. Do 1997 roku obowiązywał w Japonii zakaz przeprowadzania transplantacji. Obecnie mimo sprzyjających warunków, takich jak popierające transplantacje prawo, wysoki poziom medycyny oraz sprzyjające warunki ekonomiczne, w dalszym ciągu wpływy religijne są na tyle silne, że 90% przeprowadzanych przeszczepów bazuje na donacji *ex vivo*³⁴¹. Szintoizm w założeniu odnosi się jedynie do kwestii życia doczesnego. Nie zajmuje się życiem po śmierci³⁴². Jednakże kreuje ściśle określone przekonania, co do czystości człowieka, konieczności zachowania jej przez rytualne obmywanie, co ma zapobiec skalaniu. To, co najistotniejsze dla kwestii podejścia wyznawców szintoizmu do transplantacji to przekonanie o nieczystości zwłok ludzkich. Nieczyste i przez to niebezpieczne dla żywych zwłoki ludzkie muszą zostać nietknięte. Wierzenia te wynikają z przekonania, że „ciało jest darem bogów, jedną z wielu konstytutywnych części świata i należy mu się szacunek. (...) nie może zostać naruszone, gdyż jego uszkodzenie (np.: przez pobranie narządów do transplantacji) skutkować może zaburzeniem równowagi świata oraz więzi między zmarłym,

³³⁷ Ibidem.

³³⁸ Biblia internetowa, Dzieje Apostolskiej 15:20, <http://www.biblia-internetowa.pl/Dzieje/15/20.html> (dostęp: 07.06.2017).

³³⁹ P. Małkowski, op. cit., s. 334.

³⁴⁰ Zob. *The Gift of a Lifetime. Religion and Organ and Tissue Donation*, <http://www.organtransplants.org/understanding/religion/> (dostęp: 07.06.2017), A. Modlińska, P. Krakowiak, op. cit.

³⁴¹ M. Mandecki, *Religie...*, cz. 2., s. 143.

³⁴² Zob. P. Różycki, *Turystyka a pielgrzymowanie*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2016.

a opłakującymi go bliskimi. Dlatego też wyznawcy szintoizmu z reguły przeciwni są transplantacji (...)”³⁴³. Przerwanie powłok ludzkich jeszcze do niedawna uważane było za przestępstwo zarówno pod kątem religijnym, moralnym jak i prawnym.

Romowie stanowią grupą etniczną o trudnym do sprecyzowania poglądzie religijnym³⁴⁴. Postawa wobec transplantacji kształtowana jest opierając się na przekazywanym z pokolenia na pokolenie systemie wierzeń między innymi w odniesieniu do śmierci. Romowie wierzą, że po śmierci człowieka jego dusza pozostaje w ciele przez okres jednego roku. W tym czasie niedopuszczalne jest okaleczanie ciała, gdyż byłoby to równoważne z okaleczeniem duszy.

W podsumowaniu fragmentu dotyczącego aspektów religijnych transplantacji, chciałabym przytoczyć słowa Katarzyny Marii Górskiej o tym, że „nie należy zapominać, iż o wyniku tanatologicznych rozważań każdej wierzącej osoby, w większym lub mniejszym stopniu, przesądza wiedza i status zwierzchników danego kościoła oraz współpracujących z nim etyków i autorytetów”³⁴⁵. Przykładem doskonale ilustrującym ową zależność jest Japonia, gdzie pomimo wysokiego poziomu medycyny, zamożności społeczeństwa, właśnie ze względu na uwarunkowania kulturowe wynikające z dominującej religii jaką jest szintoizm (zabraniający pobierania narządów) wykonuje się znikomą liczbę przeszczepień³⁴⁶. Szczególnym krajem na religijnej mapie świata są także Czechy, gdzie jako ateści deklaruje się 61% populacji. Pomimo tej laickości społeczeństwa, Czesi wydają się mieć zdecydowanie bardziej pozytywną, przejawiającą się w prawie dwukrotnie wyższej liczbie przeszczepień, postawę wobec transplantacji, niż uważani za religijnych Polacy³⁴⁷. Polska jest krajem wyjątkowo jednolitym wyznaniowo. Procent katolików, czyli osób ochrzczonych w Kościele katolickim, jest bardzo wysoki. W 2014 r. katolicy stanowili 91,9% ludności, czyli 32,9 mln z 35,8 mln)³⁴⁸. W skali świata zadeklarowani ateści to zaledwie ok. 2% populacji³⁴⁹, w związku z tym można wnioskować, że większość ludzi swoje poglądy, decyzje, zachowania w większym lub mniejszym stopniu determinuje wpływem jakiegoś systemu wierzeń. Zdaniem Gabe Bullard postęp technologiczny na świecie, będzie przyczyną

³⁴³ M. Mandecki, *Religie...* cz. 2, s. 142.

³⁴⁴ Ibidem, s. 142.

³⁴⁵ K.M. Górka, op. cit.

³⁴⁶ M. Nowicki, op. cit.

³⁴⁷ Zob. Newsletter *Transplant International figures on donation and transplantation* 2014, “Edqm” 2015, t. 20, s. 8, https://www.edqm.eu/sites/default/files/newsletter_transplant_2015.pdf (dostęp: 24.05.2017).

³⁴⁸ T. Wiślicki, *Kościół polski w liczbach*, Katolicka Agencja Informacyjna, 2016, <http://www.pope2016.com/polska/o-kraju/news,452566,kościół-w-polsce-w-liczbach.html> (dostęp: 22.05.2017).

³⁴⁹ Zob. *Religie świata*, Centrum Nauki Kopernik, <http://www.kopernik.org.pl/bazawiedzy/artykuly/kultu-rareligie-religie-swiate/> (dostęp: 22.05.2017).

sukcesywnego osłabiania pozycji religii w wielu obszarach życia społecznego³⁵⁰, jednakże na ten moment zasadne wydaje się przyjęcie założenia o istnieniu zależności między wyznaniem, poziomem religijności osoby, a jej postawą wobec transplantacji.

W podsumowaniu rozdziału *Transplantacje – złożoność i wielowymiarowość zjawiska*, chciałabym zwrócić uwagę, że transplantologia to dziedzina medycyny rozwijająca się nie tylko niezwykle szybko, ale i coraz bardziej spektakularnie. Wiąże się to z przekraczaniem kolejnych barier nie tylko natury medycznej, ale także społecznej, przez co tematyka transplantacyjna to zagadnienie interdyscyplinarne. Temat transplantacji w przestrzeni społecznej jest polem coraz aktywniejszej eksploracji, wpisując się tym samym w dyskurs polityczno-społeczny. Podejmowanie w ramach wielu dyscyplin tematyki transplantacyjnej, powinno zgodnie z celem nauki prowadzić do zdobywania wiedzy, wyjaśniania zjawisk, podnoszenia jakości życia, innowacji, ale przede wszystkim do poszukiwania prawdy. Prawdy, która zwłaszcza w humanistyce miewa charakter subiektywny³⁵¹, warunkowany indywidualnymi postawami ludzi.

³⁵⁰ Zob. G. Bullard, *The World's Newest Major Religion: No Religion*, „National Geographic” 2016, <http://news.nationalgeographic.com/2016/04/160422-atheism-agnostic-secular-nones-rising-religion/> (dostęp: 22.05.2017).

³⁵¹ A. Białas, *Istota i cel nauki – spojrzenie fundamentalisty*, „Pauza Akademicka. Tygodnik Polskiej Akademii Umiejętności” 2011, nr 127.

Rozdział 3. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia jako narzędzia zmiany postaw społecznych wobec transplantacji

Rozdział trzeci stanowi kontynuację i domknięcie prezentacji podstaw teoretycznych niniejszej rozprawy. Zawiera wyjaśnienie znaczenia i zakresu oddziaływania edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia oraz polityki zdrowotnej w obszarach dotyczących transplantacji. W tej części pracy staram się wskazać podstawy teoretyczne, które pozwalają włączyć rozważania dotyczące transplantacji w salutogenetyczny model myślenia o zdrowiu oraz pokazać ich związek z teorią poczucia koherencji. Celem zaprezentowanych w tej części pracy przykładowych kampanii społecznych było to, że za ich pośrednictwem realizowana jest głównie promocja idei donacji, co według cytowanych badaczy jest niewystarczające do kształtowania przychylnych transplantacji postaw społecznych. Konkluzję tego rozdziału oraz podstawę podjętych w ramach dysertacji badań, stanowi moje przekonanie o tym, że najistotniejszą rolę, w procesie kreowania przychylnych transplantacji postaw, powinna odgrywać edukacja zdrowotna społeczeństwa w zakresie tematyki transplantacyjnej.

3.1. Transplantacje - metoda leczenia wpisująca się w salutogenetyczny model myślenia o zdrowiu

Najważniejszą wartością w życiu człowieka jest zdrowie, tak deklaruje 66% Polaków, według wyników badań przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny w pierwszej połowie 2015 roku³⁵². Istnieje wiele koncepcji wyjaśniających, czym jest zdrowie³⁵³ (według niektórych autorów jest ich ponad sto³⁵⁴). Najczęściej przytaczaną, a w związku z tym najbardziej znaną, wydaje się być definicja opracowana przez Światową Organizację Zdrowia, według której „zdrowie to nie tylko całkowity brak choroby, czy kalectwa, ale także

³⁵² Zob. Główny Urząd Statystyczny, *Najważniejsze dla Polaków jest zdrowie i rodzina*, Polska Agencja Prasowa, 2015, <http://www.pap.pl/aktualnosci/news,435819,gus-najwazniejsze-dla-polakow-jest-zdrowie-i-rodzina.html> (dostęp: 03.07.2017).

³⁵³ Zob. T. Maszczak, *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, „Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu” 2005, z. 54; L. Tuszyńska, *Zdrowie w dyskursie pedagogicznym*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych” 2015, nr 2(89); K. Puchalski, *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*, „Promocja. Zdrowia Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, t. 1-2, s. 53-69; L. Heszen-Niejodek, *Promocja zdrowia — próba systematyzacji z perspektywy psychologa*, „Promocja Zdrowia Nauki Społeczne i Medycyna” 1995, t. 1-2; H. Sęk, L. Ściągala, T. Pasikowski, M. Beisert, A. Bleja, *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, „Przegląd Psychologiczny” 1992, r. XXXV, nr 3, s. 351-363.

³⁵⁴ D. Seredyńska, *Od koncepcji zdrowia do edukacji zdrowotnej*, [w:] M. Kuchcińska, E. Kościńska (red.), *Konteksty zdrowia i edukacji zdrowotnej*, Bydgoszcz 2010, s. 17.

stan pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu (dobrego samopoczucia)”³⁵⁵. Takie definiowanie zdrowia, zdaniem Tadeusza Maszczaka uwypukla jego wielowymiarowość, obejmującą wzajemnie od siebie zależne aspekty fizyczne, psychiczne i społeczne. Wymiar społeczny autor określa jako „zdolność do wchodzenia i utrzymywania relacji z innymi ludźmi”³⁵⁶. Pierwowzorem rozumienia zdrowia z uwzględnieniem kontekstu społecznego była koncepcję opublikowana w 1941 roku przez Freda G. Sigerista, który uznał, że zdrowie jest stanem nieograniczającym się tylko do braku chorób, ponieważ „zdrowym może być człowiek, który odznacza się harmonijnym rozwojem fizycznym i psychicznym i dobrze adaptuje się do środowiska społecznego. Całkowicie realizuje on swoje zdolności fizyczne i umysłowe, może dostosować się do zmian w otoczeniu, jeśli nie wykraczają one poza granice normy, i wnosi swój wkład w pomyślność społeczeństwa, odpowiednio do swoich możliwości i zdolności”³⁵⁷. Na podstawie badań literatury dotyczącej tematyki zdrowia Helena Sęk zwróciła uwagę na proces społeczny trwający już wiele lat, którego celem jest ukazanie zdrowia jako wartości dla ludzkości. Autorka wskazuje także zagrożenia dla zdrowia płynące z rozwoju współczesnej cywilizacji oraz na fakt, że zdrowie jest nie tylko przywilejem i prawem każdego człowieka, ale także jego osobistym zadaniem³⁵⁸. Takie przekonanie stanowi podstawę do usytuowania zdrowia w kategorii nie tylko dobra, zasobu indywidualnych jednostek, ale kluczowej wartości dla całego społeczeństwa.

Postrzeganie transplantacji jako metody leczenia, wpisuje się w perspektywę salutogenetycznego myślenia o zdrowiu i chorobie. Według Ewy Syrek zastosowanie perspektywy salutogenetycznej (według autorki interesującej koncepcji teoretycznej, szeroko dyskutowanej u schyłku ubiegłego wieku, szczególnie istotnej dla pedagogiki zdrowia) podkreśla „ujęcia zdrowia w kategoriach jego zmienności na pewnym kontinuum, gdzie na jednym krańcu jest zdrowie, a na drugim – choroba. Miejsce jednostki na tym kontinuum zmienia się, zdrowie, więc nie jest stanem stałym ani stałym zasobem”³⁵⁹. Salutogeneza otwiera drogę do pełniejszego, holistycznego myślenia zarówno o zdrowiu jak i o chorobie, gdyż jak ujmuje to Aaron Antonovsky „nawet w pełni krzepka, energiczna, niezdradzająca żadnych objawów chorobowych, dobrze funkcjonująca osoba nosi jakiś znak śmiertelności:

³⁵⁵ Zob. Biuro Światowej organizacji Zdrowia w Polsce, <http://www.who.un.org.pl> (dostęp 03.07.2017).

³⁵⁶ T. Maszczak, op. cit., s. 74.

³⁵⁷ E. Bulicz, I. Murawow, *Wychowanie zdrowotne, cz. 1, Teoretyczne podstawy waleologii*, Politechnika Radomska, Radom, 1997, s. 44

³⁵⁸ H. Sęk, *Subiektywne koncepcje zdrowia. Świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*, [w:] Z. Ratajczak, I. Heszen–Niejodek (red.), *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Kraków 1997, s. 22.

³⁵⁹ E. Syrek, *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2008, s. 39.

nosi okulary, przeżywa momenty depresji, zapada na gripę i może posiadać jeszcze niewykryte, złośliwe komórki. Mózg i emocje nawet terminalnie chorego mogą być w pełni sprawne. Zdecydowana większość z nas znajduje się gdzieś pomiędzy przeciwnymi biegunami tego kontinuum”³⁶⁰. W sytuacji choroby, jaką jest niewydolność narządowa perspektywę przeszczepu można postrzegać jako swoisty „most” między stanem zagrożenia życia/chorobą przewlekłą a „normalnym”/zdrowym funkcjonowaniem człowieka. Przykładem dobrze ilustrującym, takie rozumienie problemu jest przeszczep nerki, gdyż dar transplantu „przesuwa” pacjenta z kontinuum choroby ku zdrowiu. Równocześnie przekłada się na poprawę, jakości życia pacjenta. Warto podkreślić jest także to, że współczesny sposób myślenia o zdrowiu (model zdrowia społeczno-ekologiczny) akcentuje holistyczną wizję człowieka jako centralnej postaci oraz wzajemne relacje/powiązania człowieka ze środowiskiem. Model ten podkreśla indywidualną odpowiedzialność jednostki za zdrowie)³⁶¹. Odpowiedzialność jednostki, jej sposób myślenia o zdrowiu własnym, jak i innych uznaję za strategiczną w kształtowaniu postaw wobec transplantacji.

Jednym z kluczowych założeń salutogenetycznego modelu myślenia o zdrowiu (próby uchwycenia balansu na linii między zdrowiem a chorobą i dążeniu w stronę zdrowia) jest hipoteza (zweryfikowana w wielu także w polskich badaniach³⁶²), według której to poziom koherencji jaki przejawia człowiek determinuje jego prozdrowotne postawy. Twórca koncepcji poczucia koherencji A. Antonovsky³⁶³, zastanawiając się nad tym, dlaczego jedni ludzie chorują, podczas gdy inni są w stanie trwać w zdrowiu, przekierował myślenie z koncentracji na czynnikach wywołujących choroby – dysfunkcje organizmu (myślenie charakterystyczne dla modelu patogenetycznego) na czynniki chroniące. Postrzegane jako indywidualne i społeczne zasoby, które umiejętnie wykorzystują jednostki, aby zachować zdrowie. Badacz za priorytetowe dla swej teorii uznał poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności (*comprehensibility, manageability and meaningfulness*) postrzegania bodźców, jakie docierają do człowieka. Właśnie te komponenty składają się na koherencję, czyli: „globalną orientację człowieka, wyrażającą stopień, w jakim człowiek ten ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturyzowany, przewidywalny

³⁶⁰ A. Antonovsky, *Poczucie koherencji jako determinant zdrowia*, [w:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, s. 211.

³⁶¹ Zob. K. Borzucka-Sitkiewicz, *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006, s. 13; E. Syrek, *Zdrowie...*, s. 46; D. Seredyńska, op. cit., s. 12.

³⁶² H. Sęk, *Wstęp do wydania polskiego*, [w:] A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005, s. 8.

³⁶³ A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.

i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania”³⁶⁴. Sądzę, że dokładnie te same komponenty odpowiadają za kształtowanie postawy przychyłnej transplantacji. Człowiek postrzegający swoje zdrowie jako zasób indywidualny, ale także społeczny, mający wysoki poziom poczucia koherencji będzie zdolny do rozumienia donacji komórek, tkanek i narządów jako swojego wkładu w budowanie dobra, zdrowia innego człowieka (potencjalnie także swojego, bo nikt nie jest w stanie przewidzieć czy w przyszłości nie będzie potrzebował takiej interwencji medycznej dla ratowania własnego zdrowia czy życia). Poczucie zrozumiałości może umożliwić tłumaczenie tego, że w chwili indywidualnej śmierci to co nie będzie już potrzebne jednostce może być cennym darem dla innych. Analizowana zaradności może wpływać na zdolność do podjęcia decyzji o donacji a poczucie sensowności (co podkreśla wiele osób decydujących się na pośmiertną donację oraz osób bliskich, którzy godzą się na pobranie narządów od zmarłych członków rodziny) sprawi, że w perspektywie zgody na przekazanie komórek, tkanek, narządów „śmierć człowieka nabiera sensu”³⁶⁵.

Łącząc powyżej przedstawione informacje o tym, jak rozumiane jest obecnie pojęcie zdrowia, a zwłaszcza jego społeczny wymiar, przy uwzględnieniu roli, jaką w myśleniu o zdrowiu i postawach wobec kwestii zdrowia odgrywa poczucie koherencji, jakie przejawia indywidualna jednostka, uważam, że transplantacja jako metoda terapeutyczna jest zgodna z modelem salutogenetycznym. Komórki, tkanki, narządy ludzkie traktowane są jako niezwykle cenne zasoby. Dar, który w myśl solidarności społecznej, może przybliżyć inne jednostki do kontinuum zdrowia, wtedy gdy ich dawca bezpowrotnie przesuwają się w skrajną stronę niewydolności organizmu – śmierci.

3.2. Polityka, edukacja i promocja zdrowia a idea donacji komórek, tkanek i narządów

Zdrowie uznaje się za dobro publiczne warunkujące wszechstronny rozwój społeczeństwa, co jak tłumaczy Teresa Bernadeta Kulik wraz z współautorami, wynika z faktu, że „tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe,

³⁶⁴ Ibidem, s. 34.

³⁶⁵ Częsta odpowiedź udzielana przez respondentów w badaniach realizowanych w ramach dysertacji.

rozwijać się, osiągać odpowiednią, jakość życia”³⁶⁶. Zdaniem Szymona Kawałko konsekwencją postrzegania zdrowia jako zasobu społecznego jest „osadzenie ochrony zdrowia i jego promocji w sferze działalności publicznej polegającej na interwencji państwa oraz finansowaniu jej ze środków publicznych”³⁶⁷. W związku z tym kwestia zdrowia, jego ochrony podlega wielopłaszczyznowym i interdyscyplinarnym działaniom zorientowanym na poprawę i prewencję ochrony zdrowia społeczeństwa. W rozważaniach dotyczących zagadnienia zdrowia publicznego Janusz Opolski eksponuje jego charakterystyczną cechę, którą jest widzenie problemów zdrowotnych w perspektywie społecznej oraz rozwiązywanie problemów zdrowotnych jednostek przez działania ukierunkowane na społeczność³⁶⁸. Zasadność takiego podejścia wyjaśnia Marian Sygit pisząc, że „zachowania zdrowotne są w znacznym stopniu kształtowane czynnikami związanymi z życiem społecznym jednostki”³⁶⁹. Wytworzona w ten sposób kultura zdrowotna, o której pisze cytowany autor to specyficzny dla danej społeczności „system wartości przypisywanych zdrowiu fizycznemu i psychicznemu, subiektywnemu i obiektywnemu, jednostkowemu i publicznemu – przejawia się w świadomym regulowaniu relacji człowiek-środowisko, w poczuciu odpowiedzialności za zdrowie własne i publiczne oraz zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych człowieka”³⁷⁰.

Starania, mające na celu poprawę zdrowia społeczeństwa zbiorczo, definiowane są jako polityka zdrowotna państwa. Polegają na podejmowaniu działań z zakresu organizacji i realizacji systemu ochrony zdrowia, kształtowania odpowiedniego, tzn. zdrowego stylu życia, ochrony ekosystemu (środowiska), w którym żyje człowiek oraz edukacji zdrowotnej³⁷¹. W nurt takiej narracji wkomponowuje się kwestia rozwiązywania problemu (związanego ze zdrowiem publicznym), jakim jest główna bariera blokująca adekwatny dla potrzeb społeczeństwa poziom realizacji zabiegów z zakresu medycyny transplantacyjnej, czyli niedobór narządów. Poszukując sposobów na zmniejszenie rozbieżności pomiędzy deklarowanym a realnym dawstwem narządów, wielu badaczy, zwraca uwagę na to, że transplantacja i jej korzyści terapeutyczne nie są możliwe bez współpracy i wsparcia dla

³⁶⁶ T.B. Kulik, A. Bieniarz, A. Pacian, J. Pacian, M. Janiszewska, *Zdrowie w ujęciu interdyscyplinarnym – przegląd teorii*, [w:] J. Kirenko (red.), *Zdrowa szkoła – zdrowy uczeń. Między teorią a praktyką. Wybrane zagadnienia*, Uniwersytet Marii- Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2010, s. 9.

³⁶⁷ Sz. Kawałko, *Istota i zadania współczesnej polityki ochrony zdrowia*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość” 2014, t. XI, s. 326.

³⁶⁸ J. Opolski, *Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia*, [w:] J. Opolski (red.), *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. I, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie, Warszawa 2011, s. 15.

³⁶⁹ M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010, s. 30.

³⁷⁰ Ibidem, s. 30.

³⁷¹ C.W. Włodarczyk, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Vesalius, Łódź 1996, s. 39.

lekarzy i innych pracowników służby zdrowia ze strony rządu i społeczeństwa jako całości³⁷², znacząca rola w tych oddziaływaniach powinna przypadać właśnie działaniom o charakterze edukacyjnym.

Działania służące budowaniu świadomości zdrowotnej w zakresie transplantacji podejmowane są na wielu szczeblach administracyjnych: lokalnym, krajowym oraz międzynarodowym. Ważnym elementem aktywności protransplantacyjnej podejmowanej na każdym z tych poziomów jest dążenie do „przeszczepiania” dobrych praktyk, przepływu wiedzy i umiejętności, dostosowywania przepisów prawnych i procedur ku dobru wspólnemu, jakim jest rozwój transplantologii. Zaangażowanie wspólnotowe w temacie transplantacji najlepiej ilustrują prace Komisji Europejskiej, która w 2007 r. zwróciła uwagę na „konieczność zapewnienia większej dostępności przeszczepów oraz łatwiejszego dostępu do wysokiej, jakości bezpiecznych zabiegów transplantacyjnych. W 2008 r. Komisja przyjęła plan działania na rzecz zacieśnienia współpracy pomiędzy państwami UE w tej dziedzinie. Natomiast w 2010 roku w życie weszła nowa dyrektywa UE, która zdefiniowała standardy, jakości i bezpieczeństwa w odniesieniu do narządów ludzkich przeznaczonych do przeszczepu”³⁷³. Działalność Unii Europejskiej przejawia się w systemowym dążeniu do kompatybilności przepisów prawnych, procedur medycznych, przepływu wiedzy i doświadczeń oraz podejmowaniem działań, służących rozwiązaniu problemu niedoboru narządów.

W Polsce aktualne procedury, dotyczące kwestii rozwoju i promocji tej dziedziny leczenia są zawarte w rządowym dokumencie, jakim jest Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011-2020³⁷⁴. Jednym z głównych celów tej strategii jest „upowszechnianie wiedzy w społeczeństwie dotyczącej leczenia przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów oraz promocja idei dawstwa komórek, tkanek, narządów”³⁷⁵.

Założenia polityki zdrowotnej definiowane jako „proces polegający na przygotowywaniu i wdrażaniu działań wpływających na kształt i funkcjonowanie systemu

³⁷² Zob. D. McGlade, B. Pierscionek, *Can education alter attitudes, behaviour and knowledge about organ donation? A pretest–post-test study*, “BMJ Open” 2013, <http://bmjopen.bmj.com/content/3/12/e003961.full> (dostęp: 30.10.2015).

³⁷³ Agencja Wykonawcza Komisji Europejskiej ds. Konsumentów, Zdrowia, Rolnictwa i Żywności, *Przeszczepy podnoszenie standardów, ratowanie życia*, Bruksela 2016, <https://publications.europa.eu/pl/publication-detail/-/publication/dfa8bb1c-fc38-4716-a453-bfcd333610e5/language-pl/format-PDF/source-32176055> (dostęp: 16.07.2017).

³⁷⁴ Uchwała Rady Ministrów nr 164/2010 z dnia 12 października 2010r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2011 – 2020 pod nazwą *Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011-2020*, s. 7, http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0017/5606/2progrtransplant_20130430.pdf (dostęp: 10.05.2015).

³⁷⁵ Ibidem.

opieki zdrowotnej”³⁷⁶, w tym przypadku dotyczącym propagowania medycyny transplantacyjnej realizowane są także na szczeblu lokalnym. Dobry przykład takich praktyk stanowi to, że 25 lutego 2011 roku województwo podlaskie na mocy podpisania Listu Intencyjnego przystąpiło do ogólnopolskiego programu „Partnerstwo dla transplantacji”³⁷⁷. Celem przystąpienia do tego programu jest podejmowanie wszechstronnych działań upowszechniających ideę transplantacji. Pragnę podkreślić, że w punkcie 4 podpisanego dokumentu zawarte jest zobowiązanie władz regionu do podnoszenia świadomości społecznej w zakresie wspierania idei transplantacji³⁷⁸. Uważam za szczególnie ważne to, że w powyższych dokumentach wyraźnie zarysowano odrębność edukacji i promocji, co podkreśla, że realizowanych w ich ramach oddziaływań nie należy traktować jako tożsamy. Różnicę terminologiczną dobrze tłumaczą słowa B. Woynarowskiej: „Terminy „promocja zdrowia” i „edukacja zdrowotna” nie są synonimami, ale są ze sobą ściśle powiązane. Oba odnoszą się do działań, których celem jest wspieranie ludzi w sprawowaniu kontroli nad czynnikami wpływającymi na ich zdrowie oraz tworzeniu środowiska sprzyjającego zdrowiu. Oba obejmują wiele komplementarnych działań dotyczących jednostek, społeczności i społeczeństwa”³⁷⁹. W celu wprowadzenia transparenacji używanych pojęć przyjmuję, że przez edukację zdrowotną w niniejszej rozprawie rozumiem: „zaplanowane, różnorodne działania edukacyjne, ukierunkowane na udzielanie ludziom pomocy w uzyskaniu kompetencji, dzięki którym mogą oni podejmować działania dla zachowania (ochrony), utrzymania i doskonalenia/umacniania zdrowia własnego i innych ludzi”³⁸⁰. Nie istnieje jedna oficjalna definicja edukacji zdrowotnej, co może wynikać z tego, że nauczanie o zdrowiu jest obszarem interdyscyplinarnym. Przenikają się tu obszary badawcze, takich nauk jak medycyna, biologia, psychologia, socjologia, ekologia a także pedagogika. Jak zauważa E. Syrek to właśnie „pedagogika społeczna eksponuje relacje między jednostką a środowiskiem i wskazuje na ich konsekwencje prakseologiczne, co umożliwia ich przenikanie między różnymi dziedzinami, jak np. praca, wypoczynek, zdrowie, edukacja”³⁸¹. Subdyscyplina, jaką jest pedagogika zdrowia podkreśla relację między zdrowiem i edukacją,

³⁷⁶ L. Waszkiewicz, *Polityka zdrowotna*, [w:] T.B. Kulik, M. Latański (red.), *Zdrowie publiczne*, Lublin 2002, s. 178, cyt. za Sz. Kawałko, op. cit., s. 330.

³⁷⁷ Podpisanie Listu Intencyjnego dotyczącego „Partnerstwa dla transplantacji” w województwie podlaskim, <http://www.bialystok.uw.gov.pl/Aktualnosci/2011/2011-02-25+14-45.htm> (dostęp: 08.07.2017).

³⁷⁸ Ibidem.

³⁷⁹ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna jako kluczowy komponent promocji zdrowia*, [w:] *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*, PWN, Warszawa 2017, s. 119.

³⁸⁰ Ibidem, s. 96.

³⁸¹ E. Syrek, *Pedagogika zdrowia – zarys obszarów badawczych*, [w:] E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz (red.), *Edukacja zdrowotna* Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009, s. 18.

służbą zdrowia i pracą społeczną³⁸². Według Ligi Tuszyńskiej to właśnie rolą pedagogiki zdrowia jest opisywanie, porządkowanie i wyjaśnianie podstawowych pojęć edukacji zdrowotnej i relacji pomiędzy nimi, a głównym „celem pedagogiki zdrowia jest wyposażenie społeczeństwa w umiejętności praktyczne wychowania zdrowotnego oraz stawianie nowych problemów badawczych z zakresu szeroko pojętej edukacji zdrowotnej”³⁸³.

Wyodrębnienie w rządowym dokumencie sformułowania „przekazywanie wiedzy”, rozumiem jako zalecenie podjęcia edukacji społeczeństwa w zakresie tematyki transplantacyjnej, co jest równoznaczne z zaangażowaniem w ten proces właśnie pedagogiki.

Koncept promocji zdrowia jest w literaturze przedmiotu najczęściej definiowany w dwojaki sposób. Według zapisu zawartego w Karcie Ottawskiej – podstawowego dla koncepcji zdrowia publicznego dokumentu, w którym w 1986 roku promocja zdrowia została określona jako proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem i jego poprawę³⁸⁴. Druga definicja zaproponowana została przez Światową Organizację Zdrowia i co do zasady jest zbieżna z tą pierwszą, jak również z podejściem do promocji zdrowia, jakie propaguje Unia Europejska, gdzie dodatkowo podkreślone zostało, że promocja zdrowia to współdziałające ze sobą trzy elementy: edukacja zdrowotna (*Health Education*), profilaktyka (*Disease Prevention*) oraz ochrona zdrowia (*Health Protection*). Anna Leśniewska i współautorzy podkreślają, że w takim ujęciu „akcentuje się udział podmiotów społecznych i politycznych w zachowaniu zdrowia społeczeństwa”³⁸⁵. Kontekst społeczny podkreśla także Maciej Demel pisząc, że promocja zdrowia to „mobilizacja sił naturalnych i społecznych sprzyjających zdrowiu. Ich nośnikami są warunki i organizacja życia oraz styl życia jednostek i zbiorowości”³⁸⁶. Kontynuując tę myśl B. Woynarowska określa promocję zdrowia jako „sztukę interwencji w systemy społeczne”, powołując się przy tym na Roberta Grossmana, pisze, że „w społeczeństwie nie ma odrębnych systemów dla zdrowia i żaden z nich nie może być odpowiedzialny za promocję zdrowia. Musi ono wejść

³⁸² Ibidem, s. 18.

³⁸³ L. Tuszyńska, *Zdrowie w dyskursie pedagogicznym*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych” 2015 nr 2(89), s. 21.

³⁸⁴ Zob. M.J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57, s. 509.

³⁸⁵ A. Leśniewska, M. Posobkiewicz, K. Kanecki, J. Demidowicz, P. Tyszko, *Działania powiatów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w Polsce – w świetle badań ankietowych*, „Hygeia Public Health” 2014, nr 49(3), s. 472.

³⁸⁶ M. Demel, *Przesłanie do uczestników konferencji*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, Krajowy Ośrodek Wsparcia Edukacji Zdrowotnej, Warszawa 2001, s. 9.

do każdego systemu społecznego, a warunkiem skuteczności są działania międzysektorowe i tworzenie koalicji”³⁸⁷.

Zakres działań prowadzonych w ramach edukacji zdrowotnej i tych związanych z promocją zdrowia pozornie nachodzą na siebie. B. Woynarowska wyjaśnia, że edukacja zdrowotna adresowana jest do jednostek, a promocja zdrowia zazwyczaj dotyczy systemów społecznych³⁸⁸. To wyjaśnienie wyraźnie wskazuje, że propagowanie w społeczeństwie postaw przychylnych transplantacji, będzie skuteczne jedynie wtedy, gdy zostaną podjęte działania systemowe, łączące edukację zdrowotną oraz promocję donacji komórek, tkanek i narządów.

3.3. Wybrane przykłady popularyzowania idei donacji

Działania o charakterze popularyzującym idee donacji i transplantacji jako nowoczesnej metody leczenia zazwyczaj przybierają formę kampanii społecznych. Według Beaty Tarczydło są to działania o charakterze komunikacyjno-promocyjnym, których celem jest wywołanie zmian postaw społecznych wobec pewnej idei czy problemu³⁸⁹. Badając specyfikę kampanii społecznych Dawid Szostek wskazuje, że owa zmiana zachowania beneficjentów tego typu oddziaływań każdorazowo ma „charakter dobrowolny wynikający ze zmiany mentalności, przekonań, wiedzy, świadomości i akceptacji”³⁹⁰, jakie następują pod wpływem tego typu oddziaływań.

W związku z tym, że niedobór narządów do przeszczepu stanowi globalny problem transplantacji, także działania propagujące postawy przychylne transplantacji prowadzone są w różnych częściach świata. Dominującym trendem jest wykorzystywanie kampanii społecznej prowadzonej w mediach oraz happeningi jako podstawowego narzędzia. Znaczącą rolę w akcjach, propagujących tę metodę leczenia, odgrywają nie tylko zaangażowani w ten proces ludzie ze środowiska medycznego, ale również pacjenci, którzy dzięki przeszczepom mogli (jak sami mówią) narodzić się po raz drugi, często do lepszego, bo bardziej świadomego życia.

Specyficznym sposobem upowszechniania medycyny transplantacyjnej, właśnie jako daru życia, są wydarzenia o charakterze religijnym, jak np. pielgrzymka osób po

³⁸⁷ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013, s. 132.

³⁸⁸ Ibidem, s. 121.

³⁸⁹ B. Tarczydło, *Kampania społeczna w teorii i praktyce*, „Studia Ekonomiczne. Wykorzystanie nowych mediów w public relations” 2013, nr 157, s. 226.

³⁹⁰ D. Szostek, *Błędy i trudności w stosowaniu marketingu społecznego na przykładzie kampanii społecznych w Polsce*, „Marketing i Rynek” 2014, nr 9, s. 10.

transplantacji serca na Jasną Górę. Pielgrzymi dziękują za „dar drugiego życia” i modlą się o to, by w Polsce nie zabrakło dawców organów do przeszczepów³⁹¹ (o tym jak istotny jest wątek religijny w kontekście tej metody leczenia pisałam już wcześniej w części *Religijne aspekty transplantacji*).

Popularyzowanie transplantacji należy do zadań własnych administracji państwowej, która podejmuje w ramach polityki zdrowotnej starania, aby realizować te działania na różnych poziomach. „Zgoda na życie”³⁹², to trwająca od października 2015 roku kampania polskiego Ministerstwa Zdrowia, której głównym celem jest upowszechnienie w społeczeństwie wiedzy na temat medycyny transplantacyjnej. Kampania miała już kilka odsłon adresowanych do beneficjentów na poziomie lokalnym i ogólnopolskim.

Ciekawa inicjatywa, zrealizowana we współpracy z urzędami miejskimi Kielc, Lublina, Katowic, Zielonej Góry oraz Białegostoku, miała miejsce 26 października, czyli w Światowy Dzień Donacji i Transplantacji. W kilkudziesięciu lokalizacjach w każdym z miast pojawiły się napisy „Chcesz oddać narządy po śmierci? deklaracja.zgoda na życie.pl 26.10. dzień donacji”³⁹³. Celem akcji było wzbudzenie refleksji u jej odbiorców w kontekście udzielania odpowiedzi na zadane w tak nietypowy sposób pytanie.

W lutym 2016 roku w ramach ogólnopolskiego wymiaru kampanii „Zgoda na życie szansa na miłość” w telewizji pojawił się „walentynkowy klip o miłości – wyjątkowej, bo możliwej dzięki decyzjom innych obcych ludzi”³⁹⁴. W ramach kampanii powstały także spoty radiowe, strona internetowa oraz aplikacja umożliwiająca publiczne zadeklarowanie swojej woli na popularnych portalach społecznościowych. Trafność dla takiego emocjonalnego ujęcia kampanii, wiąże z chęcią powiązania pozytywnego nastawienia, jakie towarzyszy obchodzonemu w tym okresie Dniu Zakochanych, ale przede wszystkim z wynikami badań naukowych. Badaczka Izzal Asnira Zolkepli³⁹⁵, która analizowała wpływ różnych oddziaływań socjalizacyjnych (rodzina, przyjaciele, instytucje edukacyjne, media) na postawę młodych ludzi wobec transplantacji twierdzi, że najsilniejsze oddziaływanie na postawy

³⁹¹ Zob. Pielgrzymka osób po transplantacji serca na Jasną Górę, „Nauka w Polsce”, 29.09.2007, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,66564,pielgrzymka-osob-po-transplantacji-serca-na-jasna-gore.html> (dostęp: 24.07.2017); zob. 24 maja br. już po raz drugi osoby po przeszczepie spotkały się na Jasnej Górze, „Polski Portal Transplantacyjny”, http://www.przeszczep.pl/news_886_24_maja_br_juz_po_raz_drugi_osoby_po_przeszczepie_spotkaly_sie_na_jasnej_gorze.htm (dostęp: 24.07.2017).

³⁹² Kampania Ministerstwa Zdrowia „Zgoda na Życie”, 20.10.2015, <http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/kampania-zgoda-na-zycie/> (dostęp: 28.07.2017).

³⁹³ *Zgoda na życie na chodnikach*, kampania społeczne.pl, 26.10.2016, <http://kampaniespoleczne.pl/zgoda-na-zycie-na-chodnikach/> (dostęp: 13.07.2017).

³⁹⁴ *Zgoda na życie szansa na miłość*, kampania społeczne.pl, 11.02.2016, <http://kampaniespoleczne.pl/zgoda-na-zycie-szansa-na-milosc/> (dostęp: 13.07.2017).

³⁹⁵ I.A. Zolkepli, *Generation Y as organ donor. Informational and supportive influence of socialization agents on attitude towards organ donation*, „Health Marketing Quarterly” 2008, nr 25(1-2), s. 33-65.

protransplantacyjne należy do mediów, w tym Internetu. Największą siłę zawierają komunikaty i obrazy o pozytywnym zabarwieniu emocjonalnym, podkreślające korzyści, jakie z decyzji donacyjnej czerpie zarówno rodzina dawcy jak również biorca i jego bliscy. Przeprowadzona analiza jak i inne powiązane tematycznie badania³⁹⁶ tłumaczą, dlaczego kampania społeczna jest najchętniej wybieranym narzędziem do budowania świadomości społecznej.

Idea promocji transplantacji z wykorzystaniem Internetu jest dominującym nurtem. Ma to związek z coraz większą internalizacją społeczeństwa. Według badań Głównego Urzędu Statystycznego w 2016 r. 80,4% gospodarstw domowych posiadało dostęp do sieci³⁹⁷. Odslona kampanii, która trwa od kwietnia 2016 roku „Zgoda na życie. Moja zgoda na życie”³⁹⁸, włącza do promocji idei donacji osoby publiczne. Przy użyciu aplikacji dostępnej na deklaracja.zgodanazycie.pl wygenerowane zostaje spersonalizowane oświadczenie woli, które w formie graficznej zostaje udostępnione w mediach społecznościowych. W założeniu spożytkowanie autorytetu, sympatii, popularności prestiżu społecznego tych osób ma posłużyć do promocji idei donacji, tworzenia pozytywnego klimatu, wizerunku tej metody leczenia.

Wiele uwagi skupiła kampania społeczna „Dawca.pl Bądź świadomym dawcą narządów”, propagująca idee świadomej donacji za pośrednictwem Internetu: strony internetowej oraz mediów społecznościowych (Facebook, Twitter). Inicjatywa kampanii zrodziła się w środowisku medycznym, jako odpowiedź na dostrzeżoną przez lekarzy konieczność budowania świadomości społecznej wobec transplantacji. „Historia kampanii świadomego dawstwa narządów „Dawca.pl” sięga roku 2002, kiedy to kilku lekarzy Akademii Medycznej w Gdańsku, zauważyło niechętny stosunek pacjentów do kwestii przeszczepiania narządów. Doszli do wniosku, że przyczyna tej nieufności tkwi w niedostatecznej wiedzy i postanowili zmienić tę sytuację, poprzez uświadamianie społeczeństwa i obalanie mitów na temat transplantologii”³⁹⁹. Warte odnotowania jest to, że obecnie zespół tworzą młodzi ludzie – studenci skupieni nie tyle wokół Akademii Medycznej w Gdańsku, co wokół idei transplantacji. Ciekawym pomysłem zespołu była akcja „The

³⁹⁶ T.H. Feeley, S. Moon, *Promoting Organ Donation through Public Education Campaigns: A Random-Effects Meta-Analysis*, US Department of Health & Human Sciences, 2014, <https://www.organdonor.gov/dtcp/publicedu.html> (dostęp: 23.07.2017).

³⁹⁷ Zob. Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny, Opracowanie Sygnalne, Warszawa, 20.10.2016, file:///C:/Users/Temida2/Desktop/si_sygnalna_2016.pdf (dostęp: 15.07.2017).

³⁹⁸ Janda, Saleta i Markowska zgadzają się na życie, 19.04.2017, <http://kampaniespoleczne.pl/janda-saleta-i-markowska-zgadzaja-sie-na-zycie/> (dostęp: 13.07.2017).

³⁹⁹ Dawca.pl, *Bądź świadomym dawcą narządów*, <https://www.dawca.pl/o-nas/o-nas> (dostęp: 23.07.2017).

walking dead. Zrób coś dobrego zanim zostaniesz zombi”⁴⁰⁰. We współpracy z telewizją FOX autorzy akcji wykorzystali stylistykę popularnego, amerykańskiego serialu „The walking dead” (w wolnym tłumaczeniu „Żywe trupy”, w reżyserii Franka Darabot) do uwrażliwienia społeczeństwa na ideę donacji. Celem akcji było jak podają autorzy „promowanie transplantologii poprzez dystrybucję oświadczeń woli zaprojektowanych w klimacie serialu”⁴⁰¹. O ile o „stylistycę” kampanii można dyskutować to warto jest odnotowania to, że jej autorzy postulują o: 1. Refleksję nad zagadnieniem ewentualnej donacji; 2. Wydrukowanie, podpisanie i noszenie zawsze przy sobie Oświadczenia Woli; 3. Informowanie bliskich o swojej decyzji. Podjęcie rozmów na temat donacji w rodzinie, uważam za najistotniejszy komponent akcji.

Podobnymi założeniami kierowali się twórcy cieszącej się znacznym zainteresowaniem społecznym produkcji TVP1 „Operacja Życie”. Wyprodukowany w 2011 roku cykl dokumentalny, miał na celu uświadomienie ludziom „jak ważna jest sprawa transplantacji, jaki to problem w skali społecznej, medycznej, etycznej, jak wiele napotyka trudności, które blokują przeszczep, co zmienić, zmodyfikować, polepszyć”⁴⁰². W kolejnych odcinkach przedstawiane były losy pacjentów oczekujących na przeszczep, tych którzy żyją dzięki transplantacjom, ich rodzin oraz personelu medycznego. Spersonalizowanie problemów, z jakimi na co dzień spotyka się polska transplantologia w założeniu miało uwrażliwić odbiorcę, pobudzić do refleksji, sprowokować podjęcie rozmów na ten temat w rodzinach.

Rola rodziny w medycynie transplantacyjnej jest widoczna w wielu obszarach. Wyjątkową płaszczyznę stanowią coraz częstsze przeszczepy rodzinne, kiedy to decyzja o donacji bazuje na tym, co tworzy rodzinę, czyli więziach emocjonalnych. W ten konstrukt wpisują się kampanie promujące rodzinną donację wśród dawców nerek. „Oddaje, bo kocham”⁴⁰³, to opublikowany 27 października 2015 roku w Internecie dwuminutowy film propagujący ideę przeszczepiania nerki od żywego dawcy. Powstał z inicjatywy Kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus i został zrealizowany przez Fundację Centrum Rozwoju Medycyny przy wsparciu Fundacji PGE Energia z Serca⁴⁰⁴. Kolejną odsłoną kampanii jest spot „Twoja prawa nerka”⁴⁰⁵ opublikowany

⁴⁰⁰ Zob. *The walking dead. Zrób coś dobrego zanim zostaniesz zombi*, <http://www.zanimzostaneczombie.pl/> (dostęp: 23.07.2017).

⁴⁰¹ Zob. <https://www.k2.pl/#!/pl/realizacje/element/fox/> (dostęp: 23.07.2017).

⁴⁰² Zob. „Operacja życie”, http://vodcom.pl/operacja_zycie_sezon_1 (dostęp: 24.07.2017).

⁴⁰³ Zob. „Oddaje bo kocham”, <https://www.youtube.com/watch?v=RoFxKOb3WLw> (dostęp: 24.07.2017).

⁴⁰⁴ Zob. www.fundacjacrm.pl; www.zywydawcanerki.pl (dostęp: 24.07.2017).

w styczniu 2016 roku. Działania te są konkretyzacją zadań wpisanych w Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej. Realizowany w jego ramach Program Żywy Dawca Nerki⁴⁰⁶ zakłada prowadzenie akcji informacyjnej skierowanej bezpośrednio do chorych i ich bliskich.

Mówiąc o przeszczepach jako o metodzie opartej na cennym darze, warte odnotowania jest to, że ich popularyzacja ma miejsce także za pośrednictwem tak cennej dziś wartości jaką jest informacja/news. Wątek transplantacji jest wiadomością, która „dobrze się sprzedaje”. Media chętnie informują o kolejnych często spektakularnych sukcesach lekarzy⁴⁰⁷. O ludziach powracających do zdrowia, choć jeszcze nie tak dawno nie mieliby szans na przeżycie. W serwisach informacyjnych pojawiają się także newsy o wysokim ciężarze sensacyjności, które mogą wprowadzać chaos w świadomości społecznej⁴⁰⁸. Nieodpowiednio interpretowane mogą przyczyniać się do budowania przekłamań wobec zasad leczenia z zastosowaniem transplantacji. Problem ten został dostrzeżony. Na szczeblu unijnym zostają podejmowane działania mające zapobiegać ewentualnym, niezamierzonym działaniom wywoływanym nieodpowiednim formułowaniem informacji związanych z tematyką przeszczepów. Przykładem działań mających propagować przekazywanie rzetelnych wiadomości o transplantacji wśród publicystów są organizowane przez Komisję Europejską warsztaty dla dziennikarzy w zakresie dawstwa narządów i transplantacji. W czasie piątej edycji warsztatów, zorganizowanych w listopadzie 2014 roku, przedstawione

⁴⁰⁵ Zob. „Twoja Prawa Nerka”, zywydawcanerki.pl, https://www.youtube.com/watch?v=8-b9_qpB4ro (dostęp: 24.07.2017).

⁴⁰⁶ Zob. Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej, Program Żywy Dawca Nerki, <http://zywydawcanerki.pl/> (dostęp: 25.07.2017).

⁴⁰⁷ Zob. Tytuły wiadomości medialnych związane z zagadnieniem transplantacji: *Pierwsza w Polsce transplantacja na odległość; Matka słyszy serce nieżyjącego syna. Kobieta nie mogła powstrzymać łez; Adam Maciejewski i jego zespół z nagrodą za najlepszy przeszczep; Dziewięć przeszczepów w osiem dni. Rekord lekarzy z Zabrze*, wp.pl, <https://wiadomosci.wp.pl/tag/przeszczep> (dostęp: 25.07.2017); *Są pacjenci, nie ma dawców. Dzieci czekają na przeszczep serca; Uderzył głową o bruk, zmarł. Organy Brytyjczyka uratowały życie czterem Polakom*, www.tvn24.pl, <http://www.tvn24.pl/szukaj.html?q=przeszczep> (dostęp: 25.07.2017); *Wystarczy chcieć - Transplantacja - dar życia*, Polsat News, http://www.polsatnews.pl/wideo-program/wystarczy-chciec-transplantacja-dar-zycia_6360768/ (dostęp: 25.07.2017), *Zjednoczeni przeszczepem serca*, wiadomości.tvp.pl, <https://wiadomosci.tvp.pl/28623220/zjednoczeni-przeszczepem-serca> (dostęp: 25.07.2017).

⁴⁰⁸ Zob. Autor: mn/km, *Ropa przynosi mniejsze zyski, Państwo Islamskie przerzuca się na... handel ludzkimi organami*, TVN24BIS, 2015, <http://tvn24bis.pl/ze-swiata,75/media-panstwo-islamskie-handluje-zwl-okami-bitych-kurdow,517604.html> (dostęp: 26.07.2017); M. Powęska, *Nerka za 30 tys. zł, płuca za milion. Jak wygląda handel ludzkimi organami?*, Raport specjalny Interia.tech.pl, 2013, <http://nt.interia.pl/raporty/raport-medycyna-przyszlosci/medycyna/news-nerka-za-30-tys-zl-pluca-za-milion-jak-wyglada-handel-ludzki,nId,1060289> (dostęp: 26.07.2017); R. Kulig, *Chciał sprzedać nerkę, usłyszał zarzuty*, wp.pl, 2015, <https://wiadomosci.wp.pl/chcial-sprzedac-nerke-uslyszal-zarzuty-6027714301518465a> (dostęp: 26.07.2017).

zostały prezentacje i artykuły pochodzące od uczestników z kilku państw członkowskich prezentujące sposoby promowania idei donacji wśród opinii publicznej⁴⁰⁹.

Warto wspomnieć także o dyskretnym propagowaniu transplantacji, kiedy to tematyka przeszczepów zostaje wpleciona w fabułę serialu telewizyjnego lub filmu fabularnego. Takie oddziaływanie może wywierać dwojaki wpływ. Przykładowo wątek przeszczepu serca ratujący życie Magdalenie – bohaterce serialu TVP „M jak Miłość”⁴¹⁰, może budować pozytywne nastawienie do tej metody leczenia wśród widzów. Zupełnie inny rodzaj refleksji może stymulować projekcja filmu „Coma” (Śpiączka)⁴¹¹ w reżyserii Michaela Crichtona. Główną bohaterką tego dramatu jest młoda lekarka, która zaniepokojona liczbą pacjentów zapadających w tytułową śpiączkę odkrywa mroczną tajemnicę – personel medyczny zaangażowany jest w uśmiercanie pacjentów i handel ich narządami. To zestawienie sposobu poruszania tematyki transplantacyjnej w mediach, uwydatnia konieczność edukowania społeczeństwa. Bazując na założeniu, że człowiek posiadający rzetelną wiedzę o tym, jakie procedury medyczne, prawne muszą zostać spełnione, aby możliwe było pobranie komórek, tkanek czy narządów zupełnie inaczej zinterpretuje fabułę filmową. Co najważniejsze, nie będzie ona stanowiła podstawy do wytworzenia lęku związanego z postępowaniem w ramach tej metody leczenia.

Zaprezentowane informacje o podejmowanych przez różne grupy społeczne staraniach w celu kształtowania pozytywnych postaw wobec transplantacji, pokazują, że jest to obszar dużej i różnorodnej aktywności społecznej. Jednakże w mojej ocenie obecnie jest realizowany tylko jeden komponent z zaplanowanej i koniecznej puli działań – promocja. Zgadzam się z twierdzeniem Barbary Jacennik, że „przeciwdziałanie skomplikowanym problemom społecznym może być skuteczne jedynie przy kompleksowych działaniach, w których kampania medialna jest tylko jednym z elementów”⁴¹². Pomimo, że kampanie społeczne odgrywają istotną rolę edukacyjną, gdyż są głównym narzędziem wykorzystywanym w promocji zdrowia to jednak jak wskazują Renata Rasińska, Iwona Nowakowska i Jan Nowomiejski „nie należy spodziewać się znaczących zmian postaw pod ich wpływem.

⁴⁰⁹ K. Knypl, *Dziś w Brukseli rozpoczynają się warsztaty dla dziennikarzy o transplantacji narządów*, „Gazeta dla lekarzy” 2014, <http://gazeta-dla-lekarzy.gazeta-dla-lekarzy.kylos.pl/index.php/wazniejsze-nowosci/179-warsztaty-dla-dziennikarzy-o-transplantacji-narzadow> (dostęp: 26.07.2017).

⁴¹⁰ Zob. „M jak miłość”. Przeszczep serca Magdy. Umierająca Madzia żegna się z Pawłem, „M jak miłość” odcinek 1032, http://superseriale.se.pl/serie-galerie/m-jak-milosc-odcinek-1032-operacja-magdy-umierajaca-madzia-zegna-sie-z-pawlem_374807.html (dostęp: 28.07.2017).

⁴¹¹ Zob. Film *Coma*, <http://www.filmweb.pl/film/%C5%9Aapi%C4%85czka-1978-4639> (dostęp: 28.07.2017).

⁴¹² B. Jacennik, *Perspektywy marketingu społecznego w Polsce*, „Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego”, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artyku%20y/629-perspektywy-marketingu-spolecznego-w%20polsce.html> (dostęp: 02.07.2017).

Kampanie społeczne powinny pobudzać do refleksji i przyczyniać się do podjęcia działań służących rozwiązaniu problemu, który jest w nich stawiany⁴¹³. Za konieczne uważam także przytoczenie słów Barbary Chyrowicz, w których przestrzega ona przed tym, że „im większy będzie społeczny nacisk wywierany w różnego rodzaju publikatorach na wyrażanie zgody na pobieranie organów, tym większy może być – paradoksalnie – opór przeciwko wyrażaniu takiej zgody”⁴¹⁴. W mojej ocenie obecnie realizowany jest głównie tylko jeden z postulowanych obszarów mających kreować postawy Polaków wobec transplantacji – promocja. Drugi, co staram się uzasadnić, nie mniej znaczący, a wciąż niejako pomijany, obszar działań to edukacja zdrowotna. Przychylam się do stanowiska prezentowanego przez Jerzego Ochmańskiego, który za zasadniczą przyczynę wciąż niewystarczającej liczby wykonywanych transplantacji uważa „katastrofalnie niski poziom świadomości społecznej powodowany słabością publicznej edukacji i tak naprawdę brakiem strategii edukacyjnej”⁴¹⁵.

Potrzeba realizacji działań z zakresu edukacji zdrowotnej społeczeństwa w zakresie transplantacji jest niezaprzeczalna. Negatywne konsekwencje kontynuowania dotychczasowego podejścia dobitnie tłumaczą Lawrence Green i Marshall Kreuter pisząc, że „bez edukacji zdrowotnej promocja zdrowia byłaby manipulacyjnym przedsięwzięciem z zakresu inżynierii społecznej”⁴¹⁶. To kolejny niepodważalny argument za koniecznością edukowania społeczeństwa w zakresie transplantacji. Przychylam się do postulatu płynącego także z innych badań, aby przez działania na szczeblu ministerialnym włączać na różnych etapach kształcenia temat transplantacji⁴¹⁷.

W podsumowaniu rozdziału chciałabym zaznaczyć, że zgłębiając zagadnienie postaw społecznych wobec medycyny transplantacyjnej można doświadczyć specyficznej ambiwalencji, szczególnie ciekawej pod względem badawczym dla pedagoga społecznego. Z jednej strony wyniki badań⁴¹⁸ wskazują, że większość Polaków aprobuje dawstwo narządów w celu ratowania życia i zdrowia (podobna tendencja występuje też

⁴¹³ R. Rasińska, I. Nowakowska, J. Nowomiejski, *Kampanie społeczne jako przejaw działań edukacyjnych*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2014, nr 1 (51), s. 20.

⁴¹⁴ B. Chyrowicz, *Prawo...*, s. 6.

⁴¹⁵ J.W. Ochmański, *Regulacje prawne a wyzwania współczesnej medycyny transplantacyjnej. Problematyka poszerzania kręgu dawców organów nieregenerujących się*, [w:] J. Such, J. Wiśniewski (red.), *Z filozoficznych, etycznych i prawnych zagadnień transplantacji*, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2011, „Seria badania interdyscyplinarne”, nr 22, s. 100.

⁴¹⁶ L.W. Green, M.W. Kreuter, *Health promotion planing. An educational and ecological approach*, Mountain View, 1999 Mayfield, s. 19, cyt. za: B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna jako...*, s. 119.

⁴¹⁷ I.A. Zolkepli, op. cit., s. 33-65.

⁴¹⁸ *Postawy wobec przeszczepiania narządów*, Komunikat CBOS, oprac. M. Feliksiak, Warszawa 2012 (lipiec), s. 2, http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_105_12.PDF (dostęp: 28.07.2017).

w społeczeństwach innych krajów Europy i świata)⁴¹⁹, z drugiej strony wciąż za główny problem transplantologii w skali globalnej, uważa się niewystarczającą ilość donacji. Przyczynę takiego stanu rzeczy upatruje się w tym, że zgoda na donację pośmiertną własną czy bliskiej osoby, warunkowana jest indywidualnymi postawami, praktykami kulturowymi, wierzeniami religijnymi, ale także tym, że wokół tematyki przeszczepów wciąż funkcjonuje wiele stereotypów i uprzedzeń. Podejmowanie prób zmiany postaw społecznych w obszarze donacji komórek, tkanek, narządów odgrywa kluczową rolę w rozwoju tej dziedziny medycyny. Zdaniem Ewy Danuty Białek to właśnie „przez świadomą zmianę możemy wzbogacić rozwój człowieka (na różnych etapach jego rozwoju); w skutek niewiedzy i uprzedzeń – jedynie go ograniczyć i zatrzymać”⁴²⁰. Sądzę, że najistotniejszą rolę, w obszarze kreowania przychylnych transplantacji postaw, powinna odgrywać edukacja zdrowotna społeczeństwa w zakresie tematyki transplantacyjnej. Rzetelne przekazywanie wiedzy dotyczącej tego obszaru medycyny zdaje się być szansą na rozwiązanie problemu społecznego, jakim jest niewystarczająca liczba pobrań narządów. Zaprezentowane stanowisko wobec sposobu kształtowania postaw społecznych wobec transplantacji stanowi punkt wyjścia do badań empirycznych zaprezentowanych w kolejnych rozdziałach pracy.

⁴¹⁹ B. Scandroglio, B. Dominguez-Gil, J.S. Lopez, M.O. Valentin, M.J. Martin, E. Coll, J.M. Martinez, B. Miranda, M.C. San Jose, R. Matesanz, op. cit., s. 1-9.

⁴²⁰ E.D. Białek, *Edukacja zdrowotna w praktyce*, Warszawa 2012, s. 12.

CZEŚĆ II

METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ

Rozdział 4. Metodologia badań własnych

W tej części pracy prezentuję metodologię przeprowadzonych badań empirycznych, które posłużyły do określenia postaw studentów wobec transplantacji. W pierwszej kolejności uzasadniam stanowisko badawcze oraz określłam przedmiot i cele badań. Następnie przedstawiam zastosowane metody, techniki i narzędzia badawcze, operacjonalizację zmiennych, sposoby analizy materiału empirycznego oraz zasady doboru i charakterystykę osób badanych. Dopełnieniem rozdziału jest opis organizacji i przebiegu badań.

4.1 Uzasadnienie stanowiska badawczego

Dokonując charakterystyki metodologicznych założeń badań własnych, chcę w pierwszej kolejności odwołać się do przyjętego przeze mnie stanowiska badawczego. Za dominujący paradygmat przyjąłam pozytywistyczny model badań. Sugerując się słowami Tadeusza Pilcha wskazującymi, że to właśnie „pozytywistyczny paradygmat badawczy stosowany w badaniach ilościowych pozwala w sposób naukowy i z dużym prawdopodobieństwem odkryć reguły i mechanizmy życia społecznego”⁴²¹. Zdiagnozowanie postaw, jakie młodzi ludzie przejawiają wobec medycyny transplantacyjnej, wpisuje się w odkrywanie reguł i mechanizmów życia społecznego. Argumentem za przyjęciem w badaniach, strategii ilościowej, a w związku z tym charakterystycznej dla niej metodologii, są słowa Krzysztofa Rubachy o tym, że „jeśli zmierzamy do ustalenia ogólnych prawidłowości, opisujących populację generalną, posługujemy się strategią ilościową. Ta zaś wymaga precyzyjnego zdefiniowania zmiennych, w ściśle określonym kontekście teoretycznym, który narzuca konkretne operacjonalizacje badanych zmiennych. Nie mierzymy „nagich” faktów, lecz konstrukty teoretyczne, które za pośrednictwem narzędzia zbierania danych, przekształcimy w konstrukty empiryczne. Te będą odwoływały się już do

⁴²¹ T. Pilch, *Strategia badań ilościowych*, [w:] S. Palka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, Pedagogika GWP, Gdańsk 2010, s. 74.

doświadczenia badanych obiektów (źródła danych), kanalizując je jednak zgodnie z definicjami wyjściowymi zmiennych”⁴²².

Ze względu na specyfikę badań a zwłaszcza ich cele, najważniejsze jest to, że badania ilościowe umożliwiają dotarcie do dużych prób respondentów, co stanowiło podstawowy argument wyboru tej metody do rozwiązania postawionych przeze mnie problemów badawczych, a co się z tym wiąże osadzeniu moich badań w paradygmacie ilościowym.

Uzasadniając przyjęte stanowisko badawcze chciałabym także podkreślić spójność koncepcji metodologicznej z wprowadzonymi w pierwszej części pracy, teoriami naukowymi, odnoszącymi się do zagadnienia postaw społecznych.

Teoria uzasadnionego działania Martina Fishbeina i Icka Ajzena⁴²³ zwana modelem postawy doskonale racjonalnej zakłada, że u podstaw ludzkiego zachowania leży posiadana wiedza (procesy poznawcze), a podejmowane zachowanie jest racjonalne. Przyjęta procedura badawcza postaw studentów wobec transplantacji, obejmuje diagnozę poziomu wiedzy oraz wpływ komponentu poznawczego na postawę badanych wobec zagadnienia przeszczepów.

Tematyka kształtowania postaw społecznych jest zdominowana przez teorie naukowe, tłumaczące te procesy mechanizmami, opierającymi się na emocjach. Najczęściej w literaturze przedmiotu wymienianymi są: warunkowanie klasyczne, warunkowanie instrumentalne oraz zjawisko ekspozycji⁴²⁴. Istotą tych teorii jest zależność pomiędzy ekspozycją obiektu na bodziec i związane z tym odczuwanie wzmocnień pozytywnych bądź emocji, stanów, doświadczeń negatywnych, co w rezultacie prowadzi do wykształcenia się postawy pozytywnej lub negatywnej względem obiektu. Uwzględniając tę grupę teorii w badaniach rozbudowałam procedurę pomiaru komponentu uczuciowo-motywacyjnego postawy wobec transplantacji oraz jego wpływu na tę postawę.

W diagnozie postaw studentów wobec transplantacji, analizie poddałam także deklarowane zachowania badanych związane z tematem rozprawy. W przypadku transplantacji – kwestii, która wciąż jest w niewystarczającym stopniu obecna w dyskursie społecznym, często zdarza się tak, że to zachowanie człowieka (np. zgoda na pobranie narządów z ciała zmarłego członka rodziny) jest katalizatorem do konstrukcji jego postawy wobec idei donacji. Wyjaśnia to, teoria autopercepcji postaw Daryla Bema⁴²⁵. Według niej przykładowo pozytywne zachowanie wobec danego obiektu może stanowić przesłankę do

⁴²² K. Rubacha, *Standardy badań społecznych. Problematyzowanie praktyki edukacyjnej*, „Przegląd badań edukacyjnych” 2013, t. 1, nr 16, s. 44.

⁴²³ Por. J.H. Turner, op. cit.

⁴²⁴ Zob. B. Wojciszke, op. cit., s. 81-82.

⁴²⁵ Ibidem, s. 83.

wnioskowania o pozytywnej postawie jednostki wobec obiektu. Podobnie działania skierowane przeciwko jakiemuś obiektowi prowadzą do wniosku, że go nie lubimy”⁴²⁶. Opierając się na tej teorii zbadalam komponent behawioralny postawy studentów wobec transplantacji.

W badaniach pedagogicznych szczególne miejsce przypada teorii społecznego uczenia się Alberta Bandury⁴²⁷. Tłumaczy ona proces nabywania nowych zachowań, (co jest konsekwencją wykształcenia się postawy) przez obserwację i naśladowanie osób ważnych (np. rodzica, nauczyciela, idola) pełniących rolę modelu. Proces ten został nazwany modelowaniem. Przekładając założenia tej teorii na założenia metodologiczne w badaniach własnych, starałam się określić źródła kształtowania postaw respondentów wobec transplantacji. Na podstawie tej teorii wygenerowałam także wskazania dla praktyki edukacyjnej studentów z zakresu tematyki transplantacyjnej.

Osadzenie interdyscyplinarnego tematu badawczego w obszarze zainteresowań pedagogiki społecznej uzasadniam opierając się na teorii salutogenezy A. Antonovskiego⁴²⁸. Salutogeneza otwiera drogę do pełniejszego, holistycznego myślenia zarówno o zdrowiu jak i o chorobie. Warto podkreślić jest, że ten sposób myślenia o zdrowiu (model zdrowia społeczno-ekologiczny) akcentuje holistyczną wizję człowieka jako centralnej postaci oraz wzajemne relacje/powiązania człowieka ze środowiskiem⁴²⁹.

4.2. Przedmiot i cele badań

Przedmiot przeprowadzonych przeze mnie badań empirycznych był złożony i obejmował: postawy studentów wybranych białostockich uczelni wobec transplantacji, ich uwarunkowania oraz możliwości edukacji zdrowotnej studentów w zakresie upowszechniania idei donacji.

W literaturze przedmiotu można odnaleźć szerokie spektrum znaczeń, ujęć i kontekstów odnoszących się do definiowania pojęcia postawa⁴³⁰, o czym pisałam już w poprzednim rozdziale pracy, dokonując ustaleń terminologicznych. Na podstawie dokonanej analizy treści tego pojęcia występujących w literaturze przedmiotu na potrzeby

⁴²⁶ Ibidem, s. 83.

⁴²⁷ Zob. A. Bandura, op. cit.

⁴²⁸ A. Antonovsky, *Poczucie...*, s. 211.

⁴²⁹ Zob. K. Borzucka-Sitkiewicz, op. cit., s. 46; D. Seredyńska, op. cit., s. 12.

⁴³⁰ P. Szczukiewicz, op. cit., s. 41.

niniejszych badań postawę definiuję jako strukturę złożoną z trzech komponentów: poznawczego, uczuciowo – motywacyjnego i behawioralnego⁴³¹.

Treścią komponentu poznawczego uczyniłam wiedzę, przekonania, opinie, studentów na temat transplantacji. Treść komponentu uczuciowo-motywacyjnego stanowiły motyw, przeświadczenia, oceny oraz uczucia badanych studentów związane z tematem transplantacji. Treść komponentu behawioralnego stanowiły zamiary, pragnienia, plany oraz deklarowane zachowania studentów w zakresie donacji narządów.

Kształtowanie postaw studentów wobec transplantacji jest związane z procesem edukacji w tym zakresie. Dlatego też w badaniach własnych zwróciłam także uwagę na to jak respondenci postrzegają kwestię edukacji zdrowotnej w zakresie transplantacji.

W badaniach pedagogicznych wyróżnia się najczęściej trzy kategorie celów badawczych: poznawcze, teoretyczne i praktyczne⁴³². Cele teoretyczne i poznawcze dotyczą opisu, wyjaśniania i prognozowania zjawisk przez rekonstrukcję zbioru czynników, rekonstrukcję zależności, ustalenia hierarchii tych czynników, co w konsekwencji może doprowadzić do opracowania założeń teoretycznych lub wypracowania modelu empirycznego⁴³³. W związku z tym celem głównym przeprowadzonych badań był opis i ocena postaw studentów wobec transplantacji oraz próba wypracowania wskazań dla edukacji zdrowotnej studentów w zakresie upowszechniania idei donacji.

W podjętych przeze mnie badaniach o charakterze diagnostyczno-wyjaśniającym uwzględniłam wszystkie wymienione kategorie celów.

Celem poznawczym badań było poznanie, opisanie i wyjaśnienie postaw studentów wybranych białostockich uczelni wobec transplantacji oraz określenie roli, jaką edukacji zdrowotnej w tym zakresie przypisują badani.

Celem teoretycznym badań było wzbogacenie systemu teoretycznej wiedzy pedagogicznej z zakresu edukacji zdrowotnej, a w szczególności postaw studentów wobec transplantacji. Ponadto badania te zmierzają do opracowania przesłanek teoretycznych dla strategii edukacyjnej dotyczącej transplantacji komórek, tkanek i narządów.

Celem praktycznym badań było sformułowanie, na podstawie uzyskanych wyników badań, wniosków dla praktyki edukacji zdrowotnej studentów, ukazującej transplantację jako

⁴³¹ Zob. T. Mądrzycki, *Psychologiczne prawidłowości...*, s. 20.

⁴³² Zob. J. Gnitecki, *Zarys metodologii badań w pedagogice empirycznej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. T. Kotarbińskiego, Zielona Góra 1993, s. 128–129; S. Palka, *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006, s. 20.

⁴³³ J. Gnitecki, *Wprowadzenie do metod badań w naukach pedagogicznych*, WSPiA, Poznań 2006, s. 59.

skuteczną metodę leczenia oraz promującej ideę donacji komórek, tkanek, narządów wśród młodzieży akademickiej.

4.3. Problemy badawcze

Tematyka transplantacyjna ma charakter interdyscyplinarny. Kontekst społeczny tej metody leczenia czyni ją ciekawym obszarem badawczym dla pedagogiki. Formułując problemy badawcze miałam na uwadze to, aby dawały one szansę na odnalezienie w toku badań odpowiedzi na moje poszukiwania badawcze.

Główny problem zrealizowanych przeze mnie badań empirycznych zawiera się w pytaniu: Jakie są postawy studentów wybranych białostockich uczelni wobec transplantacji oraz jakie są ich uwarunkowania?

W związku z problemem głównym wyłoniłam następujące szczegółowe problemy badawcze:

I. Problemy badawcze dotyczące stanu zmiennych (funkcja diagnostyczna badań)

1. Jakie są postawy studentów wybranych białostockich uczelni wobec transplantacji?
 - 1.a. Jaki jest poziom wiedzy studentów wybranych białostockich uczelni w zakresie transplantacji?
 - 1.b. Jaki jest stosunek uczuciowo-motywacyjny studentów wybranych białostockich uczelni wobec transplantacji?
 - 1.c. Jakie są deklarowane działania studentów wybranych białostockich uczelni w zakresie transplantacji?
2. Jaki jest związek między komponentem poznawczym (Wiedza), komponentem uczuciowo-motywacyjnym (Uczucia) i komponentem behawioralnym (Zachowania) tworzącymi postawę studentów wybranych białostockich uczelni wobec transplantacji a rodzajem postawy?
3. Jakie są perspektywy działań edukacyjnych w percepcji studentów wybranych białostockich uczelni w zakresie transplantacji?
 - 2.a. Jaki jest stan edukacji zdrowotnej w zakresie upowszechniania transplantacji w świetle opinii badanych studentów?
 - 2.b. Jakie znaczenie nadają edukacji zdrowotnej w zakresie transplantacji badani studenci?

Sformułowane problemy badawcze: pierwszy i trzeci, są związane głównie z diagnozą badanego zjawiska a nie z jego empiryczną weryfikacją. W związku z tym zrezygnowałam z formułowania na ich podstawie hipotez badawczych, co – zdaniem niektórych autorów – może pozwolić na uniknięcie wywierania przez nie (hipotezy badawcze) wpływu na końcowy wynik przeprowadzonych badań⁴³⁴. Natomiast w związku z problemem drugim zakładałam, że im wyższy jest poziom poszczególnych komponentów tworzących postawę badanych wobec transplantacji tj. Wiedzy, Uczuć i deklarowanych Zachowań, tym postawa badanych wobec tej metody leczenia jest bardziej przychylna. Zakładałam również, że w ramach przeprowadzonej interkorelacji poszczególne komponenty postawy wobec transplantacji wzajemnie pozytywnie warunkują ich wysoki poziom.

II. Problemy badawcze dotyczące uwarunkowań kształtowania postaw studentów wobec transplantacji (funkcja eksplanacyjna badań)

1. Jaki jest związek między rodzajem postawy studentów wobec transplantacji a ich cechami socjodemograficznymi (płeć, miejsce pochodzenia, stan cywilny, występowanie chorób przewlekłych w rodzinach respondentów)?
2. Jaki jest związek między rodzajem postawy studentów wobec transplantacji a cechami ich studiów (kierunek studiów, rok studiów)?
3. Jaki jest związek między rodzajem postawy studentów wobec transplantacji a deklaracyjnym poziomem religijności badanych studentów i ich rodzin?

4.4. Operacjonalizacja zmiennych

Zmienne stanowią uszczegółowienie badanych zjawisk ze względu na podstawowe cechy, a wskaźniki pozwalają na określenie każdej z wyodrębnionych zmiennych. W zrealizowanych badaniach zmienną zależną główną uczyniłam postawy studentów wobec transplantacji. W związku z powyższym za zmienne zależne szczegółowe przyjmuję:

- wiedzę studentów w zakresie transplantologii,
- stosunek uczuciowo-motywacyjny studentów wobec transplantacji,

⁴³⁴ Zob. m. in.: S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1985, s. 25; M. Łobocki, *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006, s. 26; M. Kowalczyk, *Badania wyjaśniające. Badania weryfikacyjne*, [w:] S. Palka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, GWP, Gdańsk 2010, s. 237 – 256; H.H. Krüger, *Metody badań w pedagogice*, Gdańsk 2007; T. Pilch, T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001, s. 279–281.

- deklarowane działania studentów w zakresie transplantacji.

W celu zbadania wymienionych zmiennych zastosowałam następujące kategorie wskaźników:

- a. elementy informacji zawarte w wypowiedziach respondentów,
- b. wskaźniki ilościowe (liczbowe) jako wynik skalowania.

Ad a.) Elementy informacji zawarte w wypowiedziach respondentów to rodzaj wskaźników empirycznych, inferencyjnych. Przykładem zmiennych, w stosunku do których odpowiedzi na pytania zawarte w kwestionariuszu ankiety pełnią funkcję empirycznych wskaźników, są np. informacje o cechach indywidualnych respondenta (pytania o płeć, kierunek i specjalność studiów). Wypowiedzi respondentów są także wskaźnikami inferencyjnymi, gdyż „na podstawie logicznego i przekonywającego toku czyichś wywodów wnioskujemy, iż ten ktoś jest inteligentny, a z tego, że odpowiadał na ankietę w określony sposób, że posiada adekwatne przekonania. Tutaj zajście czy istnienie *indicatum* nie może być stwierdzone na drodze bezpośredniej obserwacji, zaś twierdzenie o związku *indicatum* ze wskaźnikiem uzasadniamy z reguły w sposób pośredni, inferując je zarówno z pewnych zaobserwowanych korelacji jak też i z pewnych założeń teoretycznych”⁴³⁵. Odpowiedzi badanych na pytania otwarte zawarte w kwestionariuszu ankiety są wskaźnikami ich postaw wobec transplantacji.

Ad b.) Wskaźniki ilościowe (liczbowe), jako wynik skalowania ujęłam syntetycznie w postaci średnich arytmetycznych punktów ocen, uzyskanych dzięki zastosowaniu skal ocen (skal szacunkowych). Wskaźnikami oceny lub opinii respondentów na dany temat jest wybór przez nich jednej z możliwych odpowiedzi, uszeregowanych według określonego *continuum* ocen. Każdej z ocen jest przypisana odpowiednia liczba (wskazuje ona nasilenie danej cechy lub oceny respondenta). W badaniach wykorzystałam różne typy skal. W autorskim narzędziu do badania stosunku uczuciowo-motywacyjnego studentów wobec transplantacji zastosowałam 5-stopniową skalę Likerta – od zdecydowanej zgody na stwierdzenie do zdecydowanej niezgody wobec prezentowanego stwierdzenia.

Deklaracje te mogą przyjmować odpowiednio wartości: 5 = całkowicie się zgadzam; 4 = raczej się zgadzam; 3 = nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć); 2 = raczej się nie zgadzam; 1 = całkowicie się nie zgadzam.

W przypadku badania postaw respondentów przy pomocy skali wzorowanej na skali postaw R. Likerta wartości są średnią arytmetyczną punktów ocen respondentów, wskazuje na

⁴³⁵ S. Nowak, *Pojęcie postawy...*, Warszawa 2007, s. 168.

rodzaj i nasilenie zajmowanego przez nich stanowiska (cyfry 1, 2 wyrażają negację, 3 – neutralność, a 4 i 5 akceptację przez badanych treści twierdzeń zawartych w skali postaw). Na tej podstawie można wnioskować o stosunku uczuciowo-motywacyjnym respondentów do analizowanego tematu czy twierdzenia.

Zmiennymi niezależnymi uczyniłam następujące cechy charakteryzujące respondentów: płeć, wiek, miejsce pochodzenia, stan cywilny, liczba dzieci, nazwa uczelni, kierunek studiów, rok studiów, typ rodziny pochodzenia, wykształcenie rodziców, występowanie choroby przewlekłej u respondenta, występowanie choroby przewlekłej u członka rodziny, bycie dawcą komórek, tkanek, narządów, posiadanie w rodzinie dawcy komórek, tkanek, narządów, wyznanie respondenta, wyznanie rodziców oraz poziom religijności badanych.

Zastosowana w dysertacji procedura analiz materiału empirycznego pozwoliła na wyodrębnienie zmiennych niezależnych, wykazujących istotne statystycznie zróżnicowanie. W związku z tym rolę zmiennych niezależnych w dalszej części badania pełniły następujące cechy:

- Płeć

Wartości zmiennej: kobieta / mężczyzna.

- Stan cywilny

Wartości zmiennej: żonaty/zamężna kawaler/panna, rozwiedziony/rozwiedziona, separacja, wdowiec/wdowa, w wolnym związku.

- Kierunek studiów

Wartości zmiennej: pedagogika, prawo, teologia, medycyna.

- Rok studiów

Wartości zmiennej: I, V, w przypadku pedagogiki: I rok Ist., II rok IIst.

- Miejsce pochodzenia

Wartości zmiennej: miejscowość do 9 tys. mieszkańców, miejscowość od 10 do 99 tys. mieszkańców, miejscowość powyżej 100 tys. mieszkańców.

- Występowanie chorób przewlekłych w rodzinie respondentów

Wartości zmiennej: tak, nie.

- Poziom religijności:

Wartości zmiennej: regularnie praktykująca/ący, nieregularnie praktykująca/ący, niepraktykująca/ący, niewierzący/cy.

Wskaźnikami wymienionych zmiennych były elementy informacji zawarte w wypowiedziach respondentów na pytania zawarte w metryczkach narzędzi badawczych, które wykorzystałam w swoich badaniach.

4.5. Metody, techniki i narzędzia badawcze

W badaniach posłużyłam się metodą sondażu diagnostycznego⁴³⁶. Metoda ta umożliwiła dokonanie diagnozy postaw studentów wybranych białostockich uczelni w zakresie transplantacji, w szczególności ich wiedzy, stosunku uczuciowo-motywacyjnego oraz deklarowanych działań w zakresie dawstwa narządów, a także perspektyw edukacji studentów w tym zakresie. Tutaj pragnę podkreślić, że cechą charakterystyczną dla badań ilościowych jest to, że zastosowane w ich ramach metody spełniają, jak pisze T. Pilch: „metodologiczne wymogi: obiektywności, ścisłości, powtarzalności i niezależności od czynników zewnętrznych, na przykład od intencji badacza czy okoliczności sytuacyjnych”⁴³⁷. T. Pilch zwraca także uwagę na rolę sondażu diagnostycznego jako metody badań, która ma „ugruntowaną pozycję ze względu na wynikające z niego korzyści poznawcze i praktyczne”⁴³⁸.

W badaniach wykorzystałam także metodę modelowania, w celu konceptualizacji postawy studentów wobec transplantacji. Czynności badawcze realizowane oparte na modelu to metoda naukowego „poznania różnych układów poprzez budowanie ich modeli, zachowując pewne podstawowe właściwości badanego przedmiotu”⁴³⁹. Według Anny Krajewskiej zagadnienie modelowania, czyli podejmowanie czynności badawczych opartych na tworzeniu modelu należy do istotnych problemów pedagogiki. Spełnia także wiele funkcji w poznaniu naukowym⁴⁴⁰. Istotną funkcją modelowania, na którą zwraca uwagę Krystyna Duraj-Nowakowa, jest zdobywanie przy jego udziale nowych informacji, przyczyniających się do poznania danego obiektu rzeczywistości⁴⁴¹.

⁴³⁶ Zob. m. in. T. Pilch, T. Bauman, op. cit., s. 79 – 82; M. Łobocki, op. cit., s. 243 – 272.

⁴³⁷ T. Pilch, op. cit., s. 71.

⁴³⁸ Ibidem.

⁴³⁹ T. Pszczółkowski, *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*, Ossolineum, Wrocław 1978, s. 120.

⁴⁴⁰ A. Krajewska, *Współdziałanie dydaktyczne nauczycieli akademickich i studentów a jakość kształcenia na przykładzie studiów pedagogicznych*, Trans Humana, Białystok 2016, s. 161.

⁴⁴¹ K. Duraj-Nowakowa, *Teoria systemów a pedagogika*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1992, s. 202.

Uwzględniając zastosowane w pracy metody badawcze oraz rodzaj wyodrębnionych w pracy zmiennych, w celu zebrania materiału badawczego zastosowałam następujące techniki badawcze:

- a. ankietę,
- b. skalowanie.

Ad. a.)

Badaniami ankietowymi objęłam studentów kształcących się na Uniwersytecie w Białymstoku, Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, Archidiecezjalnym Wyższym Seminarium Duchownym w Białymstoku oraz Wyższym Seminarium Duchownym im. Jana Pawła II w Łomży. Respondenci pobierali naukę w trybie stacjonarnym. W badaniach posłużyłam się autorskim kwestionariuszem ankiety dla studentów zatytułowanym „Moja postawa wobec transplantacji”⁴⁴², który pozwolił mi na zdobycie informacji na temat wiedzy, poglądów, opinii i przekonań respondentów dotyczących transplantacji.

Ponadto kwestionariusz ankiety zawierał pytania metryczkowe, dzięki którym uzyskałam podstawowe informacje o wybranych cechach społeczno-demograficznych badanych studentów. Do badań właściwych został wykorzystany kwestionariusz poddany weryfikacji w badaniach pilotażowych, przeprowadzonych w grupie 30 studentów o różnych cechach socjodemograficznych. Badania wstępne były podstawą do korekty i ostatecznego przyjęcie narzędzia badawczego.

Ad. b.)

W badaniach wykorzystałam autorską skalę do badania stosunku uczuciowo-motywacyjnego studentów wobec transplantacji⁴⁴³. Materiał empiryczny pozyskany za pomocą tego narzędzia, był elementem do wyliczeń statystycznych, przeprowadzanych w ramach trzech komponentów tworzących model postawy. Komponent Wiedza zbudowany był opierając się na dwustopniowej skali – prawda – 1 pkt, fałsz – 0 pkt (w przypadku udzielania przez respondenta odpowiedzi prawidłowej kodowano 1pkt, przy odpowiedzi błędnej 0 pkt). Komponent Zachowanie i Komponent Uczucia zbudowany został opierając się na 5-stopniowej skali Likerta – od zdecydowanej zgody na stwierdzenie do zdecydowanej niezgody wobec prezentowanego stwierdzenia. W badaniu rzetelności (alfa Cronbacha) poszczególne skale uzyskały następujące wyniki: Zachowanie = 0,91; Wiedza = 0,78; Uczucia = 0,80.

⁴⁴² Zob. Aneks s.

⁴⁴³ Zob. Aneks s.

4.6. Sposoby analizy materiału empirycznego

Przed przystąpieniem do analizy wyników badań sprawdziłam kompletności 673 wypełnionych kwestionariuszy. Po zweryfikowaniu odpowiedzi udzielonych na postawione w narzędziach badawczych pytania, do analizy statystycznej zakwalifikowałam 467 ankiet. Przyjmując jako kryterium odrzucenia kwestionariusza brak odpowiedzi na więcej niż 5% pozycji skali – pytania.

Zebrany materiał empiryczny opracowałam statystycznie przez zastosowanie:

- a. miar tendencji centralnej, tj.: średnia arytmetyczna ($\bar{x}$), mediana (Me), kwartył pierwszy (Q_1), kwartył trzeci (Q_3), dominanta (D),
- b. miary rozproszenia, tj.: odchylenie standardowe (SD), rozstęp, współczynnik zmienności (V),
- c. miary badające kształt rozkładu, tj.: kurtoza (K), skośność (A),
- d. nieparametryczne testy statystyczne.

Ad a)

Zastosowanie pytań zamkniętych o charakterze skali w kwestionariuszu ankiety oraz skali do badania stosunku uczuciowo-motywacyjnego studentów wobec transplantacji umożliwiło obliczenie średnich arytmetycznych punktów ocen.

Ad b)

W przypadku współczynnika zmienności $V(x)$, przyjąłam, że otrzymana jego wartość:

- od 0% do 20%: oznacza nieznaczne zróżnicowanie wartości zmiennej, grupa jest względnie jednorodna, średnia arytmetyczna jest adekwatną miarą charakteryzującą grupę,
- od 20% do 40%: umiarkowane zróżnicowanie wartości zmiennej, średnia arytmetyczna jest akceptowalną miarą dla danej zmiennej,
- od 40% do 60%: silne zróżnicowanie wartości zmiennej – rozproszenie zmiennej jest znaczne, średnia arytmetyczna ma małą wartość poznawczą,
- powyżej 60%: bardzo silne zróżnicowanie wartości zmiennej, grupa jest niejednorodna, arytmetyczna nie ma żadnej wartości poznawczej.

Ad c)

- Zastosowane statystyki opisowe umożliwiły analizę struktury badanych parametrów poprzez dokonanie odpowiedzi np. na pytania: z jaką częstotliwością dana cecha występowała w badanej populacji, jaki był jej rozkład, jak wartość parametru była

reprezentowana w badanej próbie. Zastosowano tu następujące miary położenia: skośność (miara dotycząca kształtu rozkładu charakteryzująca odchylenie rozkładu od symetrii) oraz kurtoza (miara koncentracji; miara spłaszczenia rozkładu)

Ad d)

- Test nieparametryczny dopasowania rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa⁴⁴⁴ w celu oceny rozkładu badanych zmiennych ilościowych, tj. rozpoznania czy rozkłady statystyczne są zgodne z rozkładem normalnym. W przypadku gdy rozkład nie miał charakteru normalnego do analiz wykorzystano mediany. W przypadku odrzucenia hipotezy potwierdzającej normalność rozkładu (gdy zmienna zależna nie miała rozkładu normalnego) – test U Manna-Whitneya oraz test Kruskala-Wallisa⁴⁴⁵.
- Nieparametryczny test U Manna Whitneya, który pozwolił ocenić istotność różnic między dwiema grupami. Test U Manna Whitneya jest odmianą testu t-Studenta dla prób niezależnych. Zbiór danych, które mają zostać poddane temu testowi powinien zawierać: zmienną niezależną (grupującą) i zmienną zależną, która została zmierzona w skali porządkowej lub ilościowej.
- Nieparametryczny test Kruskala-Wallisa, który pozwolił ocenić istotność różnic pomiędzy więcej niż dwiema grupami. Test Kruskala-Wallisa to nieparametryczny odpowiednik dla jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA)⁴⁴⁶. Zakłada, że zmienna jest przedstawiona przy pomocy skali przedziałowej. Za pomocą tego testu oceniamy, czy n niezależnych próbek pochodzi z tej samej populacji.
- Współczynnik korelacji rang Spearmana – służy do badania zależności pomiędzy dwiema cechami liczbowymi. Przyjęto następującą skalę przymiotnikową dotyczącą siły korelacji: $|R| < 0,3$ – brak korelacji; $0,3 \leq |R| < 0,5$ – słaba korelacja; $0,5 \leq |R| < 0,7$ – przeciętna korelacja; $0,7 \leq |R| < 0,9$ – silna korelacja; $0,9 \leq |R| < 1$ – bardzo silna korelacja; $|R| = 1$ – idealna korelacja.

Do analiz ustalono próg statystycznej istotności p na poziomie 0,05.

Za kluczowy sposób analizy zebranego w czasie badań materiału, uznałam skonstruowanie empirycznego modelu postawy wobec transplantacji. Potwierdzenia, co do słuszności takiego podejścia upatruję w słowach S. Nowaka o tym, że „modelem pewnego zjawiska (przedmiotu, klasy zjawiska lub przedmiotów) ze względów na pewną rozważaną

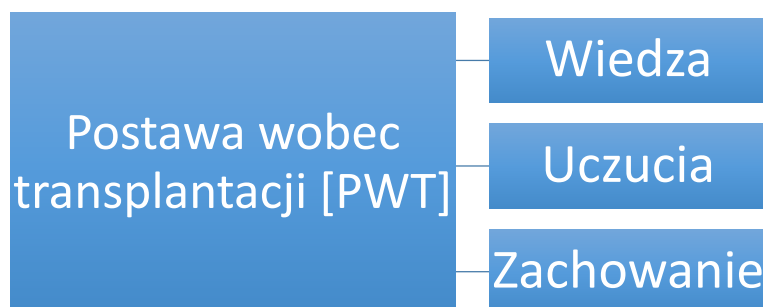
⁴⁴⁴ Zob. S. Bedyńska, A. Brzezicka (red.), *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii*, Wydawnictwo Akademika SWPS, Warszawa 2007, s. 387.

⁴⁴⁵ J. Brzeziński, *Metodologia badań psychologicznych*, wyd. 5, PWN, Warszawa 2004, s. 222.

⁴⁴⁶ *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii*, red. S. Bedyńska, A. Brzezicka, Wydawnictwo Akademika SWPS, Warszawa 2007, s. 209.

własność czy zbiór własności tego zjawiska jest jego opis w terminach pewnych elementów składowych i związków między nimi lub układu sprzężeń i zależności między własnościami tego przedmiotu, spełniający wymóg adekwatnego wyjaśniania badanej własności czy ich zespołu”⁴⁴⁷. Odpowiednio, zatem model zawiera komponent poznawczy, uczuciowo-motywacyjny oraz behawioralny.

Rycina 2. Schemat postaw



Źródło: opracowanie własne.

Poszczególne komponenty modelu zostały opracowane na bazie pozyskanego w czasie badań materiału empirycznego. W konstrukcji modelu empirycznego postawy wobec transplantacji do badania trafności i zweryfikowania struktury wewnętrznej kwestionariusza wykorzystałam metodę eksploracyjnej analizy czynnikowej.

- Analiza czynnikowa jest metodą statystyczną. Tłumaczy korelacje i poszukuje przyczyn współzmienności, która jest generowana przez czynniki wspólne. Czynniki te nie są bezpośrednio obserwowane – są to wielkości abstrakcyjne. Celem analizy jest wykrycie tych wspólnych czynników i opisanie obserwowanych zmiennych za pomocą kombinacji liniowej tych czynników. Skale te zbudowane są z szeregu twierdzeń lub pytań dotyczących jednego zjawiska. Jak podają w swojej pracy Katarzyna Kopczewska, Tomasz Kopczewski i Piotr Wójcik: „podstawowe założenie analizy czynników wspólnych mówi, że istnieje pewna liczba ukrytych i nieobserwowalnych zmiennych (czynników), które odpowiadają za korelacje między zmiennymi obserwowalnymi”⁴⁴⁸. Powstałe w ten sposób czynniki tworzą nowe zmienne, które nie są bezpośrednio

⁴⁴⁷ S. Nowak, *Metodologia...*, s. 444, cyt. za. A. Krajewska, op. cit., s. 164.

⁴⁴⁸ P. Wójcik, K. Kopczewska, T. Kopczewski, *Metody ilościowe W R. Aplikacje ekonomiczne i finansowe*, CEDEWU, Warszawa 2014, s. 164.

obserwowalne, lecz pozwalają na grupowanie zmiennych w spójne pod względem merytorycznym grupy. Zastosowanie takiej analizy pozwala na:

- redukcję liczby zmiennych – zmienne, które są skorelowane tworzą nowy zbiór zmiennych,
- wykrycie struktury związków między zmiennymi – formułowanie i weryfikacja hipotez dotyczących istnienia i charakteru prawidłowości kształtujących związki między zmiennymi (klasyfikacja zmiennych),
- zweryfikowanie wykrytych powiązań, co pozwala na opis i klasyfikację obiektów w nowej przestrzeni⁴⁴⁹.

Szczególnego podkreślenia wymaga to, że zastosowanie analizy czynnikowej umożliwiło mi wyodrębnienie czynników – pytań, konstruujących empiryczny model. Propozycja modelu trójkomponentowego powstała na bazie confirmacyjnej analizy czynnikowej w budowie, której przyjąłem (zgodnie z trójkomponentowym konstruktem postawy) określony zbiór komponentów, które nazwałem kolejno: Wiedza, Uczucia i Zachowanie.

Komponent I Wiedza został zbudowany z zestawu pytań sprawdzający podstawową wiedzę studentów związaną z zagadnieniem transplantacji. Pytania (nr 27, 29, 30, 32, 34, 35, 36, 38) zostały wybrane z komponentu poznawczego, zawartego w autorskim kwestionariuszu ankiety dla studentów zatytułowanym „Moja postawa wobec transplantacji”⁴⁵⁰. Pozyskane dzięki nim odpowiedzi respondentów przez statystyczne opracowanie umożliwiły pozyskanie informacji, co do poziomu wiedzy badanych na temat:

- subiektywnej wiedzy na tematy własnych zasobów informacji dotyczących tematyki transplantacyjnej;
- roli jaką odgrywa wiedza w podejmowaniu decyzji związanych z badanym obszarem;
- doświadczeń edukacyjnych w zakresie tematyki przeszczepów;
- współczesnych zasad orzekania śmierci (śmierć mózgu);
- zasad pobierania komórek, tkanek, narządów oraz donacji (zasada zgody domniemanej, w tym wyrażenie sprzeciwu powiązane z wpisem do Centralnego Rejestru Sprzeciwów);
- zagrożenia nielegalną dystrybucją narządów.

⁴⁴⁹ Ibidem, s. 164.

⁴⁵⁰ Zob. Aneks

Osiem pozycji ocenionych zostało według skali dwustopniowej: tak – 1 pkt, nie – 0 pkt. Jedno pytanie dotyczyło samooceny wiedzy studentów w zakresie transplantacji. Zostało zbudowane opierając się na pięciostopniowej skali punktowej: bardzo wysoko – 4 pkt, raczej wysoko – 3 pkt, przeciętnie – 2 pkt, raczej nisko – 1 pkt., bardzo nisko – 0 pkt. Całkowity wynik dla tego modułu zawiera się w przedziale od 0 do 12 pkt.

Komponent Uczucia został opracowany na podstawie samodzielnie skonstruowanej Skali do badania stosunku uczuciowo-motywacyjnego studentów wobec transplantacji⁴⁵¹. Zawarte w niej pytania pozwoliły na wygenerowanie ogólnego wskaźnika uczuć badanych studentów, były precyzyjnie mierzalne i dotyczyły różnych aspektów problemu transplantacji. Na podstawie odpowiedzi respondentów na twierdzenia zawarte w narzędziu, można wnioskować o stosunku uczuciowo-motywacyjnym badanych (pozytywnym, ambiwalentnym lub negatywnym) wobec transplantacji.

Każda pozycja oceniana została według skali pięciopunktowej: całkowicie się zgadzam – 4 pkt, raczej się zgadzam – 3 pkt, nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć) – 2 pkt, raczej się nie zgadzam – 1 pkt, całkowicie się nie zgadzam - 0 pkt. Całkowity wynik dla tego modułu zawiera się w przedziale od 0 do 48 pkt.

Komponent Zachowanie to wybrane i statystycznie opracowane pytania (nr 46a, 46b, 46c, 47, 48a, 48b, 48c, 49, 51, 53, 54, 55) zawarte w autorskim kwestionariuszu ankiety dla studentów zatytułowanym „Moja postawa wobec transplantacji”. Wybrane pytania w największym stopniu pozwoliły na wygenerowanie ogólnego wskaźnika deklarowanych zachowań badanych studentów, były precyzyjnie mierzalne i pokazywały różne aspekty problemu transplantacji tkanek i komórek. Kluczem wyboru pytań zawartych w tym komponencie było pozyskanie informacji o tym, jakie są deklarowane zachowania badanych w zakresie:

- zachowań związanych z byciem biorcą, transplantów różnego typu,
- zachowań związanych z ewentualnym podjęciem decyzji o zgodzie na przyjęcie przez osobę bliską badanemu transplantów różnego typu,
- zachowań związanych z formalnym wyrażeniem zgody lub sprzeciwu,
- uczestnictwem w rodzinnych rozmowach dotyczących postrzegania transplantacji jako metody leczenia oraz donacji.

⁴⁵¹ Zob. Aneks.

Każda pozycja oceniana została według skali pięciopunktowej: całkowicie się zgadzam – 4 pkt, raczej się zgadzam – 3 pkt, nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć) – 2 pkt, raczej się nie zgadzam – 1 pkt, całkowicie się nie zgadzam – 0 pkt. Całkowity wynik dla tego modułu zawiera się w przedziale od 0 do 32 pkt.

W tabelach 2-4 prezentuję pytania wchodzące w obręb każdego z komponentów tworzących empiryczny model postawy wraz z nadanymi im symbolicznymi kodami oraz przyjętymi skalami.

Tabela 2. Zestaw pytań i twierdzeń poddanych analizie zawierający kod, pytanie i przyjęte skale tworzący komponent: I Wiedza

Kod pytania	Pytanie/twierdzenie	Skale	Wskaźnik
W1	Jak ocenia Pani(a) swój stan wiedzy na temat transplantacji?	Bardzo wysoko - 4 pkt., Raczej wysoko - 3 pkt., Przeciętnie - 2 pkt., Raczej nisko - 1 pkt., Bardzo nisko - 0 pkt.	(0-4)
W2	Czy, według Pani(a) oceny, posiadanie wiedzy dotyczącej transplantacji może mieć znaczenie dla decyzji jednostki o dawstwie narządów?	Tak - 1 pkt., Nie - 0 pkt.	(0-1)
W3	Czy, jest Pani(a) zainteresowana(y), pogłębianiem swojej wiedzy dotyczącej transplantacji?	Tak - 1 pkt., Nie - 0 pkt.	(0-1)
W4	Czy, uczestniczyła(-ł) Pani(-a) kiedykolwiek w zajęciach, warsztatach, prelekcjach, wykładach, na których były poruszane zagadnienia dotyczące transplantacji?	Tak - 1 pkt., Nie - 0 pkt.	(0-1)
W5	Kto, Pani(-a) zdaniem, może być dawcą narządów, tkanek, komórek?	Każda zmarła osoba, Każda zmarła osoba, która za życia nie wyraziła swojego sprzeciwu, - 1 pkt Osoba żyjąca, spokrewniona w linii prostej z potencjalnym biorcą, Każda osoba żyjąca, która wyrazi taką wolę, Narządy, tkanki, komórki mogą być pobrane od każdej zmarłej osoby, jeżeli taką decyzję podejmie rodzina zmarłego, Narządy, tkanki, komórki mogą być pobrane od osoby zmarłej, jeżeli taką decyzję podejmie lekarz	(0-1)
W6	Kiedy Pani(-a) zdaniem można uznać osobę za zmarłą?	Jest nieprzytomna z zanikiem funkcji układu oddechowego (nie oddycha), Jest nieprzytomna z zanikiem funkcji układu krążenia (ustało bicie serca), Jest nieprzytomna i temperatura jej ciała spadła, Lekarze stwierdzą u niej śmierć mózgu - 1 pkt.	(0-1)
W7	Jakie działania Pani(-a) zdaniem, powinna podjąć osoba, która chce po śmierci zostać dawcą narządów, tkanek, komórek?	Podpisać „oświadczenie woli” i nosić je zawsze przy sobie, Informację tę zamieścić w swoim testamencie, Powiedzieć o tym rodzinę/bliskich - 1 pkt.,	(0-1)

Kod pytania	Pytanie/twierdzenie	Skale	Wskaźnik
		Zamieścić taką informację na portalu społecznościowym, Nie musi robić nic, jeżeli po śmierci narządy będą mogły uratować komuś życie zostaną pobrane. Uzależnione jest to od decyzji rodziny, Nie musi robić nic, jeżeli po śmierci narządy będą mogły uratować komuś życie zostaną pobrane. Uzależnione jest to od decyzji lekarza.	
W8	Jakie działania Pani(-a) zdaniem, powinna podjąć osoba, która nie chce po śmierci zostać dawcą narządów, tkanek, komórek?	Dokonać wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, - 1 pkt. Porozmawiać z rodziną/bliskimi, gdyż to oni po Pana(-i) śmierci podejmą decyzję o ewentualnej donacji, Nie należy robić nic. Bez pisemnej zgody lub oświadczenia Pana(-i) woli narządy nie będą mogły być pobrane	(0-1)
W9	Czy, Pani(-i) zdaniem, w Polsce można legalnie kupić/sprzedać organy (np. nerkę)?	Tak - 1 pkt., Nie - 0 pkt.	(0-1)

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Zestaw pytań i twierdzeń poddanych analizie zawierający kod, pytanie i przyjęte skale tworzący komponent: II Uczucia

Kod pytania	Pytanie/twierdzenie	Skale	Wskaźnik
U1	2. Transplantacja to jedna z metod leczenia ludzi	całkowicie się zgadzam - 4 pkt., raczej się zgadzam - 3 pkt., nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć) - 2 pkt., raczej się nie zgadzam - 1 pkt., całkowicie się nie zgadzam - 0 pkt.	(0-4)
U2	3. Transplantacje powinny być zakazane.	całkowicie się zgadzam - 4 pkt., raczej się zgadzam - 3 pkt., nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć) - 2 pkt., raczej się nie zgadzam - 1 pkt., całkowicie się nie zgadzam - 0 pkt.	(0-4)
U3	4. Pobranie narządów od osoby zmarłej to profanacja zwłok.	całkowicie się zgadzam - 4 pkt., raczej się zgadzam - 3 pkt., nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć) - 2 pkt., raczej się nie zgadzam - 1 pkt., całkowicie się nie zgadzam - 0 pkt.	(0-4)
U4	5. Przyjęcie komórek, tkanek, narządów od innego człowieka to grzech.	całkowicie się zgadzam - 4 pkt., raczej się zgadzam - 3 pkt., nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć) - 2 pkt., raczej się nie zgadzam - 1 pkt., całkowicie się nie zgadzam - 0 pkt.	(0-4)
U5	6. Transplantacje to tylko eksperymenty medyczne.	całkowicie się zgadzam - 4 pkt., raczej się zgadzam - 3 pkt., nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć) - 2 pkt., raczej się nie zgadzam - 1 pkt., całkowicie się nie zgadzam - 0 pkt.	(0-4)
U6	11. Oddanie własnych komórek, tkanek, organów to piękny gest/dar dla drugiego	całkowicie się zgadzam - 4 pkt., raczej się zgadzam - 3 pkt., nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć) - 2 pkt., raczej się nie zgadzam - 1 pkt., całkowicie się nie zgadzam - 0 pkt.	(0-4)

Kod pytania	Pytanie/twierdzenie	Skale	Wskaźnik
	człowieka.	nie zgadzam - 0 pkt.	
U7	13. Bycie żywym dawcą wiąże się z dużym ryzykiem dla życia i zdrowia.	całkowicie się zgadzam - 4 pkt., raczej się zgadzam - 3 pkt., nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć) - 2 pkt., raczej się nie zgadzam - 1 pkt., całkowicie się nie zgadzam - 0 pkt.	(0-4)
U8	14. Dynamiczny rozwój transplantologii jest godny podziwu i uznania.	całkowicie się zgadzam - 4 pkt., raczej się zgadzam - 3 pkt., nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć) - 2 pkt., raczej się nie zgadzam - 1 pkt., całkowicie się nie zgadzam - 0 pkt.	(0-4)
U9	16. Prowadzenie kampanii edukacyjnych w zakresie transplantologii pomaga ludziom podejmować decyzje o dawstwie narządów.	całkowicie się zgadzam - 4 pkt., raczej się zgadzam - 3 pkt., nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć) - 2 pkt., raczej się nie zgadzam - 1 pkt., całkowicie się nie zgadzam - 0 pkt.	(0-4)
U10	17. Przeszczepianie narządów od zwierząt jest nieetyczne, gdyż godzi w godność człowieka.	całkowicie się zgadzam - 4 pkt., raczej się zgadzam - 3 pkt., nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć) - 2 pkt., raczej się nie zgadzam - 1 pkt., całkowicie się nie zgadzam - 0 pkt.	(0-4)
U11	19. Pobieranie narządów od zwierząt jest ich krzywdzeniem i wykorzystywaniem	całkowicie się zgadzam - 4 pkt., raczej się zgadzam - 3 pkt., nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć) - 2 pkt., raczej się nie zgadzam - 1 pkt., całkowicie się nie zgadzam - 0 pkt.	(0-4)
U12	20. Pobieranie narządów od dzieci powinno być zakazane, gdyż to ktoś inny podejmuje zanie decyzję.	całkowicie się zgadzam - 4 pkt., raczej się zgadzam - 3 pkt., nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć) - 2 pkt., raczej się nie zgadzam - 1 pkt., całkowicie się nie zgadzam - 0 pkt.	(0-4)

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Zestaw pytań i twierdzeń poddanych analizie zawierający kod, pytanie i przyjęte skale tworzący komponent III Zachowania

Kod pytania	Pytanie/twierdzenie	Skale	Wskaźnik
Z1	Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od nieżyjącego dawca?	Zdecydowanie tak - 4 pkt., Raczej tak - 3 pkt., Trudno powiedzieć - 2 pkt., Raczej nie - 1 pkt., Zdecydowanie nie - 0 pkt.	(0-4)

Kod pytania	Pytanie/twierdzenie	Skale	Wskaźnik
Z2	Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od spokrewnionego żyjącego dawcy?	Zdecydowanie tak - 4 pkt., Raczej tak - 3 pkt., Trudno powiedzieć - 2 pkt., Raczej nie - 1 pkt., Zdecydowanie nie - 0 pkt.	(0-4)
Z3	Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od niespokrewnionego żyjącego dawcy?	Zdecydowanie tak - 4 pkt., Raczej tak - 3 pkt., Trudno powiedzieć - 2 pkt., Raczej nie - 1 pkt., Zdecydowanie nie - 0 pkt.	(0-4)
Z4	Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu pochodzenia zwierzęcego?	Zdecydowanie tak - 4 pkt., Raczej tak - 3 pkt., Trudno powiedzieć - 2 pkt., Raczej nie - 1 pkt., Zdecydowanie nie - 0 pkt.	(0-4)
Z5	Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od nieżyjącego dawcy?	Zdecydowanie tak - 4 pkt., Raczej tak - 3 pkt., Trudno powiedzieć - 2 pkt., Raczej nie - 1 pkt., Zdecydowanie nie - 0 pkt.	(0-4)
Z6	Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego spokrewnionego?	Zdecydowanie tak - 4 pkt., Raczej tak - 3 pkt., Trudno powiedzieć - 2 pkt., Raczej nie - 1 pkt., Zdecydowanie nie - 0 pkt.	(0-4)
Z7	Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego niespokrewnionego?	Zdecydowanie tak - 4 pkt., Raczej tak - 3 pkt., Trudno powiedzieć - 2 pkt., Raczej nie - 1 pkt., Zdecydowanie nie - 0 pkt.	(0-4)
Z8	Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu, gdzie komórka, tkanka lub organ pochodzi od	Zdecydowanie tak - 4 pkt., Raczej tak - 3 pkt., Trudno powiedzieć - 2 pkt., Raczej nie - 1 pkt., Zdecydowanie nie - 0 pkt.	(0-4)

Kod pytania	Pytanie/twierdzenie	Skale	Wskaźnik
	zwierzęcia?		

Źródło: opracowanie własne.

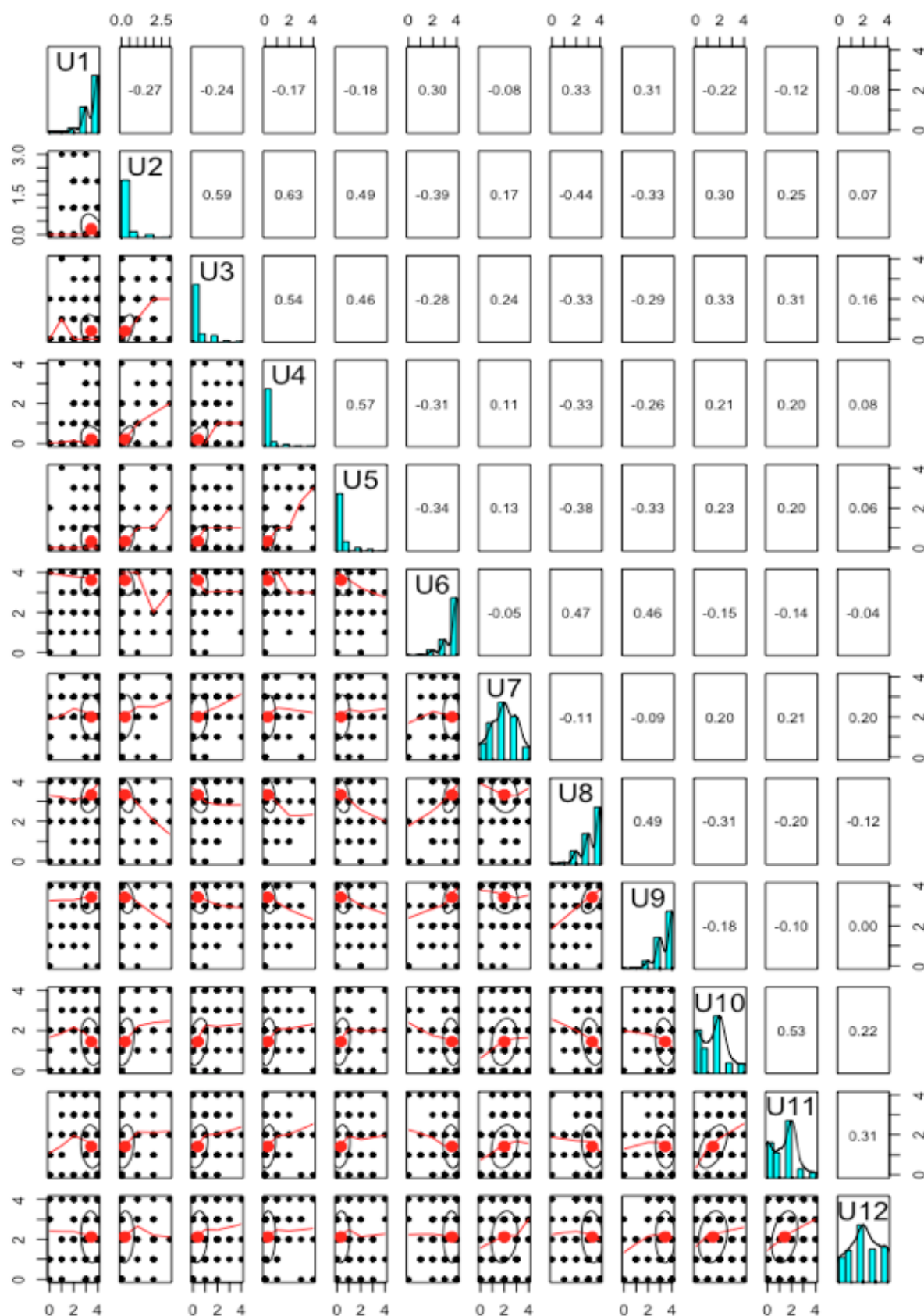
Kluczowym krokiem w tworzeniu modelu czynnikowego było zbudowanie macierzy korelacji między czynnikami (pytaniami zawartymi w narzędziach badawczych wybranymi do badania) oraz jego analiza. Zabieg ten potwierdził trafność doboru pytań. Do zbadania siły zależności między czynnikami wykorzystałam nieparametryczną miarę korelacji – współczynnik korelacji rho-Spearmana. Współczynnik ten zastosowałam dlatego, że wykorzystywane dane zebrane zostały za pomocą skal porządkowych, zaś ich rozkłady nie muszą cechować się normalnością. Jeżeli współczynniki korelacji są niskie lub żadna ze zmiennych nie koreluje z którąkolwiek z pozostałych, to stosowanie dalszej procedury opartej na modelu czynnikowym może prowadzić do niewiarygodnych wyników. W analizie statystycznej zwykle przyjmuje się następującą siłę korelacji:

- $r_{xy} = 0$ zmienne nie są skorelowane
- $0 < r_{xy} < 0,1$ korelacja nikła
- $0,1 r_{xy} < 0,3$ korelacja słaba
- $0,3 r_{xy} < 0,5$ korelacja przeciętna
- $0,5 r_{xy} < 0,7$ korelacja wysoka
- $0,7 r_{xy} < 0,9$ korelacja bardzo wysoka
- $0,9 r_{xy} < 1$ korelacja prawie pełna.

W przypadku pytań tworzących komponent Wiedza nie analizowałam siły korelacji między pytaniami, ponieważ, każde z pytań dotyczyło innego aspektu wiedzy na temat transplantacji, które łącznie budują obraz wiedzy osoby badanej, natomiast nie zależą wzajemnie od siebie.

Na rycinie 3 zaprezentowano macierz korelacji w obrębie czynników tworzących komponent Uczucia. Opisuje ona stopień zależności pomiędzy zmiennymi. Im większa wartość bezwzględna tym wyższa korelacja między nimi.

Rycina 3. Siła korelacji między zmiennymi zawartymi w skali do badania stosunku uczuciowo-motywacyjnego studentów wobec transplantacji



Źródło: opracowanie własne.

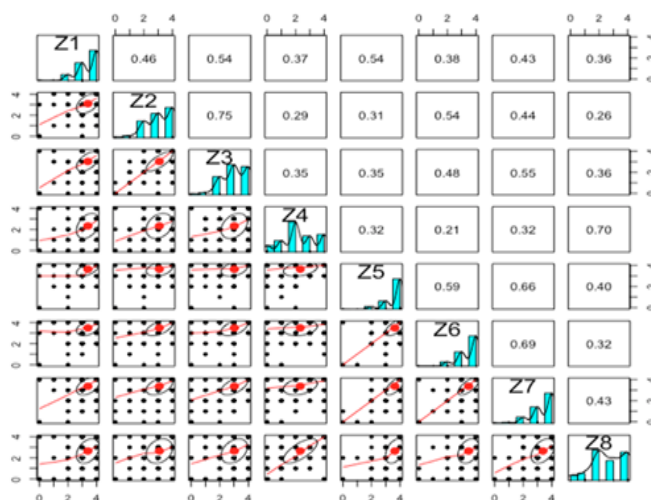
Największy współczynnik korelacji zaobserwowałam pomiędzy poszczególnymi zmiennymi:

- U1 (Transplantacja to jedna z metod leczenia ludzi) a U6 (Oddanie własnych komórek, tkanek, organów to piękny gest/dar dla drugiego człowieka) wyniósł 0,30;
- U1 (Transplantacja to jedna z metod leczenia ludzi) a U9 (Prowadzenie kampanii edukacyjnych w zakresie transplantologii pomaga ludziom podejmować decyzje o dawstwie narządów) wyniósł 0,31;
- U2 (Transplantacje powinny być zakazane.) a U10 (Przeszczepianie narządów od zwierząt jest nieetyczne, gdyż godzi w godność człowieka) wyniósł 0,30;
- U3 (Pobranie narządów od osoby zmarłej to profanacja zwłok) a U11 (Pobieranie narządów od zwierząt jest ich krzywdzeniem i wykorzystywaniem) wyniósł 0,31;
- U4 (Przyjęcie komórek, tkanek, narządów od innego człowieka to grzech) a U6 (Oddanie własnych komórek, tkanek, organów to piękny gest/dar dla drugiego człowieka) wyniósł 0,31;
- U4 (Przyjęcie komórek, tkanek, narządów od innego człowieka to grzech) a U8 (Dynamiczny rozwój transplantologii jest godny podziwu i uznania) wyniósł 0,33;
- U3 (Pobranie narządów od osoby zmarłej to profanacja zwłok) a U10 (Przeszczepianie narządów od zwierząt jest nieetyczne, gdyż godzi w godność człowieka) wyniósł 0,33;
- U1 (Transplantacja to jedna z metod leczenia ludzi) a U8 (Dynamiczny rozwój transplantologii jest godny podziwu i uznania) wyniósł 0,33;
- U2 (Transplantacje powinny być zakazane.) a U9 (Prowadzenie kampanii edukacyjnych w zakresie transplantologii pomaga ludziom podejmować decyzje o dawstwie narządów) wyniósł 0,33;
- U3 (Pobranie narządów od osoby zmarłej to profanacja zwłok) a U8 (Dynamiczny rozwój transplantologii jest godny podziwu i uznania) wyniósł 0,33;
- U5 (Transplantacje to tylko eksperymenty medyczne) a U9 (Prowadzenie kampanii edukacyjnych w zakresie transplantologii pomaga ludziom podejmować decyzje o dawstwie narządów) wyniósł 0,33;
- U5 (Transplantacje to tylko eksperymenty medyczne) a U6 (Oddanie własnych komórek, tkanek, organów to piękny gest/dar dla drugiego człowieka) wyniósł 0,34;
- U5 (Transplantacje to tylko eksperymenty medyczne) a U8 (Dynamiczny rozwój transplantologii jest godny podziwu i uznania) wyniósł 0,38;
- U2 (Transplantacje powinny być zakazane.) a U6 (Oddanie własnych komórek, tkanek, organów to piękny gest/dar dla drugiego człowieka) wyniósł 0,39;
- U2 (Transplantacje powinny być zakazane.) a U8 (Dynamiczny rozwój transplantologii jest godny podziwu i uznania) wyniósł 0,44;
- U3 (Pobranie narządów od osoby zmarłej to profanacja zwłok) a U5 (Transplantacje to tylko eksperymenty medyczne) wyniósł 0,46;
- U6 (Oddanie własnych komórek, tkanek, organów to piękny gest/dar dla drugiego człowieka) a U9 (Prowadzenie kampanii edukacyjnych w zakresie transplantologii pomaga ludziom podejmować decyzje o dawstwie narządów) wyniósł 0,46;
- U6 (Oddanie własnych komórek, tkanek, organów to piękny gest/dar dla drugiego człowieka) a U8 (Dynamiczny rozwój transplantologii jest godny podziwu i uznania) wyniósł 0,47;

- U2 (Transplantacje powinny być zakazane.) a U5 (Transplantacje to tylko eksperymenty medyczne) wyniósł 0,49;
- U3 (Pobranie narządów od osoby zmarłej to profanacja zwłok) a U4 (Przyjęcie komórek, tkanek, narządów od innego człowieka to grzech) wyniósł 0,54;
- U4 (Przyjęcie komórek, tkanek, narządów od innego człowieka to grzech) a U5 (Przyjęcie komórek, tkanek, narządów od innego człowieka to grzech.) wyniósł 0,57;
- U2 (Transplantacje powinny być zakazane.) a U3 (Pobranie narządów od osoby zmarłej to profanacja zwłok.) wyniósł 0,59;
- U2 (Transplantacje powinny być zakazane.) a U4 (Przyjęcie komórek, tkanek, narządów od innego człowieka to grzech) wyniósł 0,63;
- U8 (Dynamiczny rozwój transplantologii jest godny podziwu i uznania.) a U9 (Prowadzenie kampanii edukacyjnych w zakresie transplantologii pomaga ludziom podejmować decyzje o dawstwie narządów) wyniósł 0,49;
- U8 (Dynamiczny rozwój transplantologii jest godny podziwu i uznania.) a U5 (Przyjęcie komórek, tkanek, narządów od innego człowieka to grzech) wyniósł -0,38;
- U8 (Dynamiczny rozwój transplantologii jest godny podziwu i uznania.) a U10 (Przeszczepianie narządów od zwierząt jest nieetyczne, gdyż godzi w godność człowieka) wyniósł -0,31;
- U10 (Przeszczepianie narządów od zwierząt jest nieetyczne, gdyż godzi w godność człowieka) a U11 (Pobieranie narządów od zwierząt jest ich krzywdzeniem i wykorzystywaniem) wyniósł -0,53;
- U11 (Pobieranie narządów od zwierząt jest ich krzywdzeniem i wykorzystywaniem) a U12 (Pobieranie narządów od dzieci powinno być zakazane, gdyż to ktoś inny podejmuje zanie decyzję) wyniósł -0,31;

Na rycinie 4 zaprezentowano macierz korelacji w obrębie czynników tworzących komponent Zachowania. Opisuje ona stopień zależności pomiędzy zmiennymi. Im większa wartość bezwzględna tym wyższa korelacja między nimi.

Rycina 4. Siła korelacji między zmiennymi zawartymi w skali do badania zachowań studentów wobec transplantacji



Źródło: opracowanie własne.

Największy współczynnik korelacji zaobserwowano pomiędzy poszczególnymi zmiennymi:

- Z1 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od nieżyjącego dawcy?) a Z2 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od spokrewnionego żyjącego dawcy?) wyniósł 0,46;
- Z1 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od nieżyjącego dawcy?) a Z3 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od niespokrewnionego żyjącego dawcy?) wyniósł 0,54;
- Z1 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od nieżyjącego dawcy?) a Z4 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu pochodzenia zwierzęcego?) wyniósł 0,54;
- Z1 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od nieżyjącego dawcy?) a Z6 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego spokrewnionego) wyniósł 0,38;
- Z1 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od nieżyjącego dawcy?) a Z7 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego niespokrewnionego) wyniósł 0,43;
- Z1 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od nieżyjącego dawcy?) a Z8 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu, gdzie komórka, tkanka lub organ pochodzi od zwierzęcia?) wyniósł 0,36;
- Z2 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od spokrewnionego żyjącego dawcy?) a Z3 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od niespokrewnionego żyjącego dawcy?) wyniósł 0,75;
- Z2 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od spokrewnionego żyjącego dawcy?) a Z5 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od nieżyjącego dawcy?) wyniósł 0,31;
- Z2 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od spokrewnionego żyjącego dawcy?) a Z6 (Czy,

gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego spokrewnionego) wyniósł 0,54;

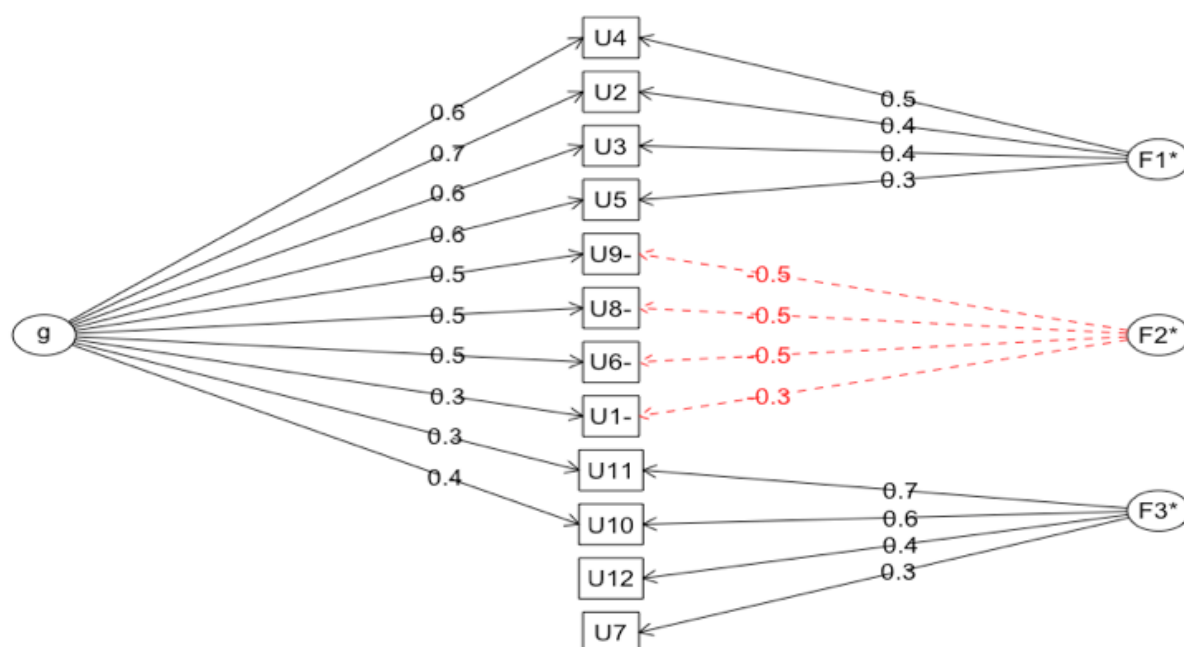
- Z2 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od spokrewnionego żyjącego dawcy?) a Z7 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego niespokrewnionego) wyniósł 0,54;
- Z3 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od niespokrewnionego żyjącego dawcy?) a Z4 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu pochodzenia zwierzęcego?) wyniósł 0,35;
- Z3 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od niespokrewnionego żyjącego dawcy?) a Z5 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od nieżyjącego dawcy) wyniósł 0,35;
- Z3 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od niespokrewnionego żyjącego dawcy?) a Z6 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego spokrewnionego) wyniósł 0,48;
- Z3 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od niespokrewnionego żyjącego dawcy?) a Z7 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego niespokrewnionego) wyniósł 0,55;
- Z3 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od niespokrewnionego żyjącego dawcy?) a Z8 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu, gdzie komórka, tkanka lub organ pochodzi od zwierzęcia?) wyniósł 0,36;
- Z4 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu pochodzenia zwierzęcego?) a Z5 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od nieżyjącego dawcy) wyniósł 0,32;
- Z4 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu pochodzenia zwierzęcego?) a Z7 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego niespokrewnionego) wyniósł 0,32;

- Z4 (Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu pochodzenia zwierzęcego?) a Z8 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu, gdzie komórka, tkanka lub organ pochodzi od zwierzęcia?) wyniósł 0,70;
- Z5 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od nieżyjącego dawcy) a Z6 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego spokrewnionego) wyniósł 0,59;
- Z5 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od nieżyjącego dawcy) a Z7 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego niespokrewnionego) wyniósł 0,66;
- Z5 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od nieżyjącego dawcy) a Z8 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu, gdzie komórka, tkanka lub organ pochodzi od zwierzęcia?) wyniósł 0,40;
- Z6 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego spokrewnionego) a Z7 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego niespokrewnionego) wyniósł 0,69;
- Z6 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego spokrewnionego) a Z8 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu, gdzie komórka, tkanka lub organ pochodzi od zwierzęcia?) wyniósł 0,32;
- Z7 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego niespokrewnionego) a Z8 (Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu, gdzie komórka, tkanka lub organ pochodzi od zwierzęcia?) wyniósł 0,43.

Jak wynika z prezentowanych wyników korelacji pomiędzy poszczególnymi pytaniami budującymi komponenty postaw studentów wobec transplantacji, odznaczały się zróżnicowanym poziomem wzajemnej zależności, od poziomu niskiego, przez przeciętny aż po wysoki.

Do konstrukcji komponentu Uczucia, a konkretnie do określenia liczby czynników tworzących ten komponent, użyłam kryterium bifaktora. W modelu bifaktor uznawany jest za ogólny czynnik, który oddziałuje na wszystkie pozycje testowe oraz jest odpowiedzialny za obserwowalne korelacje między czynnikami grupującymi po kilka pozycji testowych – w związku z tym czynniki grupujące w modelu z bifaktorem mogą być nieskorelowane. Dzięki wprowadzeniu bifaktora możliwe jest udzielenie odpowiedzi czy wyróżnianie czynników grupujących jest uzasadnione czy też nie mają one szerszego znaczenia⁴⁵². Rycina 5 prezentuje trzyczynnikowy model komponentu uczucia utworzony na podstawie pytań dotyczących uczuć badanych wobec transplantacji.

Rycina 5. Trzyczynnikowy model komponentu Uczucia z bifaktorem wraz z wystandaryzowanymi wartościami czynników



Źródło: opracowanie własne.

Zastosowane narzędzie badawcze (Skala do badania stosunku uczuciowo-motywacyjnego studentów wobec transplantacji), pozwoliło w ramach komponentu Uczucia na wyróżnienie trzech grup czynników: F1 (emocje negatywne), F2 (emocje pozytywne) i F3 (emocje ambiwalentne).

F1 – uczucia negatywne: negatywny stosunek uczuciowo-motywacyjny badanych do transplantacji. Czynnik F1 został zbudowany z następujących zmiennych:

- U4 – Przyjęcie komórek, tkanek, narządów od innego człowieka to grzech;

⁴⁵² S.P. Reise, T.M. Moore, M.G. Haviland, *Bifactor Models and Rotations: Exploring the Extent to which Multidimensional Data Yield Univocal Scale Scores*, "J Pers Assess." 2010, nr 92(6), s. 544–559.

- U2 – Transplantacje powinny być zakazane;
- U3 - Pobranie narządów od osoby zmarłej to profanacja zwłok;
- U5 – Transplantacje to tylko eksperymenty medyczne.

F2 – uczucia pozytywne: pozytywny stosunek uczuciowo-motywacyjny badanych do transplantacji. Czynniki F2 zostały zbudowane z następujących zmiennych:

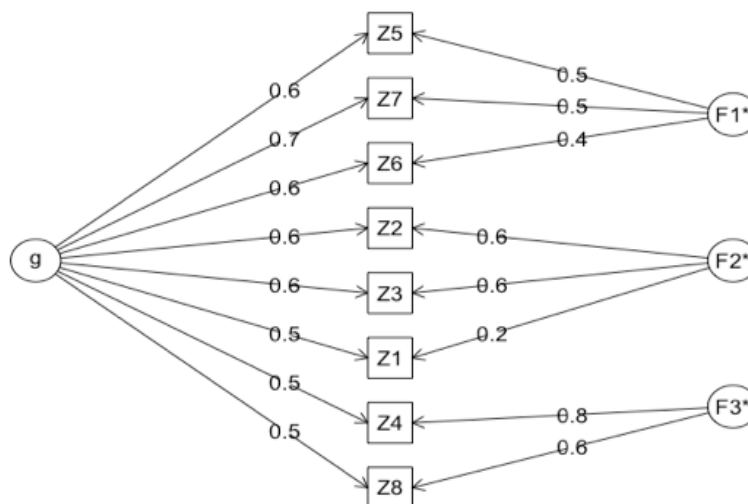
- U9 – Prowadzenie kampanii edukacyjnych w zakresie transplantologii pomaga ludziom podejmować decyzje o dawstwie narządów;
- U8 – Dynamiczny rozwój transplantologii jest godny podziwu i uznania;
- U6 – Oddanie własnych komórek, tkanek, organów to piękny gest/dar dla drugiego człowieka;
- U1 – Transplantacja to jedna z metod leczenia ludzi.

F3 – uczucia ambiwalentne: ambiwalentny stosunek uczuciowo-motywacyjny badanych do transplantacji. Czynniki F3 zostały zbudowane z następujących zmiennych:

- U11 – Pobieranie narządów od zwierząt jest ich krzywdzeniem i wykorzystywaniem;
- U10 – Przeszczepianie narządów od zwierząt jest nieetyczne, gdyż godzi w godność człowieka;
- U12 – Pobieranie narządów od dzieci powinno być zakazane, gdyż to ktoś inny podejmuje za nie decyzję;
- U7 – Bycie żywym dawcą wiąże się z dużym ryzykiem dla życia i zdrowia.

Do określenia liczby grup czynników tworzących komponent Zachowania także użyłam kryterium bifaktora. Rycina 6 prezentuje trzyczynnikowy model utworzony na podstawie pytań dotyczących deklarowanych zachowań studentów wobec transplantacji.

Rycina 6. Trzyczynnikowy model komponent Zachowania z bifaktorem wraz z wystandaryzowanymi wartościami czynników



Źródło: opracowanie własne.

Materiał empiryczny zebrany przy użyciu narzędzia badawczego (kwestionariusza ankiety „Moja postawa wobec transplantacji”, umożliwił wyróżnienie w ramach komponentu Zachowania trzech grup czynników:

F1 – transplantacja dotycząca bliskich: deklaratywne zachowania respondentów odnoszące się do ratowania życia/zdrowia bliskich badanych osób przez transplantacje. Czynn timer F1 został zbudowany z następujących zmiennych:

- Z5 – Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od nieżyjącego dawcy?
- Z7 – Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego niespokrewnionego?
- Z6 – Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu od dawcy żyjącego spokrewnionego?

F2 – transplantacje dotycząca badanych: deklarowane zachowania respondentów wobec ratowania własnego życia/zdrowia przez transplantacje. Czynn timer F1 został zbudowany z następujących zmiennych:

- Z2 - Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od spokrewnionego żyjącego dawcy?

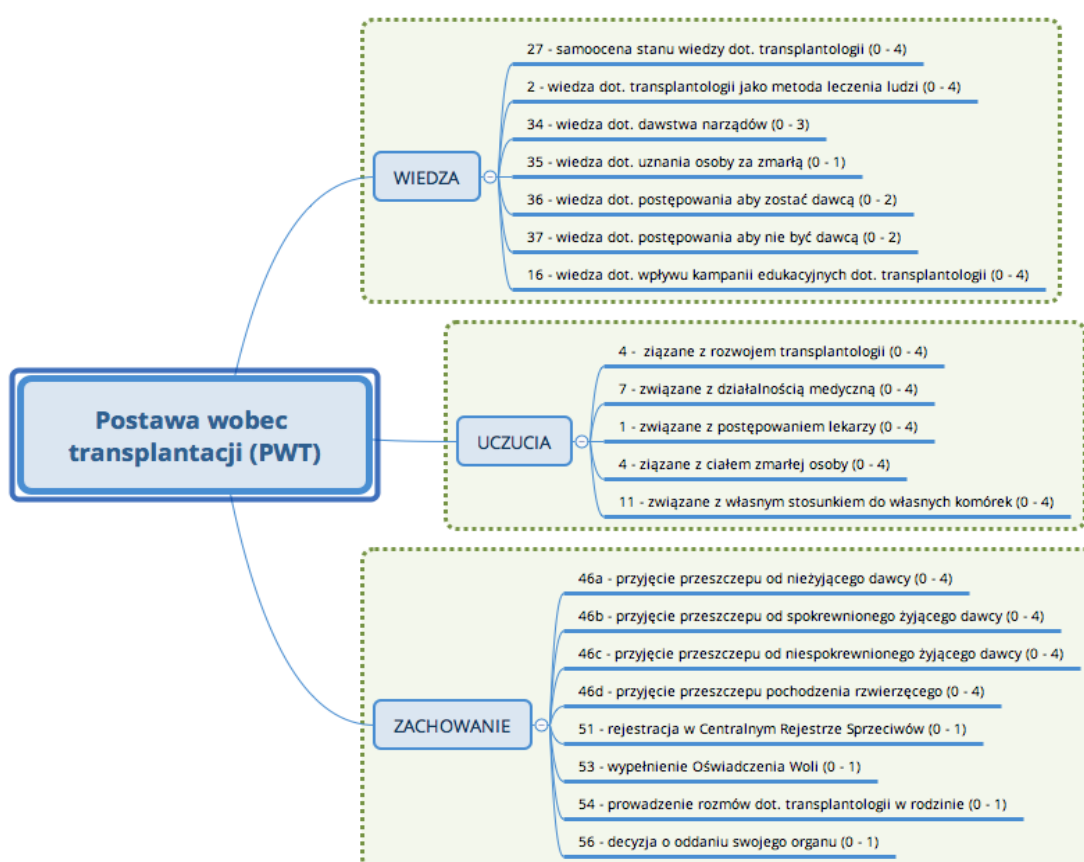
- Z3 - Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od spokrewnionego żyjącego dawcy?
- Z1 - Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od nieżyjącego dawcy?

F3 – ksenotransplantacje: deklarowane zachowania respondentów wobec ratowania życia/zdrowia ludzkiego przez ksenotransplantacje.

- Z4 – Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie zgodziłaby(-łby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu pochodzenia zwierzęcego?
- Z8 - Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-łby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu, gdzie komórka, tkanka lub organ pochodzi od zwierzęcia?

Na podstawie zaprezentowanej powyżej metodologii opracowałam empiryczny model postawy wobec transplantacji, przedstawiony w formie graficznej na rycinie 7. Na jego podstawie przeprowadziłam analizę zebranego materiału badawczego.

Rycina 7. Model wskaźnika Postawy wobec transplantacji



Źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z zasadami statystycznymi określiłam rozpiętości skal w poszczególnych komponentach modelu:

1. Komponent Wiedza – maks. 12 pkt.
2. Komponent Uczucia – maks. 48 pkt:
 - F1 - uczucia negatywne: negatywny stosunek uczuciowo-motywacyjny badanych do transplantacji – maks. 16 pkt,
 - F2 - emocje pozytywne: pozytywny stosunek uczuciowo-motywacyjny badanych do transplantacji – maks. 16 pkt;
 - F3 - emocje ambiwalentne: ambiwalentny stosunek uczuciowo-motywacyjny badanych do transplantacji – maks. 16 pkt.
3. Komponent Zachowania – maks. 40 pkt:
 - F1 – transplantacja dotycząca bliskich: deklaratywne zachowania respondentów odnoszące się do ratowanie życia/zdrowia bliskich badanych osób poprzez transplantacje – maks. 12 pkt;
 - F2 – transplantacje dotycząca badanych: deklarowane zachowania respondentów wobec ratowanie własnego życia/zdrowia poprzez transplantacje – maks. 12 pkt;
 - F3 – ksenotransplantacje: deklarowane zachowania respondentów wobec ratowanie życia/zdrowia ludzkiego poprzez ksenotransplantacje – maks. 8 pkt.

Zgodnie z przyjętymi skalami, w ramach każdego z komponentów konstruujących postawę badanych wobec transplantacji, na podstawie wyliczeń statystycznych (średnich) określiłam przedziały pozwalające na opis każdego z komponentów. W przypadku komponentu Wiedza wyodrębniłam przedziały określające:

- od 0 do 3 – niski poziom wiedzy badanych dotyczącej transplantacji,
- od 4 do 7 – średni poziom wiedzy badanych dotyczącej transplantacji,
- od 8 do 12 – wysoki poziom wiedzy badanych dotyczącej transplantacji.

W odniesieniu do komponentu Uczucia wyodrębniłam przedziały charakteryzujące się:

- od 0 do 15 – negatywnym stosunkiem uczuciowo-motywacyjny badanych do transplantacji,
- od 16 do 31 – ambiwalentnym stosunkiem uczuciowo-motywacyjnym badanych do transplantacji,
- od 32 do 48 - pozytywnym stosunkiem uczuciowo-motywacyjnym badanych do transplantacji.

Deklarowane zachowania badanych wobec transplantacji, analizowane w ramach komponentu Zachowania, przy zastosowaniu procedur statystycznych sklasyfikowałam jako:

- od 0 do 10 – deklarowane zachowania antytransplantacyjne,
- od 11 do 21 – deklarowane zachowania ambiwalentne wobec transplantacji,
- od 22 do 32 – deklarowane zachowania protransplantacyjne.

Opracowanie modelu empirycznego postaw wobec transplantacji umożliwiło zdiagnozowanie postaw studentów wybranych białostockiej uczelni wobec transplantacji, a w szczególności obserwację wpływu (i jego natężenia) poszczególnych komponentów tworzących postawę na jej ostateczny kształt. Zgodnie z przyjętą w rozprawie definicją pojęcia postawy oraz zaprezentowanymi założeniami metodologicznymi, opracowany empiryczny model postawy wobec transplantacji przedstawia się następująco:

Postawa wobec transplantacji = komponent Wiedzy + komponent Uczucia+ komponent Zachowania

Analogicznie do zasad postępowania przyjętych przy charakterystyce poszczególnych komponentów postawy, także do opisu kompleksowego zastosowałam zasady podziału statystycznego, co pozwoliło na opis postaw wobec transplantacji jako tych:

- w przedziale od 0 do 32 pkt – postawy nieprzychylne transplantacji,
- w przedziale od 33 do 65 pkt – postawy ambiwalentne wobec transplantacji,
- w przedziale od 66 do 100 pkt – postawy przychylne transplantacji.

Empiryczny model postaw wobec transplantacji stanowi zarówno podstawę statystycznego opracowania materiału zebranego w czasie badań realizowanych w ramach tej rozprawy, jak również wyznacza porządek prezentacji uzyskanych wyników badań własnych.

W związku z tym w kolejnych częściach pracy przedstawię:

- wiedzę badanych studentów białostockiej uczelni na temat transplantacji i jej uwarunkowania;
- stosunek uczuciowo-motywacyjny badanych studentów białostockiej uczelni do transplantacji i jego uwarunkowania;
- deklarowane zachowania badanych studentów białostockiej uczelni w zakresie transplantacji i ich uwarunkowania
- postawy badanych studentów białostockiej uczelni wobec transplantacji.

4.7. Dobór i charakterystyka osób badanych

Dobór osób do badań był celowy. Większość dostępnych badań dotyczących postaw studentów wobec transplantacji skupia się na studentach uczelni medycznych⁴⁵³, pomimo tego, że wielu autorów⁴⁵⁴ dostrzega także konieczność obejmowania badaniami studentów uczelni niemedycznych, którzy także mogą odegrać dużą rolę w procesie kształtowania postaw społecznych wobec dawstwa narządów. Takie stanowisko wzmacniają wyniki badań, z których wynika, że studenci jako osoby przejawiają wysoki poziom zaangażowania społecznego⁴⁵⁵. W związku z tym badaniami objęłam studentów Uniwersytetu w Białymstoku, Uniwersytetu Medycznego, Archidiecezjalnego Wyższego Seminarium Duchownego w Białymstoku oraz Wyższego Seminarium Duchownego im. Jana Pawła II w Łomży⁴⁵⁶. Rozkład procentowy objętych badaniem studentów poszczególnych uczelni, przedstawia się następująco: Uniwersytet w Białymstoku 66,7%, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 26%, Archidiecezjalne Wyższe Seminarium Duchowne w Białymstoku 3,9% i Wyższe Seminarium Duchowne im. Jana Pawła II w Łomży 3,3%.

Badani to studenci pierwszych (47%) i ostatnich lat studiów (53%), na kierunkach kształcenia związanych z dziedzinami nauki, dla których transplantacje są obszarem zainteresowania naukowego. Na Uniwersytecie w Białymstoku badaniami objęłam studentów pedagogiki 31,8% i prawa 34,7%. Na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku do grupy badanej włączyłam studentów medycyny na kierunku lekarskim 26,5%, a badania przeprowadzone w Archidiecezjalnym Wyższym Seminarium Duchownym w Białymstoku, jak i Wyższym Seminarium Duchownym im. Jana Pawła II w Łomży pozwoliły na zbadanie studentów teologii 7%.

Charakteryzując grupę badanych uwzględniłam kryterium płci. Kobiety stanowią 72% badanych, mężczyźni 28%. Przewaga płci żeńskiej w populacji osób studiujących w Polsce

⁴⁵³ D. McGlade, B. Pierścione, op. cit.

⁴⁵⁴ Z. Lada, P. Zvonimir, R.L. Nikola, O.K. Vlasta, *Attitudes towards transplantation and organ donation in high school graduates of math gymnasium in Osijek*, "Acta Med Croatica" 2011, (dostęp: 10.10.2015). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23120819>; L. Perenc, M. Radochonski, A. Radochonski, *Knowledge and attitudes of Polish university students toward organ donation and transplantation*, „Psychology, Health & Medicine” 2012, t. 17, nr 6, s. 667-673, <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548506.2012.658818> (dostęp: 10.10.2015).

⁴⁵⁵ Zob. E. Nowak, R. Pfitzner, P. Koźlik, A. Kozynacka, L. Durajski, P. Przybyłowski, *Current state of knowledge, beliefs, and attitudes toward organ transplantation among academic students in Poland and the potential means for altering them*, „Transplantation Proceedings” 2014, nr 46, s. 2509-2518, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25380855> (dostęp: 10.10.2015).

⁴⁵⁶ W tym miejscu chciałabym zwrócić uwagę, że w przypadku kierunku teologia, który charakteryzuje się niewielką liczebnością studentów do badań włączyłam studentów z Wyższego Seminarium Duchownego im. Jana Pawła II w Łomży. Uczelni, która podobnie jak Archidiecezjalne Wyższe Seminarium Duchowne w Białymstoku, prowadzi naukę w myśl teologii katolickiej oraz znajduje się w na terenie Podlasia.

(blisko 58% kobiet i 42% mężczyzn⁴⁵⁷) jest utrzymującą się tendencją dominacji tej płci wśród osób uzyskujących wyższy poziom wykształcenia.

Najliczniejszą grupę wśród badanych stanowiły osoby pochodzące z miast powyżej 100 tys. mieszkańców (Białystok, Warszawa, Bytom). Najmniej liczną grupę ankietowanych, stanowią osoby, które wychowywały się w miejscowościach poniżej 10 tys. mieszkańców. Najwięcej respondentów deklaruje pochodzenie z terenów województwa podlaskiego 91,5%.

Dane dotyczące stanu cywilnego badanych wskazują, że najliczniejszą grupę stanowią osoby stanu wolnego (kawaler/panna – 59%), natomiast najmniej liczną grupę stanowiły osoby zamężne (5%). Wśród badanej grupy nie było osób rozwiedzionych, wdów czy żyjących w separacji.

O znaczeniu religii w medycynie transplantacyjnej już wspominałam, wątek ten uznałam za istotny także w kontekście moich badań. Dlatego też kontekst religijny był elementem charakterystyki grupy badanej. Zgadzam się z tym, o czym pisze Anna Cichobłazińska, że „Wiary nie da się zważyć ani zmierzyć. Jest rzeczywistością transcendentną, niepoddającą się badaniom empirycznym”⁴⁵⁸. Jednakże włączenie różnych obszarów religijności do badań empirycznych pozwala „zgłębiać zjawiska z obszaru religijności. Chodzi przede wszystkim o postawy, poglądy, przekonania, a także zachowania ludzi w sferze praktyk i wierzeń religijnych. Na podstawie uzyskanej wiedzy można wnioskować o miejscu wiary w świadomości człowieka i społeczeństwa. Badania przeprowadzone na reprezentatywnych próbach umożliwiają socjologom ukazanie społecznego wymiaru wiary, który analizowany jest w aspektach demograficznym, ekonomicznym, kulturowym i przestrzennym, charakterystycznych dla badanej zbiorowości”⁴⁵⁹. Własny poziom religijności oraz zaangażowania w praktyki religijne respondenci określili przez wybór kategorii w 42% „wierzący i praktykujący regularnie” oraz „wierzący i praktykujący nieregularnie” 30%. Zbieżne wyniki zaobserwowałam w przypadku wyboru odpowiedzi „wierzący i niepraktykujący” 15% oraz niewierzący i niepraktykujący 13%. Respondenci niezaangażowani w praktyki religijne oraz deklarujący się jako niewierzących to opis adekwatny zaledwie do 1% spośród badanych.

Analiza występowania chorób przewlekłych w rodzinach respondentów wykazała, że w większości rodzin (73%) problem ten nie występuje. Doświadczenie zmagania się

⁴⁵⁷Zob. Wstępne dane GUS dotyczące szkolnictwa wyższego (stan na 30.11.2015 r.), <http://www.pka.edu.pl/2016/04/09/wstepne-dane-gus-dotyczace-szkolnictwa-wyzszego-stan-30-11-2015-r/> (dostęp: 10.08.2017).

⁴⁵⁸ A. Cichobłazińska, *Mapa religijności Polaków*, „Niedziela Ogólnopolska” 2006, nr 52, s. 22-24.

⁴⁵⁹ Ibidem.

z chorobą przewlekłą występującą w rodzinie zadeklarowało 27% ankietowanych. Zestawienie szczegółowych charakterystyk grupy badanej przedstawiłam w tabeli 5.

Tabela 5. Charakterystyka badanych studentów

Zmienne niezależne	Wartości zmiennych
Płeć	Mężczyźni: 126 osób (28,0%) Kobiety: 324 (72,0%)
Rok studiów	Pierwszy: 214 osób (46,8%) Ostatni: 243 osoby (53,2%)
Kierunek studiów	Pedagogika: 145 (31,8%) Prawo: 158 (34,7%) Medycyna: 121 (26,5%) Teologia: 32 (7,0%)
Miejsce pochodzenia	Miejscowość do 9 tys. mieszkańców: 64 osób (13,3%) Miejscowość od 10 do 99 tys. mieszkańców: 127 osób (26,4%) Miejscowość powyżej 100 tys. mieszkańców: 290 osób (60,3%)
Stan cywilny	Żonaty/zamężna: 25 osób (5,5%) Kawaler/panna: 266 osób (59,0%) W wolnym związku: 63 osoby (14,0%) Singiel/Singielka: 97 osób (21,5%)
Liczba dzieci	Bezdzietny: 434 osoby (96,5%) Jedno: 12 osób (2,7%) Dwoje: 2 (0,4%) Troje i więcej: 2 (0,4%)
Uczelnia	UwB: 305 osób (66,7%) UMwB: 119 osób (26,1%) AWSDwB: 18 osób (3,9%) WSDimP: 15 osób (3,3%)
Poziom religijności	A - wierzący i praktykujący regularnie: 187 (41,4%) B - wierzący i praktykujący nieregularnie: 134 (29,6%) C - wierzący i niepraktykujący: 66 (14,6%) D - niewierzący i praktykujący: 4 (0,9%) E - niewierzący i niepraktykujący: 61 (13,5%)
Choroba przewlekła w rodzinie badanego	Choroba przewlekła w rodzinie badanego: 119 (27,0%) Brak choroby przewlekłej w rodzinie badanego: 328 (73,0%)

Źródło: opracowanie własne.

4.8. Organizacja i przebieg badań

Badania rozpoczęłam od przeprowadzenia badań pilotażowych, które zrealizowałam w lutym 2016 roku, wśród trzydziestu studentów pierwszego i piątego roku kierunku pedagogika na Wydziale Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku. Efektem badań pilotażowych było zmodyfikowanie przez zmiany stylistyczne kwestionariusza ankiety dla studentów zatytułowanego „Moja postawa wobec transplantacji”.

Badania właściwe przeprowadziłam w maju i czerwcu 2016 roku wśród studentów:

- Wydziału Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu w Białymstoku,
- Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku,
- Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku,
- Archidiecezjalnego Wyższego Seminarium Duchownego,
- Wyższego Seminarium Duchownego im. Jana Pawła II w Łomży.

Badania były przeprowadzane w czasie zajęć dydaktycznych. Większość kwestionariuszy ankiet rozdysponowałam osobiście, pozostałe zostały dostarczone studentom przez pracowników naukowych w badanych uczelniach. Przed przystąpieniem do badań studenci zostali poinformowani o celach badania. Otrzymali także zapewnienie o zachowaniu ich anonimowości oraz możliwości wycofania się z badań na każdym ich etapie. Żaden z badanych nie odmówił uczestnictwa w badaniach.

Pozyskany materiał empiryczny poddałam obliczeniom statystycznym. Opracowania wyników dokonano z wykorzystaniem programów arkusz kalkulacyjny Excel i programu RStudio ver. 8.0.164761.

Materiał empiryczny zgromadzony w toku badań uznałam za wystarczającą podstawę do analizy ilościowej i udzielenia odpowiedzi na pytania badawcze opisane w części empirycznej pracy.

CZĘŚĆ III
POSTAWY STUDENTÓW BIAŁOSTOCKICH UCZELNI
WOBEC TRANSPLANTACJI
W ŚWIECIE PRZEPROWADZONYCH BADAŃ WŁASNYCH

Rozdział 5. Postawy studentów białostockich uczelni wobec transplantacji oraz ich uwarunkowania

Rozdział piąty rozpoczynający empiryczną część rozprawy jest opracowaniem zebranego podczas badań materiału. Zawiera analizę poszczególnych komponentów (komponentu poznawczego, komponentu uczuciowo-motywacyjnego oraz komponentu behawioralnego), tworzących postawy badanych wobec transplantacji oraz interpretację ich uwarunkowań. Zamieszczone na końcu tej części pracy zestawienie najważniejszych korelatów stanowi źródło charakterystyki postaw badanych wobec transplantacji, co umożliwia udzielenie odpowiedzi na główny problem postawiony w niniejszej dysertacji, zawierający się w pytaniu: Jakie są postawy studentów wybranych białostockich uczelni wobec transplantacji oraz jakie są ich uwarunkowania?

5.1. Wiedza badanych studentów białostockich uczelni na temat transplantacji i jej uwarunkowania

Według T. Mądrzyckiego wiedza (komponent poznawczy) jest najważniejszym elementem konstytuującym postawę jednostki wobec jakiegoś zdarzenia, faktu czy zjawiska, bowiem „(...) zmiana komponentu poznawczego jednostki (dotyczącego jakiegoś przedmiotu) zmienia jej uczucia i tendencje do działania”⁴⁶⁰. Uzyskane wyniki badań dotyczące poziomu wiedzy studentów białostockich uczelni w zakresie transplantacji zaprezentowałam w tabelach 6 i 7.

⁴⁶⁰ Zob. T. Mądrzycki, *Psychologiczne prawidłowości...*, s. 9.

Tabela 6. Poziom wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji (n = 459)

Poziom wiedzy	N	%	Wykres kołowy
Niski	54	11,8%	
Średni	344	74,9%	
Wysoki	61	13,3%	
Ogółem	459	100,0%	

Legenda: poziom wiedzy niski odpowiada wynikom w przedziale od 0-3, poziom średni w przedziale od 4-7 a wysoki to wyniki plasujące się w przedziale od 8-12

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 7. Komponent Wiedza. Statystyki opisowe (n = 459)

Wymiar	N	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	A	K
Ogółem	459	5,54	1,79	32,3%	6	5	0	10	-0,26	-0,04

Legenda: (sd – odchylenie standardowe; D – dominanta, Me –mediana, M - średnia arytmetyczna, min. – wartość minimalna, max. – wartość maksymalna, A – skośność, K – kurtoza, V(x) – współczynnik zmienności)

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy danych zawartych w tabelach 6 i 7 wynika, że trzy czwarte badanych studentów (74,9%) posiada średni poziom wiedzy w zakresie transplantacji. Natomiast tylko 13,3% badanych studentów posiada wysoki poziom wiedzy o transplantacjach. Podobny odsetek badanych studentów (11,8%) odznacza się niskim poziomem wiedzy na ten temat.

W celu pogłębienia zaprezentowanych wyników, dokonałam analizy odpowiedzi badanych studentów udzielonych na pytania tworzące komponent Wiedza. Z analizy danych wynika, że ponad połowa badanych studentów (55%) subiektywnie ocenia swój stan wiedzy jako przeciętny. Rozkład wyników badań z jednej strony napawa optymizmem, gdyż większość badanych (82%) uważa, że posiadanie wiedzy z zakresu transplantacji może mieć znaczenie dla decyzji jednostki o dawstwie narządów. Z drugiej strony jedynie 39% badanych studentów deklaruje, że jest zainteresowanych poszerzeniem swojej wiedzy dotyczącej tematyki transplantacyjnej. Badani studenci w większości (72%) wskazali, że nigdy nie uczestniczyli w jakichkolwiek formach edukacji zdrowotnej z zakresu upowszechniania tej metody leczenia. Większość respondentów, bo aż (85%) wskazało, że osobę można uznać za zmarłą w sytuacji, gdy lekarze stwierdzą u niej śmierć mózgu. Taki wynik pozwala wnioskować, że badani studenci posiadają kluczową dla tej metody leczenia wiedzę, gdyż orzekanie śmierci człowieka na podstawie śmierci mózgu, warunkuje pobranie narządów.

Ponad trzy czwarte badanych (79%) wskazało, że osoba, która chce po śmierci zostać dawcą narządów, tkanek, komórek powinna podpisać i nosić zawsze przy sobie oświadczenie woli. W tym miejscu za konieczne uważam przypomnienie, że oświadczenie woli pełni jedynie funkcję informującą o woli zmarłego co do donacji, jednakże nie ma mocy prawnej, czyli na jego podstawie nie dojdzie do pobrania. Zawsze w takiej sytuacji o zgodę na pobranie narządów pytana jest rodzina zmarłego. To od jej decyzji zależy to czy organy zostaną pobrane. Świadomość wagi podejmowania rozmów w gronie rodzinnym na decyzje donacyjne według uzyskanych wyników ma 73% badanych studentów. Wszyscy badani studenci mają wiedzę o tym, że w Polsce nie można legalnie kupić/sprzedać narządu (np. nerki).

Czynnikami różnicującymi w sposób statystycznie istotny poziom wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji były: kierunek studiów, rok studiów, występowanie choroby przewlekłej w rodzinie, natomiast nie różnicowały tego poziomu zmienne takie jak: płeć, stan cywilny i poziom religijności badanych.

Kierunek odbywanych studiów był zmienną różnicującą poziom wiedzy badanych studentów białostockich uczelni w zakresie transplantacji (tabela 8 i 9).

Tabela 8. Kierunek studiów – zmienna różnicująca poziom Wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji. Statystyki opisowe (n=456)

Wymiar	N	%	M	sd	V(x)	Me	D	min	Max	K	A
Pedagogika	145	32,0%	4,85	1,52	31,3%	5	5	1	8	-0,18	-0,21
Prawo	158	34,0%	5,52	1,62	29,3%	6	6	0	9	0,27	-0,38
Medycyna	121	27,0%	6,37	1,80	28,3%	7	7	1	10	-0,05	-0,53
Teologia	32	7,0%	6,06	1,90	31,4%	6	7	2	9	-0,98	-0,25

Legenda: (sd – odchylenie standardowe; D – dominanta, Me –mediana, M- średnia arytmetyczna, D – dominanta, min – wartość minimalna, max – wartość maksymalna, A – skośność, K – kurtosa, V(x) – współczynnik zmienności

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy danych zawartych w tabelach 8 i 9 wynika, że relatywnie najwyższy poziom wiedzy w zakresie transplantacji posiadają badani studenci medycyny (26% ogółu badanych studentów tej grupy; M=6,37) i teologii (25% ogółu badanych studentów tej grupy; M=6,06).

Natomiast tylko 4% badanych studentów pedagogiki ($M=4,85$) i 10% badanych studentów prawa posiada wysoki poziom wiedzy o transplantacjach ($M=5,52$).

Tabela 9. Poziom wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji a zmienna kierunek studiów (n=456)

Poziom wiedzy	Studenci Pedagogiki		Studenci Prawa		Studenci Medycyny		Studenci Teologii		Studenci Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	25	17,3%	16	10,1%	8	6,7%	3	9,4%	52	11,5%
Średni	115	79,3%	126	79,8%	81	66,9%	21	65,6%	343	75,2%
Wysoki	5	3,4%	16	10,1%	32	26,4%	8	25,0%	61	13,3%
Ogółem	145	100,0%	158	100,0%	121	100,0%	32	100,0%	456	100,0%

Legenda: Poziom wiedzy niski odpowiada wynikom w przedziale od 0-3 pkt., poziom średni w przedziale od 4-7 pkt., a wysoki to wyniki plasujące się w przedziale od 8-12 pkt.

Źródło: opracowanie własne.

Taki rozkład wyników badań można tłumaczyć tym, że studenci medycyny są zaznajamiani już od pierwszych lat studiów z problematyką transplantacyjną, w związku z tym posiadają nieco wyższy poziom wiedzy w porównaniu ze studentami innych kierunków studiów. W tym kontekście nieco zaskakuje dość niski poziom wiedzy studentów prawa, który – do pewnego stopnia – można tłumaczyć tym, że w programie kształcenia przedmioty, odnoszące się do tematyki transplantacyjnej, posiadają relatywnie niską liczbę godzin i ujęte są w planach studiów jako wykład specjalizacyjny i seminarium. Taki stan rzeczy może budzić niepokój, bowiem kwestia przeszczepów jest ściśle warunkowana przepisami prawnymi (ustawa transplantacyjna). Także studenci pedagogiki posiadają średni poziom wiedzy, co może nieco niepokoić w kontekście przypisywanej pedagogom znaczącej roli w kształtowaniu postaw prozdrowotnych kolejnych pokoleń⁴⁶¹. To właśnie pedagodzy powinni posiadać kompetencje i kwalifikacje do edukowania społeczeństwa w tak istotnej kwestii jak ta związana z ratowaniem życia i zdrowia ludzi przez zabiegi medycyny transplantacyjnej.

W celu zweryfikowania istotności różnic pomiędzy poziomem komponentu Wiedzy a kategorią kierunek studiów (pedagogika, prawo, medycyna, teologia), zastosowałam test nieparametryczny Kruskala-Wallisa dla wielu prób niepowiązanych. Wartość statystyki testowej K-W wyniosła: $H(3, n=457) = 53,598$, $p = 1.367e-11$, co świadczy o istnieniu

⁴⁶¹ Zob. B. Woynarowska (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół podstawowych*, Warszawa 2012; B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna w szkole w Polsce. Zmiany w ostatnich dekadach i nowa propozycja*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 89(4), s. 445-452.

statystycznie istotnej różnicy pomiędzy kategorią kierunek studiów a poziomem wiedzy badanych studentów.

Kolejną zmienną różnicującą poziom wiedzy badanych studentów był rok studiów (tabela 10 i tabela 11).

Tabela 10. Rok studiów – zmienna różnicująca poziom Wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji. Statystyki opisowe (n=457)

Wymiar	N	%N	M	sd	V(x)	Me	D	Min	max	K	A
Pierwszy	214	46,8%	5,01	1,61	32,1%	1,48	5	0	9	0,26	-0,37
Ostatni	243	53,2%	6,06	1,74	28,7%	1,48	7	2	10	-0,21	-0,21

Źródło: opracowanie własne. (sd – odchylenie standardowe; dom – dominanta, Me –mediana, M- średnia arytmetyczna, D – dominanta, min – wartość minimalna, max – wartość maksymalna, A – skośność, K – kurtoza, V(x) – współczynnik zmienności)

Tabela 11. Poziom wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji a zmienna roku studiów (n=457)

Poziom Wiedzy	Studenci pierwszego roku		Studenci ostatniego roku		Studenci ogółem	
	N	%	N	%	N	%N
Niski	32	15,0%	20	8,2%	52	11,5%
Średni	172	80,3%	172	70,8%	344	75,2%
Wysoki	10	4,7%	51	21,0%	61	13,3%
Ogółem	214	100,0%	243	100,0%	457	100,0%

Legenda: Poziom wiedzy niski odpowiada wynikom w przedziale od 0-3 pkt., poziom średni w przedziale od 4-7 pkt. a wysoki to wyniki plasujące się w przedziale od 8-12pkt.

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy danych zawartych w tabelach 10 i 11 wynika, że zdecydowanie większy odsetek badanych studentów kształcących się na ostatnim roku studiów posiada wysoki poziom wiedzy o transplantacjach (21% ogółu badanych tej grupy) w porównaniu z odsetkiem badanych studentów z pierwszego roku studiów (4,7% ogółu badanych studentów tej grupy). Średnie arytmetyczne dla poziomu wiedzy w tych grupach wyniosły odpowiednio: dla studentów pierwszego roku: M=5,01 i dla studentów ostatniego roku: M=6,06.

Uzyskane wyniki, z jednej strony można tłumaczyć większą dojrzałością studentów ostatnich lat studiów, większą możliwością obserwacji problemów i postaw społecznych oraz dłuższym procesem przyswajania wiedzy na tematy istotne społecznie, do jakich zalicza się transplantacje. Z drugiej strony można wnioskować o efektywności edukacji akademickiej,

jako czynnika podnoszącego poziom świadomości społecznej w tym także wiedzy na temat transplantacji.

W celu zweryfikowania statystycznie istotnej różnicy pomiędzy poziomem wiedzy badanych studentów a kategorią rok studiów zastosowałam test U Manna-Whitneya. Otrzymana wartość statystyki testowej $U=165590$, $p\text{-value} < 2.2e-16$, świadczy o istnieniu statystycznie istotnej różnicy pomiędzy kategorią rok studiów a poziomem wiedzy studentów.

Zmienną różnicującą poziom wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji było także występowanie choroby przewlekłej w ich rodzinach (tabela 12 i 13).

Tabela 12. Występowanie choroby przewlekłej w rodzinie – zmienna różnicująca poziom Wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji. Statystyki opisowe (n=455)

Wymiar	N	%N	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	A	K
Choroba przewlekła w rodzinie	122	26,8%	5,88	1,69	28,7%	6	7	2	9	-0,24	-0,48
Brak choroby przewlekłej w rodzinie	333	73,2%	5,46	1,77	32,4%	5	5	0	10	-0,16	-0,13

Źródło: opracowanie własne (sd – odchylenie standardowe; dom – dominanta, Me –mediana, M- średnia arytmetyczna, D – dominanta, min – wartość minimalna, max – wartość minimalna, A – skośność, K – kurtosa, V(x) – współczynnik zmienności).

Tabela 13. Poziom Wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji a zmienna występowanie chorób przewlekłych w rodzinie(n=455)

Poziom Wiedzy	Choroba przewlekła w rodzinie		Brak choroby przewlekłej w rodzinie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%N
Niski	8	6,6%	44	13,2%	52	11,5%
Średni	93	76,2%	249	74,8%	342	75,1%
Wysoki	21	17,2%	40	12,0%	61	13,4%
Ogółem	122	100,0%	333	100,0%	455	100,0%

Legenda: Poziom wiedzy niski odpowiada wynikom w przedziale od 0-3pkt., poziom średni w przedziale od 4-7pkt. a wysoki to wyniki plasujące się w przedziale od 8-12pkt.

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy danych zawartych w obu tabelach 12 i 13 wynika, że zaledwie 17,2% badanych osób, deklaruujących występowanie choroby przewlekłej w rodzinie, charakteryzowało się wysokim poziomem wiedzy w zakresie transplantacji.

Taki rozkład wyników uzyskany w grupie badanej zaskakuje, gdyż zakładałam bazując na wynikach uzyskanych przez innych badaczy, że to właśnie doświadczenia trudne (a za takie należy uznać chorobę przewlekłą) wywierają istotny wpływ na kształtowanie przychylnych postaw wobec transplantacji i co z tym związane posiadanie przez doświadczoną jednostkę wyższego poziomu wiedzy na ten temat⁴⁶². Natomiast prezentowane wyniki badań ukazują tylko minimalnie wyższą wiedzę badanych z doświadczeniem choroby przewlekłej w rodzinie, w stosunku do grupy, która takich doświadczeń nie posiada.

Do oceny różnic pomiędzy poziomem wiedzy badanych studentów a kategorią choroba przewlekła w rodzinie zastosowałam test U Manna-Whitneya. Wartość statystyki testowej wyniosła $U=23071$, $p\text{-value} = 0,02436$ ($p<0,05$), co świadczy o istnieniu statystycznych różnic pomiędzy kategorią „występowanie chorób przewlekłych w rodzinie” a poziomem wiedzy badanych studentów.

Podsumowanie

Wiedza – zgodnie z przyjętymi w tej pracy założeniami – jest kluczowym komponentem w strukturze postawy badanych w zakresie transplantacji. Z dokonanej w tym rozdziale analizy wyników badań wnioskuję, że badani studenci białostockich uczelni posiadają przeciętny (średni) poziom wiedzy o transplantacjach. Niemal $\frac{3}{4}$ badanych nigdy nie uczestniczyło w kursach czy szkoleniach, w których przekazywano wiedzę dotyczącą transplantacji. Ponadto 61% badanych studentów zadeklarowało, że nie są zainteresowani pogłębianiem wiedzy w tym zakresie. Taki wynik potwierdza, jak ważne jest nie tylko dostarczanie wiedzy, podanie jej w atrakcyjnej formie, ale też rozbudzanie ciekawości poznawczej młodego pokolenia dotyczącej ważnych problemów społecznych.

Z badań wynika, że spośród całej kafeterii możliwych uwarunkowań tylko kierunek i rok studiów oraz fakt występowania w rodzinie choroby przewlekłej różnicowały ten poziom w sposób istotny statystycznie. Studenci medycyny posiadali znacząco wyższy poziom wiedzy niż studenci pedagogiki. Wynik badania studentów pedagogiki ukazuje lukę programową i konieczność poruszania problemów transplantacji w toku nauczania osób, które potencjalnie będą odpowiedzialne za edukację i wychowanie młodych pokoleń. Studenci ostatniego roku studiów posiadają wyższy poziom wiedzy na temat transplantacji w porównaniu do studentów z pierwszego roku. Ten wynik może świadczyć o tym, że

⁴⁶² Zob. M. Tkaczyk, *Wpływ posiadania dziecka z przewlekłą chorobą nerek na postawę rodziców wobec przeszczepiania narządów*, „Pediatria i Medycyna Rodzinna” 2012, nr 8, s. 222-228, <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.psijd-ee063dea-a1d1-433e-8089-64e93aa011a4;jsessionid=613858146289AB387248F330BFE1C89C> (dostęp: 20.03.2018); P. Krakowiak, D. Krzyżanowski, A. Modlińska, *Przewlekłe chory w domu*, Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2011.

uwrażliwienie na problematykę donacji jest związane z większym doświadczeniem życiowym wyższych roczników studentów oraz do pewnego stopnia efektywności edukacji akademickiej w tym zakresie. Trzecia zmienna różnicująca wyniki badania w zakresie poziomu wiedzy, potwierdza przypuszczenie, że doświadczanie przewlekłej choroby w rodzinie niejako wymusza na wszystkich jej członkach zdobywanie wiedzy na temat różnych metod leczenia (m.in. z wykorzystaniem przeszczepów), natomiast sam jej poziom wśród badanych z tej grupy wydaje się dalece niewystarczający. Trzy pozostałe zmienne, czyli płeć, stan cywilny oraz poziom religijności nie różnicowały wyników badań dla komponentu Wiedzy w sposób istotny statystycznie.

5.2. Stosunek uczuciowo-motywacyjny badanych studentów białostockich uczelni wobec transplantacji i jego uwarunkowania

Postawy studentów wobec transplantacji to obok wiedzy, jaką dysponują młodzi ludzie, także (a jak sądzą niektórzy badacze⁴⁶³, przede wszystkim) ich uczucia odnoszące się do tej metody leczenia. W prezentowanych badaniach, starałam się zdiagnozować i wyjaśnić uwarunkowania uczuć i emocji, jakie wywołuje w badanych studentach kwestia transplantacji.

Za główną zaletę skonstruowanego na potrzeby badań własnych narzędzia uważam to, że umożliwia ona mierzalność stosunku uczuciowo-motywacyjnego badanych studentów wobec transplantacji. Dzięki temu mogłam określić rodzaj przejawianych w stosunku do tej metody leczenia uczuć, w rozróżnieniu na pozytywne, negatywne i ambiwalentne.

Uzyskane wyniki badań ujęte w empirycznym modelu postawa wobec transplantacji jako komponent Uczucia prezentuję w tabeli 14.

⁴⁶³ Zob. M. Marody, op. cit. s. 17; S. Nowak, *Pojęcie...*, s. 23; M.K. Hyde, S.R. Knowles, K.M. White, op. cit, s. 1092–1104; M.J. Irving, A. Tong, S. Jan, A. Cass, J. Rose, S. Chadban, op. cit.; J. Żylińska, op. cit., s. 110-111; M. Święchowicz, *Inni...*; I. Cymerman, op. cit; B. Chyrowicz, *Lęki...*, s. 103-105.

Tabela 14. Poziom Uczuć badanych studentów wobec transplantacji (n=437)

Poziom Uczuć	N	%N	Wykres kołowy
Niski	22	5,0%	
Średni	410	93,8%	
Wysoki	5	1,2%	
Ogółem	437	100,0%	

Legenda: Poziom Uczuć: niski to wyniki w przedziale od 0 do 15 pkt., co odpowiada stosunkowi negatywnemu wobec transplantacji; średni to wyniki w przedziale od 16 do 31 pkt., co odpowiada stosunkowi ambiwalentnemu wobec transplantacji; wysoki to wyniki w przedziale od 32 do 48 pkt., co odpowiada stosunkowi pozytywnemu wobec transplantacji.

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy prezentowanych danych wynika, że zdecydowana większość badanych osób (93,8%) posiada ambiwalentny stosunek uczuciowo-motywacyjny wobec transplantacji. Uzyskane wyniki uznają za zaskakujące, gdyż wśród młodzieży akademickiej, (która w założeniu stanowi elitę danego pokolenia) tylko 1,2% ma wyraźnie pozytywny stosunek wobec zjawiska transplantacji. Jednocześnie 5% respondentów charakteryzuje się stosunkiem negatywnym wobec metody leczenia będącej szansą na zachowanie zdrowia i życia ludzi, w przypadku których inne procedury medyczne nie gwarantują pozytywnych efektów. Uzyskane wyniki wskazują na wyraźną lukę w zakresie upowszechniania idei transplantacji (jako ważnej z punktu widzenia interesu społecznego i pozytywnej metody leczenia), w środowisku akademickim.

Przyjęta w pracy koncepcja budowy modelu postaw wobec transplantacji, a w związku z tym konstrukcja komponentu uczuciowo-motywacyjnego, obliguje do statystycznego opracowanie jego wskaźnika – poziomu komponentu Uczucia. Podstawową charakterystykę statystyczną zawarłam w tabeli 15.

Tabela 15. Komponent Uczucia. Statystyki opisowe (n=437)

Wymiar	N	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	A	K
Ogółem	437	21,69	4,24	19,5%	22	22	4	35	-0,17	1,63

Źródło: opracowanie własne (sd – odchylenie standardowe; Me – mediana, M – średnia arytmetyczna, D – dominanta, A – skośność, K – kurtosis, V(x) – współczynnik zmienności)

Na podstawie interpretacji danych przedstawionych w tabeli 15 wnioskuję, że ogólny poziom Uczuć studentów wobec transplantacji kształtuje się na poziomie średnim, który odzwierciedla stosunek ambiwalentny. Poziom Uczuć różni się od średniej arytmetycznej (21,69 pkt.) o +/- 4,24 pkt., tak więc typowy obszar zmienności wartości poziomu Uczuć

zawiera się w przedziale od 17,45 pkt do 25,93 pkt. Względna miara dyspersji wskazuje na średnie zróżnicowanie poziomu Uczuć, bowiem odchylenie standardowe stanowi tutaj 20% średniej arytmetycznej. Analiza kurtozy i skośności pokazuje, że powyższy rozkład odbiega od rozkładu normalnego, jego lewostronna asymetria świadczy o nasileniu wysokich wyników dla komponentu Uczucia.

W celu pogłębienia zaprezentowanych wyników dokonałam analizy odpowiedzi badanych studentów udzielonych na pytania tworzące komponent Uczucia.

Badani studenci są zgodni (99%), co do określenia przeszczepów jako metody leczenia ludzi. Respondenci w 83% uważają, że dynamiczny rozwój transplantologii jest godny podziwu i uznania. Badani studenci w 89% docenili także rolę prowadzonych kampanii społecznych w promowaniu idei donacji. Oddanie własnych komórek, tkanek, narządów w celu ratowania zdrowia i życia innych ludzi aż 91% respondentów uważa za piękny gest, dar na rzecz drugiego człowieka. Analiza dotychczas zaprezentowanych wyników wskazuje na pozytywny stosunek uczuciowo-motywacyjny badanych studentów wobec transplantacji. Konieczne jest zwrócenie uwagi również na wyniki ukazujące negatywne aspekty stosunku uczuciowo-motywacyjnego badanych studentów. Dwa procent spośród respondentów uważa, że przeszczepy powinny zostać zakazane. Takie stanowisko można tłumaczyć tym, że 3% badanych studentów sądzi, że mają one charakter eksperymentów medycznych, a aż 34% badanej grupy uważa, że bycie dawcą jest obarczone dużym ryzykiem dla życia i zdrowia⁴⁶⁴. Istotny w negatywnym nastawieniu do transplantacji wydaje się także kontekst religijny, ponieważ 2% badanych studentów deklaruje, że uważa przyjęcie transplantów od innego człowieka za grzech a samo pobranie narządów zadaniem 3% badanych to profanację zwłok. Należy podkreślić, że takie stanowisko nie jest zgodne z doktryną Kościoła katolickiego, jednoznacznie popierającego (w oficjalnym stanowisku) transplantacje jako metodę leczenia. Wyższe wartości procentowe, świadczące o negatywnym stosunku badanych wobec transplantacji, odnotowałam w odpowiedziach na pytania dotyczące ksenotransplantacji. Badani studenci aż w 14% uważają, że wykorzystywanie w celu leczenia ludzi transplantów pochodzenia zwierzęcego jest nieetyczne i godzi w godność człowieka. W opinii 11% respondentów tego typu transplantacje są wykorzystywaniem i krzywdzeniem zwierząt.

Wynikiem zaskakującym jest ten wskazujący na stosunek uczuciowo-motywacyjny badanych studentów wobec zabiegów transplantacyjnych, w których dawcami są dzieci.

⁴⁶⁴ W przyszłych badaniach za konieczne uważam doprecyzowanie tego wątku badań w celu określenia czy to poczucie ryzyka badani wiąże jedynie z osłabieniem kondycji zdrowotnej dot. dawców żyjącymi czy także np. nieprawidłowego orzekania śmierci mózgu.

Według 38% respondentów tego typu pobrania powinny być zakazane, ponieważ dawcy – dzieci, nie są w stanie podjąć samodzielnej decyzji o zgodzie na donacje. Stają się dawcami na skutek decyzji innych osób – rodziców. Uważam, że decyzja o zgodzie na pobranie narządów od zmarłego dziecka jest najtrudniejszą decyzją, z jaką mamy do czynienia w kontekście całej medycyny transplantacyjnej. W celu konkluzji do powyższego wyniku przytoczę cytat, gdyż wydaje mi się on najtrafniejszą formą podsumowania tego wątku pracy. „Transplantacji się nie planuje. O jej terminie decyduje Los. Do ciężko chorych dzieci uśmiecha się rzadko – w Polsce rocznie wykonuje się do kilku takich przeszczepów serca, bez porównania mniej niż u dorosłych. Mali pacjenci ze skrajną niewydolnością serca najczęściej odchodzą. Bo aby ktoś dostał nowe życie, ktoś musi umrzeć. A śmierć dziecka jest tak wielką traumą dla rodziców, że lekarze najczęściej nie mają odwagi pytać, czy wyrażą zgodę na oddanie jego serca do przeszczepu”⁴⁶⁵.

Czynnikami różnicującymi w sposób statystycznie istotny stosunek uczuciowo-motywacyjny badanych studentów wobec transplantacji były: płeć badanych, kierunek studiów, rok studiów, występowanie choroby przewlekłej w rodzinie. Nie różnicowały natomiast stosunku uczuciowo-motywacyjnego badanych takie zmienne jak: stan cywilny i poziom religijności.

Pierwszą z analizowanych zmiennych różnicujących komponent uczuciowo-motywacyjny jest płeć badanych osób. W tabeli 16 przedstawiłam zbiorcze wyniki badań dotyczące poziomu Uczuć studentów wobec transplantacji z uwzględnieniem ich płci.

Tabela 16. Poziom Uczuć badanych studentów wobec transplantacji a zmienna płeć (n=434)

Poziom Uczuć	Kobiety		Mężczyźni		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%N
Niski	12	3,8%	10	8,5%	22	5,1%
Średni	299	94,3%	104	88,9%	403	92,9%
Wysoki	6	1,9%	3	2,6%	9	2,0%
Ogółem	317	100,0%	117	100,0%	434	100,0%

Legenda: Poziom Uczuć: niski to wyniki w przedziale od 0 do 15 pkt., co odpowiada stosunkowi negatywnemu wobec transplantacji; średni to wyniki w przedziale od 16 do 31 pkt., co odpowiada stosunkowi ambiwalentnemu wobec transplantacji; wysoki to wyniki w przedziale od 32 do 48 pkt., co odpowiada stosunkowi pozytywnemu wobec transplantacji.

Źródło: opracowanie własne.

⁴⁶⁵ J. Gomadzka-Anzelewicz, *Dzieci, które żyją dzięki sercom pobranym w Gdańsku*, „Dziennik Bałtycki” 2010, <http://www.dziennikbaaltycki.pl/artukul/341076,dzieci-ktore-zyja-dzieki-sercom-pobranym-w-gdansk, id,t.html> (dostęp: 20.03.2018).

Z zebranych danych wynika, że najwięcej osób zarówno kobiet, jak i mężczyzn posiada średni poziom Uczuć wobec transplantacji, co odpowiada uczuciom ambiwalentnym wobec przeszczepów (odpowiednio kobiety – 94,3% a mężczyźni – 88,9%). Niepokojąco niski wynik w zakresie pozytywnego stosunku uczuciowo-motywacyjnego prezentowała zarówno grupa badanych kobiet 1,9%, jak i mężczyzn 2,6%. Natomiast stosunek uczuciowo-motywacyjny na poziomie niskim – negatywny, prezentowała grupa 3,8% kobiet i ponad dwukrotnie większa grupa mężczyzn 8,5%. Świadczy to o większej wrażliwości na problem transplantacji przejawianej przez kobiety, w odróżnieniu od większego sceptycyzmu przejawianego przez grupę badanych mężczyzn.

Tabela 17. Płeć – zmienna różnicująca poziom Uczuć wobec transplantacji. Statystyki opisowe (n=434)

Wymiar	N	%	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	A	K
Kobieta	317	73,0%	21,98	3,94	18%	22	22	7	34	0,14	0,76
Mężczyzna	117	27,0%	20,91	4,92	24%	21	22	4	35	-0,44	1,88

Źródło: opracowanie własne (sd – odchylenie standardowe; dom – dominanta, Me –mediana, M - średnia arytmetyczna, D – dominanta, A – skośność, K – kurtóza, V(x) – współczynnik zmienności)

Wyniki uzyskane przez badane kobiety wskazują na ich mniejsze zróżnicowanie i generalnie bardziej przychylny stosunek wobec transplantacji niż ma to miejsce w przypadku badanych mężczyzn. Taki wynik jest zgodny w tymi uzyskanymi przez innych badaczy⁴⁶⁶ i wskazuje na istnienie statystycznego związku pomiędzy poziomem Uczuć/stosunkiem uczuciowo-motywacyjnym badanych wobec transplantacji a ich płcią. Ewa Bądkowska i Władysław Witczak w swoich badaniach ustalili, że kobiety statystycznie częściej poruszały w pracy problem transplantacji oraz częściej zwracały uwagę na emocje towarzyszące śmierci bliskiej osoby. Według badaczy płeć różnicuje także przyczyny odmowy zgody rodziny na donację⁴⁶⁷.

Kolejną zmienną różnicującą komponent uczuciowo-motywacyjny postawy badanych studentów wobec transplantacji był ich kierunek studiów (tabela 18).

⁴⁶⁶ P. Mithra, P. Ravindra, B. Unnikrishnan, T. Rekha, T. Kanchan, N. Kumar, M. Papanna, V. Kulkarni, R. Holla, K. Divyavaraprasad, *Perceptions and Attitudes Towards Organ Donation Among People Seeking Healthcare in Tertiary Care Centers of Coastal South India*, "Indian J Palliat Care" 2013, nr 19(2), s. 83–87, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3775029/> (dostęp: 30.10.2017).

⁴⁶⁷ Zob. E. Bądkowska, W. Witczak, *Postawy mieszkańców woj. lubelskiego wobec transplantacji narządów*, „Aspekty zdrowia i choroby” 2017, t. 2, nr 2, s. 15–24.

Tabela 18. Poziom Uczuć badanych studentów wobec transplantacji a zmienna kierunek studiów (n=440)

Poziom Uczuć	Studenci Pedagogiki		Studenci Prawa		Studenci Medycyny		Studenci Teologii		Studenci Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Niski	3	2,1%	10	6,4%	5	4,3%	4	15,4%	22	5,0%
Średni	136	95,1%	144	91,7%	107	93,9%	22	84,6%	409	93,0%
Wysoki	4	2,8%	3	1,9%	2	1,8%	0	0,0%	9	2,0%
Ogółem	143	100,0%	157	100,0%	114	100,0%	26	100,0%	440	100,0%

Legenda: Poziom Uczuć: niski to wyniki w przedziale od 0 do 15 pkt., co odpowiada stosunkowi negatywnemu wobec transplantacji; średni to wyniki w przedziale od 16 do 31 pkt., co odpowiada stosunkowi ambiwalentnemu wobec transplantacji; wysoki to wyniki w przedziale od 32 do 48 pkt., co odpowiada stosunkowi pozytywnemu wobec transplantacji.

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki zaprezentowane w tabeli 18 wskazują, że najwięcej badanych posiada średni poziom Uczuć wobec transplantacji, co jest adekwatne z ambiwalentnym stosunkiem uczuciowo-motywacyjnym badanych wobec przeszczepów. Negatywny stosunek wobec transplantacji w najmniejszym stopniu deklarują studenci z pedagogiki (2,1% badanych), najwyższy odsetkiem w tym względzie przejawiali natomiast studenci teologii (15,4% badanych). Tak wysoki wynik studentów teologii zaskakuje, ponieważ doktryna Kościoła katolickiego jest zdecydowanie protransplantacyjna. Wyniki uzyskane przez studentów medycyny, którzy zaledwie w 1,8% wpisują się w pozytywny stosunek uczuciowo-motywacyjny wobec transplantacji nie korespondują z wynikami uzyskanymi przez innych badaczy, według których to właśnie studenci kierunków medycznych wykazywali się najwyższym stopniem przychylności wobec tematyki transplantacyjnej⁴⁶⁸.

⁴⁶⁸ Zob. B. Gorzkowicz, W. Majewski, E. Tracz, E. Zamojska, J. Czarnota-Chlewicka, W. Brzózka, M. Maksymowicz, M. Szydlik, K. Szymańska, S. Bilski, N. Szankowska, *Opinia na temat dawstwa narządów wśród studentów uczelni wyższych Szczecina*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2010, nr 18 (2), <http://czasopisma.viamedica.pl/pp/article/view/23271> (dostęp: 30.09.2015).

Tabela 19. Kierunek studiów – zmienna różnicująca poziom Uczuć badanych studentów wobec transplantacji. Statystyki opisowe (N=440)

Wymiar	N	%N	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	A	K
Pedagogika	143	32,5%	23,06	3,94	17,1%	23	22	12	34	0,19	0,37
Prawo	157	35,7%	21,58	4,24	19,6%	22	24	4	35	-0,45	2,02
Medycyna	114	25,9%	20,4	3,75	18,4%	20	20	6	34	0,39	2,8
Teologia	26	5,9%	20,31	5,56	27,4%	21	22	4	28	-0,73	0,62

Źródło: opracowanie własne (sd – odchylenie standardowe; Me –mediana, M- średnia arytmetyczna, D – dominanta, A – skośność, K – kurtოza, V(x) – współczynnik zmienności

W celu porównania badanych grup studentów posłużyłam się testem nieparametrycznym Kruskala-Wallisa dla rozkładów różnych od normalnego oraz porównań post hoc metodą Tukeya (porównania „w parach”). Analiza danych z zastosowaniem testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że istnieją statystycznie istotne różnice ($p \leq 0,05$) pomiędzy komponentem Uczucia a kierunkiem studiów (Kruskal-Wallis chi-squared = 33.47, df = 3, p-value = 2.564e-07). Aby dokonać dalszej analizy, w których grupach kierunków studiów istnieje zróżnicowanie, poddano uzyskane dane dokładnej analizie testem post hoc metodą Tukeya. Otrzymane wyniki wskazują, że istotne statystyczne różnice ($p \leq 0,05$) dla komponentu Uczucia występują pomiędzy kierunkami: prawo – pedagogika, medycyna – pedagogika, teologia – pedagogika.

Rok studiów badanych był również zmienną różnicującą w sposób istotny statystycznie komponent uczuciowo-motywacyjny postawy badanych studentów wobec transplantacji (tabela 20).

Tabela 20. Poziom Uczuć badanych studentów wobec transplantacji a zmienna rok studiów (n=441)

Poziom Uczuć	Studenci pierwszego roku		Studenci ostatniego roku		Studenci ogółem	
	N	%	N	%	N	%N
Niski	9	4,3%	13	5,6%	22	5,0%
Średni	194	92,4%	216	93,5%	410	93,0%
Wysoki	7	3,3%	2	0,9%	9	2,0%
Ogółem	210	100,0%	231	100,0%	441	100,0%

Legenda: Poziom Uczuć: niski to wyniki w przedziale od 0 do 15 pkt., co odpowiada stosunkowi negatywnemu wobec transplantacji; średni to wyniki w przedziale od 16 do 31 pkt., co odpowiada stosunkowi ambiwalentnemu wobec transplantacji; wysoki to wyniki w przedziale od 32 do 48 pkt., co odpowiada stosunkowi pozytywnemu wobec transplantacji. Źródło: opracowanie własne.

Z analizy danych wynika, że najwięcej osób zarówno z pierwszego (92,4%), jaki i ostatniego roku studiów (93,5%) posiada średni poziom Uczuć (ambiwalentny stosunek uczuciowo-motywacyjny). Stosunek pozytywny prezentuje zaledwie 3,3% studentów pierwszych lat studiów i 0,9% studentów ostatnich roczników. Stosunek nieprzychylny przeszczepom deklaruje 4,3% badanych studentów pierwszych lat. W przypadku roczników ostatnich wynik ten jest wyższy i wynosi 5,6% badanej grupy.

Tabela 21. Rok studiów – zmienna różnicująca poziom Uczuć badanych studentów wobec transplantacji. Statystyki opisowe (n=441)

Wymiar	N	%N	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	A	K
Pierwszy	210	47,6%	22,45	4,48	20,0%	22	22	4	34	-0,54	2,59
Ostatni	231	52,4%	21	3,88	18,5%	21	21	7	35	0,16	0,77

Źródło: opracowanie własne (sd – odchylenie standardowe; Me –mediana, M - średnia arytmetyczna, D – dominanta, A – skośność, K – kurtoza, V(x) – współczynnik zmienności).

Do oceny różnic między stosunkiem uczuciowo-motywacyjnym badanych wobec transplantacji wyrażonym poziomem Uczuć a zmienną rok studiów (pierwszy, ostatni), zastosowałam test Manna-Whitneya-Wilcozona. Wartość statystyki testowej w analizie wpływu roku studiów na wynik poziomu Uczuć wynosi ($W = 29698$, $p\text{-value} = 4.422e-05$), co świadczy o istnieniu statystycznie istotnej różnicy pomiędzy zmienną rok studiów a poziomem Uczuć badanych studentów wobec transplantacji. Nie można jednak stwierdzić, że kolejne szczeble edukacji wpływają na kreowanie postaw bardziej przychylnych zabiegom transplantacyjnym. Można jednak założyć, że taki wynik jest potwierdzeniem konieczności

wprowadzenia w tok i program studiów przedmiotów, wpisujących się w dyskusję dotyczącą zjawiska transplantacji.

Ostatnią zmienną, która w sposób istotny statystycznie różnicowała komponent uczuciowo-motywacyjny była deklaracja dotycząca występowania choroby przewlekłej w rodzinie respondentów. Wyniki badań odnoszące się do stosunku uczuciowo-motywacyjnego respondentów wobec transplantacji w odniesieniu do tej zmiennej prezentuje tabela 22.

Tabela 22. Poziom Uczuć badanych studentów wobec transplantacji a zmienna występowanie choroby przewlekłej w rodzinie (n=439)

Poziom Uczuć	Występowanie choroby przewlekłej w rodzinie		Brak choroby przewlekłej w rodzinie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%
Niski	7	5,9%	15	4,7%	22	5,0%
Średni	111	93,3%	297	92,8%	408	92,9%
Wysoki	1	0,8%	8	2,5%	9	2,1%
Ogółem	119	100,0%	320	100,0%	439	100,0%

Legenda: Poziom Uczuć: niski to wyniki w przedziale od 0 do 15 pkt., co odpowiada stosunkowi negatywnemu wobec transplantacji; średni to wyniki w przedziale od 16 do 31 pkt., co odpowiada stosunkowi ambiwalentnemu wobec transplantacji; wysoki to wyniki w przedziale od 32 do 48 pkt., co odpowiada stosunkowi pozytywnemu wobec transplantacji.

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy danych wynika, że najwięcej osób niezależnie od tego czy ma czy też nie ma doświadczenia choroby przewlekłej w rodzinie, uzyskało średni poziom Uczuć, co odpowiada ambiwalentnemu stosunkowi uczuciowo-motywacyjnemu wobec transplantacji (w obu grupach odpowiednio 93,3% i 92,8%). Stosunek pozytywny przejawia, według wyników badań 0,8% studentów, którzy doświadczają choroby przewlekłej w swojej rodzinie i 2,5% pozostałych osób. Negatywny stosunek wobec transplantacji przejawia 4,7% badanych deklarujących brak choroby przewlekłej w rodzinie i 5,9% osób z grupy porównawczej. Te wyniki wydają się zaskakujące, w jakiejś mierze przełamując pogląd, że doświadczenie ciężkiej choroby członka rodziny uwrażliwia na różne formy leczenia. Wyniki badań uzyskane w grupie badanej wbrew moim przypuszczeniom, ukazują, że doświadczenia ciężkiej choroby nie wpływa w sposób znaczący na kształtowanie pozytywnych postaw wobec metody leczenia, jaką jest transplantacja.

Tabela 23. Występowanie choroby przewlekłej w rodzinie – zmienna różnicująca poziom Uczuć badanych studentów wobec transplantacji. Statystyki opisowe (n=439)

Wymiar	N	%N	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	A	K
Tak	119	27,1%	20,96	3,94	18,8%	21	20	4	32	-0,43	2,09
Nie	320	72,9%	21,97	4,33	19,7%	22	22	4	35	-0,13	1,43

Źródło: opracowanie własne (sd – odchylenie standardowe; Me –mediana, M- średnia arytmetyczna, D – dominanta, A – skośność, K – kurtosa, V(x) – współczynnik zmienności).

Do oceny różnic w obrębie komponentu Uczucia a zmienną występowanie choroby przewlekłej w rodzinie (tak, nie), zastosowałam test Manna-Whitneya-Wilcozona. Wartość statystyki testowej w analizie wpływu występowania bądź nie choroby przewlekłej w rodzinie na wynik poziomu Uczuć wynosi $W = 16380$, $p\text{-value} = 0.02398$ ($p < 0,05$), co świadczy o istnieniu statystycznych różnic pomiędzy kategorią występowanie chorób przewlekłych w rodzinie a poziomem komponentu uczuciowo-motywacyjnego postawy badanych studentów wobec transplantacji.

Podsumowanie

Drugim badanym elementem budującym ogólny wskaźnik postawy wobec transplantacji był komponent uczuciowo-motywacyjny. Dominująca w wynikach postawa ambiwalentna badanych wobec zjawiska transplantacji jest rozczarowująca z punktu widzenia ważności badanego problemu. Zaskakujące są również proporcje pozytywnego stosunku wobec transplantacji, zaledwie 1% badanych, przy 5% udziale badanych studentów, którzy mają wyraźnie negatywny stosunek. To skłania do refleksji, że oprócz zilustrowanych wcześniej deficytów w zakresie wiedzy o tym zjawisku, niejednoznaczny jest też stosunek emocjonalny badanej młodzieży.

W zakresie czynników warunkujących zróżnicowanie komponentu Uczuć wobec problemu transplantacji, badania wykazały istotne statystycznie zależności dla zmiennej płci, kierunku i roku studiów oraz występowanie choroby przewlekłej w rodzinie. I tak badane kobiety odznaczały się pozytywniejszym stosunkiem wobec transplantacji oraz mniejszym zróżnicowaniem wyników w tym zakresie. Taki wynik po raz kolejny potwierdza kulturowo i społecznie obserwowane tendencje większej emocjonalności kobiet i ich wrażliwość na problemy społeczne. Zaskakujący wynik wykazało zróżnicowanie stosunku uczuciowo-motywacyjnego wobec zjawiska transplantacji, gdzie studenci pierwszych lat mieli bardziej

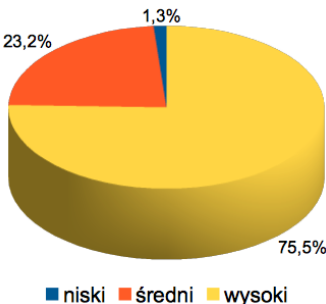
jego pozytywny obraz, w stosunku do wyników osiągniętych przez ich starszych kolegów. Można zatem założyć, że taki wynik jest potwierdzeniem konieczności wprowadzenia w tok i program studiów przedmiotów wpisujących się w dyskusję dotyczącą zjawiska transplantacji a przede wszystkim nie tylko przybliżający wiedzę na temat tego zjawiska, ale nadając mu ważniejszą, przychylniejszą rangę. Kolejnym zaskoczeniem dla mnie były wyniki ukazujące, że największy procentowy udział w wysokim poziomie Uczuć, co odpowiada pozytywnemu stosunkowi uczuciowo-motywacyjnemu wobec transplantacji, mają osoby, które nie zetknęły się w domu rodzinnym z chorobą przewlekłą. Wbrew wcześniejszym przypuszczeniom, doświadczenie ciężkiej choroby w rodzinie nie wpłynęło na kształtowanie pozytywnych postaw badanej młodzieży akademickiej wobec transplantacyjnych metod leczenia. W zakresie kierunku studiów, studenci pedagogiki odznaczali się najbardziej przychylnym stosunkiem wobec problemu transplantacji, w odróżnieniu od najbardziej sceptycznego stosunku przejawianego przez studentów teologii. Pozostałe zmienne, czyli stan cywilny oraz poziom religijności, nie różnicowały komponentu uczuciowo-motywacyjnego wobec transplantacji w badanej grupie studentów.

5.3. Deklarowane zachowania badanych studentów białostockich uczelni wobec transplantacji i ich uwarunkowania

Medycyna transplantacyjna jest zależna od zachowań zarówno dawców narządów jak i biorców, decydujących się na taką formę leczenia. O tym, że pomiędzy zamiarem, deklaracją, a czynem często pojawiają się rozbieżności, a bywa, że i sprzeczności oraz jakie są tego konsekwencje dla medycyny transplantacyjnej, pisałam w części teoretycznej pracy. W niniejszej rozprawie to zamiary, pragnienia, plany oraz deklarowane działania i zachowania studentów w zakresie dawstwa narządów tworzą komponent behawioralny postawy wobec transplantacji. W tym podrozdziale prezentuję wyniki badań uzyskane dla komponentu behawioralnego postawy studentów, który określiłam jako komponent Zachowania. Przyjęłam trzy poziomy nasilenia zachowań związanych z tematyką transplantacyjną. Niski poziom oznacza deklaratywne zachowania antytransplantacyjne, średni poziom zachowania ambiwalentne, natomiast wysoki poziom zachowania protransplantacyjne.

Rozkład wyników badań dotyczących deklaracyjnych zachowań studentów wobec zjawiska transplantacji prezentuję w tabeli 24.

Tabela 24. Poziom Zachowań badanych studentów wobec transplantacji (n=448)

Poziom Zachowań	N	% N	Wykres kołowy
Niski	6	1,3%	
Średni	104	23,2%	
Wysoki	338	75,5%	
Ogółem	448	100,0%	

Legenda: Poziom Zachowań: niski to wyniki w przedziale od 0-10 pkt., co odpowiada zachowaniom antytransplantacyjnym; średni to wyniki w przedziale od 11-21 pkt., co odpowiada zachowaniom ambiwalentnym; wysoki to wyniki w przedziale od 22-31 pkt., co odpowiada zachowaniom protransplantacyjnym.

Źródło: opracowanie własne.

Uzyskane wyniki badań są optymistyczne, gdyż 75,5% badanych deklaruje protransplantacyjne zachowania. Deklaracji zachowań przeciwnych, czyli antytransplantacyjnych, w badanej grupie było zaledwie 1,3%, natomiast pośrednich, ambiwalentnych 23,2%. Uzyskane wyniki wpisują się w ogólnoświatową tendencję wysokiej deklaratywności zachowań protransplantacyjnych⁴⁶⁹. Trzeba oczywiście wziąć pod uwagę, że są to jedynie deklaracje, rzadko w przypadku badanych osób realizowane w rzeczywistości społecznej.

Przyjęta w pracy koncepcja budowy modelu postaw wobec transplantacji, a w związku z tym konstrukcja komponentu Zachowania, obliguje do statystycznego opracowania jego wskaźnika – poziomu komponentu Zachowania. Podstawową charakterystykę statystyczną zawarłam w tabeli 25.

Tabela 25. Komponent Zachowania. Statystyki opisowe (n=448)

Wymiar	N	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	A	K
Ogółem	448	24,77	5,21	21,0%	25	5	4	32	-0,68	0,34

Źródło: opracowanie własne (sd – odchylenie standardowe; Me –mediana, M - średnia arytmetyczna, D – dominanta, A – skośność, K – kurtóza, V(x) – współczynnik zmienności).

⁴⁶⁹ Zob. P.K. Li, C.K. Lin, P.K. Lam i wsp., op. cit., s. 98–103; zob. też: B. Scandroglio, B. Dominguez-Gil, J.S. Lopez, M.O. Valentin, M.J. Martin, E. Coll, J.M. Martinez, B. Miranda, M.C. San Jose, R. Matesanz, op. cit., s. 1-9; J.M. Martinez, A. Martin, J.S. López, op. cit., s. 401–406; B. Gorzkowicz, W. Majewski, E. Tracz, E. Zamojska, J. Czarnota-Chlewicka, W. Brzózka, M. Maksymowicz, M. Szydlik, K. Szymańska, S. Biłski, N. Szankowska, op. cit., s. 111-116; zob. ponadto: H. Streng, op. cit., s. 327–332. Zob. też: S. Sanavi, R. Afshar, A.R. Lotfizadeh, A. Davati, op. cit.

Na podstawie przedstawionych danych można stwierdzić, że generalnie deklaracje studentów, co do potencjalnie prezentowanych zachowań kształtują się na poziomie wysokim, co interpretuję jako zachowania protransplantacyjne. Analiza kurtozy i skośności pokazuje, że powyższy rozkład odbiega od rozkładu normalnego, jego lewostronna asymetria świadczy o nasileniu wysokich wyników dla komponentu Zachowania w podziale od 22 do 32 pkt. Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazały również, że żaden rozkład podskala nie jest rozkładem zbliżonym do normalnego ($p\text{-value} < 2.2e-16$).

W celu pogłębienia zaprezentowanych wyników dokonałam analizy odpowiedzi badanych studentów udzielonych na pytania tworzące komponent Zachowania.

Zaledwie 2% badanych studentów zadeklarowało, że są wpisani w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, co w sposób jednoznaczny wyklucza ich jako potencjalnych dawców. Ewidentnie jest to przejawem zachowania antytransplantacyjnego. Dwadzieścia dwa procent respondentów zadeklarowało, że podpisało i nosi przy sobie oświadczenie woli, które mimo tego, że nie ma mocy prawnej, jasno wskazuje na zachowania protransplantacyjne.

Badani studenci w 55% zadeklarowali zgodę na ratowanie własnego życia i zdrowia przez zabiegi medycyny transplantacyjnej, w których transplant pochodzi z donacji pośmiertnej (przeszczep *ex mortuo*). Jedynie 1% respondentów nie zgadza się na taką formę leczenia. W sytuacji, gdy dawcą miałyby być osoba żyjąca (przeszczep *ex vivo*) ankietowani chętniej, bo w 41% wybraliby, jako dawcę członka rodziny. Na przeszczep od dawcy niespokrewnionego zdecydowałoby się 35% badanych studentów. Ważnym wynikiem jest ten dotyczący zachowań badanych wobec ksenotransplantacji. Zgodę na przyjęcie w ramach leczenia transplantu pochodzenia zwierzęcego wyraziło 22% badanych studentów. Aż 8% badanych całkowicie wyklucza tę formę transplantacji jako szansę na ratowanie własnego życia.

Przeszczep jest metodą leczenia, która w sposób szczególny angażuje rodzinę, nie tylko w kontekście konsekwencji zasady zgody domniemanej na donację. Niezwykle ważne jest to, aby prowadzić w gronie rodzinnym rozmowy na temat postaw wszystkich jej członków wobec transplantacji. Według wyników badań w zaledwie 32% rodzin respondentów rozmawiano na ten temat. Większość ankietowanych nie zna opinii członków swojej rodziny, co do ich ewentualnej zgody na donację. Badani studenci pytania o to czy wyraziliby zgodę na leczenie za pomocą technik transplantacyjnych bliskim im osób deklarowali większą niż w przypadku ich samych, bo aż 73% aprobatę dla ratowania życia i zdrowia ich bliskich przez przeszczepy *ex mortuo*. Badani studenci charakteryzowali się także większą przychylnością zachowań co do przeszczepów *ex vivo*, których biorcami

mieliby być ich bliscy. Zachowania przychylne wobec przeszczepów rodzinnych deklaruje 61% respondentów. Na przyjęcie przez członka rodziny przeszczepu od żyjącego niespokrewnionego dawcy zgodę wyraziłoby 55% badanych. Zmianie uległo także zachowanie, co do ksenotransplantacji, gdy biorcą miałby być członek rodziny badanych. Zgodę na taki zabieg wyraziłoby już 31% respondentów. Zmieniło się także nasilenie zachowań odrzucających ten rodzaj przeszczepu. „Raczej nie” wyraziłoby na niego zgody 8% badanych studentów.

Jedynymi czynnikami różnicującymi w sposób statystycznie istotny poziom deklarowanych zachowań badanych studentów wobec transplantacji był kierunek studiów. Pozostałe zmienne, czyli płeć badanych, stan cywilny, rok studiów, występowanie choroby przewlekłej w rodzinie i poziom religijności, nie różnicowały wyników uzyskanych przez badanych w zakresie komponentu behawioralnego.

Wyniki badań dotyczące komponentu Zachowania wobec transplantacji z uwzględnieniem kierunku studiów badanych prezentuję w tabeli 26.

Tabela 26. Poziom Zachowań badanych studentów wobec transplantacji a zmienna kierunek studiów (n=450)

Poziom Zachowań	Studenci Pedagogiki		Studenci Prawa		Studenci Medycyny		Studenci Teologii		Studenci Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	% N
Niski	1	0,7%	4	2,6%	7	5,8%	3	9,4%	15	3,3%
Średni	45	31,5%	26	16,9%	19	15,7%	12	37,5%	102	22,7%
Wysoki	97	67,8%	124	80,5%	95	78,5%	17	53,1%	333	74,0%
Ogółem	143	100,0%	154	100,0%	121	100,0%	32	100,0%	450	100,0%

Legenda: Poziom Zachowań: niski to wyniki w przedziale od 0-10 pkt., co odpowiada zachowaniom antytransplantacyjnym; średni to wyniki w przedziale od 11-21 pkt., co odpowiada zachowaniom ambiwalentnym; wysoki to wyniki w przedziale od 22-31 pkt., co odpowiada zachowaniom protransplantacyjnym.

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań wskazują, że najwięcej osób we wszystkich badanych grupach studentów, posiada wysoki poziom wyników w zakresie komponentu Zachowania, co odpowiada zachowaniom protransplantacyjnym (pedagogika 67,8%, prawo 80,5%, medycyna 78,5% i teologia 53,1%). Zachowania antytransplantacyjne, deklarowali najczęściej studenci teologii (9,4%), a w najmniejszym studenci pedagogiki (0,7%). Te dwie grupy studentów miały też wyższy procentowy udział (w stosunku do pozostałych grup studentów) zachowań ambiwalentnych (teologia 37,5% i pedagogika 31,5%). Analiza otrzymanych wyników wskazuje, że najmniej zróżnicowaną grupą pod względem rodzaju Zachowań są studenci

pedagogiki, a najbardziej zróżnicowaną grupą są studenci teologii (ta grupa studentów przejawiała największe zdystansowanie do zachowań dotyczących transplantacji).

Wyniki analizy statystycznej zależności pomiędzy komponentem Zachowania, tworzącym postawę studentów wobec transplantacji a kierunkiem studiów respondentów, prezentuję tabeli 27.

Tabela 27. Kierunek studiów – zmienna różnicująca poziom Zachowań badanych studentów wobec transplantacji. Statystyki opisowe (n=450)

Wymiar	N	% N	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	K	A
Pedagogika	143	31,8%	23,97	4,84	20,2%	25	28	10	32	-0,5	-0,44
Prawo	154	34,2%	24,7	5,56	22,5%	25	28	0	32	4,3	-1,57
Medycyna	121	26,9%	24,98	7,77	31,1%	27	32	0	32	3,01	-1,72
Teologia	32	7,1%	21,47	7,34	34,2%	22	32	0	32	0,51	-0,65

Źródło: opracowanie własne (sd – odchylenie standardowe; Me –mediana, M - średnia arytmetyczna, D – dominanta, A – skośność, K – kurtoza, V(x) – współczynnik zmienności).

Do oceny różnic między komponentem Zachowania a zmienną kierunek studiów (pedagogika, prawo, medycyna, teologia), zastosowałam test nieparametryczny Kruskala-Wallisa dla wielu prób niepowiązanych. Wartość statystyki testowej K-W wyniosła: $H(3, n=456) = 15,677, p = 0,00132$. Na tej podstawie stwierdzam, że kierunek studiów jest zmienną istotnie statystycznie korelującą z rodzajem deklaracyjnych Zachowań badanych wobec transplantacji. Analiza kurtozy i skośności pokazuje, że powyższe rozkłady odbiegają od rozkładów normalnych, ich lewostronna asymetria świadczy o nasileniu wyższych wyników dla poziomu komponentu Zachowania w podziale na kierunek studiów. Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazały również, że żaden rozkład podskal nie jest rozkładem zbliżonym do normalnego ($p\text{-value} < 2.2e-16$). Na podstawie przeprowadzonych analiz wyników statystycznych, stwierdzam, że wartości współczynników skośności dla kierunków studiów we wszystkich podskalach są mniejsze od 0. Najniższą wartość w skali Zachowania osiągnęli studenci teologii ($A=-0,65, \bar{x}=21,47, Me=22$), Najwyższą wartość poziomu komponentu Zachowania uzyskali studenci medycyny ($A=-1,72, \bar{x}=24,98, Me=27$). Wyniki

studentów z prawa i pedagogiki nieznacznie różniły się między sobą (pedagogika: $\bar{x}=23,97$, prawo: $\bar{x}=23,97$; pedagogika: $Me=25$, prawo: $Me=25$; pedagogika: $D=28$, prawo: $D=28$).

W ramach analiz komponentu Zachowania wyodrębniłam jego podskale pozwalające określić trzy grupy zachowań:

1. Deklaratywne zachowania respondentów odnoszące się do ratowanie życia/zdrowia bliskich badanym osób poprzez transplantacje – transplantacja dot. bliskich.
2. Deklarowane zachowania respondentów wobec ratowanie własnego życia/zdrowia poprzez transplantacje – transplantacje dot. badanych.
3. Deklarowane zachowania respondentów wobec ratowanie życia/zdrowia ludzkiego poprzez ksenotransplantacje – ksenotransplantacje.

Wyodrębnienie podskal umożliwiło mi zbadanie rodzaju deklarowanych zachowań badanych w stosunku do trzech typów przeszczepów. Pierwsze dwie podskale charakteryzują się rozpiętością w przedziale od 0 do 12 pkt, zaś w przypadku podskali odnoszącej się do przeszczepów odzwierzęcych przedział wynosi od 0 do 8 pkt.

Tabela 28. Rzetelność podskal wyodrębnionych w ramach komponentu Zachowania mierzona współczynnikiem α –Cronbacha

Podskala	α Cronbacha	Średnia korelacja między stwierdzeniami
Komponent Zachowania	0,73	0,638555567
Ksenotransplantacje	0,75	0.6891806
Transplantacje dot. badanych	0,58	0,584883033
Transplantacje dot. bliskich	0,59	0,641603067

Źródło: opracowanie własne.

Rzetelność skali Zachowania analizowałam na podstawie kwestionariuszy pytań, w których odpowiadano na wszystkie pytania. Współczynnik Alfa Cronbacha obliczony dla 8 pozycji testowych wynosi 0,73, co wskazuje na wysoką rzetelność skali. Wartość współczynnika Alfa Cronbacha dla podskal: ksenotransplantacja, transplantacja dotycząca badanych, transplantacja dotycząca bliskich była zróżnicowana. Największą wartość w grupie otrzymała skala ksenotransplantacje – 0,75. Otrzymany współczynnik wskazuje na wysoką spójność poszczególnych twierdzeń w ramach poszczególnych podskal, i tak podskalę transplantację dotyczącą badanych i transplantację dotyczącą bliskich cechuje umiarkowany wskaźnik rzetelności, wobec czego można je uznać za rzetelne.

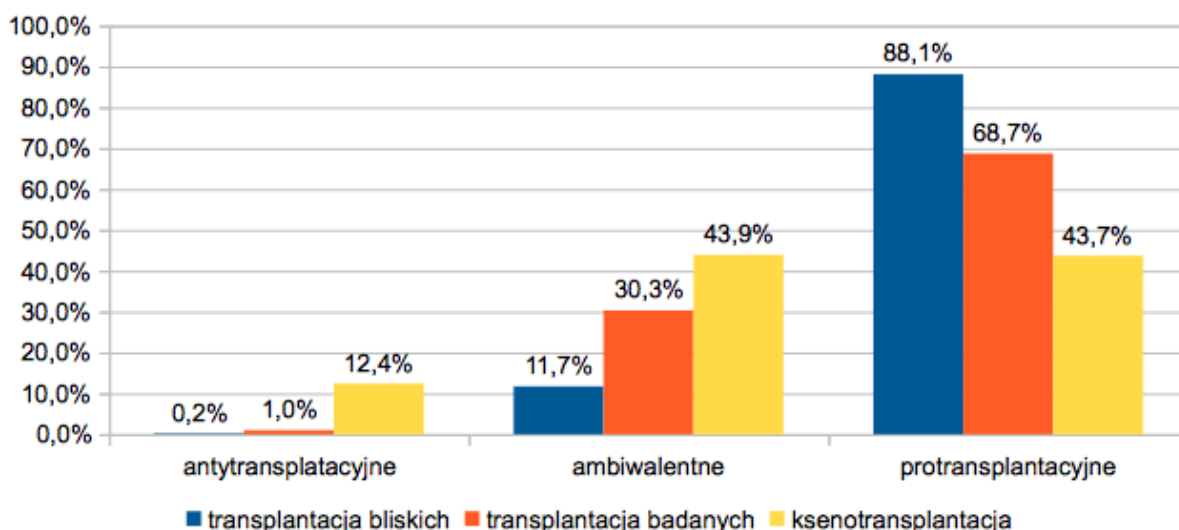
W tabeli 29 i rycinie 8 przedstawiłam charakterystyki rodzajów deklarowanych przez studentów zachowań wobec transplantacji z uwzględnieniem wyodrębnionych podskal.

Tabela 29. Zbiorcze zestawienie rodzajów zachowań wobec transplantacji z uwzględnieniem trzech podskal komponentu Zachowania (n=403)

Rodzaj zachowań	Transplantacja dot. bliskich		Transplantacja dot. badanych		Ksenotransplantacja	
	N	%N	N	%N	N	%N
antytransplantacyjne	1	0,2%	4	1,0%	50	12,4%
ambiwalentne	47	11,7%	122	30,3%	177	43,9%
protransplantacyjne	355	88,1%	277	68,7%	176	43,7%
Razem	403	100,0%	403	100,0%	403	100,0%

Źródło: opracowanie własne.

Rycina 8. Zestawienie trzech typów deklaracyjnych zachowań badanych studentów wobec transplantacji z uwzględnieniem trzech podskal komponentu Zachowania (n=403)



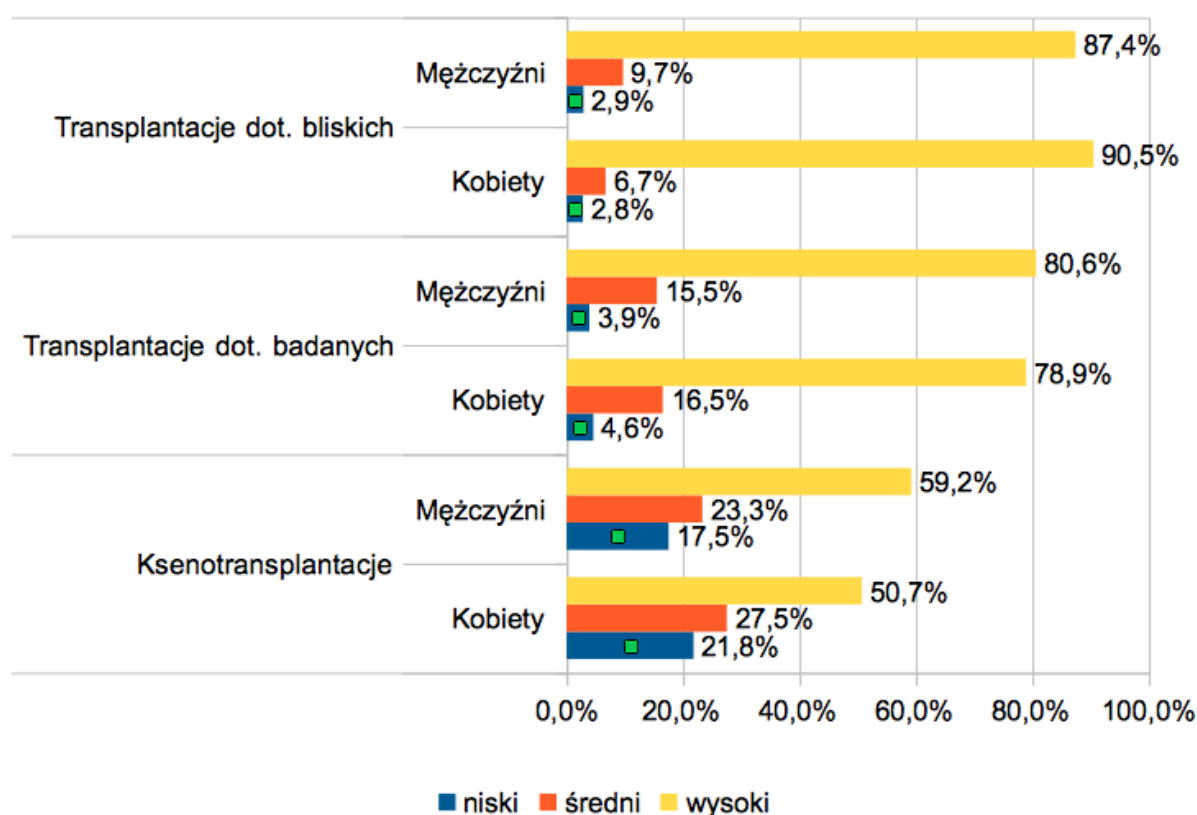
Źródło: opracowanie własne.

Z analizy zaprezentowanych danych wynika, że najczęściej badanych deklaruje protransplantacyjne zachowania wobec transplantacji dotyczące bliskich im osób (88,1%) oraz transplantacji dotyczącej ich samych (68,7%). W przypadku deklaracji zachowań odnoszących się do ksenotransplantacji osiągają one przybliżoną wartość dla zachowań ambiwalentnych jak i protransplantacyjnych. Najliczniejsza grupa spośród badanych osób zadeklarowała zachowania o charakterze antytransplantacyjnym wobec ksenotransplantacji (12,4%). Pozostałe dwa typy transplantacji wykazały minimalny (1,0% transplantacja dot. badanych) lub zupełny brak (0,2% przy transplantacji dot. bliskich) wśród badanych deklaracji zachowań antytransplantacyjnych.

Czynnikami różnicującymi w sposób statystycznie istotny poziom deklaracyjnych zachowań badanych studentów wobec transplantacji z uwzględnieniem trzech podskal były: płeć badanych, kierunek studiów, rok studiów i poziom religijności. Pozostałe zmienne czyli, stan cywilny i występowanie choroby przewlekłej w rodzinie, nie różnicowały wyników uzyskanych przez badanych w zakresie poszczególnych podskal komponentu behawioralnego.

Pierwszym analizowanym czynnikiem różnicującym podskale komponentu behawioralnego była płeć badanych. Wyniki tych analiz prezentuję na rycinie 9.

Rycina 9. Podskale komponentu Zachowania z zmienna płeć (n=403)



Źródło: opracowanie własne.

Z analizy zaprezentowanych danych wynika, że bardziej przychylny stosunek wobec transplantacji dotyczącej bliskich mają badane kobiety (90,5%), grupa mężczyzn natomiast posiada bardziej protransplantacyjnym deklaracje zachowań w zakresie ksenotransplantacji (59,2%) oraz transplantacji dotyczącej osób badanych (80,6%).

Statystyki opisowe dotyczące podskal: ksenotransplantacje, transplantacja dot. badanych i transplantacja dot. bliskich w rozkładzie z uwzględnieniem płci badanych studentów przedstawiłam w tabeli 30.

Tabela 30. Podskala komponentu Zachowania a zmienna płeć (n=403)

Grupy	N	M	sd	Me	min	max	A	K	V(x)	IQR	Q0.25	Q0.5	Q0.75
Ksenotransplantacja													
Kobieta	295	4,87	2,1	5	0	8	-0,29	-0,44	43,1%	2	4	5	6
Mężczyzna	108	5,31	2,29	5,5	0	8	-0,49	-0,48	43,1%	4	4	5,5	8
Transplantacja dot. badanych													
Kobieta	295	9,66	2,06	10	3	12	-0,49	-0,68	21,3%	4	8	10	12
Mężczyzna	108	9,38	2,23	9	3	12	-0,46	-0,54	23,8%	4	8	9	12
Transplantacja dot. bliskich													
Kobieta	295	10,68	1,81	12	1	12	-1,52	2,73	16,9%	2	10	12	12
Mężczyzna	108	10,21	2,04	10,5	5	12	-0,94	-0,08	20,0%	3	9	10,5	12

Legenda: M – średnia, sd – odchylenie standardowe, Me – mediana, min – wartość najmniejsza, max – wartość największa, A – skośność, K – kwartył, V(x) – współczynnik zmienności, IQR – rozstęp międzykwartyłowy, Q0.25 – pierwszy kwartył, Q0.5 – kwartył drugi, Q0.75 – trzeci kwartył

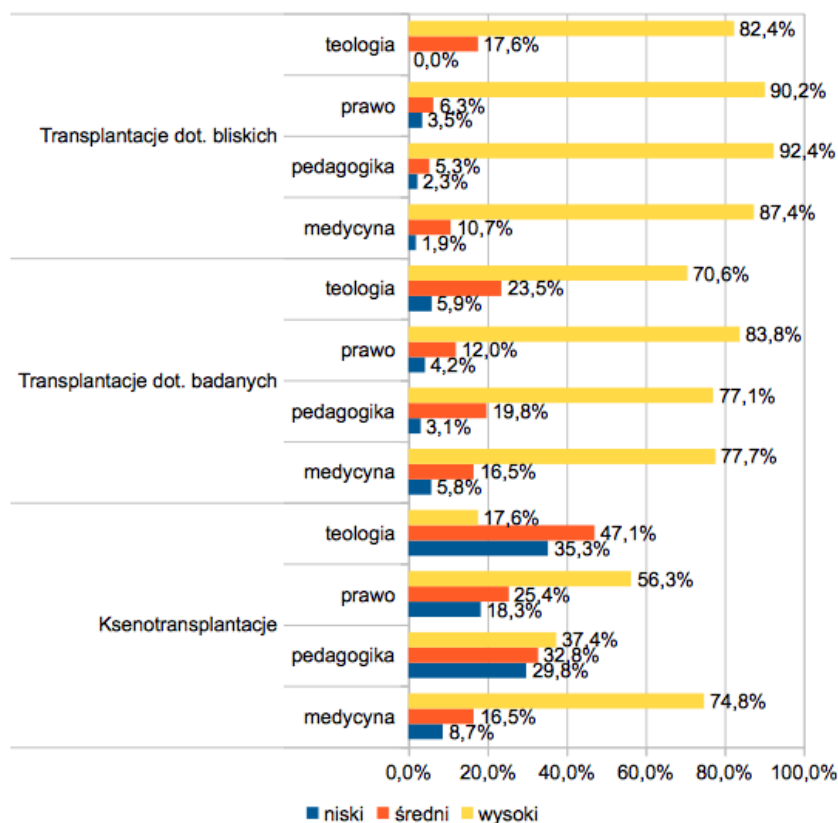
Źródło: opracowanie własne.

Do oceny różnic pomiędzy płcią a poszczególnymi podskalami komponentu Zachowania zastosowałam test U Manna-Whitneya. Wartość statystyki testowej wskazują na to, że w przypadku zachowań odnoszących się do transplantacji dot. badanych oraz ksenotransplantacji brak statystycznie istotnych różnic. W przypadku podskali transplantacje dot. bliskich zaobserwowałam statystycznie istotne różnice tj. studentki osiągnęły wyższy poziom Zachowań, co rozumiem jako bardziej przychylne nastawienie do leczenia za pomocą przeszczepów bliskich im osób ($U=17914$, $p=0,0387$).

Analiza skośności dla trzech podskal wskazuje, że rozkłady te są lewoskośne we wszystkich badanych grupach. Najmniejsza wartość współczynnika skośności występuje dla podskali transplantacja dot. bliskich (kobieta – $A=-1,52$, mężczyzna: $A=-0,94$), co świadczy o znacznym nasileniu wyników wysokich, czyli zachowań protransplantacyjnych. Wyniki testu Kołmogorowa-Smirnowa wskazały również, że żaden rozkład podskal nie jest rozkładem zbliżonym do normalnego ($p\text{-value} < 2.2e-16$). Względna miara dyspersji wskazuje na średnie zróżnicowanie deklaracyjnych zachowań wobec transplantacji dot. badanych i transplantacji dot. bliskich, bowiem odchylenie standardowe stanowi tutaj maksymalnie 24% średniej arytmetycznej. Nieco większe zróżnicowanie występuje w podskali Ksenotransplantacje (dla kobiet: 43%, dla mężczyzn: 48%).

Kolejną zmienną różnicującą podskale komponentu behawioralnego postawy badanych studentów wobec transplantacji, był ich kierunek studiów (rycina 10).

Rycina 10. Podskale komponentu Zachowania a zmienna kierunek studiów (n=403)



Źródło: opracowanie własne.

Zaprezentowane wyniki badań pozwalają zaobserwować tendencję silniej protransplantacyjnych deklaracyjnych zachowań dotyczących bliskich i samych osób badanych, prezentowanych przez studentów pedagogiki (92,4% dot. bliskich i 77,1% dot. badanych) i prawa (90,2% dot. bliskich i 83,8% dot. badanych). W zakresie deklaracji dotyczących ksenotransplantacji widoczna jest duża rozbieżność pomiędzy studentami medycyny (74,8% zachowań protransplantacyjnych przy 8,7% zachowań antytransplantacyjnych) a studentami teologii (17,6% zachowań protransplantacyjnych przy 35,3% zachowań antytransplantacyjnych). Może to wynikać a jednocześnie ilustrować tendencje zachowań bliższych wiedzy medycznej w przypadku studentów medycyny, przy bardziej niejednoznacznej postawie studentów teologii opartej na warstwie duchowej.

Statystyki opisowe dla podskal: ksenotransplantacja, transplantacja dot. badanych i transplantacja dot. bliskich w podziale uwzględniającym kierunek studiów respondentów przedstawiłam w tabeli 31.

Tabela 31. Podskale komponentu Zachowania a zamienna kierunek studiów. Statystyki opisowe. (n=403)

Kierunek studiów	N (%)	M	sd	Me	min	max	A	K	V(x)	IQR	Q0.25	Q0.75
Ksenotransplantacja												
Pedagogika	136 (33,7%)	4,27	2,03	4	0	8	0,02	-0,36	47,5%	3	3	6
Prawo	135 (33,4%)	5,13	2,09	5	0	8	-0,32	-0,48	40,7%	3	4	7
Medycyna	106 (26,3%)	6,01	1,85	6	0	8	-0,95	1,03	30,8%	3	5	8
Teologia	26 (6,4%)	3,92	2,53	4	0	8	0,04	-0,92	64,5%	3,5	2,25	5,75
Transplantacja dot. badanych												
Pedagogika	136 (33,7%)	9,38	2,14	9	3	12	-0,37	-0,71	22,8%	3,25	8	11,25
Prawo	135 (33,4%)	9,66	1,92	10	5	12	-0,37	-0,71	19,9%	4	8	12
Medycyna	106 (26,3%)	9,95	2,17	10	3	12	-0,82	-0,25	21,8%	3,75	8,25	12
Teologia	26 (6,4%)	8,81	2,45	9	4	12	-0,13	-1,04	27,8%	4,25	7,25	11,5
Transplantacja dot. bliskich												
Pedagogika	136 (33,7%)	10,5	1,9	11	1	12	-1,5	3,39	18,1%	3	9	12
Prawo	135 (33,4%)	10,77	1,67	12	5	12	-1,38	1,39	15,5%	2	10	12
Medycyna	106 (26,3%)	10,54	1,98	12	5	12	-1,18	0,31	18,8%	3	9	12
Teologia	26 (6,4%)	9,77	2,25	10	5	12	-0,72	-0,63	23,0%	3	9	12

Legenda: M- średnia, sd – odchylenie standardowe, Me – mediana, min – wartość najmniejsza, max – wartość największa, A – skośność, K – kwartył, V(x) – współczynnik zmienności, IQR – rozstęp międzykwartyłowy, Q0.25 – pierwszy kwartył, Q0.75 – trzeci kwartył

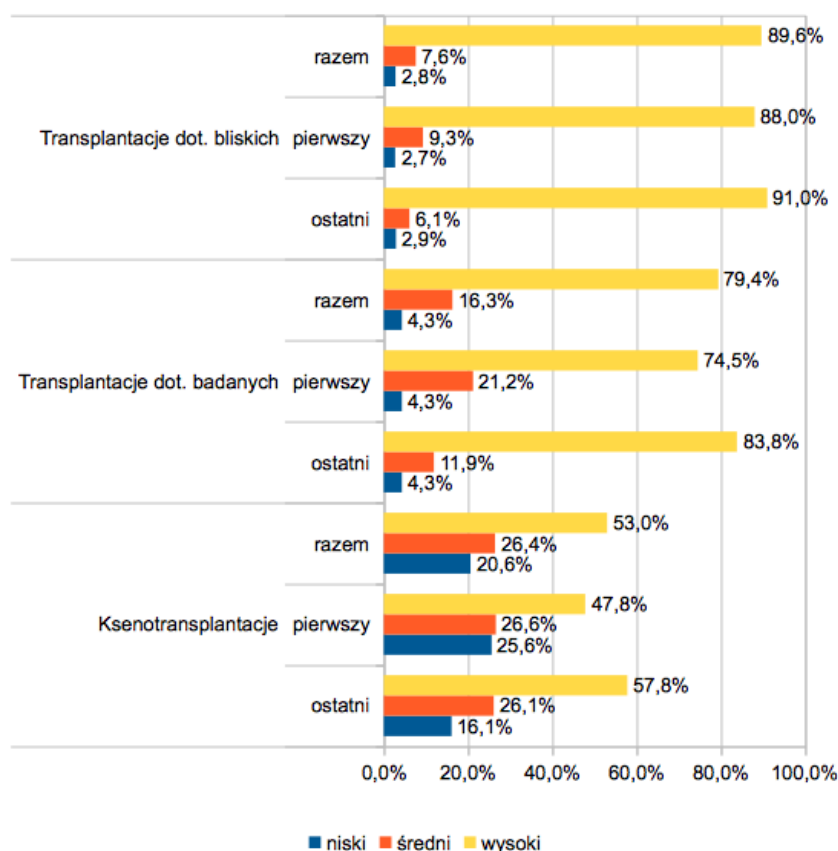
Źródło: opracowanie własne.

W celu porównania grup powstałych na skutek podziału badanych ze względu na ich kierunek studiów, posłużyłam się testem nieparametrycznym Kruskala-Wallisa dla rozkładów różnych od normalnego oraz porównań post hoc metodą Tukeya (porównania „w parach”). Analiza danych z zastosowaniem testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że istnieją statystycznie istotne różnice ($p \leq 0,05$), pomiędzy podskalą transplantacja dot. badanych a kierunkiem studiów (Kruskal-Wallis chi-squared = 8.2915, df = 3, p-value = 0.04036), oraz pomiędzy podskalą ksenotransplantacja a kierunkiem studiów (Kruskal-Wallis chi-squared = 49.054, df = 3, p-value = 1.27e-10). W celu dokonania dalszej analizy, pozyskane w wyodrębnione grupy badanych dane poddałam analizie testem post hoc metodą Tukeya. Otrzymane wyniki wskazują, że istotne statystyczne różnice ($p \leq 0,05$) dla podskali ksenotransplantacja występują pomiędzy kierunkami: medycyna-pedagogika, prawo-pedagogika, medycyna-prawo, teologia-prawo, teologia-medycyna, zaś dla podskali transplantacja dot. badanych pomiędzy kierunkami studiów teologia-medycyna. W celu sprawdzenia zależności pomiędzy poszczególnymi podskalami w analizowanych grupach obliczyłam współczynnik korelacji rangowej Spearmana. Stwierdziłam silną dodatnią korelację dla zależności transplantacja dot.

badanych a ksenotransplantacja dla kierunku teologia ($R = 0,714$, $p < 0,001$). Zależności pomiędzy podskala transplantacja dot. bliskich a ksenotransplantacja dla kierunku teologia ($R = 0,732$, $p < 0,001$) i dla zależności transplantacja dot. badanych i transplantacja dot. bliskich dla kierunku teologia ($R = 0,796$, $p < 0,001$) i medycyna ($R = 0,736$, $p < 0,001$).

Kolejną zmienną, która różnicowała obraz podskal behawioralnego komponentu postawy studentów wobec transplantacji jest rok studiów. Rozkład wyników badań dotyczących deklaracyjnych zachowań wobec trzech podskal w rozróżnieniu na respondentów z pierwszych i ostatnich lat studiów prezentuję na rycinie 11.

Rycina 11. Podskale komponentu Zachowania a zmienna na rok studiów



Źródło: opracowanie własne.

Zaprezentowane wyniki badań ilustrują silniejszą tendencję postaw protransplantacyjnych we wszystkich trzech podskalach komponentu Zachowań przejawianą przez studentów ostatnich lat studiów (91% dot. bliskich, 83,8% dot. badanych i 57,8% dot. ksenotransplantacji) w stosunku do postaw prezentowanych przez młodsze roczniki studentów (88% dot. bliskich, 74,5% dot. badanych i 47,8% dot. ksenotransplantacji). Studenci pierwszych lat studiów mają też deklaratywnie większą tendencję zachowań

antytransplantacyjnych w zakresie ksenotransplantacji (25,6%), w stosunku do swoich starszych kolegów (16,1%).

Statystyki opisowe dla podskal: ksenotransplantacja, transplantacja dot. badanych i transplantacja dot. bliskich dla zmiennej niezależnej rok studiów przedstawiono w tabeli 32.

Tabela 32. Podskale komponentu Zachowania a zmienna rok studiów. Statystyki opisowe (n=403)

Rok studiów	N (N%)	M	sd	Me	min	max	A	K	V(x)	IQR	Q0.25	Q0.5	Q0.75
Ksenotransplantacja													
Pierwszy	190 (47,2%)	4,66	2,02	4	0	8	-0,27	-0,3	43,3%	2	4	4	6
Ostatni	213 (52,8%)	5,29	2,24	5	0	8	-0,46	-0,51	42,3%	4	4	5	8
Transplantacja badanych													
Pierwszy	190 (47,2%)	9,19	2,08	9	3	12	-0,31	-0,49	22,6%	3	8	9	11
Ostatni	213 (52,8%)	9,94	2,08	10	4	12	-0,7	-0,51	20,9%	3	9	10	12
Transplantacja bliskich													
Pierwszy	190 (47,2%)	10,39	1,84	11	5	12	-1,01	0,31	17,7%	3	9	11	12
Ostatni	213 (52,8%)	10,69	1,91	12	1	12	-1,65	2,99	17,9%	2	10	12	12

Legenda: sd – odchylenie standardowe, Me – mediana, min – wartość najmniejsza, max – wartość największa, A – skośność, K – kwartył, V(x) – współczynnik zmienności, IQR – rozstęp międzykwartyłowy, Q0.25 – pierwszy kwartył, Q0.5 – kwartył drugi, Q0.75 – trzeci kwartył

Źródło: opracowanie własne.

Do oceny różnic pomiędzy podskalami komponentu Zachowania ze względu na roku studiów (pierwszy, ostatni), zastosowałam test U Manna-Whitneya. Wartość statystyki testowej w analizie wpływu tej zmiennej na wynik rodzaju zachowań wobec: transplantacji dot. bliskich wynosi $U=17920$, $p=0,03228$; transplantacji dot. badanych wynosi $U=15924$, $p=0,0001$ i ksenotransplantacji wynosi $U=1616$, $p=0,001625$, co świadczy o istnieniu statystycznie istotnych różnic. Studenci z pierwszego i ostatniego roku studiów deklarują różny rodzaj zachowań w stosunku do poszczególnych podskal tworzących komponent behawioralny postawy wobec transplantacji. W celu sprawdzenia zależności pomiędzy poszczególnymi podskalami w analizowanych grupach obliczyłam współczynnik korelacji rangowej Spearmana. Stwierdziłam silną dodatnią korelację pomiędzy podskalą zachowań wobec transplantacji dot. bliskich a podskalą zachowań wobec transplantacji dot. osób badanych dla ostatniego roku studiów ($R = 0,6521952$, $p<0,001$). W każdym przypadku oprócz zależności transplantacja dot. badanych a ksenotransplantacja wartość współczynnika korelacji w ostatnim roku studiów jest wyższa niż w pierwszym roku studiów.

Ostatnią analizowaną zmienną, w przypadku, której można było zaobserwować istotne statystycznie zależności z podskalami komponentu behawioralnego był deklaracyjny poziom

religijności badanych osób. Wynik rozkładu procentowego dla poszczególnych grup prezentuję w tabeli 33.

Tabela 33. Zestawienie podskal komponentu Zachowania z zmienną poziom religijności (n=403)

Ksenotransplantacje												
Poziom Zachowań	Wierzący i praktykujący regularnie		Wierzący i praktykujący nieregularnie		Wierzący i niepraktykujący		Niewierzący i praktykujący		Niewierzący i niepraktykujący		Ogółem	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niski (zachowania antytransplantacyjne)	33	20,8%	26	23,2%	12	20,0%	0	0,0%	9	16,4%	80	20,5%
Średni (zachowania ambiwalentne)	52	32,7%	30	26,8%	15	25,0%	0	0,0%	6	10,9%	103	26,4%
Wysoki (zachowania protransplantacyjne)	74	46,5%	56	50,0%	33	55,0%	4	100,0%	40	72,7%	207	53,1%
Ogółem	159	100%	112	100%	60	100%	4	100%	55	100%	390	100%
Transplantacje dot. badanych												
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niski (zachowania antytransplantacyjne)	7	4,4%	7	6,2%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,5%	17	4,4%
Średni (zachowania ambiwalentne)	24	15,1%	19	17,0%	11	18,3%	0	0,0%	9	16,4%	63	16,1%
Wysoki (zachowania protransplantacyjne)	128	80,5%	86	76,8%	49	81,7%	4	100,0%	43	78,1%	310	79,5%
Ogółem	159	100%	112	100%	60	100%	4	100%	55	100%	390	100%
Transplantacje dot. bliskich												
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Niski (zachowania antytransplantacyjne)	4	2,5%	2	1,8%	2	3,3%	0	0,0%	3	5,5%	11	2,8%
Średni (zachowania ambiwalentne)	13	8,2%	9	8,0%	4	6,7%	0	0,0%	4	7,3%	30	7,7%
Wysoki (zachowania protransplantacyjne)	142	89,3%	101	90,2%	54	90,0%	4	100,0%	48	87,1%	349	89,5%
Ogółem	159	100%	112	100%	60	100%	4	100%	55	100%	390	100%

Źródło: opracowanie własne.

Z badań wynika, że poziom religijności badanych osób nie różnicuje znacząco ich postaw wobec transplantacji dot. bliskich i ich samych. Natomiast w zakresie deklaracyjnych zachowań wobec ksenotransplantacji zauważalna jest postawa silniej protransplantacyjna osób deklarujących się jako niewierzący i niepraktykujący (72,7%) w stosunku do pozostałych grup, których poziom protransplantacji oscylował wokół 50%.

Statystyki opisowe podskal: ksenotransplantacja, transplantacja dot. badanych i transplantacja dot. bliskich dla zmiennej niezależnej poziom religijności zestawiałam w tabeli 34.

Tabela 34. Podskale komponentu Zachowania a zmienna poziom religijności (n=403)

Deklarowany poziom religijności	N (N%)	M	sd	Me	min	max	A	K	V(x)	IQR	Q0.25	Q0.75
ksenotransplantacja												
Wierzący i praktykujący regularnie	166 (41,2%)	4,77	2,13	4	0	8	-0,24	-0,41	44,7%	2	4	6
Wierzący i praktykujący nieregularnie	121 (30,0%)	4,85	2,11	5	0	8	-0,3	-0,52	43,5%	2	4	6
Wierzący i niepraktykujący	59 (14,7%)	5,08	2,29	5	0	8	-0,43	-0,51	45,1%	3	4	7
Niewierzący i praktykujący	3 (0,7%)	7	1	7	6	8	0	-2,33	14,3%	1	6,5	7,5
Niewierzący i niepraktykujący	54 (13,4%)	5,78	2,07	6	0	8	-0,56	-0,49	35,8%	3,75	4,25	8
transplantacja badanych												
Wierzący i praktykujący regularnie	166 (41,2%)	9,48	2,07	9	4	12	-0,37	-0,7	21,8%	4	8	12
Wierzący i praktykujący nieregularnie	121 (30,0%)	9,56	2,04	10	3	12	-0,42	-0,65	21,3%	4	8	12
Wierzący i niepraktykujący	59 (14,7%)	9,54	2,2	10	5	12	-0,42	-0,96	23,1%	4	8	12
Niewierzący i praktykujący	3 (0,7%)	10,33	1,53	10	9	12	0,21	-2,33	14,8%	1,5	9,5	11
Niewierzący i niepraktykujący	54 (13,4%)	10	2,3	10	3	12	-1,01	0,16	23,0%	3	9	12
transplantacja bliskich												
Wierzący i praktykujący regularnie	166 (41,2%)	10,42	2,04	12	1	12	-1,39	2,13	19,6%	3	9	12
Wierzący i praktykujący nieregularnie	121 (30,0%)	10,55	1,79	11	5	12	-1,09	0,33	17,0%	3	9	12
Wierzący i niepraktykujący	59 (14,7%)	10,73	1,68	11	6	12	-1,44	1,56	15,7%	2	10	12
Niewierzący i praktykujący	3 (0,7%)	11	1,73	12	9	12	-0,38	-2,33	15,7%	1,5	10,5	12
Niewierzący i niepraktykujący	54 (13,4%)	10,76	1,8	12	6	12	-1,26	0,52	16,7%	2	10	12

Legenda: M – średnia, sd – odchylenie standardowe, Me – mediana, min – wartość najmniejsza, max – wartość największa, A – skośność, K – kwartył, V(x) – współczynnik zmienności, IQR – rozstęp międzykwartyłowy, Q0.25 – pierwszy kwartył, Q0.75 – trzeci kwartył

Źródło: opracowanie własne.

Do oceny różnic pomiędzy podskalami komponentu Zachowania a zmienną poziom religijności (A – wierzący i praktykujący regularnie, B – wierzący i praktykujący

nieregularnie, C – wierzący i niepraktykujący, D – niewierzący i praktykujący, E – niewierzący i niepraktykujący), zastosowałam test nieparametryczny Kruskala-Wallisa dla wielu prób niepowiązanych oraz porównań post hoc metodą Tukeya (porównania „w parach”). Wartość statystyki testowej K-W wyniosła dla ksenotransplantacji (Kruskal-Wallis chi-squared = 12.982, df = 4, p-value = 0.01137), transplantacji dot. badanych (Kruskal-Wallis chi-squared = 4.3367, df = 4, p-value = 0.3624) i dla transplantacji dot. bliskich (Kruskal-Wallis chi-squared = 1.7404, df = 4, p-value = 0.7834). Uzyskane dane statystyczne wskazują jedynie o istnieniu statystycznie istotnej różnicy w deklarowanych zachowaniach dotyczących ksenotransplantacji. W celu dokonania dalszej analizy, w których grupach poziomu religijności istnieje istotne zróżnicowanie, poddano dane dokładnej analizie testem post hoc metodą Tukeya. Otrzymane wyniki wskazują, że istotne statystyczne różnice ($p \leq 0,05$) dla podskali ksenotransplantacja występują pomiędzy grupami: E - „niewierzący i niepraktykujący” oraz A – „wierzący i praktykujący regularnie”. W celu sprawdzenia zależności pomiędzy poszczególnymi podskalami w analizowanych grupach obliczyłam współczynnik korelacji rangowej Spearmana. Stwierdziłam wysoką ($0,5 \leq R < 0,7$) dodatnią korelację dla zależności występujących pomiędzy podskala transplantacja dot. badanych a transplantacja dot. bliskich oraz dla zależności ksenotransplantacja a transplantacja dot. badanych ($R = 0.5495017$, $p < 0,05$), w grupie osób „wierzący i praktykujący nieregularnie”. Dla zależności ksenotransplantacja a transplantacja dot. badanych ($R = 0.5495017$, $p < 0,05$), w grupie osób „wierzący i niepraktykujący” korelacja okazała się nieistotna statystycznie ($R = 0.2152511$, $p > 0,05$). Dla pozostałych zależności, współczynnik korelacji rangowej Spearmana uzyskał wartość dodatnią i siłę związku przeciętną ($0,5 \leq R < 0,7$).

Podsumowanie

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzam, że badani studenci deklaratywnie przejawiają zachowania protransplantacyjne, co wynika z wysokiego poziomu potencjalnie prezentowanych zachowań. W świetle wyników osiągniętych przez badanych w zakresie dwóch poprzednich komponentów postawy (Wiedza i Uczucia), komponent behawioralny wydaje się najbardziej budujący. Oczywiście należy również wziąć pod uwagę fakt, że składa się on w większości z deklaracji, a nie realnie realizowanych działań, które w konfrontacji z rzeczywistością mogą jeszcze podlegać modyfikacji.

Spśród całej kafeterii zmiennych niezależnych poddanych analizie korelacji z tym komponentem, tylko rok i kierunek studiów ukazywał istotną statystycznie zależność.

Największy procentowy udział w wysokim poziomie Zachowań (interpretowane jako zachowania protransplantacyjne) przejawiają studenci prawa i medycyny, w odróżnieniu od studentów teologii przejawiających postawę w najwyższym stopniu antytransplantacyjną. Wynik istotnie statystycznie różniący, przejawiali również studenci pierwszych i ostatnich lat studiów. Ci ostatni przejawiali postawy bardziej protransplantacyjne w stosunku do swoich młodszych kolegów, którzy prezentowali w większym stopniu ambiwalentne zachowania. Można z tego wnioskować, że w toku kształcenia akademickiego młodzi ludzie zdobywają wyższy poziom otwartości oraz kierunek zachowań protransplantacyjnych (przynajmniej deklaratorywnie). Pozostałe zmienne, czyli stan cywilny, występowanie choroby przewlekłej w rodzinie, poziom religijności i płeć, nie różnicowały w sposób istotny statystycznie wyników badań dotyczących rodzaju deklaracyjnych zachowań wobec transplantacji.

Z komponentu behawioralnego postawy wyselekcjonowałam trzy podskale prezentujące deklaracyjne zachowania badanych w zakresie: transplantacji dotyczących osób bliskich badanym, dotyczących samych osób badanych oraz dotyczących ksenotransplantacji. Wyniki badań wskazują, że najwięcej badanych deklaruje zachowania protransplantacyjne w przypadku: transplantacji dotyczącej bliskich oraz transplantacji dotyczącej ich samych. W przypadku zachowań odnoszących się do ksenotransplantacji deklaracje osiągają taką samą wartość dla zachowań ambiwalentnych i protransplantacyjnych. Taki wynik odzwierciedla nastroje obserwowane społecznie, w których ksenotransplantacja budzi najwięcej kontrowersji, wynikających często z niezrozumieniem specyfiki takiej metody leczenia.

Analizowane deklarowane zachowania badanych studentów wobec różnych typów transplantacji poddałam analizie korelacji z wyselekcjonowanymi do projektu badań zmiennymi niezależnymi. Część z nich wykazała istotne statystycznie zależności, inne natomiast ukazały tylko pewne tendencje. I tak w zakresie płci, wyniki dowodzą, że bardziej przychylny stosunek wobec transplantacji dotyczącej bliskich mają badane kobiety, grupa mężczyzn natomiast posiada bardziej protransplantacyjne deklarowane zachowania w zakresie ksenotransplantacji oraz transplantacji dotyczącej osób badanych. Różnicę istotną statystycznie zaobserwowałam w przypadku transplantacji dotyczącej osób bliskich respondentom, gdzie badane kobiety zaprezentowały dużo przychylniejsze postawy w tym zakresie.

Drugą analizowaną zmienną był kierunek studiów. Wyniki badań wskazują na tendencję silniej protransplantacyjnych deklaracyjnych zachowań dotyczących bliskich i samych osób badanych, prezentowanych przez studentów pedagogiki i prawa. W zakresie deklaracji dotyczących ksenotransplantacji widoczna jest duża rozbieżność między

studentami medycyny (protransplantacyjne) a studentami teologii (antytransplantacyjne).

Statystycznie istotne różnice dotyczyły również zmiennej rok studiów. Zaprezentowane wyniki badań ilustrują silniejszą tendencję postaw protransplantacyjnych we wszystkich trzech podskalach komponentu Zachowań przejawianą przez studentów ostatnich lat studiów w stosunku do postaw prezentowanych przez młodsze roczniki studentów. Świadczy to o tym, że większa dojrzałość wynikająca z wieku w połączeniu z większą pulą doświadczeń wzbudza u młodzieży postawy bardziej przychylne takim metodom leczenia.

Z badań można również wnioskować, że występowanie choroby przewlekłej w rodzinie zwiększa poziom postaw silniej protransplantacyjnych prezentowanych przez członków tych rodzin w zakresie wszystkich trzech rodzajów transplantacji (dot. bliskich, dot. badanych, ksenotransplantacje) w stosunku do osób niedoświadczających tego typu problemu w rodzinie. Taki obraz nie zaskakuje, gdyż problem choroby wśród bliskich powoduje uwrażliwienie na różne metody leczenia i w sposób naturalny zmienia zakres postawy na jej wymiar przychylności (co ilustrują omawiane wyniki badań).

Zmienna – stan cywilny – nie różnicowała w sposób istotny statystycznie obrazu podskal komponentu Zachowania. Widoczne są tylko pewne tendencje bardziej sceptycznej postawy wobec ksenotransplantacji w przypadku badanej grupy osób deklarujących się jako żonaty/mężatka, przy jednoczesnej największej przychylności wobec transplantacji dotyczącej ich samych. Najbardziej protransplantacyjne deklaracje zachowań wobec bliskich prezentowała natomiast grupa osób deklarujących funkcjonowanie w wolnym związku.

Poziom religijności badanych osób nie różnicuje znacząco ich postaw wobec transplantacji dotyczącej bliskich i ich samych. Natomiast w zakresie deklaratywnych zachowań wobec ksenotransplantacji zauważalna jest postawa silniej protransplantacyjna osób deklarujących się jako niewierzący i niepraktykujący, w stosunku do pozostałych grup. To kolejna przesłanka ukazująca zdystansowany rodzaj postawy przejawiany przez osoby deklarujące się jako wierzące i praktykujące. Zaprezentowane wyniki ukazują wyraźną lukę w zakresie kształtowania odpowiednich postaw wobec różnych typów transplantacji w warstwie dobrych praktyk i przykładów konkretnych zachowań, które mogłyby stanowić inspiracje dla młodego pokolenia ludzi.

5.4. Postawy badanych studentów białostockich uczelni wobec transplantacji. Najważniejsze korelaty

W tym podrozdziale prezentuję wyniki badań, które stanowią odpowiedź na kluczowe dla tej rozprawy pytanie: Jakie są postawy studentów białostockich uczelni wobec transplantacji?

Przyjęta w rozprawie definicja postawy i spójne z nią założenia metodologiczne zrealizowanych badań, przełożyły się na opracowanie empirycznego modelu analizowanego pojęcia. Model postawy studentów wobec transplantacji schematycznie przedstawia się następująco:

Postawa wobec transplantacji = komponent poznawczy (Wiedzy) + komponent uczuciowo-motywacyjny (Uczucia) + komponent behawioralny (Zachowania)

Opracowanie modelu empirycznego postaw wobec transplantacji umożliwiło mi zdiagnozowanie tych postaw, a w szczególności obserwację wpływu (i jego natężenia) poszczególnych komponentów, tworzących postawę na jej ostateczny kształt. Analogicznie do zasad postępowania przyjętych przy charakterystyce poszczególnych komponentów postawy, także do opisu kompleksowego zastosowałam zasady statystyczne, co pozwoliło na charakterystykę postaw (opartą na trzech poziomach/rodzajach) wobec transplantacji jako tych:

- mieszczących się w przedziale od 0 do 32 pkt, co interpretuję jako postawy nieprzychylne transplantacji, czyli antytransplantacyjne,
- mieszczących się w przedziale od 33 do 65 pkt, co interpretuję jako postawy ambiwalentne wobec transplantacji,
- mieszczących się w przedziale od 66 do 100 pkt, co interpretuję jako postawy przychylne transplantacji, czyli protransplantacyjne.

Zaprezentowany podział oraz odnoszące się do niego wyniki badań prezentuję w tabeli 35, natomiast opis statystyczny w tabeli 36.

Tabela 35. Postawy badanych studentów wobec transplantacji (n=457)

Poziom postawy	N	%	Wykres kołowy
Niski	18	4,0%	
Średni	436	95,0%	
Wysoki	3	1,0%	
Ogółem	457	100,0%	

Legenda: Poziom Postawy: niski to wyniki w przedziale od 0-32 pkt., co odpowiada postawom antytransplantacyjnym; średni to wyniki w przedziale od 33-65 pkt., co odpowiada postawom ambiwalentnym; wysoki to wyniki w przedziale od 66-100 pkt., co odpowiada postawom protransplantacyjnym.

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie analizy uzyskanych danych, stwierdzam, że postawy studentów wobec transplantacji kształtuje się na poziomie średnim. Najwięcej osób (95%) posiada średni poziom postawy wobec transplantacji, co jest spójne z określeniem ich jako postaw ambiwalentnych. Osób, których całociowy wynik badania ukazuje protransplantacyjny charakter postawy było zaledwie 1%, przy 4% osób wykazujących postawy antytransplantacyjne. Ten wynik wydaje się dalece niesatysfakcjonujący, mając na względzie fakt, że badaniom podlegała grupa młodzieży akademickiej, w założeniu najzdolniejsza w swoim pokoleniu, która w przyszłości może decydować o kształcie społecznych nurtów intelektualnych. Tak mało liczna reprezentacja osób przejawiająca obecnie postawę protransplantacyjną, nie napawa optymizmem, ale stanowi jednocześnie wyzwanie w zakresie edukacji i uwrażliwiania studentów na tak ważną formę leczenia.

W tabeli 36 prezentuję statystyki dotyczące postaw badanych studentów wobec transplantacji.

Tabela 36. Postawy badanych studentów wobec transplantacji. Statystyki opisowe (n=457)

Wymiar	N	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	A	K
Ogółem	457	51,17	9,45	18,0%	53	53	2	72	-2,56	9,47

Źródło: opracowanie własne (sd – odchylenie standardowe; dom – dominanta, Me –mediana, M - średnia arytmetyczna, D – dominanta, A – skośność, K – kurtoza, V(x) – współczynnik zmienności).

Z analizy zaprezentowanych wynika, że ogólny poziom postawy studentów wobec transplantacji wpisuje się w przedział średni, co odpowiada postawom ambiwalentnym. Poziom różni się od średniej arytmetycznej (51,17 pkt) o +/- 9,45 pkt, tak więc typowy obszar

zmienności wartości poziomu zawiera się w przedziale od 41,72 pkt do 60,62 pkt. Względna miara dyspersji wskazuje na średnie zróżnicowanie badanej grupy pod względem postawy wobec transplantacji, bowiem odchylenie standardowe stanowi tutaj 18% średniej arytmetycznej. Analiza kurtozy i skośności pokazuje, że powyższy rozkład odbiega od rozkładu normalnego, jego lewostronna asymetria świadczy o nasileniu wysokich wyników.

W tabelach i wykresach zamieszczonych w dalszej części tego podrozdziału przedstawiłam wyniki badań, które stanowią podstawę dokonanej diagnozy i wyjaśnienia postaw studentów wobec transplantacji. Charakterystyka analizowanych postaw zasadza się na opisie zależności pomiędzy wyodrębnionymi w pracy zmiennymi niezależnymi, a finalnym konstruktem wypracowanym na podstawie empirycznego modelu – postawy studentów wobec transplantacji.

Pierwszą zmienną, którą analizowałam pod kątem zróżnicowania postaw studentów wobec transplantacji była płeć badanych. W tabeli 37 prezentuję statystyki dotyczące zróżnicowania postaw badanej młodzieży akademickiej z uwzględnieniem tej zmiennej.

Tabela 37. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna płeć. Statystyki opisowe (n=436)

Wymiar	N	%	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	A	K
Kobieta	317	73,0%	51,9	8,55	16,0%	53	53	2	66	-2,94	13,76
Mężczyzna	119	27,0%	49,43	10,95	22,0%	52	55	5	72	-1,76	3,7

Legenda:(sd – odchylenie standardowe; dom – dominanta, Me –mediana, M - średnia arytmetyczna, D – dominanta, A – skośność, K – kurtoza, V(x) – współczynnik zmienności)

Źródło: opracowanie własne.

Do oceny różnic pomiędzy rodzajem postawy wobec transplantacji a kategorią płeć, zastosowałam test Manna-Whitneya-Wilcoxona. Wartość statystyki testowej w analizie wpływu płci na rodzaju postawy wobec transplantacji wynosi ($W = 21124$, $p\text{-value} = 0.05323$), co świadczy o braku statystycznie istotnej różnicy pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn w kontekście prezentowanych przez nich postaw wobec problemu transplantacji. Analiza otrzymanych wyników wskazuje, że bardziej zróżnicowaną grupą pod względem rodzaju postaw wobec transplantacji stanowili mężczyźni.

Rozkład procentowy wyników badań uwzględniających zmienną jaką jest płeć badanych osób prezentuję w tabeli 38.

Tabela 38. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna płeć (n=436)

Typ postawy	Kobiety		Mężczyźni	
	N	%	N	%
Postawy antytransplantacyjne	7	2,0%	10	8,0%
Postawy ambiwalentne	308	97,0%	108	91,0%
Postawy protransplantacyjne	2	1,0%	1	1,0%
Ogółem	317	100,0%	119	100,0%

Źródło: opracowanie własne.

Powyższe dane wskazują, że w obu grupach, najwięcej osób (K – 97%, M – 91%), posiada ambiwalentną postawę wobec transplantacji. Postawę protransplantacyjną prezentuje 1%, zarówno badanych kobiet, jak i mężczyzn. Zauważalne są za to duże różnice w zakresie postaw antytransplantacyjnych (2% w grupie kobiet i 8% w grupie mężczyzn). Taki wynik świadczy o nieco przychylniejszej postawie badanych kobiet wobec transplantacji, w stosunku do większego sceptycyzmu badanych mężczyzn.

Kolejną analizowaną zmienną, która potencjalnie miała różnicować postawy badanej młodzieży wobec transplantacji był ich stan cywilny. Opis statystyczny wyników osiąganych w zbiorczej kategorii postawy dla tej zmiennej przedstawia tabela 39.

Tabela 39. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna stan cywilny. Statystyki opisowe (n=436)

Wymiar	N	%	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	A	K
A	25	6,0%	52,24	4,55	9,0%	53	54	42	60	-0,27	-0,48
B	255	58,0%	50,61	10,03	20,0%	52	56	4	72	-2,09	6,05
F	62	14,0%	52,4	5,21	10,0%	53	53	43	64	0,07	-0,6
G	94	22,0%	51,83	10,27	20,0%	54	55	2	65	-3,23	12,72

Źródło: opracowanie własne (sd – odchylenie standardowe; dom – dominanta, Me – mediana, M – średnia arytmetyczna, D – dominanta, A – skośność, K – kurtoza, V(x) – współczynnik zmienności)
Legenda: A – żonaty/mężatka, B – kawaler/panna, F – w wolnym związku, G – singiel/singielka

W celu sprawdzenia czy rodzaj postawy wobec transplantacji jest uwarunkowany stanem cywilnym badanych, wykonałam test nieparametryczny Kruskala-Wallisa dla wielu prób niepowiązanych. Test ten wykazał, że zmienna niezależna – stan cywilny nie różnicuje postaw wobec transplantacji (Kruskal-Wallis chi-squared = 2.3101, df = 3, p-value = 0.5106).

Zbiorcze wyniki badań dotyczące rodzaju postaw wobec transplantacji z uwzględnieniem stanu cywilnego badanych zestawiałam w tabeli 40.

Tabela 40. Postawy badanych studentów wobec transplantacji ze względu na ich stan cywilny (n=436)

Typ postawy	Żonaty/Mężatka		Kawaler/Panna		W wolnym związku		Singiel/Singielka	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Postawy antytransplantacyjne	0	0,0%	14	5,0%	0	0,0%	3	3,0%
Postawy ambiwalentne	25	100,0%	238	93,0%	62	100,0%	90	96,0%
Postawy protransplantacyjne	0	0,0%	3	1,0%	0	0,0%	1	1,0%
Ogółem	25	100,0%	255	100,0%	62	100,0%	94	100,0%

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy danych zawartych w tabeli 40 wynika, że najwięcej osób niezależnie od stanu cywilnego uzyskało średni poziom, co odpowiada postawie ambiwalentnej wobec transplantacji (A – żonaty/mężatka: 100% badanej grupy; B – kawaler/panna: 93% badanej grupy, F – w wolnym związku: 100% badanej grupy, G – singiel/singielka: 96% badanej grupy). Przejawy sceptycyzmu wobec transplantacji można było zauważyć w niewielkim wymiarze tylko w przypadku dwóch kategorii (kawaler/panna – 5% i singiel/singielka – 3%. Obserwując małe zróżnicowanie wyników świadczy o tym, że postawa studentów wobec transplantacji nie jest warunkowana ich stanem cywilnym. Można z tego wnioskować, że fakt funkcjonowania w związku lub małżeństwie nie zmienia podejścia badanych osób do problemu transplantacji, a inne czynniki są w tej kwestii dominujące (np. wspólnota pokoleniowa).

Kierunek studiów badanych, był kolejną zmienną, która została poddana analizie korelacji w kontekście postaw badanej młodzieży wobec transplantacji. Statystyki opisowe dotyczące postaw wobec transplantacji z uwzględnieniem tej zmiennej prezentują w tabeli 41.

Tabela 41. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna kierunku studiów. Statystyki opisowe (n=436)

Wymiar	N	%	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	A	K
Pedagogika	140	32,0%	51,84	6,41	12,0%	53	53	21	66	-1,22	4,38
Prawo	147	34,0%	52,21	7,08	14,0%	53	50	3	64	-2,8	15,35
Medycyna	120	28,0%	51,02	12,47	24,0%	54	58	2	72	-2,48	6,75
Teologia	29	7,0%	44,03	12,75	29,0%	47	56	19	60	-0,56	-1,08

Źródło: opracowanie własne (sd – odchylenie standardowe; dom – dominanta, Me –mediana, M- średnia arytmetyczna, D – dominanta, A – skośność, K – kurtოza, V(x) – współczynnik zmienności).

W celu porównania grup studentów utworzonych ze względu na kierunek studiów, posłużyłam się testem nieparametrycznym Kruskala-Wallisa dla rozkładów różnych od normalnego oraz porównań post hoc metodą Tukeya (porównania „w parach”). Analiza danych z zastosowaniem testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że istnieją statystycznie istotne różnice ($p \leq 0,05$), pomiędzy kierunkami studiów w analizowanej postawie wobec transplantacji (Kruskal-Wallis chi-squared = 11.555, df = 3, p-value = 0.009074). W celu dokonania dalszej analizy, w których grupach kierunku studiów istnieje zróżnicowanie, poddano dane dokładnej analizie testem post hoc metodą Tukeya. Otrzymane wyniki wskazują, że istotne statystyczne różnice ($p \leq 0,05$) występuje pomiędzy kierunkami: teologia-prawo i teologia-medycyna.

Zbiórce wyniki badań dotyczące rodzaju postaw badanych wobec transplantacji w podziale na kierunek studiów zestawiałam w tabeli 42.

Tabela 42. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna kierunku studiów (n=436)

Typ postawy	Studenci pedagogiki		Studenci prawa		Studenci medycyny		Studenci teologii	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Postawy antytransplantacyjne	2	1,0%	2	1,0%	7	6,0%	6	21,0%
Postawy ambiwalentne	137	98,0%	145	99,0%	110	92,0%	23	79,0%
Postawy protransplantacyjne	1	1,0%	0	0,0%	3	3,0%	0	0,0%
Ogółem	140	100,0%	147	100,0%	120	100,0%	29	100,0%

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w tabeli 42 wskazuje, że najwięcej osób niezależnie od kierunku studiów posiada ambiwalentną postawę wobec transplantacji. Widoczne są natomiast różnice pomiędzy analizowanymi grupami w zakresie postaw protransplantacyjnych i antytransplantacyjnych. I tak postawę najbardziej sceptyczną wobec transplantacji wykazywali studenci teologii (21% - postawa antytransplantacyjna)). Studenci medycyny natomiast osiągalili wyniki skrajne (6% - postawa antytransplantacyjna i 3% - postawa protransplantacyjna). Studenci pedagogiki i prawa wykazywali się postawą najbardziej protransplantacyjną.

W analizie rozkładu wyników badań dotyczących postaw wobec transplantacji uwzględniona została też zmienna rok studiów. Zestawienie statystyki opisowej postaw wobec transplantacji z uwzględnieniem tej zmiennej prezentuję w tabeli 43.

Tabela 43. Postawy badanych studentów wobec transplantacji dla zmiennej roku studiów. Statystyki opisowe (n=436)

Wymiar	N	%	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	A	K
Pierwszy	202	46,0%	51,09	8,85	17,0%	52	50	3	72	-2,37	10,04
Ostatni	234	54,0%	51,33	9,72	19,0%	53	56	2	66	-2,59	8,71

Źródło: opracowanie własne (sd – odchylenie standardowe; dom – dominanta, Me –mediana,M - średnia arytmetyczna, D – dominanta, A – skośność, K – kurtoza, V(x) – współczynnik zmienności).

Do oceny różnic pomiędzy rodzajem postaw wobec transplantacji wśród badanych a zmienną rok studiów (pierwszy, ostatni), zastosowałam test Manna-Whitneya-Wilcoxona. Wartość statystyki testowej w analizie wpływu roku studiów na rodzaj postawy wobec transplantacji wynosi ($W = 21707$, $p\text{-value} = 0.1414$), co świadczy o braku statystycznie istotnej różnicy pomiędzy analizowaną zmienną a typem postawy wobec transplantacji. Studenci z pierwszego i ostatniego roku studiów charakteryzują się taką samą postawą wobec medycyny transplantacyjnej.

Zbiornicze wyniki uzyskane w grupie badanej dotyczące rodzaju postawa studentów wobec transplantacji w podziale na rok studiów respondentów zestawiałam w tabeli 44.

Tabela 44. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna roku studiów (n=436)

Typ postawy	Pierwszy rok		Ostatni rok	
	N	%	N	%
Postawy antytransplantacyjne	6	3,0%	11	5,0%
Postawy ambiwalentne	194	96,0%	221	94,0%
Postawy protransplantacyjne	2	1,0%	2	1,0%
Ogółem	202	100,0%	234	100,0%

Źródło: opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w tabeli 44 potwierdza, że najwięcej osób zarówno z pierwszego, jaki i ostatniego roku studiów posiada ambiwalentną postawę wobec transplantacji. Analizowana postawa nie jest warunkowana rokiem studiów, na którym pobierają naukę badani, przy nieco większym sceptycyzmie okazywanym przez studentów ostatnich lat studiów (5% - postawa antytransplantacyjna). Taki wynik świadczy o tym, że w toku studiów nie nastąpiła znacząca różnica w poszerzeniu świadomości młodzieży na zjawisko transplantacji, co można odebrać jako pewien imperatyw modyfikacji programów nauczania studentów, w kierunku wzbogacenia ich o treści dotyczące nowych form leczenia ludzi.

Występowanie chorób przewlekłych w rodzinach badanych, było kolejną analizowaną zmienną w kontekście ich postawy wobec transplantacji. Zestawienie statystyczne postaw wobec transplantacji z uwzględnieniem tej zmiennej prezentuję w tabeli 45.

Tabela 45. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna występowanie choroby przewlekłej w rodzinie. Statystyki opisowe (n=436)

Wymiar	N	%	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	A	K
Choroba przewlekła w rodzinie	118	27,0%	51,63	8,69	17,0%	53	49	2	66	-2,99	13,06
Brak choroby przewlekłej w rodzinie	318	73,0%	51,07	9,55	19,0%	53	50	3	72	-2,36	8,24

Źródło: opracowanie własne (sd – odchylenie standardowe; dom – dominanta, Me –mediana, M- średnia arytmetyczna, D – dominanta, A – skośność, K – kurtoza, V(x) – współczynnik zmienności)

Do oceny różnic pomiędzy postawami wobec transplantacji wśród badanych studentów ze względu na to, czy w ich rodzinach pochodzenia występowała czy też nie choroba przewlekła (tak, nie), zastosowałam test Manna-Whitneya-Wilcozona. Wartość statystyki testowej w analizie wpływu występowania bądź nie choroby przewlekłej w rodzinie wynosi $W = 19141$, $p\text{-value} = 0.7458$ ($p > 0,05$), co świadczy o braku statystycznych różnic pomiędzy kategorią „występowanie chorób przewlekłych w rodzinie” a rodzajem postawy studentów wobec transplantacji.

Zbiorcze wyniki uzyskane w grupie badanej dotyczące rodzaju postaw studentów wobec transplantacji w podziale na grupę osób, która doświadcza sytuacji choroby przewlekłej w swojej rodzinie i osób bez takich doświadczeń, zestawiałam w tabeli 46.

Tabela 46. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna występowanie choroby przewlekłej w rodzinie (n=436)

Typ postawy	Choroba przewlekła w rodzinie		Brak choroby przewlekłej w rodzinie		Ogółem	
	N	%	N	%	n	% n
Postawy antytransplantacyjne	4	3,0%	13	4,0%	17	4,0%
Postawy ambiwalentne	113	96,0%	303	95,0%	416	95,0%
Postawy protransplantacyjne	1	1,0%	2	1,0%	3	1,0%
Ogółem	118	100,0%	318	100,0%	436	100,0%

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy danych zawartych w tabeli 46 wynika, że najwięcej osób z obu analizowanych grup charakteryzuje się ambiwalentną postawą wobec transplantacji. Warte

podkreślenia jest to, że odsetek osób przejawiających ambiwalentną postawę wobec transplantacji zarówno wśród respondentów deklarujących występowanie jak i niewystępowanie choroby przewlekłej w rodzinie jest zbliżony (tak – 96%, nie – 95%). Taki wynik wydaje się dość zaskakujący, gdyż mierzenie się w rodzinie z problemem choroby przewlekłej potencjalnie powinien uwrażliwiać jej członków na różne metody i sposoby leczenia.

Ostatnią analizowaną zmienną w kontekście rozkładu wyników postawy badanych studentów wobec transplantacji był ich deklaracyjny poziom religijności. Zestawienie statystyczne postaw wobec transplantacji z uwzględnieniem tej zmiennej prezentuję w tabeli 47.

Tabela 47. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna poziom religijności. Statystyki opisowe (n=436)

Wymiar	N	%	M	sd	V(x)	Me	D	min	max	A	K
Wierzący i praktykujący regularnie	182	42,0%	50,65	10,47	21,0%	53	55	3	72	-2,35	7,28
Wierzący i praktykujący nieregularnie	128	29,0%	51,99	7,06	14,0%	53	53	21	66	-1,26	3,3
Wierzący i niepraktykujący	63	14,0%	50,68	9,58	19,0%	52	57	2	61	-3,4	13,98
Niewierzący i praktykujący	3	1,0%	56,67	3,06	5,0%	56		54	60	0,21	-2,33
Niewierzący i niepraktykujący	60	14,0%	51,62	9,78	19,0%	53	48;60	5	63	-2,32	7,64

Źródło: opracowanie własne (sd – odchylenie standardowe; dom – dominanta, Me –mediana, M - średnia arytmetyczna, D – dominanta, A – skośność, K – kurtoza, V(x) – współczynnik zmienności).

Do oceny zależności pomiędzy postawami badanych wobec transplantacji a ich poziomem religijności (wierzący i praktykujący regularnie, wierzący i praktykujący nieregularnie, wierzący i niepraktykujący, niewierzący i praktykujący, niewierzący i niepraktykujący), zastosowałam test testem nieparametrycznym Kruskala-Wallisa dla rozkładów różnych od normalnego. Analiza danych z zastosowaniem testu Kruskala-Wallisa wskazuje, że brak jest statystycznie istotnych różnic ($p > 0,05$) pomiędzy rodzajem postawy wobec transplantacji, a deklarowanym przez badanych poziomem religijności (Kruskal-Wallis chi-squared = 3.0449, df = 4, p-value = 0.5503).

Zbiornicze wyniki pozyskane w badanej grupie dotyczace postaw wobec transplantacji w podziale na poziom religijnosci badanych zestawilam w tabeli 48.

Tabela 48. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna poziom religijności (n=436)

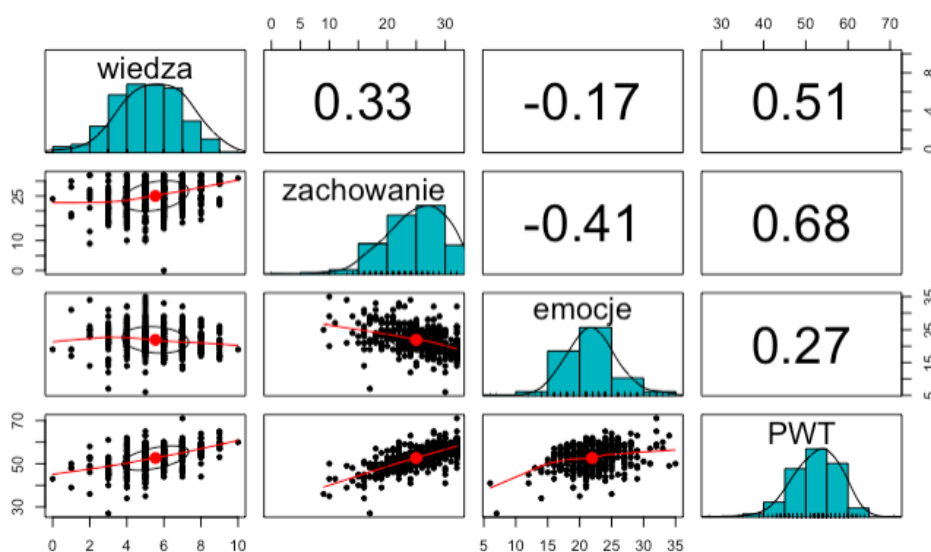
Typ postawy	Wierzący i praktykujący regularnie		Wierzący i praktykujący nieregularnie		Wierzący i niepraktykujący		Niewierzący i praktykujący		Niewierzący i niepraktykujący	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Postawy antytransplantacyjne	10	5,0%	2	2,0%	2	3,0%	0	0,0%	3	5,0%
Postawy ambiwalentne	170	93,0%	125	98,0%	61	97,0%	3	100,0%	57	95,0%
Postawy protransplantacyjne	2	2,0%	1	1,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Ogółem	182	100,0%	128	100,0%	63	100,0%	3	100,0%	60	100,0%

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki przedstawione w tabeli 48 dowodzą, że najwięcej osób niezależnie od zadeklarowanego poziomu religijności charakteryzuje się ambiwalentną postawą wobec transplantacji. (wierzący i praktykujący regularnie: 93% badanej grupy; wierzący i praktykujący nieregularnie: 98% badanej grupy; wierzący i niepraktykujący: 97% badanej grupy; niewierzący i praktykujący: 100% badanej grupy; niewierzący i niepraktykujący: 95% badanej grupy). Postawa studentów wobec transplantacji nie jest zatem warunkowana deklarowanym przez badanych poziomem religijności. Jednakże są widoczne pewne tendencje jak ta, że osoby wierzące i regularnie praktykujące mają w stosunku do pozostałych grup stosunkowo największy sceptycyzm do tej form leczenia (5% – postawa antytransplantacyjna). Może to wynikać z wcześniej już omawianej niejednoznaczności, co do zjawiska transplantacji prezentowanej przez Kościół oraz niewystarczającego propagowania pozytywnego stanowiska Kościoła, co do tej metody terapeutycznej.

Zebrany materiał empiryczny dotyczący postaw badanych studentów wobec transplantacji poddałam analizie również pod kątem wzajemnych zależności między poszczególnymi komponentami postaw (Wiedza, Emocje i Zachowania) oraz ich związku z ogólnym wskaźnikiem postaw wobec transplantacji. Wyniki tej interkorelacji komponentów postaw prezentuję na rycinie 12 oraz tabeli 49.

Rycina 12. Interkorelacja komponentów postaw badanych studentów wobec transplantacji



Źródło: opracowanie własne.

Tabela 49. Współczynniki korelacji oraz wartość p dla Postawy wobec transplantacji (PWT)

Zależność	r	p
PWT a Wiedza	0,51	0,0008
PWT a Zachowanie	0,68	0,0006
PWT a Uczucia	0,27	0,0007
Wiedza a Zachowanie	0,33	0,0009
Wiedza a Uczucia	-0,17	0,0010
Zachowanie a Uczucia	-0,41	0,0009

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki badań udowadniają, że postawa badanych studentów wobec transplantacji jest silnie warunkowana wszystkimi jej komponentami. Wskaźnik postawy w największym stopniu jest determinowany poziomem deklaracyjnych zachowań (r 0,68), w drugiej kolejności poziomem wiedzy (r 0,51), w mniejszym stopniu stosunkiem uczuciowo-motywacyjnym (r 0,27). Zaobserwowałam także istotne statystycznie zależności w zakresie interkorelacji poszczególnych komponentów. Wysoki poziom wiedzy badanych wprost proporcjonalnie przekłada się na bardziej protransplantacyjne deklaracje zachowań (r 0,33). Zaskakujące wydają się natomiast dwie pozostałe zależności. Poziom komponentu Wiedza oraz poziom komponentu Zachowań jest odwrotnie proporcjonalnie zależny od poziomu komponentu uczuciowo-motywacyjnego badanych wobec transplantacji. W związku z tym

wnioskuję, że w świetle prezentowanych wyników badań, o ile wysoka wiedza badanych osób na temat transplantacji warunkuje pozytywną postawę i deklaratywne zachowania protransplantacyjne, o tyle nie decyduje o bardziej przychylnym stosunku uczuciowo-motywacyjnym wobec tej metody leczenia. Ponadto deklaracja zachowań protransplantacyjnych nie przekłada się na pozytywny stosunek badanych wobec transplantacji. Potwierdza to wcześniej prezentowany postulat pracy edukacyjnej wobec młodzieży, w którym nacisk powinien być kładziony nie tylko na dostarczanie wiedzy na temat transplantacji, ale również na przybliżanie pozytywnych społecznych wymiarów stosowania takiej metody leczenia.

Podsumowanie

Ogólny wskaźnik postawy badanych studentów wobec problemu transplantacji to wypadkowa wyników osiąganych w zakresie trzech jej komponentów: Wiedzy, Uczuć oraz Zachowań. Z uzyskanych danych można wnioskować, że badana młodzież akademicka w większości wpisuje się w średni jego przedział, co oznacza ambiwalentny rodzaj postawy wobec tej metody leczenia. Taki wynik wydaje się dalece niesatysfakcjonujący, zakładając, że ta grupa młodzieży ma stanowić elitę swojej generacji. Zarysowuje się tu pewna luka, którą należałoby wypełnić przez odpowiedni dobór metod i formę pracy edukacyjnej na każdym jej szczeblu, by starać się uwrażliwiać młodych ludzi na tak ważne i aktualne problemy społeczne.

Diagnoza ogólnego wskaźnika postawy badanych została też poddana analizie, która miała wykazać grupę zmiennych warunkujących jej poziom. Spośród zestawionych do badań zmiennych niezależnych, tylko rodzaj kierunku studiów, w sposób istotny statystycznie różnicował ogólny poziom postawy wobec zjawiska transplantacji. I tak postawę najbardziej sceptyczną wobec transplantacji wykazywali studenci teologii, postawę protransplantacyjną zaś studenci pedagogiki i prawa. Studenci medycyny natomiast osiągalni wyniki najbardziej skrajne (największy odsetek postaw protransplantacyjnych i antytransplantacyjnych). Porównania pozostałych zmiennych ukazywały już tylko pewne tendencje. Postawę protransplantacyjną wykazywały w nieco większym stopniu kobiety, przy większym sceptycyzmie przejawianym przez badanych mężczyzn. W zakresie zmiennej – poziom religijności – osoby wierzące i regularnie praktykujące wykazały stosunkowo największy sceptycyzm wobec transplantacji, w porównaniu z pozostałymi grupami. Może to wynikać z niejednoznaczności, co do wykładni etycznej tego zjawiska prezentowanej przez Kościół

oraz niewystarczającym propagowaniu pozytywnego stanowiska Kościoła, co do tej metody leczenia. Zastanawiający jest brak istotnego warunkowania rodzaju postaw rokiem studiów, występowaniem choroby przewlekłej w rodzinie czy też stanem cywilnym. Można z tego wnioskować, że fakt funkcjonowania w związku lub małżeństwie nie zmienia podejścia badanych osób do problemu transplantacji. Zaskakuje szczególnie wynik dotyczący występowania choroby przewlekłej, gdyż mierzenie się z takim problemem w rodzinie, powinno potencjalnie uwrażliwiać jej członków na różne metody i sposoby leczenia. Brak zróżnicowania postaw studentów pierwszych i ostatnich lat studiów świadczy o tym, że w toku edukacji akademickiej nie nastąpiła znacząca różnica w postrzeganiu przez młodzież zjawiska transplantacji, co można odebrać jako pewne wskazanie do modyfikacji programów nauczania studentów, w kierunku ich wzbogacenia o treści dotyczące nowych form leczenia ludzi.

Interkorelacja komponentów postaw badanych studentów wobec transplantacji wykazała ich wzajemne zależności. Wysoki poziom, przede wszystkim komponentu Zachowań, w drugiej kolejności Wiedzy, a następnie Emocji, budują wysoki poziom ogólnego wskaźnika postawy, rozumianej jako protransplantacyjnej. Istotnie statystycznie zależności zaobserwowałam w zakresie wzajemnego oddziaływania na siebie poszczególnych komponentów. Wysoki poziom wiedzy badanych wprost proporcjonalnie warunkuje bardziej protransplantacyjne deklaracje zachowań. Poziom komponentu Wiedza oraz poziom komponentu Zachowań jest odwrotnie proporcjonalnie zależny od poziomu komponentu Uczucia badanych wobec transplantacji.

Rozdział 6. Perspektywy edukacji studentów białostockich uczelni w zakresie upowszechniania idei donacji komórek, tkanek i narządów

Działania promujące ideę donacji są niezbędne, aby możliwe było ratowanie życia i zdrowia ludzi, za pomocą przeszczepów. O roli, jaką ma do odegrania w tym procesie edukacja zdrowotna, pisałam szerzej w rozdziale trzecim *Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia, jako narzędzia zmiany postaw społecznych wobec transplantacji*.

W tej części pracy chcę zwrócić uwagę na znaczenie edukacji zdrowotnej w zakresie transplantacji, która powinna być skierowana do szczególnej grupy społecznej, jaką jest młodzież akademicka. Student to człowiek pełnoletni, który posiada pełnię zdolności prawnych. Jest to osoba z założenia chcąca się uczyć i rozwijać, jest otwarta i chłonna. Ta grupa społeczna stanowi (przynajmniej potencjalnie) przyszłą elitę społeczną, czyli będzie miała wpływ na kształtowanie opinii społecznej, postaw społecznych, świadomości społecznej. Według B. Woynarowskiej „Uniwersytet kształci przyszłych decydentów, którzy będą tworzyć politykę i warunki wpływające na zdrowie ludzi. Poprzez odpowiednie programy kształcenia i badania można zwiększyć zrozumienie dla spraw zdrowia wśród absolwentów reprezentujących różne dyscypliny”⁴⁷⁰. Badania młodzieży akademickiej dowodzą, że studenci, jako osoby, przejawiają wysoki poziom zaangażowania społecznego⁴⁷¹. W związku z tym uważam, że to właśnie studenci (niezależnie od kierunku, na którym pobierają naukę), stanowią najwłaściwszą grupę pod kątem wdrożenia programów edukacyjnych w zakresie propagowania medycyny transplantacyjnej, a zwłaszcza idei donacji.

W ramach prowadzonych badań dotyczących postaw studentów wobec transplantacji, chciałam także ustalić, jakie znaczenie nadają edukacji zdrowotnej w zakresie transplantacji badani oraz jak postrzegają perspektywę edukacji w tym zakresie. Dla jasności rozważań podjętych w tej części pracy przypomnę, że według uzyskanych wyników ogólny poziom wiedzy studentów z zakresu tematyki transplantacyjnej kształtuje się na poziomie średnim. Większość badanych docenia rolę wiedzy z zakresu analizowanego tematu, uważając, że jej posiadanie może warunkować decyzji, jakie podejmie jednostka np. w sprawie donacji.

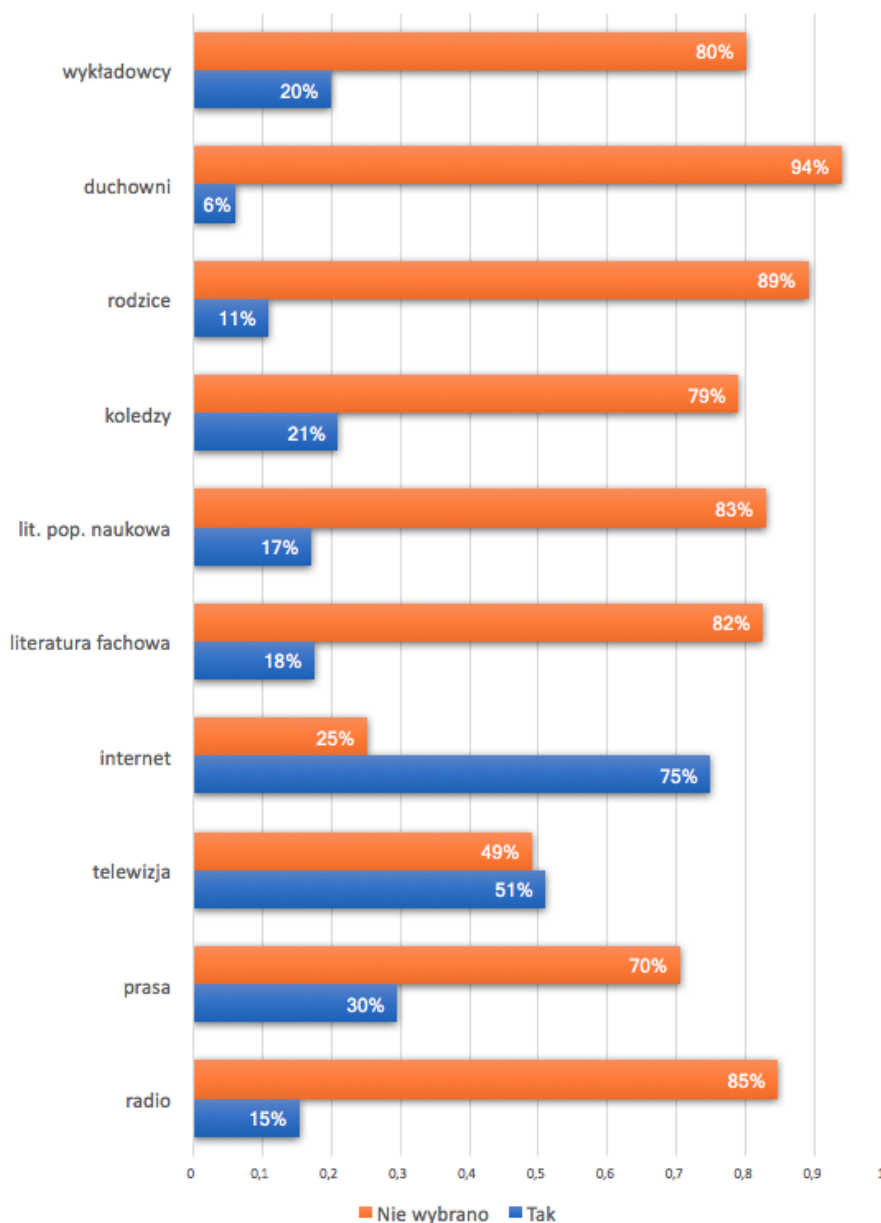
Z tej perspektywy niepokojem napawa fakt, że zdecydowana większość badanych deklaruje, że nie uczestniczyła w zajęciach, warsztatach, prelekcjach wykładach, na których

⁴⁷⁰ B. Woynarowska, *Uniwersytet promujący zdrowie*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna” 1999, t. VI, nr 17, s. 127-128.

⁴⁷¹ Zob. E. Nowak, R. Pfitzner, P. Koźlik, A. Kozynacka, L. Durajski, P. Przybyłowski, op. cit., s. 2509-2518.

byłyby poruszane zagadnienia dotyczące transplantacji. Ta luka edukacyjna skłoniła mnie do ustalenia na drodze empirycznej skąd i w jaki sposób badani studenci uzyskują wiedzę na temat transplantacji. W zastosowanym narzędziu badawczym respondenci zostali poproszeni o wskazanie dominujących dla nich źródeł wiedzy na analizowany temat. Mieli do dyspozycji przygotowaną kafeterię odpowiedzi oraz kategorię inne, w której mogli dopisać źródło, które nie zostało uwzględnione, a stanowi dla nich ważny kanał zdobywania wiedzy z zakresu transplantacji. Uzyskane wyniki ilustruje rycina 13.

Rycina 13. Zestawienie wyników dotyczących źródeł wiedzy na temat transplatacji

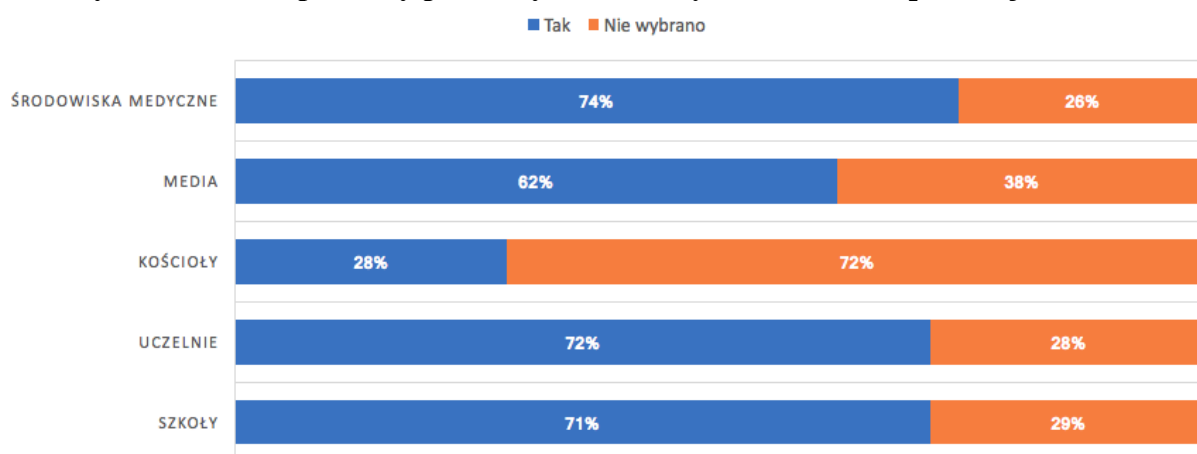


Źródło: opracowanie własne.

Badani studenci za dominujące źródło ich wiedzy na temat transplantacji uznali Internet (75% ogółu badanych osób) oraz telewizję (51% ogółu badanych osób). Ten wynik nie zaskakuje, gdyż są to obecnie najbardziej popularne źródła wszelkich informacji pozyskiwanych przez młode pokolenie. Inne źródła z zakresu szeroko rozumianych massmediów zebrały relatywnie mniej deklaracji, czyli prasa (30%) oraz radio (15%). Podobny wynik częstości wskazań przez badanych uzyskała literatura fachowa (18%) jak i literatura popularno-naukowa (17%). W zakresie osobowych źródeł informacji na temat transplantacji kategoria koledzy i koleżanki uzyskała 21% wskazań ogółu badanych, co wiąże się z rangą grupy rówieśniczej jako przestrzeni najistotniejszej w kształtowaniu opinii przez młode pokolenie. Zobowiązujący jest fakt drugiej w kolejności deklaracji z zakresu osobowych źródeł informacji w omawianym temacie, który uzyskała grupa wykładowców (20%). Potwierdza to ważność przestrzeni akademickiej w kształtowaniu wiedzy na temat istotnych społecznie problemów. Zastanawiający jest natomiast niski wskaźnik deklaracji dotyczący rodziców (11%) oraz osób duchownych (zaledwie 6%), w kontekście pozyskiwania informacji na temat tak ważnej metody leczenia, jaką stanowi transplantacja. Pierwszy wynik może ilustrować występujące blokady w zakresie komunikacji wewnątrzrodzinnej. Drugi zaś może świadczyć o kryzysie instytucji Kościoła, jako centrum informacji o sprawach z pogranicza medycyny i etyki.

Pytanie, które stanowi uzupełnienie wcześniejszych analiz, dotyczy wskazań badanych studentów na instytucje i środowiska, które ich zdaniem powinny przekazywać wiedzę na temat transplantacji. Rozkład wyników w tym zakresie ilustruje rycina 14.

Rycina 14. Zestawienie wyników dotyczących instytucji i środowisk, które zdaniem badanych studentów powinny przekazywać wiedzę na temat transplantacji



Źródło: opracowanie własne.

Zdaniem 74% badanej młodzieży akademickiej, to głównie środowisko medyczne powinno być odpowiedzialne za przekazywanie wiedzy na temat transplantacji. Wydaje się, że jest to wybór dość oczywisty, ze względu na fakt, że problematyka transplantacji to przede wszystkim kwestia dotycząca metod leczenia. Kolejne dwa potencjalne źródła zdobywania wiedzy na temat transplantacji respondenci ulokowali w środowisku szkolnym i akademickim. Ten wynik stanowi wyzwanie dla instytucji edukacyjnych, by zaspokoić wyraźną potrzebę na debatę nauczycieli/wykładowców z młodzieżą na tematy ważne społecznie i często niejednoznaczne pod kątem etycznym.

Wysoki wynik 62% ogółu odpowiedzi udzielonych przez osoby badane, dotyczy wskazania mediów jako źródeł pozyskiwania informacji na temat transplantacji. Znacząco niższy wynik uzyskała instytucja Kościoła, ponieważ jedynie 28% odpowiedzi badanych osób dotyczyło wskazań tej instytucji. Wynik ten potwierdza poprzednio prezentowaną tezę o pewnego rodzaju kryzysie tej instytucji w zakresie kształtowania opinii w tematach około medycznych.

Interpretacja uzyskanych wyników badań wskazuje, że istnieje potrzeba wdrożenia w ramach edukacji akademickiej programów kształcenia, dotyczących przekazywania rzetelnej wiedzy z zakresu transplantacji. Uzyskane wyniki są kompatybilne z globalną tendencją. Grzegorz Piotr Nowak, na podstawie przeglądu polskiej i zagranicznej literatury przedmiotu zauważa, że najlepszym sposobem zwiększania podaży narządów są działania edukacyjne⁴⁷². Inne badania pokazują z kolei, że programy edukacyjne adresowane specjalnie dla studentów w zakresie dawstwa narządów mają pozytywny wpływ na wzrost liczby dawców narządów wśród tej grupy społecznej⁴⁷³. Biorąc pod uwagę powyższe, stwierdzam, że kluczem do zmiany świadomości ludzi w zakresie transplantacji jest ich edukacja, rozumiana jako przekazywanie wiedzy, która pozwala na budowanie postaw wobec dawstwa narządów, wolnych od lęku (najczęściej przed handlem narządami oraz uśmiercaniem pacjentów w celu eksplantacji narządów) i błędów. Zaprezentowaną argumentację wzmacniają wyniki badań przeprowadzone w ramach międzynarodowego projektu badawczego Uniwersytetu Szczecińskiego, Pomorskiej Akademii Medycznej, Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego oraz Wydziału Pielęgniarstwa Uniwersytetu w Murcii (Hiszpania), z których wynika, że „konieczne jest wielokierunkowe

⁴⁷³ E. Hassan, T. Batool, *Nursing students' attitudes towards brain death and organ transplantation in southeast Iran*, „Transplant Journal of Australasia” 2015, t. 24, nr 2, s. 20-25, <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=441121091982358;res=IELHEA;type=pdf> (dostęp: 30.10. 2015).

działanie niwelujące stereotypy dotyczące transplantologii”⁴⁷⁴. Autorzy proponują, by prowadzić stałą kampanię edukacyjną na temat potrzeb i wyników przeszczepiania narządów, ze szczególnym uwzględnieniem:

1. Popularyzowania wiedzy na temat dawstwa narządów, szczególnie przez studentów uczelni medycznych.
2. Podejmowania działań mających na celu zwiększenie zaufania społecznego wobec środowisk medycznych.
3. Zachęcania ludzi do komunikowania otoczeniu swoich poglądów dotyczących możliwości bycia dawcą.

Edukacja zdrowotna odnosząca się do problematyki transplantacji, powinna polegać na przekazywaniu wiedzy naukowej odnoszącej się do poruszanego zagadnienia jednakże, co istotne powinna być prowadzona w dyskursie interdyscyplinarnym, ponieważ prowadzone w taki sposób dyskusje naukowe pozwolą na skuteczne kształtowanie świadomości społecznej w tym zakresie. Transplantologia jako nauka charakteryzuje się niebywałą dynamiką rozwoju. Stanowi przykład sytuacji, w której rozwój techniki, wiedzy, umiejętności (w tym wypadku medycznej) zdecydowanie wyprzedził rozwój społecznej świadomości. Przez co nakłada na badaczy wielu dziedzin (medycyny, prawa, etyki, ale także w mojej ocenie pedagogiki społecznej) zobowiązanie do poszukiwania odpowiedzi na trudne, głównie w perspektywie etycznej, pytania, m.in.: Czy wystarczy, że potrafimy coś zrobić? Czy mamy do podejmowania takich działań prawo? Na ile tego typu działania są etyczne? Czy trzeba żyć za wszelką cenę? Jednakże najważniejszym pytaniem dotyczącym przyszłości transplantacji jest to dotyczące kontekstów społecznych: Czy jako społeczeństwo jesteśmy świadomi i gotowi na przyjęcie/doświadczenie wszelkich konsekwencji związanych z tym obszarem leczenia i podnoszenia, jakości życia człowieka? Kontrowersje, wybór, dążenie do prawdy to słowa sprawiające, że transplantacje są ciekawym i ważnym tematem dyskursu interdyscyplinarnego. Odkrywanie i propagowanie prawdy uważam za podstawowe prawo i zadanie nauki.

⁴⁷⁴ B. Gorzkowicz, W. Majewski, E. Tracz, E. Zamojska, J. Czarnota-Chlewicka, W. Brzózka, M. Maksymowicz, M. Szydlik, K. Szymańska, S. Bilski, N. Szankowska, op. cit., s. 111-116.

Rozdział 7. Dyskusja wyników badań oraz rekomendacje edukacyjne

W tej części pracy prezentuję wnioski płynące z przeprowadzonych przeze mnie badań dotyczących stanu postaw studentów białostockich uczelni wobec transplantacji. Wyjaśniam także ich uwarunkowania, a przede wszystkim przedstawiam wskazania dla edukacji zdrowotnej, które mogą być pomocne w propagowaniu tej metody leczenia i podnoszenia jakości życia ciężko chorych ludzi. W tym miejscu chcę podkreślić, że kształtowanie protransplantacyjnych postaw społecznych jest obecnie jedyną szansą na zwiększenie liczby donacji, a tym samym nadzieją na „drugie życie” – życie po przeszczepie dla wielu pacjentów i ich rodzin.

7.1 Dyskusja wyników

Zdecydowana większość (95%) badanych studentów białostockich uczelni posiada ambiwalentne postawy wobec transplantacji. Zaskakuje fakt, że zaledwie w przypadku 1% ogółu badanych ich postawę można scharakteryzować jako protransplantacyjną, przy czym 4% spośród osób badanych wykazuje postawy antytransplantacyjne. Ten wynik zwłaszcza z perspektywy pedagogiki społecznej wydaje się dalece niesatysfakcjonujący. Jak zauważa bowiem E. Syrek to właśnie pedagogika społeczna „eksponuje relacje między jednostką a środowiskiem i wskazuje na ich konsekwencje prakseologiczne, co umożliwia ich przenikanie między różnymi dziedzinami, jak np. praca, wypoczynek, zdrowie, edukacja”⁴⁷⁵. Tak niewielka liczba osób przejawiająca obecnie postawę protransplantacyjną, nie napawa optymizmem. Stanowi jednocześnie wyzwanie dla edukacji zdrowotnej jak i pedagogiki społecznej w ogóle. Niedosyt potęguje fakt, że badaniom podlegała grupa młodzieży akademickiej, która w przyszłości może decydować o kształcie społecznych nurtów intelektualnych. W wielu badaniach podkreśla się, że dużą rolę w procesie opiniotwórczym odgrywać mogą studenci, bowiem przejawiają oni wysoki poziom zaangażowania społecznego⁴⁷⁶, a studia z założenia są procesem, który kształtuje i warunkuje ostateczny kształt postawy wobec różnych zjawisk społecznych.

⁴⁷⁵ E. Syrek, *Pedagogika...*, s. 18.

⁴⁷⁶ E. Nowak, R. Pfitzner, P. Koźlik, A. Kozynacka, L. Durajski, P. Przybyłowski, op. cit. s. 2509-2518.

Wyniki badań były zróżnicowane, co wskazuje na to, że niektóre z uwzględnionych w badaniu cech socjodemograficznych badanych studentów warunkują ich postawy wobec transplantacji. Postawę protransplantacyjną wykazywały w nieco większym stopniu kobiety, przy większym sceptycyzmie przejawianym przez badanych mężczyzn. Zauważalne są statystycznie istotne różnice w zakresie postaw antytransplantacyjnych (2% w grupie kobiet i 8% w grupie mężczyzn). Taki wynik świadczy o nieco przychylniejszej postawie badanych kobiet wobec transplantacji, w stosunku do większego sceptycyzmu badanych mężczyzn. Wyniki moich badań w niewielkim stopniu są zgodne z rezultatami zaobserwowanymi przez innych badaczy, włączającymi w swoje badania zmienną jaką jest płeć respondentów. Uzyskane przez Prasanna Mithra⁴⁷⁷ i współautorów wyniki wskazują, że kobiety częściej prezentują postawy prodonacyjne. Z badań realizowanych przez Ewę Błądkowską i Władysława Witczaka wynika, że „płeć różnicowała opinie badanych w zakresie częstości poruszania tematu transplantacji, ale także w zakresie przyczyn odmowy zgody rodziny na pobranie narządów. Kobiety statystycznie częściej poruszały w pracy problem transplantologii, częściej zwracały uwagę na emocje towarzyszące śmierci bliskiej osoby”⁴⁷⁸.

Postawy badanych studentów wobec transplantacji według uzyskanych wyników badań, nie są warunkowane miejscem pochodzenia, występowaniem choroby przewlekłej w rodzinie czy też stanem cywilnym respondentów. Takie rezultaty nieco zaskakują, bowiem według wyników badań przeprowadzonych przez E. Błądkowską, W. Witczaka⁴⁷⁹ to mieszkańcy miast i osoby stanu wolnego częściej deklarują zachowania protransplantacyjne.

Wynikiem odmiennym od tendencji obserwowanej w badaniach innych autorów jest także ten dotyczący braku wpływu doświadczenia choroby przewlekłej w rodzinie respondentów na ich postawę wobec transplantacji. Według Mari Kózki i współautorów zmaganie się z chorobą przewlekłą własną lub członka rodziny wpływa na zmianę postaw życiowych⁴⁸⁰. O znaczącej roli doświadczenia ciężkiej choroby dziecka jaką jest niewydolność nerek na postawę rodziców wobec transplantacji jako metody leczenia przekonują Sylwia Machnicka i Marcin Tkaczyk. Na podstawie przeprowadzonych badań wnioskują, że „im większa świadomość i wiedza rodzica na temat transplantacji, tym większe

⁴⁷⁷ Zob. P. Mithra, P. Ravindra, B. Unnikrishnan, T. Rekha, T. Kanchan, N. Kumar, M. Papanna, V. Kulkarni, R. Holla, K. Divyavaraprasad, op. cit.

⁴⁷⁸ E. Błądkowska, W. Witczak, op. cit., s. 15.

⁴⁷⁹ Ibidem, s. 15.

⁴⁸⁰ Zob. M. Kózka, M. Perek, M. Orłowska, *Postawy dzieci z przewlekłymi chorobami układu oddechowego wobec własnej choroby*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2011, nr 19 (1), s. 63-69.

poparcie dla samej idei”⁴⁸¹. W prezentowanych badaniach takiej zależności między doświadczeniem choroby przewlekłej, a postawą wobec transplantacji nie zaobserwowałam.

Badania dowiodły, że postawy badanych studentów wobec transplantacji różnicuje w sposób istotny statystycznie zmienna niezależna – kierunek studiów. W dyskusji wyników chciałabym zwrócić uwagę na wyniki skrajne.

Najbardziej sceptyczni wobec ratowania życia i zdrowia ludzi za pomocą przeszczepów okazali się studenci teologii, spośród których 21% posiada postawy antytransplantacyjne. Taki wynik jest zaskakujący, ponieważ doktryna Kościoła katolickiego nie pozostawia poza obszarem swego zainteresowania tak ważnej dla osoby ludzkiej i dla ludzkości kwestii jaką jest transplantacja⁴⁸². W teologii chrześcijańskiej życie, a co z tym związane jego ratowanie uznawane jest za wartość najwyższą⁴⁸³. W związku z tym kluczowe wydaje się pytanie, dlaczego pomimo oficjalnego przychylnego stanowiska Kościoła wobec transplantacji to właśnie studenci teologii są jej najbardziej przeciwni? Głosem w dyskursie społecznym dotyczącym medycyny transplantacyjnej, którym można tłumaczyć uzyskany wynik, jest ten należący do dominikanina ojca Jacka Norkowskiego, który podważając kryterium śmierci mózgu twierdząc, że „śmierć mózgowa została wymyślona po to, żeby można było pobierać organy”⁴⁸⁴ może wpływać/kreować postawy przeciwne transplantacji. Stanowisko to z racji osadzenia w kontekście religijnym może być najbardziej znane właśnie studentom teologii.

Najbardziej skrajne wyniki, co do postawy wobec transplantacji osiągnęli studenci medycyny. Postawy przychylne tej metodzie leczenia prezentowało 3% przyszłych lekarzy. Z jednej strony warte odnotowania jest to, że ta grupa studentów charakteryzuje się najwyższym poziomem wiedzy z zakresu transplantacji spośród wszystkich badanych grup studentów. Z drugiej strony postawy antytransplantacyjne posiada aż 6% badanych studentów medycyny. Wynik ten może być odzwierciedleniem negatywnej tendencji zaobserwowanej wśród lekarzy – grupy zawodowej, do której aspirują studenci, związanej nie tyle z kwestiami medycznymi, co społecznymi uwarunkowaniami (jak brak dobrej woli lekarzy oraz ich strach przed odpowiedzialnością⁴⁸⁵) towarzyszącymi zagadnieniu transplantacji.

⁴⁸¹ S. Machnicka, M. Tkaczyk, op. cit., s. 227.

⁴⁸² S. Gulak, op. cit., s. 32.

⁴⁸³ Zob. A. Modlińska, P. Krakowiak, op. cit., s. 26–44; E. Antos, M. Zelman, op. cit., s. 8.

⁴⁸⁴ Zob. Polak boi się przeszczepów, „Gazeta.pl”, <http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,4102723.html> (31.03.2018)

⁴⁸⁵ Zob. Polak boi się przeszczepów, „Gazeta.pl”, <http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114873,4102723.html> (dostęp: 31.03.2018).

Brak zróżnicowania postaw studentów pierwszych i ostatnich lat studiów świadczy o tym, że w toku edukacji akademickiej nie nastąpiła znacząca zmiana w postrzeganiu przez młodzież zjawiska transplantacji, co można odebrać jako pewne wskazanie do modyfikacji programów nauczania studentów, w kierunku ich wzbogacenia o treści dotyczące nowych form leczenia ludzi. Działania inicjujące dyskusje na temat tak ważnego zjawiska społecznego jest raczej minimalna. Uczelnia, jako miejsce kształcenia przyszłych elit społecznych powinna się wkomponować w ten dyskurs. Za E. Guzik-Makaruk można powiedzieć, że „prowadzenie akcji edukacyjnej powinno należeć do organów państwowych, zaś kościół i inne związki wyznaniowe czy szeroko rozumiane organizacje pozarządowe powinny tylko wspierać działalność agend rządowych”⁴⁸⁶ i edukacyjnych.

Badania wykazały, że istnieje pewna niepokojąca zależność między postawami badanych studentów wobec transplantacji a ich poziomem religijności. Osoby deklarujące się jako wierzące i regularnie praktykujące wykazały stosunkowo największy sceptycyzm wobec transplantacji. Może to wynikać z niejednoznaczności interpretacji tego zjawiska prezentowanej przez środowisko osób duchownych oraz niewystarczającym promowaniu pozytywnego stanowiska Kościoła, co do tej metody leczenia. Taki wynik jest sprzeczny z innymi badaniami m.in. M. Feliksiaka, które ukazują, że „religijność mierzona częstością udziału w praktykach religijnych nie wpływa znacząco na decyzję w tej sprawie. Można, co prawda zauważyć, że najczęściej praktykujący nieco częściej (niż wcale niepraktykujący) byłiby przeciwni oddaniu narządów po śmierci, niemniej różnice te są raczej korelatem wieku”⁴⁸⁷. W związku z tym, że transplantacje są szczególną metodą leczenia dotykającą nie tylko natury medycznej, prawnej, społecznej, ale także w znacznym stopniu transcendentalnej, uzyskany wynik może stanowić przesłankę do interdyscyplinarnej dyskusji i współpracy wszystkich zaangażowanych w tę tematykę środowisk w celu edukacji zdrowotnej społeczeństwa w zakresie promowania idei donacji.

Ogólny wskaźnik postawy badanych studentów wobec problemu transplantacji był wypadkową wyników osiągniętych w zakresie trzech jej komponentów: komponentu poznawczego – Wiedzy, komponentu uczuciowo-motywacyjnego – Uczuć oraz komponentu behawioralnego – Zachowań. Badania dowiodły, że na typ postawy wobec transplantacji mają wpływ wszystkie jej komponenty.

Ostateczny wskaźnik postawy badanych w największym stopniu jest warunkowany poziomem deklaracyjnych zachowań, w drugiej kolejności poziomem wiedzy, w mniejszym

⁴⁸⁶ E.M. Guzik-Makaruk, op. cit., s. 290.

⁴⁸⁷ Ibidem, s. 2.

stopniu natomiast stosunkiem uczuciowo-motywacyjnym. Wpisuje się to w salutogenetyczną teorię A. Antonovskiego holistycznego myślenia zarówno o zdrowiu jak i o chorobie. Ten sposób myślenia o zdrowiu (model zdrowia społeczno-ekologiczny) akcentuje holistyczną wizję człowieka jako centralnej postaci oraz wzajemne relacje/powiązania człowieka ze środowiskiem⁴⁸⁸. Podkreślając znaczenie roli aktywności człowieka przejawiającej się w konkretnych jego działaniach na rzecz zdrowia. Postrzeganie swojego zdrowia jako zasobu indywidualnego, ale także społecznego (odzwierciedlający wysoki poziom poczucia koherencji), daje możliwość rozumienia donacji komórek, tkanek, narządów jako swojego wkładu w budowanie dobra, zdrowia innego człowieka, ale potencjalnie także swojego. Poczucie zrozumiałości może umożliwić tłumaczenie, tego że w chwili indywidualnej śmierci, to co nie będzie już potrzebne jednostce może być cennym darem dla innych, poczucie zaradności może wpływać na zdolność do podjęcia decyzji o donacji a poczucie sensowności (co podkreśla wiele osób decydujących się na pośmiertną donację oraz osób bliskich, którzy godzą się na pobranie narządów od zmarłych członków rodziny) sprawi, że w perspektywie zgody na przekazanie komórek, tkanek, narządów „śmierć człowieka nabiera sensu”⁴⁸⁹.

Uzyskane wyniki badań dotyczące wzajemnej zależności poszczególnych komponentów postawy badanych studentów wobec transplantacji, są zgodne z teorią uzasadnionego działania M. Fishbeina i I. Ajzena⁴⁹⁰, która zakłada, że u podstaw ludzkiego zachowania leży posiadana wiedza (procesy poznawcze), a podejmowane zachowanie jest racjonalne. Wynik dotyczący warunkowania typu postawy wobec transplantacji przez poziom wiedzy badanych studentów, uważam za jednoznacznie potwierdzający konieczność wdrożenia edukacji zdrowotnej z zakresu transplantacji w system edukacji akademickiej.

Ważność komponentu uczuciowo-motywacyjnego w procesie budowania postawy wobec transplantacji, akcentują teorie m.in: warunkowania klasycznego, warunkowania instrumentalnego oraz zjawisko ekspozycji⁴⁹¹. Widoczna niejednoznaczność w determinowaniu postaw jakie przejawiają badani studenci wobec tej metody leczenia, przez ich poziom Uczuć może wynikać z braku bezpośrednich doświadczeń badanej młodzieży w temacie transplantacji. W myśl przywoływanych z teorii korelacji pomiędzy ekspozycją obiektu na bodziec i związanym z tym odczuwaniem wzmocnień pozytywnych bądź negatywnych, w rezultacie prowadzi to do wykształcenia się postawy pozytywnej lub

⁴⁸⁸ Zob. K. Borzucka-Sitkiewicz, op. cit., s. 13; E. Syrek, *Zdrowie...*, s. 46; D. Sereżyńska, op. cit, s. 12.

⁴⁸⁹ Częsta odpowiedź udzielana przez respondentów w badaniach realizowanych w ramach dysertacji.

⁴⁹⁰ Por. J.H. Turner, op. cit.

⁴⁹¹ Zob. B. Wojciszke, op. cit., s. 81-82.

negatywnej względem obiektu. W przypadku transplantacji ludzie doświadczają silnych, skumulowanych emocji. Jednocześnie muszą zmierzyć się albo z długotrwałą, zagrażającą życiu chorobą własną lub bliskiej osoby, lub z zazwyczaj nagłą śmiercią członka rodziny i w takiej złożonej emocjonalnie sytuacji pojawia się kwesta transplantacyjna. Zatem w przypadku przeszczepów ekspozycja obiektu na bodźce emocjonalne przybiera wyjątkowy charakter i tym tłumaczę niejednoznaczność uzyskanych wyników co do warunkowania postawy badanych studentów wobec transplantacji poziomem komponentu uczuciowo-motywacyjnego.

Największą rolę komponentu behawioralnego w kreowaniu postawy badanych studentów wobec transplantacji, w świetle prezentowanych wyników badań, wyjaśnia teoria autopercepcji postaw D. Bema⁴⁹². Według niej pozytywne zachowanie wobec danego obiektu może stanowić najważniejszą przesłankę do wnioskowania o pozytywnej postawie jednostki wobec obiektu. Podobnie działania skierowane przeciwko jakiemuś obiektowi prowadzą do wniosku, że go nie lubimy⁴⁹³. Można zatem wnioskować, że deklarowane zachowania badanych, mogą zmierzać do konstrukcji ich postawy wobec idei donacji. W tym miejscu chcę podkreślić, że wyniki badań dotyczą wyłącznie deklaracyjnych zachowań badanych studentów wobec tej metody leczenia. Należy pamiętać, że istnieje obserwowana w skali globalnej rozbieżność między deklarowanymi zachowaniami wobec donacji a realnym poziomem dawstwa komórek, tkanek, narządów. Poszukując sposobów na zmniejszanie rozbieżności pomiędzy deklarowanym, a realnym dawstwem narządów, wielu autorów zwraca uwagę na to, że transplantacja i jej korzyści terapeutyczne nie są możliwe bez współpracy i wsparcia dla lekarzy, i innych pracowników służby zdrowia ze strony rządu i społeczeństwa, jako całości⁴⁹⁴.

Wzajemne zależności między poszczególnymi komponentami wykazały, że wysoki poziom wiedzy badanych wprost proporcjonalnie warunkuje bardziej protransplantacyjne deklaracje zachowań. Te wyniki uważam za najlepszą rekomendację na rzecz edukacji zdrowotnej w zakresie transplantacji. Natomiast poziom komponentu poznawczego oraz behawioralnego jest odwrotnie proporcjonalnie zależny od poziomu komponentu uczuciowo-motywacyjnego badanych wobec transplantacji. Można zatem wyciągnąć wniosek, że w świetle prezentowanych wyników badań, o ile wysoka wiedza badanych osób na temat transplantacji warunkuje pozytywną globalną postawę i deklaratywne zachowania

⁴⁹² Ibidem, s. 83.

⁴⁹³ Ibidem, s. 83.

⁴⁹⁴ Zob. D. McGlade, B. Pierścioneck, op. cit.

protransplantacyjne, o tyle nie decyduje o bardziej przychylnym stosunku uczuciowo-motywacyjnym. Również deklaracja zachowań protransplantacyjnych nie przekłada się na pozytywny stosunek badanych wobec transplantacji. Potwierdza to wcześniej prezentowany postulat pracy edukacyjnej wobec młodzieży, w którym nacisk będzie kładziony nie tylko na dostarczanie wiedzy na temat transplantacji, ale również próbę nadania temu odpowiedniej rangi przez przybliżanie pozytywnych społecznych wymiarów stosowania takiej metody leczenia.

Określenie poziomu uzyskanego przez badanych studentów w zakresie poszczególnych komponentów postaw stanowiło uszczegółowienie problematyki badawczej. Z badań wynika, że większość badanych studentów (76%) posiada przeciętny (średni), poziom wiedzy w zakresie transplantacji. Wyniki skrajne prezentują się podobnie, gdyż tylko 13% badanych studentów posiada wysoki poziom wiedzy o transplantacjach. Podobny odsetek badanych studentów (12%) odznacza się niskim poziomem wiedzy na ten temat. Czynnikiem różnicującymi poziom wiedzy badanych studentów wobec transplantacji według uzyskanych wyników okazały się kierunek i rok studiów oraz fakt występowania w rodzinie choroby przewlekłej.

Zwracając uwagę na wyniki skrajne chcę podkreślić, że najwyższym poziomem wiedzy z zakresu transplantacji charakteryzowali się studenci medycyny (26% ogółu badanej grupy ma wysoki poziom wiedzy o transplantacji), zaś 12 % studentów pedagogiki ma niski poziom wiedzy z zakresu transplantacji. Taki rozkład wyników badań można tłumaczyć tym, że studenci medycyny są zaznajamiani już od pierwszych lat studiów z problematyką transplantacyjną, w związku z tym posiadają nieco wyższy poziom wiedzy w porównaniu ze studentami innych kierunków studiów. Wynik badania studentów pedagogiki ukazuje lukę programową i konieczność poruszania problemów transplantacji w toku nauczania osób, które potencjalnie będą odpowiedzialne za edukację i wychowanie młodych pokoleń. Najważniejszą wartością w życiu człowieka jest bowiem zdrowie, co deklaruje 66% Polaków, według wyników badań przeprowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny w pierwszej połowie 2015 roku⁴⁹⁵. Zaobserwowane w toku analizy badania zmiany postaw młodzieży akademickiej wobec transplantacji (szczególnie studentów pedagogiki), oprócz informacji diagnostycznej implikują do przedstawienia przesłanek prognostycznych. Ukazane „luki

⁴⁹⁵ Zob. Główny Urząd Statystyczny, *Najważniejsze dla Polaków jest zdrowie i rodzina*, Polska Agencja Prasowa, 2015, <http://www.pap.pl/aktualnosci/news,435819,gus-najwazniejsze-dla-polakow-jest-zdrowie-i-rodzina.html> (dostęp: 03.07.2017).

w systemie” dają szansę na ich twórcze zagospodarowanie np. przez prezentowanie modelowych zachowań pożądanych społecznych.

Studenci ostatniego roku studiów posiadają wyższy poziom wiedzy na temat transplantacji, w porównaniu do studentów z pierwszego roku. Ten wynik może świadczyć o tym, że uwrażliwienie na problematykę donacji jest związane z większym doświadczeniem życiowym wyższych roczników studentów oraz do pewnego stopnia efektywności edukacji akademickiej w tym zakresie. Potwierdzają to badania m.in. M. Feliksiaka na reprezentatywnej próbie losowej dorosłych Polaków, z których wynika, że niechęć do bycia dawcą narządów po śmierci jest warunkowana przede wszystkim wiekiem oraz poziomem wykształcenia. Według tego autora „na ogół to najstarsi respondenci, częściej niż pozostali, są temu przeciwni. Na pobranie narządów stosunkowo często nie zgadzają się również osoby najslabiej wykształcone”⁴⁹⁶. Potwierdza to, iż czas edukacji akademickiej może być kluczowy w procesach kształtowania postaw wobec ważnych zjawisk i problemów społecznych.

Z badań wynika, że badani studenci z doświadczeniem choroby przewlekłej w rodzinie prezentują nieznacznie wyższą wiedzę z zakresu transplantacji, w stosunku do grupy osób, która takich doświadczeń nie posiada. Analizując badania N. Woderskiej, można wnioskować, że „istnieje zależność pomiędzy rozmową w gronie rodziny na temat transplantacji a podjęciem pozytywnej decyzji na oddanie własnych narządów do transplantacji. Istnieje zależność pomiędzy rozmową w gronie rodziny na temat transplantacji, a znajomością decyzji ich członków wobec akceptacji lub sprzeciwu oddania własnych narządów do transplantacji”⁴⁹⁷. Wynik ten potwierdza, że doświadczanie przewlekłej choroby w rodzinie niejako wymusza na wszystkich jej członkach zdobywanie wiedzy na temat różnych metod leczenia (m.in. z wykorzystaniem przeszczepów), natomiast sam jej poziom wśród badanych z tej grupy wydaje się dalece niewystarczający.

Badania dowiodły, że zdecydowana większość badanych osób (94%) posiada ambiwalentny stosunek uczuciowo-motywacyjny wobec transplantacji. Uzyskane wyniki uznają za zaskakujące, gdyż wśród młodzieży akademickiej, (która w założeniu stanowi elitę danego pokolenia) tylko 1,2% ma wyraźnie pozytywny stosunek wobec zjawiska transplantacji. Jednocześnie 5% respondentów charakteryzuje się stosunkiem negatywnym wobec metody leczenia będącej szansą na zachowanie zdrowia i życia ludzi, w przypadku których inne procedury medyczne nie gwarantują pozytywnych efektów. Uzyskane wyniki

⁴⁹⁶ *Postawy wobec przeszczepiania narządów, komunikat CBOS*, M. Feliksiak (oprac.), Warszawa 2012 (lipiec), s. 2.

⁴⁹⁷ N. Woderska, op. cit., s. 11.

wskazują na wyraźną lukę w zakresie promowania idei transplantacji w środowisku akademickim, jako ważnej z punktu widzenia interesu społecznego i pozytywnej metody leczenia.

Czynnikami różnicującymi w sposób statystycznie istotny stosunek uczuciowo-motywacyjny badanych studentów wobec transplantacji były: płeć badanych, kierunek studiów, rok studiów, występowanie choroby przewlekłej w rodzinie.

Z badań wynika, że najwięcej osób zarówno kobiet, jak i mężczyzn posiada średni poziom Uczuć wobec transplantacji, co odpowiada uczuciom ambiwalentnym wobec przeszczepów (odpowiednio kobiety – 94% a mężczyźni – 89%). Niepokojąco niski wynik w zakresie pozytywnego stosunku uczuciowo-motywacyjnego prezentowała zarówno grupa badanych kobiet (2%), jak i mężczyzn (3%). Natomiast stosunek uczuciowo-motywacyjny na poziomie niskim – negatywny, prezentowała grupa 4% kobiet i ponad dwukrotnie większa grupa mężczyzn (9%). Świadczy to o większej wrażliwości na problem transplantacji przejawiany przez kobiety, w odróżnieniu od większego sceptycyzmu przejawianego przez grupę badanych mężczyzn. Wyniki uzyskane przez badane kobiety wskazują na ich mniejsze zróżnicowanie i generalnie bardziej przychylny stosunek wobec transplantacji niż ma to miejsce w przypadku badanych mężczyzn. Taki wynik jest zgodny w tymi uzyskanymi przez innych badaczy⁴⁹⁸, i wskazuje na istnienie statystycznego związku pomiędzy poziomem Uczuć/ stosunkiem uczuciowo- motywacyjnym badanych wobec transplantacji a ich płcią.

Badania wykazały zróżnicowanie stosunku uczuciowo-motywacyjnego wobec zjawiska transplantacji, ze względu na rok studiów. Badani studenci pierwszych lat charakteryzują się bardziej pozytywny stosunkiem uczuciowo-motywacyjnym wobec transplantacji niż ich starsi koledzy. Można zatem założyć, że taki wyniki jest potwierdzeniem konieczności wprowadzenia w tok i program studiów przedmiotów wpisujących się w dyskusję dotyczącą zjawiska transplantacji a przede wszystkim nie tylko przybliżający wiedzę na temat tego zjawiska, ale nadając mu ważniejszą, przychylniejszą rangę.

Kolejnym zaskoczeniem były wyniki ukazujące, że największy procentowy udział w wysokim poziomie Uczuć, co odpowiada pozytywnemu stosunkowi uczuciowo-motywacyjnemu wobec transplantacji, mają osoby, które nie zetknęły się w domu rodzinnym z chorobą przewlekłą. Wbrew wcześniejszym przypuszczeniom, doświadczenie ciężkiej

⁴⁹⁸ P. Mithra, P. Ravindra, B. Unnikrishnan, T. Rekha, T. Kanchan, N. Kumar, M. Papanna, V. Kulkarni, R. Holla, K. Divyavaraprasad, op. cit.

choroby w rodzinie nie wpłynęło na kształtowanie pozytywnych postaw badanej młodzieży akademickiej wobec transplantacyjnych metod leczenia.

W zakresie kierunku studiów, studenci pedagogiki odznaczali się najbardziej przychylnym stosunkiem wobec problemu transplantacji, w odróżnieniu od najbardziej sceptycznego stosunku przejawianego przez studentów teologii.

Uzyskane wyniki badań są optymistyczne, gdyż 75% badanych studentów deklaruje protransplantacyjne zachowania. Deklaracji zachowań przeciwnych, czyli antytransplantacyjnych, w badanej grupie było niewiele ponad 1%, natomiast pośrednich, ambiwalentnych 23%. Uzyskane wyniki wpisują się w ogólnoświatową tendencję wysokiej deklaratywności zachowań protransplantacyjnych⁴⁹⁹. Trzeba oczywiście wziąć pod uwagę, że są to jedynie deklaracje, rzadko w przypadku badanych osób realizowane w rzeczywistości społecznej.

Czynnikami różnicującymi poziom uczuć badanych studentów wobec transplantacji okazały się jedynie dwie zmienne niezależne: rok i kierunek studiów. Największy procentowy udział w wysokim poziomie Zachowań (interpretowane jako zachowania protransplantacyjne) przejawiają studenci prawa i medycyny, w odróżnieniu od studentów teologii przejawiających postawę w najwyższym stopniu antytransplantacyjną. Taki wynik odzwierciedla wcześniej obserwowane tendencje instytucji Kościoła, jako elementu wzbudzającego dystans i sceptycyzm wobec takich sposobów leczenia. Wynik istotnie statystycznie różniący, przejawiali również studenci pierwszych i ostatnich lat studiów. Ci ostatni przejawiali postawy bardziej protransplantacyjne w stosunku do swoich młodszych kolegów, którzy prezentowali w większym stopniu ambiwalentne zachowania. Można z tego wnioskować, że w toku kształcenia akademickiego młodzi ludzie zdobywają wyższy poziom otwartości oraz kierunek zachowań protransplantacyjnych (przynajmniej deklaratywnie). Pozostałe zmienne, czyli stan cywilny, występowanie choroby przewlekłej w rodzinie, poziom religijności i płeć, nie różnicowały w sposób istotny statystycznie wyników badań dotyczących rodzaju deklaracyjnych zachowań wobec transplantacji.

Badania przeprowadzone w oparciu o wyselekcjonowane trzy podskale komponentu Zachowania, prezentujące deklaratywne zachowania badanych w zakresie: transplantacji dotyczących bliskich, dotyczących samych osób badanych oraz dotyczących

⁴⁹⁹ Zob. P.K. Li, C.K. Lin, P.K. Lam i wsp., op. cit., s. 98–103; zob. też: B. Scandroglio, B. Dominguez-Gil, J.S. Lopez, M.O. Valentin, M.J. Martin, E. Coll, J.M. Martinez, B. Miranda, M.C. San Jose, R. Matesanz, op. cit., s. 1-9; J.M. Martinez, A. Martin, J.S. López, op. cit., s. 401–406; B. Gorzkowicz, W. Majewski, E. Tracz, E. Zamojska, J. Czarnota-Chlewicka, W. Brzózka, M. Maksymowicz, M. Szydlik, K. Szymańska, S. Bilski, N. Szankowska, op. cit., s. 111-116; zob. ponadto: H. Streng, op. cit., s. 327–332; zob. też: S. Sanavi, R. Afshar, A.R. Lotfizadeh, A. Davati, op. cit.

ksenotransplantacji, wykazały, że najczęściej badanych deklaruje zachowania protransplantacyjne w przypadku: transplantacji dotyczącej bliskich oraz transplantacji dotyczącej samych badanych. W przypadku zachowań odnoszących się do ksenotransplantacji deklaracje osiągają taką samą wartość dla zachowań ambiwalentnych i protransplantacyjnych. Taki wynik odzwierciedla nastroje obserwowane społeczne, w których ksenotransplantacja budzi najczęściej kontrowersji, wynikających często z niezrozumieniem specyfiki takiej metody leczenia.

Z badań wynika, że bardziej przychylny stosunek wobec transplantacji dotyczącej bliskich mają badane kobiety, grupa mężczyzn natomiast posiada bardziej protransplantacyjnym deklaracje zachowań w zakresie ksenotransplantacji oraz transplantacji dotyczącej osób badanych. Różnicę istotną statystycznie można było zaobserwować w przypadku transplantacji dotyczącej bliskich, gdzie badane kobiety zaprezentowały dużo przychylniejsze postawy w tym zakresie. Drugą analizowaną zmienną był kierunek studiów. Wyniki badań ukazują tendencję silniej protransplantacyjnych deklaracyjnych zachowań dotyczących bliskich i samych osób badanych, prezentowanych przez studentów pedagogiki i prawa. W zakresie deklaracji dotyczących ksenotransplantacji widoczna jest duża rozbieżność pomiędzy studentami medycyny (protransplantacyjne) a studentami teologii (antytransplantacyjne). Odzwierciedla to wcześniej już omawiane tendencje. Statystycznie istotne różnice dotyczyły również zmiennej rok studiów. Zaprezentowane wyniki badań ilustrują silniejszą tendencję postaw protransplantacyjnych we wszystkich trzech podskalach komponentu Zachowań przejawianą przez studentów ostatnich lat studiów w stosunku do postaw prezentowanych przez młodsze roczniki studentów. Świadczy to o tym, że większa dojrzałość wynikająca z wieku w połączeniu z większą pulą doświadczeń wybudza u młodzieży postawy bardziej przychylne takim metodom leczenia. Z badań można również wnioskować, że występowanie choroby przewlekłej w rodzinie zwiększa poziom postaw silniej protransplantacyjnych prezentowanych przez członków tych rodzin w zakresie wszystkich trzech rodzajów transplantacji (dot. bliskich, dot. badanych, ksenotransplantacje) w stosunku do osób niedoświadczających tego typu problemu w rodzinie. Taki obraz nie zaskakuje, gdyż problem choroby wśród bliskich powoduje uwrażliwienie na różne metody leczenia i w sposób naturalny zmienia zakres postawy na jej wymiar przychylności (co ilustrują omawiane wyniki badań). Zmienna – stan cywilny – nie różnicowała w sposób istotny statystycznie obrazu podskal komponentu Zachowania. Widoczne są tylko pewne tendencje bardziej sceptycznej postawy wobec ksenotransplantacji w przypadku badanej grupy osób deklarujących się jako żonaty/mężatka, przy jednoczesnej największej

przychylności wobec transplantacji dotyczącej ich samych. Najbardziej protransplantacyjne deklaracje zachowań wobec bliskich prezentowała natomiast grupa osób deklarujących funkcjonowanie w wolnym związku. Poziom religijności badanych osób nie różnicuje znacząco ich postaw wobec transplantacji dotyczącej bliskich i ich samych. Natomiast w zakresie deklaracyjnych zachowań wobec ksenotransplantacji zauważalna jest postawa silniej protransplantacyjna osób deklarujących się jako niewierzący i niepraktykujący, w stosunku do pozostałych grup. To kolejna przesłanka ukazująca zdystansowany rodzaj postawy przejawiany przez osoby deklarujące się jako wierzące i praktykujące. Mimo poparcia dla technik medycyny transplantacyjnej także ksenotransplantacji (przeszczepów międzygatunkowych), etycy katoliccy wyrażają zaniepokojenie możliwością ingerencji w istotę człowieczeństwa przez przekroczenie bariery gatunkowej na skutek tego typu działania⁵⁰⁰. Koresponduje to z wynikami ukazanymi w badaniach m.in. M. Nowickiego, że „religia jest istotnym czynnikiem kształtującym rozwój transplantologii w danym kraju”⁵⁰¹. Przykładem niejednoznaczności przesłania dotyczącego zjawiska transplantacji są analizy Katechizmu Kościoła Katolickiego, wyjaśniające, że „jest rzeczą moralnie niedopuszczalną bezpośrednie powodowanie trwałego kalectwa lub śmierci jednej istoty ludzkiej, nawet gdyby miało przedłużyć życie innych osób”⁵⁰², która przez wielu może być odebrana jako przejaw postaw antytransplantacyjnych, w moim odczuciu niezgodnie z intencją autorów takich poglądów.

Zaprezentowane wyniki ukazują wyraźną lukę w zakresie kształtowania odpowiednich postaw wobec różnych typów transplantacji w warstwie dobrych praktyk i przykładów konkretnych zachowań, które mogłyby stanowić inspiracje dla młodego pokolenia ludzi. Przede wszystkim uzyskane wyniki wskazują na konieczność wdrożenia edukacji zdrowotnej z zakresu tematyki transplantacyjnej. Jednakże rozpoznanie stanu edukacji zdrowotnej w zakresie upowszechniania transplantacji w świetle opinii badanych studentów nie przedstawia się optymistycznie. Niemal $\frac{3}{4}$ badanych nigdy nie uczestniczyło w kursach czy szkoleniach, w których przekazywano wiedzę dotyczącą transplantacji. Ponadto 61% badanych studentów zadeklarowało, że nie są oni zainteresowani pogłębianiem wiedzy w tym zakresie. Taki wynik potwierdza, jak ważne jest nie tylko dostarczanie wiedzy, podanie jej w atrakcyjnej formie, ale też rozbudzanie ciekawości poznawczej młodego pokolenia dotyczącej ważnych problemów społecznych. Tym bardziej, że jak wskazują uzyskane

⁵⁰⁰ B. Wójcik, *Etyczne aspekty transplantacji serca*. „Kardiochirurgia Torakochirurgia Polska”, t. I, nr 4., s. 134-36.

⁵⁰¹ M. Nowicki, op. cit.

⁵⁰² Zob. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, op. cit., s. 32.

wyniki, sami badani studenci nadają edukacji zdrowotnej w zakresie transplantacji wysoką rangę. Większość badanych (82%) uważa, że posiadanie wiedzy z zakresu transplantacji może mieć znaczenie dla decyzji jednostki o dawstwie narządów. O skali wyzwania jakie stoi przez edukacją zdrowotną z zakresu transplantacji świadczą wyniki, według których jedynie 39% badanych studentów deklaruje, że jest zainteresowanych poszerzeniem swojej wiedzy dotyczącej tematyki transplantacyjnej. Tym istotniejsze wydają się aktualne procedury, dotyczące kwestii rozwoju i promocji transplantacji, zawarte w rządowym dokumencie, jakim jest Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011-2020⁵⁰³. Jednym z głównych celów tej strategii jest „upowszechnianie wiedzy w społeczeństwie dotyczącej leczenia przeszczepianiem komórek, tkanek i narządów oraz promocja idei dawstwa komórek, tkanek, narządów”⁵⁰⁴.

7.2. Rekomendacje dla praktyki edukacyjnej

Edukacja zdrowotna nawiązująca do problematyki transplantacji, powinna polegać na przekazywaniu wiedzy naukowej odnoszącej się do poruszanego zagadnienia jednakże, co istotne powinna być prowadzona w dyskursie interdyscyplinarnym. Prowadzone w taki sposób dyskusje naukowe pozwolą na skuteczne kształtowanie świadomości społecznej w tym zakresie.

Wyniki badań dotyczących źródeł wiedzy na temat transplantacji, pozwalają na sformułowanie kilku wniosków natury prognostycznej. Z punktu widzenia efektywności edukacji w tym zakresie warto wykorzystać najpopularniejsze kanały komunikacyjne odbierane przez młodych ludzi jako podstawowe źródło informacji, czyli Internet i telewizję. Umiejętnie zrealizowane kampanie informacyjne wykorzystujące te media, odpowiednie pozycjonowanie stron informacyjnych, ich atrakcyjna forma przekazu, nacisk na przedstawienie profitów z takich sposobów leczenia, mogłoby wpłynąć na silniej protransplantacyjne postawy młodzieży, które byłyby konsekwencją zwiększonego poziomu wiedzy na ten temat. Wykorzystując znaczenie grupy rówieśniczej, którą potwierdziły przedstawiane badania, w połączeniu z powszechnością Internetu jako środka podstawowej komunikacji rówieśniczej mogłaby dodatkowo wzmocnić taki rodzaj propagowania donacji

⁵⁰³ Uchwała Rady Ministrów nr 164/2010 z dnia 12 października 2010r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2011 – 2020 pod nazwą *Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011-2020*, s. 7, http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0017/5606/2progrtransplant_20130430.pdf. (dostęp: 10.05.2015).

⁵⁰⁴ Ibidem.

narządów i tkanek, konsekwencji takich działań i profitów natury medycznej, emocjonalnej i etyczno-moralnej. Warto byłoby też wykorzystać zaznaczającą się w badaniach potrzebę sygnalizowaną przez respondentów na zwiększenie roli tradycyjnych instytucji edukacyjnych tj. szkoła i uczelnia, w inicjowaniu i moderowaniu dyskusji na temat tak kontrowersyjnych zjawisk społecznych (a z takim odbiorem spotyka się często temat transplantacji). Mała liczba osób deklarujących przestrzeń rodzinną jako miejsce, w którym zdobywają informacje na temat transplantacji świadczy o istnieniu blokad komunikacyjnych w przekazie międzypokoleniowym. Potrzebne są zatem działania kierowane nie tylko do samej młodzieży, ale też do całego systemu rodzinnego, by aktualne problemy społeczne (również z zakresu transplantacji) stały się obecne w dyskusjach tej podstawowej grupy odniesienia. Kwestia rodzinnych uwarunkowań kształtowania postaw wobec transplantacji podjęta została w europejskich badaniach prowadzonych w latach 2002, 2006 i 2009 roku wśród obywateli 30 państw europejskich przez Eurobarometr. W ostatnim badaniu, na pytanie „Czy kiedykolwiek rozmawiałeś ze swoją rodziną na temat pobierania i przeszczepiania narządów?” Jedynie 32% Polaków odpowiedziało twierdząco. Stawia to nasz kraj na 18 pozycji spośród 30 przebadanych państw⁵⁰⁵. To wzmacnia poczucie słuszności rekomendowanych działań kierowanych w stronę najważniejszego środowiska życia człowieka jaką jest rodzina.

Niepokojąco niski odsetek osób deklarujących, że Kościół i osoby duchowne stanowią dla nich źródło informacji o transplantacji świadczy o kryzysie tej instytucji, który w przeszłości był podstawowym źródłem wykładni ocen etycznych i moralnych. Być może wynika to z małej obecności tematów około medycznych w przekazach Kościoła, niejasnej i niejednoznacznej prezentacji wykładni, która mogłaby stanowić drogowskaz potencjalnych postaw i zachowań wiernych, a przez to zwiększyłoby przychylność do dawstwa narządów i tkanek.

Na podstawie przeprowadzonych badań i analizie literatury przedmiotu stwierdzam, że konieczne jest wprowadzenie interdyscyplinarnego programu w ramach działań z zakresu edukacji zdrowotnej na poziomie kształcenia akademickiego, w ramach którego studenci mieliby możliwość zdobycia wiedzy przede wszystkim z zakresu:

- aktualnej wiedzy na temat transplantacji oraz możliwości, które stwarza ta metoda leczenia w podnoszeniu jakości życia ludzi;
- zasad orzekania zgonu opartych na kryterium śmierć mózgu;

⁵⁰⁵ Eurobarometr, *Organ donation and transplantation*, June 2010, 8, https://ec.europa.eu/health/blood_tissues_issues/organs/eurobarometers_en (dostęp: 02.02.2017).

- przepisów prawnych w tym przede wszystkim zasady zgody domniemanej, warunków donacji *ex vivo*, norm dotyczących alokacji transplantów oraz penalizacji handlu narządami;
- stanowisk głównych religii oraz różnych interpretacji ich doktryn co do tej metody leczenia.

Studenci w ramach cyklu kształcenia powinni zapoznać się także z głównymi problemami natury etycznej, moralnej jakie pojawiają się w dyskursie naukowym i społecznym w kontekście transplantacji. Uważam, że ważnym elementem takiego programu edukacyjnego byłoby umożliwienie bezpośredniego spotkania studentów z osobami, dla których przeszczep to realne doświadczenie, wpływające na zmianę życia zarówno biorców, dawców jak i ich rodzin.

Zakończenie

Przedstawiony projekt badawczy był próbą osadzenia problematyki transplantacji w nurcie pedagogiki społecznej i pedagogice zdrowia. Analiza literatury przedmiotu, wyniki zrealizowanych przeze mnie badań oraz pochodzące z badań innych autorów, potwierdzają, że pomimo utrzymującej się wysokiej deklaratywnej społecznej woli donacji, głównym, globalnym problemem medycyny transplantacyjnej jest zbyt mała liczba pobrań narządów. Należy pamiętać, że mimo doskonałego (z punktu widzenia transplantologii) prawa obowiązującego w Polsce (funkcjonuje model zgody domniemanej, więc każdy, kto nie zapisze się w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów jest potencjalnym dawcą) w rzeczywistości decydujący głos w sprawie pośmiertnego dawstwa należy do rodziny zmarłej osoby. W zdecydowanej większości polskich rodzin nie rozmawia się na ten, jakże społecznie ważny, temat. Jak zauważa Paweł Czarnecki „większość z nas nie spotyka się w życiu z koniecznością podjęcia decyzji np. o przekazaniu organu do przeszczepu, dokonaniu aborcji, lub poddaniu się zabiegowi in vitro, wszyscy natomiast żyjemy w pewnej atmosferze intelektualnej, w której trudno jest określić własną tożsamość bez zajęcia stanowiska wobec takich właśnie kwestii”⁵⁰⁶. Powszechnie wiadomo, że aby dokonać oceny danego zjawiska, problemu, zbudować postawę wobec niego, konieczne jest dysponowanie wiedzą o nim. W tym miejscu po raz kolejny pragnę wskazać na konieczność edukacji społecznej w zakresie transplantacji. Edukacji, która przez dostarczenie wiedzy na temat przeszczepów uwzględniającej jej aspekty medyczne, prawne, społeczne, etyczne czy religijne pozwoli na rzetelne, wolne od uprzedzeń, lęków i stereotypowego myślenia, prowadzenie dyskursu o tej niezwyklej metodzie leczenia, która pozwala wyleczyć nieuleczalne.

Mam świadomość, że w zakresie propagowania idei donacji jest wiele do zrobienia. Są to działania, które adekwatnie do metody leczenia, jaką są transplantacje, także powinny mieć charakter interdyscyplinarny. Dlatego też dostrzegam perspektywę do dalszych prac związanych z tym tematem, polegających na stworzeniu przez interdyscyplinarny zespół, składający się z pedagogów, medyków, prawników i przedstawicieli innych dyscyplin naukowych, programu edukacyjnego, który docelowo powinien być kierowany do realizatorów i odbiorców wszystkich poziomów kształcenia. W perspektywie badawczej

⁵⁰⁶ P. Czarnecki, op. cit., obwoluta.

dostrzegam potrzebę budowy interdyscyplinarnego narzędzia, pozwalającego mierzyć postawy różnych grup społecznych wobec transplantacji.

Bibliografia

Literatura

1. „Poltransplant. Biuletyn Informacyjny” 2016, nr 1 (24), maj http://poltransplant.pl/Download/Biuletyn_2016_www.pdf (dostęp: 01.06.2016).
2. Antonovsky A., *Poczucie koherencji jako determinant zdrowia*, [w:] I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
3. Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
4. Antos E., M. Zelman, *Cultural and religious determinants of organ transplants in Poland and worldwide*, „Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue” 2012, nr 1.
5. Antoszkiewicz K., M. Mańkowski, J. Czerwiński, *Poltransplant*, „Biuletyn Informacyjny” 2016, nr 1 (24), maj.
6. Babbie E., *Badania społeczne w praktyce*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
7. Bajer M., *Trudny dar. O perspektywach i dylematach transplantacji* (wywiad), „Tyg. Powsz.” 1998, <http://www.opoka.org.pl/biblioteka/T/TM/transplantacje.html> (dostęp: 10.03.2015).
8. Bandura A., *Teoria społecznego uczenia się*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
9. Bartoszek A., „*Spór o człowieka*” a praktyka transplantacji. Na marginesie książki Marii Nowackiej *etyka a transplantacje*, „Śląskie Studia Historyczno-Teologiczne” 2004, t. 37, z. 1.
10. Bedyńska S., A. Brzezicka (red.), *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii*, Wydawnictwo Akademika SWPS, Warszawa 2007.
11. Białas A., *Istota i cel nauki – spojrzenie fundamentalisty*, „Pauza Akademicka. Tygodnik Polskiej Akademii Umiejętności” 2011, nr 127.
12. Białek E.D., *Edukacja zdrowotna w praktyce*, Warszawa 2012.
13. Biblia internetowa, *Dzieje Apostolskiej* 15:20, <http://www.biblia-internetowa.pl/Dzieje/15/20.html> (dostęp: 07.06.2017).
14. *Biblia Tysiąclecia Pismo Święte Nowego i Starego testamentu*, Łuk. 22, 51, Jan 18, 10.
15. Biesaga T., *Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci*, [medycynapraktyczna.pl](http://www.medycynapraktyczna.pl) http://www.mp.pl/etyka/kres_zycia/27742,kontrowersje-wokol-nowej-definicji-smierci (dostęp: 05.04.2017).
16. Biesaga T., *Wobec zgody domniemanej i zawłaszczania zwłok do transplantacji*, „Medycyna Praktyczna” 2006, nr 1.
17. Bimbacher D., *Etyczne zagadnienia transplantacji*, „Etyka” 1997, nr 30.
18. Bładkowska E., W. Witczak, *Postawy mieszkańców woj. lubelskiego wobec transplantacji narządów*, „Aspekty zdrowia i choroby” 2017, t. 2, nr 2.
19. Böhner G., M. Wänke, *Postawy i zmiana postaw*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
20. Borzucka-Sitkiewicz K., *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.

21. Bruzzone P., Skróty wykładu wygłoszonego 28 sierpnia 2005 r. w ramach programu Scholar in Residence organizowanego we współpracy ze Stowarzyszeniem ATaRa (na podstawie tłum. M. Krawczyk), Biuletyn Gminy Wyznaniowej Żydowskiej w Warszawie nr 28, <http://poznan.jewish.org.pl/index.php/judaizmcom/Rzecz-o-przeszczepach.html> (dostęp: 07.06.2017).
22. Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych*, wyd. 5, PWN, Warszawa 2004.
23. Brzeziński T., *Etyka lekarska*, Warszawa 2002.
24. Bulicz E., I. Murawow, *Wychowanie zdrowotne*, cz. 1, *Teoretyczne odstawy waleologii*, Politechnika Radomska, Radom 1997.
25. Bullard G., *The World's Newest Major Religion: No Religion*, „National Geographic” 2016, <http://news.nationalgeographic.com/2016/04/160422-atheism-agnostic-secular-nones-rising-religion/> (dostęp: 22.05.2017).
26. Burda K., *Transplantacja - organy od żywych ludzi?*, „Newsweek”, <http://nauka.newsweek.pl/transplantacja-organow-czyli-przeszczepy-czy-istnieje-smierc-mozgu-,artykuly,353657,1.html> (dostęp: 13.01.2015).
27. Byrne P.A., *Brain Death—An Opposing Viewpoint*, “The JAMA Network” 1979, nr 242(18), <http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/367186> (dostęp: 29.03.2017).
28. Chmiel S., *Spoleczne i kulturowe bariery dawstwa narządów w opinii koordynatorów transplantacyjnych*, praca doktorska napisana na Uniwersytecie w Białymstoku w 2014 r., s. 29, http://repozytorium.uwb.edu.pl/jspui/bitstream/11320/2685/1/Chmiel_Sylvia_doktorat.pdf (dostęp: 20.08.2015).
29. Chyrowicz B., *Lęki potencjalnego dawcy*, „Znak” 1998, nr 1.
30. Chyrowicz B., *Prawo do wolności – prawo do daru. O sporze wokół pozyskiwania organów do transplantacji. Wprowadzenie*, [w:] *Transplantacje spór o dar*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2011.
31. Cichobłazińska A., *Mapa religijności Polaków*, „Niedziela Ogólnopolska” 2006, nr 52.
32. Cohen C., *The case for presumed consent to transplant human organs after the death*, “Transplantation Proc” 1992, nr 24.
33. Cymerman I., *Doświadczenie jakości życia. Dylematy rodzin osób oczekujących na przeszczep lub będących po transplantacji organu*, [w:] T. Rostowska, I. Janicka (red.), *Psychologia w służbie rodziny*, Łódź 2003.
34. Czajkowska A., *Nie ma przeszczepów, bo boją się rozmawiać z rodziną*, „Wyborcza.pl” 2011, 29 listopad, http://wroclaw.wyborcza.pl/wroclaw/1,35771,10724586,Nie_ma_przeszczepow__bo_boja_sie_rozmawiac_z_rodzina.html#ixzz3sJue6pNl (dostęp: 07.10.2015).
35. Czarnecki P., *Dylematy etyczne współczesności*, Centrum doradztwa i informacji Difin, Warszawa 2008, s. 100.
36. Demel M., *Przesłanie do uczestników konferencji*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, Krajowy Ośrodek Wsparcia Edukacji Zdrowotnej, Warszawa 2001.
37. Droba D.D., *The Nature of Attitude*, “The Journal of Social Psychology” 1933, nr 4.
38. Duda J., *Transplantacja w prawie polskim. Aspekty kryminologiczne*, Kraków 2004.
39. Duraj-Nowakowa K., *Teoria systemów a pedagogika*, Wydawnictwo Naukowe WSP, Kraków 1992.
40. Eslami H., T. Batool, *Nursing students' attitudes towards brain death and organ transplantation in southeast Iran*, „Transplant Journal of Australasia” 2015, t. 24, nr

- 2, <http://search.informit.com.au/documentSummary;dn=441121091982358;res=IELHEA> (dostęp: 30.10.2015).
41. F.N. House, "American Journal of Sociology" 1934, t. 40, nr 1, <http://www.jstor.org/stable/2768448> (dostęp: 06.09.2016).
 42. Feeley T.H., S. Moon, *Promoting Organ Donation through Public Education Campaigns: A Random-Effects Meta-Analysis*, US Department of Health & Human Sciences, 2014, <https://www.organdonor.gov/dtcp/publicedu.html> (dostęp: 23.07.2017).
 43. Filar M., *Odpowiedzialność karna związana z nieterapeutycznymi czynnościami lekarskimi*, „Prawo i medycyna” 2000, nr 5, s. 4.
 44. Fiutak A., *Prawo w medycynie*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2016.
 45. Gałęska-Słiwka A., *Transplantacja ex mortuo z udziałem małoletniego*, LEX nr 184315.
 46. Giza W., *Kwestia społeczna w koncepcji Zofii Daszyńskiej-Golińskiej*, „Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego” 2006, nr 4, <http://www.krakow.pte.pl/pliki/zn-pte-nr-4/zn-nr-4-pte09giza.pdf> (dostęp: 22.08.2015).
 47. Głaz S., *Rola Kościoła w integralnym rozwoju młodzieży*, Wyższa Szkoła Filozoficzno-Pedagogiczna Ignatianum Wydawnictwo WAM, Kraków 2010.
 48. Gnitecki J., *Wprowadzenie do metod badań w naukach pedagogicznych*, WSPiA, Poznań 2006.
 49. Gnitecki J., *Zarys metodologii badań w pedagogice empirycznej*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Pedagogicznej im. T. Kotarbińskiego, Zielona Góra 1993.
 50. Gomadzka-Anzelewicz J., *Dzieci, które żyją dzięki sercom pobranym w Gdańsku*, „Dziennik Bałtycki” 2010, <http://www.dziennikbaltycki.pl/artukul/341076,dzieci-ktore-zyja-dzieki-sercom-pobranym-w-gdansk,id,t.html> (dostęp: 20.03.2018).
 51. Gorzkowicz B., W. Majewski, E. Tracz, E. Zamojska, J. Czarnota-Chlewicka, W. Brzózka, M. Maksymowicz, M. Szydlik, K. Szymańska, S. Bilski, N. Szankowska, *Opinia na temat dawstwa narządów wśród studentów uczelni wyższych Szczecina*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2010, nr 18 (2), <http://czasopisma.viamedica.pl/pp/article/view/23271> (dostęp: 30.09.2015).
 52. Góral R.(red.), *Zarys chirurgii. Podręcznik dla studentów medycyny*, Warszawa 1987, t. 1.
 53. Górską K.M., *Związek medycyny i religii. Podobieństwa i różnice w poglądach na temat transplantacji organów wśród przedstawicieli judaizmu, buddyzmu i islamu*, [w:] M. Sadowski (red.) *Wiara, polityka i religia*, Wrocław 2015, Repozytorium Uniwersytetu Wrocławskiego, <http://www.repozytorium.uni.wroc.pl/dlibra/docmetadata?from=rss&id=64702> (dostęp: 05.06.2017).
 54. Green L.W., M.W. Kreuter, *Health promotion planing. An educational and ecological approach*, Moutntain View, Mayfield 1999.
 55. Grzymkowska M., *Standardy bioetyczne w prawie europejskim*, Wolters Kluwer SA, Warszawa 2009.
 56. Gulak S., *Transplantacja narządów w świetle nauki Kościoła Katolickiego*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2011, nr 4 (37).
 57. Guzik-Makaruk E.M., *Transplantacje organów, tkanek i komórek w ujęciu prawnym i kryminologicznym*, Temida 2, Białystok 2008.
 58. Heszen-Niejodek L., *Promocja zdrowia — próba systematyzacji z perspektywy psychologa*, „Promocja Zdrowia Nauki Społeczne i Medycyna” 1995, t. 1-2;

59. Hołowiecki J., *Transplantacja szpiku i komórek krwiotwórczych*, „Współ. Onkol” 2000, nr 4.
60. Homolicki M., *Doświadczenia względem przelewania krwi (transfusio) za pomocą spryry, czynione na psach*, „Dziennik Medycyny, Chirurgii i Farmacji” 1822, t. 1, nr 2.
61. Hyde M.K., S.R. Knowles, K.M. White, *Donating blood and organs: using an extended theory of planned behavior perspective to identify similarities and differences in individual motivations to donate*, “Health Education Research” 2013, t. 28, nr 6.
62. Irving M.J., A. Tong, S. Jan, A. Cass, J. Rose, S. Chadban, *Factors that influence the decision to be an organ donor: a systematic review of the qualitative literature*, “Nephrol Dial Transplant” 2012, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22193049> (dostęp: 01.05.2016).
63. Jacennik B., *Perspektywy marketingu społecznego w Polsce*, „Instytut Psychologii Zdrowia Polskiego Towarzystwa Psychologicznego”, <http://www.psychologia.edu.pl/czytelnia/50-artyku%20y/629-perspektywy-marketingu-spolecznego-w%20polsce.html> (dostęp: 02.07.2017).
64. Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/pl/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html (dostęp: 25.05.2017).
65. Jan Paweł II, *Poszukiwania naukowe muszą szanować godność każdej ludzkiej istoty*, „L’Osservatore Romano” 2000, 11-12 (228).
66. Jan Paweł II, *Przemówienie do uczestników Światowego Kongresu Towarzystwa Transplantologicznego*, Rzym 2000.
67. Kaiser G., *Kunsliche Insemination und Transplantation*, [w:] H. Göppinger (red.), *Arzt und Recht: Medizinisch-juristische Grenzprobleme unserer Zeit*, München 1966.
68. Kaliciński P., *Przeszczepienie wątroby od żywego dawcy*, „Służba Zdrowia” 2000, nr 4-5, http://www.sluzbazdrowia.com.pl/spis_tresci.php?numer_wydania=2897 (dostęp: 31.08.2016).
69. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, „Pallotinum” 1994.
70. Katz D., E. Stotland, *A Preliminary Statement to a Theory of Attitude Structure and Change*, [w:] S. Koch (red.), *Psychology, a Study of Science*, t. III.
71. Kawalko Sz., *Istota i zadania współczesnej polityki ochrony zdrowia*, „Studia Gdańskie. Wizje i rzeczywistość” 2014, t. XI.
72. Kielanowski T., *Rozmyślenia o przemijaniu*, Warszawa 1973.
73. Knypl K., *Dziś w Brukseli rozpoczynają się warsztaty dla dziennikarzy o transplantacji narządów*, „Gazeta dla lekarzy” 2014, <http://gazeta-dla-lekarzy.gazeta-dla-lekarzy.kylos.pl/index.php/wazniejsze-nowosci/179-warsztaty-dla-dziennikarzy-o-transplantacji-narzadow> (dostęp: 26.07.2017).
74. Kołodyński P., P. Drab, *Prawne regulacje pobierania i transplantacji narządów oraz tkanek w ujęciu europejskiej konwencji bioetycznej*, „Przegląd Europejski” 2016, nr 1 (39).
75. Konarska P., *Transplantacja ex mortuo z udziałem dawcy małoletniego*, „Studia Iuridica Toruniensia” t. XVII.
76. Konarska P., *Transplantacja ex mortuo z udziałem dawcy małoletniego*, „Studia Iuridica Toruniensia” 2015, t. XVII.
77. *Kongregacja Nauki Wiary: Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia i o godności jego przekazywania, donum Vita*, [w:] K. Szczygieł (red.), *W trosce o życie: wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, Biblios, Tarnów 1998.

78. Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych z almanachem*, <http://www.slownik-online.pl/cgi-bin/search/?charset=utf-8&words=transplantacje&Submit=Szukaj> (dostęp: 26.06.2017).
79. Kopania J., *Transplantacje – oznaka nowej moralności*, „Kwartalnik Filozoficzny” 1999, z. 1.
80. Kowal K., *Między altruizmem a egoizmem. Społeczno-kulturowe uwarunkowania przeszczepów rodzinnych*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2011.
81. Kowalczyk M., *Badania wyjaśniające. Badania weryfikacyjne*, [w:] S. Palka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, GWP, Gdańsk 2010.
82. Kowalczyk-Wałędziak M., *Poczucie sprawstwa społecznego pedagogów. Studium teoretyczno-empiryczne*, Wydawnictwo „Impuls”, Kraków 2012.
83. Kowalski M., B. Kmiecik, *Bioetyka: między prawem a pedagogiką: analizy i refleksje*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2016.
84. Kózka M., M. Perek, M. Orłowska, *Postawy dzieci z przewlekłymi chorobami układu oddechowego wobec własnej choroby*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2011, nr 19 (1).
85. Krajczyńska E., *Jak trwoga, to naprawdę opłaca się „iść do Boga”*, „Nauka w Polsce” 2017, 14 marca, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,413440,jak-trwoga-to-naprawde-oplaca-sie-isc-do-boga.html> (dostęp: 22.05.2017).
86. Krajewska A., *Współdziałanie dydaktyczne nauczycieli akademickich i studentów a jakość kształcenia na przykładzie studiów pedagogicznych*, Trans Humana, Białystok 2016.
87. Krakowiak P., D. Krzyżanowski, A. Modlińska, *Przewlekle chory w domu*, Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2011.
88. *Kronika Katedry i Kliniki Kardiologii*, Śląskie Centrum Chorób Serca, <http://www.sccs.pl/index.php5> (dostęp: 31.08.2016).
89. Krüger H.H., *Metody badań w pedagogice*, Gdańsk 2007.
90. Krygier A., *Silikonowe nienaturalne piękno?... Historia chirurgii plastycznej*, <http://historia.org.pl/2013/09/09/silikonowe-nienaturalne-piekno-historia-chirurgii-plastycznej/> (dostęp: 10.06.2016).
91. Kubiak R., *Prawo medyczne*, wyd. 2, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2014
92. Kulik T.B., A. Bieniarz, A. Pacian, J. Pacian, M. Janiszewska, *Zdrowie w ujęciu interdyscyplinarnym – przegląd teorii*, [w:] J. Kirenko (red.), *Zdrowa szkoła – zdrowy uczeń. Między teorią a praktyką. Wybrane zagadnienia*, Uniwersytet Marii-Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2010.
93. Lachmann R, N. Meuter, O. Schwemmer, *Allokationsprobleme in der Transplantationsmedizin*, [w:] J.S. Ach, M. Quante, (red.) *Himntod und Organverpflanzung. Ethische, medizinische, psychologische und rechtliche Aspekte der Transplantationsmedizin*, Stuttgart-Bad Cannstatt 1997.
94. Lada Z., P. Zvonimir, R.L. Nikola, O.K. Vlasta, *Attitudes towards transplantation and organ donation in high school graduates of math gymnasium in Osijek*, „Acta Med Croatica” 2011, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23120819> (dostęp: 10.10.2015).
95. Leśniewska A., M. Posobkiewicz, K. Kanecki, J. Demidowicz, P. Tyszko, *Działania powiatów w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia w Polsce – w świetle badań ankietowych*, „Hygeia Public Health” 2014, nr 49(3), s. 472.
96. Lewowicki L., *O tożsamości, kondycji i powinnościach pedagogiki*, Instytut Technologii Eksploatacji – Państwowy Instytut Badawczy, Radom 2007.
97. Li P.K., C.K. Lin, P.K. Lam i wsp., *Attitudes about organ and tissue donation among the general public and blood donors in Hong Kong*, „Prog. Transplant.” 2001, nr 11 (2), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11871053> (dostęp: 10.05.2015);

98. Likert R., *Technique for the Measurement of Professional Attitudes*, Archives of Psychology, New York 1932, http://www.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf (dostęp: 05.09.2016).
99. Lipka M., *Muslims and Islam: Key findings in the U.S. and around the world*, PEW Research Center, 2017, <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/05/26/muslims-and-islam-key-findings-in-the-u-s-and-around-the-world/> (dostęp: 04.06.2017).
100. Ławrynowicz J., *Hipokrates pokonany*, 24Kurier.pl 2016, <http://www.24kurier.pl/blogi/janusz-lawrynowicz/hipokrates-pokonany/> (dostęp: 12.01.2017).
101. Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
102. Łuków P., *Prawo chroni sumienie. Pożytki z klauzuli*, „Polityka Cyfrowa” 2015, 24 lutego, <http://www.polityka.pl/niezbednikinteligenta/1609467,1,prawo-chroni-sumienie.read> (dostęp: 07.05.2017).
103. Smith M.B., *The Personal Setting of Public Opinions*, [w:] M. Fishbein (red.), *Readings in Attitude Theory and Measurement*, New York 1967.
104. Machado C., J. Korein, Y. Ferrer, L. Portela, M. de la C Garcia, J. Manero, *The concept of brain death did not evolve to benefit organ transplants*, “J Med Ethics” 2007, nr 33, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652772/> (dostęp: 10.01.2015).
105. Machnicka S., M. Tkaczyk, *Wpływ posiadania dziecka z przewlekłą chorobą nerek na postawę rodziców wobec przeszczepiania narządów*, „Pediatria Med rodz” 2012, t. 8, nr 3.
106. Małkowski P., *Kulturowe uwarunkowania w transplantologii*, [w:] E. Krajewska-Kulak, I. Wrońska, K. Kędziora-Kornatowska (red.), *Problemy wielokulturowości w medycynie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
107. Mandecki M., *Religie Świata a transplantacje, cz. 1, Poglądy kościołów chrześcijańskich na problematykę transplantacji narządów i tkanek*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2015, nr 9.
108. Mandecki M., *Religie Świata a transplantacje, cz. 2, Poglądy niechrześcijańskich religii świata na problematykę transplantacji narządów i tkanek*, „Anestezjologia i Ratownictwo” 2016, nr 10.
109. Marciniec P., *Etyczne granice transplantacji*, „Rocznik Teologii Katolickiej” 2003.
110. Marody M., *Sens teoretyczny a sens empiryczny pojęcia postawy. Analiza metodologiczna zasad doboru wskaźników w badaniach nad postawami*, PWN, Warszawa 1976.
111. Martinez J.M., A. Martin, J.S. López, *Spanish public opinion concerning organ donation and transplantation*, „Med. Clin.” (Barc) 1995, nr 105 (11).
112. Maszczak T., *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, „Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu” 2005, z. 54.
113. Matyjas B., *Dzieciństwo w kryzysie. Etiologia zjawiska*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2008.
114. Mądrzycki T., *Psychologiczne mechanizmy kształtowania się postaw*, PWN, Warszawa 1970.
115. Mądrzycki T., *Psychologiczne prawidłowości kształtowania się postaw*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
116. McGlade D., B. Pierscionek, *Can education alter attitudes, behaviour and knowledge about organ donation? A pretest–post-test study*, “BMJ Open” 2013, <http://bmjopen.bmj.com/content/3/12/e003961.full> (dostęp: 30.10.2015).

117. Michalik M.B. (red.), *Granice medycyny. Transplantacje problemem etycznym*, „Kronika medycyny”, Warszawa 1994.
118. *Minęło 50-lat od pierwszego udanego przeszczepu rodzinnego*, „Bezpłatna Gazeta Pacjenta. Borowska 213” 2016, nr 4, http://www.usk.wroc.pl/dokumenty/biuletyny/4_16.pdf (dostęp: 31.08.2016).
119. Miszczyk A., *Profesor Zieliński pierwszy w Polsce przeszczepił wątrobę*, „Głos Szczeciński/Archiwum” 2008, <http://www.gs24.pl/archiwum/art/5313012,profesor-zielinski-pierwszy-w-polsce-przeszczepil-watrobe,id,t.html> (dostęp: 20.07.2015).
120. Mithra P., P. Ravindra, B. Unnikrishnan, T. Rekha, T. Kanchan, N. Kumar, M. Papanna, V. Kulkarni, R. Holla, K. Divyavaraprasad, *Perceptions and Attitudes Towards Organ Donation Among People Seeking Healthcare in Tertiary Care Centers of Coastal South India*, „Indian J Palliat Care” 2013, May-Aug, 19(2), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3775029/> (dostęp: 30.10.2017).
121. Modlińska A., P. Krakowiak, *Stanowisko Kościoła katolickiego i innych religii wobec przeszczepiania narządów*, [w:] B. Rutkowski, P. Kaliciński, Z. Śledziński, M. Wujtewicz, A. Milecka (red.) *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania i przygotowywania zmarłych dawców do pobrania narządów*, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2009.
122. *Moral and Ethical Problems in Transplantation*, [w:] F.T. Rapaport, J. Dausset, *Human Transplantation*, New York 1968.
123. Morciniec P., *Czy transplantacje to współczesny kanibalizm?*, <http://www.morciniec.trh.com.pl/joomla/pdf/str-neokanibal.pdf> (dostęp: 25.11.2014).
124. Mousavi S., *Ethical considerations related to organ transplantation and Islamic Law*, „International Journal of Surgery” 2006, t. 4, nr 2.
125. Nelson E., *Attitudes: Their Nature and Development*, „Journal of General Psychology” 1939, t. 21.
126. Newsletter *Transplant International figures on donation and transplantation* 2014, “EDQM” 2015, t. 20, https://www.edqm.eu/sites/default/files/newsletter_transplant_2015.pdf (dostęp: 24.05.2017).
127. Nielubowicz J., *Etyka a transplantacja nerek*, „Służba Zdrowia” 1969, nr 43.
128. Nowacka M., *Etyka a transplantacje*, Warszawa 2003.
129. Nowacka M., *Filozoficzne aspekt terapii transplantacyjnej*, Trans Humana, Białystok 2002.
130. Nowak E., R. Pfitzner, P. Koźlik, A. Kozynacka, L. Durajski, P. Przybyłowski, *Current state of knowledge, beliefs, and attitudes toward organ transplantation among academic students in Poland and the potential means for altering them*, „Transplantation Proceedings” 2014, nr 46, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25380855> (dostęp: 10.10.2015).
131. Nowak P.G., *Pluralistyczna teoria alokacji narządów*, „Diametros” 2017, nr 51.
132. Nowak S. (red.), *Teorie postaw*, PWN, Warszawa 1973.
133. Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1985.
134. Nowak S., *Pojęcie postawy w teoriach i stosowanych badaniach społecznych*, [w:] S. Nowak (red.), *Teorie postaw*, PWN, Warszawa 1973.
135. Nowicki M., *Poglądy wielkich religii świata na transplantacje narządów*, <http://piotripawel.lodz.pl/files/transplantacja.swf> (dostęp: 22.05.2017).
136. Ochmański J.W., *Regulacje prawne a wyzwania współczesnej medycyny transplantacyjnej. Problematyka poszerzania kręgu dawców organów nieregenerujących się*, [w:] J. Such, J. Wiśniewski (red.), *Z filozoficznych, etycznych i prawnych zagadnień transplantacji*, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, Poznań 2011, „Seria badania interdyscyplinarne”, nr 22.

137. Opolski J., *Zdrowie publiczne – geneza, przedmiot i zakres. Wprowadzenie do zagadnienia*, [w:] J. Opolski (red.), *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. I, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP w Warszawie, Warszawa 2011.
138. *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół podstawowych*, B. Woynarowska (red.), Warszawa 2012.
139. Ostrowska A., *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, wyd. 3 uzup., Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2005.
140. Bruzzone P., *Religious Aspects of Organ Transplantation*, „Transplantation Proceedings” 2008, nr 40.
141. Pabisiak K., *Autoryzacja pobrania narządów do transplantacji – czy ma znaczenie dla identyfikacji dawców?*, „Anestezjologia Intensywna Terapia” 2015, t. 47, nr 2.
142. Pabisiak K., *Religie o dawstwie narządów*, [w:] *Transplantacja-jestem na tak. Podziel się swoją decyzją*. Program edukacyjny na temat dawstwa i transplantacji narządów oraz tkanek, Stowarzyszenie „Życie po przeszczepie”, Warszawa 2008.
143. Paliga R., *Krwiolecznictwo i Krwiodawstwo w medycynie polskiej XIX i XX wieku (1830-1951) od Powstania Listopadowego do utworzenia Instytutu Hematologii*, Praca na stopień doktora nauk medycznych. Promotor Prof. UM dr hab. med. Roman K. Meissner, Poznań 2012, <http://www.wbc.poznan.pl/Content/245832/index.pdf> (dostęp: 16.08.2016).
144. Palka S., *Metodologia. Badania. Praktyka pedagogiczna*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
145. Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, *Karta Pracowników Służby Zdrowia*, Watykan 1995, nr 87.
146. Pawlikowski J., K. Marczewski, *Religia a zdrowie – czy religia może sprzyjać trosce o zdrowie?*, cz. 1, *Wartość zdrowia w wielkich religiach świata*, „Kardiologia po dyplomie” 2008, t. 7, nr 10.
147. Pawłowicz J.J., *W Polsce kwitnie handel organami ludzkimi*, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/P/PS/areopag_201207organy.html (dostęp: 23.02.2017).
148. Perenc L., M. Radochonski, A. Radochonski, *Knowledge and attitudes of Polish university students toward organ donation and transplantation*, „Psychology, Health & Medicine” 2012, t. 17, nr 6, <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13548506.2012.658818> (dostęp: 10.10.2015).
149. Perowska M., *Wyzwania społeczne i edukacyjne wynikające z transplantologii: wybrane zagadnienia*, [w:] T. Sosnowski, W. Danilewicz, M. Sobiecki (red.), *Pedagog jako animator w przestrzeni życia społecznego*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2016.
150. Piastowski D., *Śmierć osobnicza (mózgowa) jako przesłanka dopuszczalności przeszczepu ex mortuo*, „Zeszyt Studencki Kół Naukowych Wydziału Prawa i Administracji UAM” 2016, nr 6.
151. Piechaczek-Ogierman G., *Postawy zdrowotne uczniów i ich socjokulturowe uwarunkowania*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2009.
152. Pilch T., *Strategia badań ilościowych*, [w:] S. Palka (red.), *Podstawy metodologii badań w pedagogice*, Pedagogika GWP, Gdańsk 2010.
153. Pilch T., T. Bauman, *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2001.
154. Piwar A., *Transplantologia zabija, świat milczy! Wywiad z o. Jackiem Norkowskim*, Katolickie Stowarzyszenie Dziennikarzy, 06 Czerwiec 2014, <http://ksd.media.pl/aktualnosci/2195-transplantologia-zabija-swiat-milczy> (dostęp: 12.05.2015).

155. Podgórecki A., *Socjologiczna teoria prawa*, Instytut Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 1997.
156. *Postawy wobec przeszczepiania narządów*, Komunikat CBOS, M. Feliksiak (oprac.), Warszawa 2012 (lipiec), http://cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_105_12.PDF (dostęp: 28.07.2017).
157. Potts M., P.A. Byrne, R.G. Nilges, *Beyond Brain Death: The Case Against Brain Based Criteria for Human Death*, Boston-London 2001.
158. Powęska M., *Nerka za 30 tys. zł, płuca za milion. Jak wygląda handel ludzkimi organami?*, „Medycyna” 2013, 20 listopada, <http://nt.interia.pl/raporty/raport-medycyna-przyszlosci/medycyna/news-nerka-za-30-tys-zl-pluca-za-milion-jak-wyglada-handel-ludzki,nId,1060289> (dostęp: 01.10.2015).
159. Price D., *Human tissu in transplantation and research. A model legal and ethical donation framework*, Cambridge 2010.
160. Promieńska H., *Etyka w nauce. Nowe wyzwania i nowe dylematy*, „Nauka” 2010, nr 3.
161. Pruszyński J.J., J. Putz, D. Cianciara, *Uwarunkowania religijne i kulturowe potrzeb muzułmanów podczas zdrowia i choroby*, „Hygeia Public Health” 2013, nr 48/1.
162. Pszczołkowski T., *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*, Ossolineum, Wrocław 1978.
163. Puchalski K., *Kryteria zdrowia w świadomości potocznej*, „Promocja. Zdrowia Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, t. 1-2.
164. Ramsey P., *Pacjent jest osobą*, Warszawa 1977.
165. Rasińska R., *Analiza wybranych wyznaczników kształtowania postaw prozdrowotnych młodzieży akademickiej*, praca napisana pod kierunkiem naukowym dr hab. Marii Danuty Głowackiej, prof. UM, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2010.
166. Rasińska R., I. Nowakowska, J. Nowomiejski, *Kampanie społeczne jako przejaw działań edukacyjnych*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2014, nr 1 (51).
167. Reise S.P., T.M. Moore, M.G. Haviland, *Bifactor Models and Rotations: Exploring the Extent to which Multidimensional Data Yield Univocal Scale Scores*, “J Pers Assess.” 2010, nr 92(6).
168. Romanowska D., *Komórki zamiast igły, czyli jak uwolnić cukrzyków od zastrzyków z insuliny?*, „Newsweek.pl” 2013, <http://www.newsweek.pl/nauka/jak-uwolnic-cukrzykow-od-zastrzykow-z-insuliny-,artykuly,273824,1,2.html> (dostęp: 15.05.2016).
169. Rosochowicz P., *Plaga handlu ludzkimi organami*, http://www1.rfi.fr/actupl/articles/119/article_9202.asp (dostęp: 07.06.2017).
170. Rowiński W., *Etyczno-obyczajowe aspekty nowych technologii medycznych*, „Rocznik Żyrardowski” 2007, t. V.
171. Rowiński W., *Etyczno-obyczajowe aspekty przeszczepiania narządów. Czyli w jakim stopniu wolno nam dostosowywać zasady etyczne dla zaspokojenia potrzeb pacjentów oczekujących na przeszczepienie narządu?*, [w:] B. Chyrowicz (red.), *Transplantacje: Spór o dar*, Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2011.
172. Rowiński, *Wprowadzenie. Historia medycyny transplantacyjnej*, [w:] W. Rowiński, J. Wałaszewski, L. Pączek (red.), *Transplantologia kliniczna*, Warszawa 2004.
173. Różycki P., *Turystyka a pielgrzymowanie*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2016.
174. Rubacha K., *Standardy badań społecznych. Problematyzowanie praktyki edukacyjnej*, „Przegląd badań edukacyjnych” 2013, t. 1, nr 16.
175. Rutkowski B. (red.), *Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów*, Gdańsk 2009.

176. Mika S., *Psychologia społeczna*, Warszawa 1984, <http://kde.linuxpl.com/download.php?id=288&sid=12a92cb33b1a4b798036e1e29973fa3> (dostęp: 09.07.2017).
177. Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
178. Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, Warszawa 1985, PWN.
179. Sanavi S., R. Afshar, A.R. Lotfizadeh, A. Davati, *Survey of medical students of Shahed University in Iran about attitude and willingness toward organ transplantation*, „Transplant. Proc.” 2009, nr 41 (5), http://www.researchgate.net/publication/26310251_ (dostęp: 30.09.2015).
180. Sankowska M., L. Kauc, *Transplantacja szpiku i transplatacja komórek krwiotwórczych krwi obwodowej. Poradnik dla pacjenta*, Medigen, Warszawa 2000.
181. Scandroglio B., B. Dominguez-Gil, J.S. Lopez, M.O. Valentin, M.J. Martin, E. Coll, J.M. Martinez, B. Miranda, M.C. San Jose, R. Matesanz, *Analysis of the attitudes and motivations of the Spanish population towards organ donation after death*, „Transplant International”, <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/Articulos/2011/Transplant%20International-nalysis%20of%20the%20attitudes.pdf> (dostęp: 10.05.2015).
182. Seredyńska D., *Od koncepcji zdrowia do edukacji zdrowotnej*, [w:] M. Kuchcińska, E. Kościńska (red.), *Konteksty zdrowia i edukacji zdrowotnej*, Bydgoszcz 2010.
183. Sęk H., L. Ścigała, T. Pasikowski, M. Beisert, A. Bleja, *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*, „Przegląd Psychologiczny” 1992, r. XXXV, nr 3.
184. Sęk H., *Subiektywne koncepcje zdrowia. Świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia*, [w:] Z. Ratajczak, I. Heszen–Niejodek (red.), *Promocja zdrowia. Psychologiczne podstawy wdrożeń*, Wydawnicwo Uniwersytetu Śląskiego, Kraków 1997.
185. Sęk H., *Wstęp do wydania polskiego*, [w:] A. Antonovsky, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
186. Shelley M., *Frankenstein*, tłum. M. Płaza, Wydawnictwo Vesper, Poznań 2013.
187. Shewmon A., *Chronic "brain death": Meta-analysis and conceptual consequences*, „Neurology A.” 1998, nr 51, <http://www.neurology.org/cgi/content/full/51/6/1538> (dostęp: 29.03.2017).
188. Skalski J., *Historia przeszczepiania narządów*, „Magazyn Medyczny CX-News” 2009, nr 2(28), <http://www.cxnews.pl/historia-przeszczepiania-narzadow,201.html> (dostęp: 15.08.2016).
189. *Słownik Języka Polskiego*, <http://sjp.pwn.pl/sjp/alokacja;2549596.html> (dostęp: 05.05.2017).
190. Sobiak J., *Przeszczepianie narządów i komórek krwiotwórczych – Rys historyczny*, „Nowiny Lekarskie” 2011.
191. Soborski W., *Postawy ich badanie i kształtowanie*, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Pedagogicznej, Kraków 1987.
192. *Statystyczny drogowskaz. Praktyczny poradnik analizy danych w naukach społecznych na przykładach z psychologii*, S. Bedyńska, A. Brzezicka (red.), Wydawnictwo Akademika SWPS, Warszawa 2007.
193. Stępkowska I.M., *Śmierć dla celów transplantacji? Medyczna analiza kryteriów i sposobów stwierdzania śmierci mózgu człowieka oraz inne zagadnienia dotyczące przeszczepiania narządów*, Kraków 2016.

194. Streng H., *Questions on organ donation. An exploratory study of medical students and overview of the literature*, „Psychoter. Psychosom. Med. Psychol.” 1996, nr 46 (9–10), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8975267> (dostęp: 30.09.2015).
195. Sygit M., *Zdrowie publiczne*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.
196. Syrek E., K. Borzucka-Sitkiewicz, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
197. Syrek E., *Pedagogika zdrowia – zarys obszarów badawczych*, [w:] E. Syrek, K. Borzucka-Sitkiewicz (red.) *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2009.
198. Syrek E., *Zdrowie i wychowanie a jakość życia. Perspektywy i humanistyczne orientacje poznawcze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2008.
199. Szczukiewicz P., *O pomaganiu i psychoterapeutach. Kształtowanie się postaw wobec profesjonalnej pomocy psychologicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2005.
200. Szostek D., *Błędy i trudności w stosowaniu marketingu społecznego na przykładzie kampanii społecznych w Polsce*, „Marketing i Rynek” 2014, nr 9.
201. Święchowicz M., *Inni żyją dzięki ich śmierci - dawcy organów i dramaty ich najbliższych*, „Newsweek” 2014, <http://www.newsweek.pl/polska/dawcy-organow-przeszczepy-transplantologia-medycyna-lekarze-pacjenci-newsweek-pl,artykuly,283925,1.html> (dostęp: 03.01.2015).
202. Święchowicz M., *W kolejce do ręki*, „Newsweek.pl” 2015, <http://www.newsweek.pl/polska/przeszczep-rak-lekarze-z-trzebnicy-sukces-lekarzy,artykuly,362926,1.html> (dostęp: 31.08.2016).
203. Tarczydło B., *Kampania społeczna w teorii i praktyce*, „Studia Ekonomiczne. Wykorzystanie nowych mediów w public relations” 2013, nr 157.
204. Thomas W.J., F. Znaniecki, *Polish Peasant in Europe and America*, t. I, Boston 1918–1920.
205. Thurstone L., *Multiple Factor Analysis*, „Journal of Clinical Psychology” 1948, t. 4.
206. Tiney N.L., *Transplant. From Myth to Reality*, New Haven – London 2003.
207. Tischner J., *Wokół spraw wiary i rozumu*, „Zagadnienia Filozoficzne w Nauce” 1981, nr III.
208. Tkaczyk M., *Wpływ posiadania dziecka z przewlekłą chorobą nerek na postawę rodziców wobec przeszczepiania narządów*, „Pediatria i Medycyna Rodzinna” 2012, nr 8, <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.psjd-ee063dea-a1d1-433e-8089-64e93aa011a4;jsessionid=613858146289AB387248F330BFE1C89C> (dostęp: 20.03.2018).
209. Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2000.
210. Tokarczyk R., *Prawa narodzin, życia i śmierci. Podstawy biojurysprudencji*, Kraków 2002.
211. Türk H.J., *Śmierć mózgowa w aspekcie filozoficznym*, [w:] A. Marcol (red.), *Etyczne aspekty transplantacji narządów*, materiały z sympozjum w Kamieniu Śląskim w dniach 15–16 kwietnia 1996 r.
212. Turnej J., *Ślady Frankenstein*, Warszawa 2001.
213. Turner J.H., *Psychologia społeczna. Zachowania społeczne. Aktywność i bierność w zachowaniu społecznym. Motywacje ludzkiego zachowania. Potrzeby. Aspiracje*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
214. Tuszyńska L., *Zdrowie w dyskursie pedagogicznym*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych” 2015, nr 2(89).

215. Wasilewski P., *Między życiem a śmiercią*, „Polityka Niezbędnik Inteligenta” 2015, nr 1.
216. Waszkiewicz L., *Polityka zdrowotna*, [w:] T.B. Kulik, M. Latański (red.), *Zdrowie publiczne*, Lublin 2002.
217. Wiścicki T., *Kościół polski w liczbach*, Katolicka Agencja Informacyjna, 2016, <http://www.pope2016.com/polska/o-kraju/news,452566,kosciol-w-polsce-w-liczbach.html> (dostęp: 22.05.2017).
218. Włodarczyk C.W., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Vesalius, Łódź 1996.
219. Wodarska N., *Rola rodziny w podejmowaniu decyzji o dawstwie narządów do transplantacji*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2013, 1(47).
220. Wojciszke B., *Postawy i ich zmiana*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, *Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
221. Wojtasik L., *Psychologia propagandy politycznej*, PWN, Warszawa 1975.
222. Wolniewicz B., *Neokanibalizm*, „Res Publica” 1999, nr 9-10.
223. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna jako kluczowy komponent promocji zdrowia*, [w:] *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*, PWN, Warszawa 2017.
224. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna w szkole w Polsce. Zmiany w ostatnich dekadach i nowa propozycja*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2008, nr 89(4).
225. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
226. Woynarowska B. (red.), *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli szkół podstawowych*, Warszawa 2012.
227. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
228. Woynarowska B., *Uniwersytet promujący zdrowie*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna” 1999, t. VI, nr 17.
229. Wójcik B., *Etyczne aspekty transplantacji serca*. „Kardiochirurgia Torakochirurgia Polska”, t. I, nr 4.
230. Wójcik P., K. Kopczewska, T. Kopczewski, *Metody ilościowe W R. Aplikacje ekonomiczne i finansowe*, CEDEWU, Warszawa 2014.
231. Wróbel J., *Chrześcijańskie spojrzenie na transplantacje organów*, „Służba Zdrowia” 1999, nr 49-50.
232. Wróbel J., *Dar Życia*, „W drodze” 2014, nr 2(486).
233. Wróbel J., *Zagadnienia bioetyczne w duszpasterstwie*, „Currenda Pismo Urzędowe Diecezji Tarnowskiej”, <http://www.currenda.diecezja.tarnow.pl/archiwum/2010/02/art-42.php> (dostęp: 28.02.2017).
234. Wysocki M.J., M. Miller, *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57.
235. Young H.P., *Equity. In Theory and Practice*, Princeton University Press, Princetone 1995.
236. Zalewska A., *Nadzwyczajna recepcja transplantacji. Jak dyskusja o etyce przeszczepów może zmienić nasz porządek kulturowy*, „Konteksty Kultury” 2016, nr 13, z. 1, www.ejournals.eu/Konteksty_Kultury (dostęp: 20.03.2017).
237. Zięba W., *Handel organami ludzkimi cz. II.*, „My a Trzeci Świat” 2004, Pismo Gdańskiego Ośrodka Ruchu Solidarności Z Ubogimi Trzeciego Świata Maitri, nr 4

- (77), lipiec-sierpień, http://www.maitri.pl/gazetka/my_77/html/organy2.htm (dostęp: 07.06.2017);
238. Zolkepli I.A., *Generation Y as organ donor. Informational and supportive influence of socialization agents on attitude towards organ donation*, „Health Marketing Quaterly” 2008, nr 25(1-2).
239. Żelichowski M., *Sprzeciw na pobranie komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich*, http://www.mp.pl/etyka/prawo_medyczne/7601,sprzeciw-na-pobranie-komorek-tkanek-i-narzadow-ze-zwlok-ludzkich (dostęp: 21.02.2017).
240. Żylińska J., *Jestem przeciw...*, „Znak” 1998, nr 1.

Akty prawne

1. Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny;
2. Konwencja o prawach człowieka i biomedycynie (przyjęta przez Komitet Ministrów w dniu 19 listopada 1996 r.), http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:fTJprAoeQZoJ:www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/texts_and_documents/ETS164Polish.pdf+%cd=1&hl=pl&ct=clnk&gl=pl&client=firefox-b (dostęp: 20.02.2017).
3. Protokół dodatkowy do konwencji o prawach człowieka i biomedycynie dotyczący transplantacji narządów i tkanek pochodzenia ludzkiego przyjęty w dniu 24 stycznia 2002 r. w Strasburgu dostęp: 10.02.2017, <http://bip.kprm.gov.pl/download/75/7511/uwagiMS2.pdf>
4. Council of Europe Convention against Trafficking in Human Organs, <http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/treaty/216> (dostęp: 22.02.2017).
5. Dyrektywa 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich, Dziennik Urzędowy L 102 <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/ALL/?uri=CELEX%3A32004L0023> (dostęp: 27.01.2018).
6. Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, Dz. U. z 1997 r., Nr 106 poz. 681.
7. Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz. U. z 1995 r. Nr 138, poz. 682 ze zm.
8. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. z 1991 Nr 91, poz. 408 ze zm.
9. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152.
10. Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów Dz. U. z 2005 r. Nr 169, poz. 1411
11. Ustawa z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu, Dz. U. z 2009 r. Nr 141, poz. 1149.
12. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów, Dz. U. z 2017 r. poz. 798.
13. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych, Dz. U. z 1928 r. Nr 38, poz. 382 ze zm.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie, Dz. U. z 2009 r. Nr 213, poz. 1655.
15. Uchwała Rady Ministrów nr 164/2010 z dnia 12 października 2010 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2011 – 2020 pod nazwą *Narodowy*

Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011-2020, http://www.mz.gov.pl/__data/assets/_file/0017/5606/2progtransplant_20130430.pdf (dostęp: 10.05.2015).

16. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2008 r., w sprawie akceptacji transplantacji jako metody leczenia, http://orka.sejm.gov.pl/proc6.nsf/uchwaly/593_u.htm (dostęp: 27.01.2018).

Dokumenty

1. Agencja Wykonawcza Komisji Europejskiej ds. Konsumentów, Zdrowia, Rolnictwa i Żywności, *Przeszczepy podnoszenie standardów, ratowanie życia*, Bruksela 2016, <https://publications.europa.eu/pl/publication-detail/-/publication/dfa8bb1c-fc38-4716-a453-bfcd333610e5/language-pl/format-PDF/source-32176055> (dostęp: 16.07.2017).
2. Centrum Badania Opinii Społecznej, *Co dobrego przyniósł światu XX Wiek? Komunikat z Badań*, BS/183/99, Warszawa 1999, http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/1999/K_183_99.PDF (dostęp: 15.08.2016).
3. Eurobarometr, *Organ donation and transplantation*, June 2010, 8, https://ec.europa.eu/health/blood_tissues_organs/eurobarometers_en (dostęp: 02.02.2017).
4. Główny Urząd Statystyczny, *Najważniejsze dla Polaków jest zdrowie i rodzina*, Polska Agencja Prasowa 2015, <http://www.pap.pl/aktualnosci/news,435819,gus-najwazniej-sze-dla-polakow-jest-zdrowie-i-rodzina.html> (dostęp: 03.07.2017).
5. Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej), Dz.Urz. MZOS z 30 listopada 1996 r. nr 13 poz. 36.
6. Odpowiedź Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN na zarzuty Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych z dnia 20 lutego 2014 r., <http://www.bioetyka.pan.pl/index.php/stanowiska-iopinie-komitetu/46-opinie-komite-tu/120-opinia-komitetu-bioetyki-przy-prezydium-pan-nr-1-2014-z-dnia-31-lipca-2014-r-odpowiedz-komitetu-bioetyki-przy-prezydium-pan-na-zarzuty-zespolu-ekspertow-konferencji-episkopatu-polski-ds-bioetycznych> (dostęp: 07.05.2017).
7. *Postawy wobec przeszczepiania narządów*, Komunikat CBOS, M. Feliksiak (oprac.), Warszawa 2012 (lipiec).
8. Raport UNODC na temat zjawiska handlu ludźmi w Indiach, 2013, <http://handelludzmi.eu/hl/baza-wiedzy/archiwum/2013/6141,Raport-UNODC-na-tem-at-zjawiska-handlu-ludzmi-w-Indiach.html> (dostęp: 07.06.2017).
9. *Religie świata*, Centrum Nauki Kopernik, <http://www.kopernik.org.pl/bazawiedzy/artykuly/kulturareligie-religie-swiata/> (dostęp: 22.05.2017).
10. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. JAMA. 1968 Aug, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5694976> (dostęp: 05.04.2017).
11. Special Eurobarometer 333a / Wave 72.3 – TNS Opinion & Social, *Organ donation and transplantation*, Bruksela 2010, http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_333a_en.pdf (dostęp: 16.07.2017).
12. Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny, Opracowanie Sygnalne, Warszawa, 20.10.2016, file:///C:/Users/Temida2/Desktop/si__sygnalna_2016.pdf (dostęp: 15.07.2017).

13. *Transplantacja jestem na tak*, Program edukacyjny na temat dawstwa i transplantacji narządów oraz tkanek, Stowarzyszenie „Życie po przeszczepie”, wyd. 3, Szczecin 2012.
14. Wstępne dane GUS dotyczące szkolnictwa wyższego (stan na 30.11.2015 r.), <http://www.pka.edu.pl/2016/04/09/wstepne-dane-gus-dotyczace-szkolnictwa-wyzszego-go-stan-30-11-2015-r/> (dostęp: 10.08.2017).
15. *Wyznania religijne w Polsce 2012–2014*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2016, file:///C:/Users/Temida2/Desktop/oz_wyznania_religijne_stow_nar_i_etn_w_po_l_2012-2014.pdf (dostęp: 24.05.2017).

Strony internetowe

1. Oficjalna strona internetowa Akademii Dobrego Startu Acodos Blog: <http://akados.pl>
2. Oficjalna strona internetowa akcji „Zanim zostaniesz zombie”: <http://www.zanimzostanieszombie.pl>
3. Oficjalna strona internetowa Biura Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce: <http://www.who.un.org.pl>
4. Oficjalna strona internetowa Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji "Poltransplant": <http://www.poltransplant.org.pl>
5. Oficjalna strona internetowa European Group for Blood: <http://www.ecco-org.eu>
6. Oficjalna strona internetowa Fundacji Centrum Rozwoju Medycyny: www.fundacijacrm.pl
7. Oficjalna strona internetowa Instytutu Hematologii i Transfuzjologii: <http://www.darkrwi.info.pl/>
8. Oficjalna strona internetowa Kampanii społecznej Dawca.pl: <https://www.dawca.pl>
9. Oficjalna strona internetowa Kampanii Społecznych: <http://kampaniespoleczne.pl>
10. Oficjalna strona internetowa kanału YouTube: <https://www.youtube.com/>
11. Oficjalna strona internetowa Ministerstwa Zdrowia: <http://www.mz.gov.pl>
12. Oficjalna strona internetowa Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej: zywydawcanerki.pl
13. Oficjalna strona internetowa Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego: <http://www.bialystok.uw.gov.pl>
14. Oficjalna strona internetowa Polskiego Radio: <http://www.polskieradio.pl>
15. Oficjalna strona internetowa Polskiego Portalu Transplantacyjnego: <http://www.przeszczep.pl>
16. Oficjalna strona internetowa Portalu medycznego: <http://portalmedycznofarmaceutyczny.pl>
17. Oficjalna strona internetowa portalu Polsat News: <http://www.polsatnews.pl>
18. Oficjalna strona internetowa portalu: Wirtualna Polska wp.pl
19. Oficjalna strona internetowa Poznańskiej Filii Związku Gmin Wyznaniowych Żydowskich w RP: <http://poznan.jewish.org.pl>
20. Oficjalna strona internetowa serwisu Filmweb: <http://www.filmweb.pl>
21. Oficjalna strona internetowa serwisu Nauka w Polsce: <http://naukawpolsce.pap.pl>
22. Oficjalna strona internetowa serwisu Nowe Technologie: <http://nt.interia.pl/>
23. Oficjalna strona internetowa serwisu Super Express: <http://superseriale.se.pl/>
24. Oficjalna strona internetowa serwisu TVN24: <https://www.tvn24.pl/>
25. Oficjalna strona internetowa serwisu TVN24BIS: <http://tvn24bis.pl/>
26. Oficjalna strona internetowa serwisu VODCOM: <http://vodcom.pl>
27. Oficjalna strona internetowa The Holy See: <http://www.vatican.va>
28. Oficjalna strona internetowa Wiadomości: <https://wiadomosci.tvp.pl>

29. Oficjalna strona internetowa Wrota Podlasia: <http://www.wrotapodlasia.pl>
30. Oficjalna strona internetowa Wydziału Prawa Uniwersytetu w Białymstoku: <http://www.prawo.uwb.edu.pl>
31. Oficjalna strona internetowa: The Gift of the Lifetime <http://www.organtransplants.org>
32. Oficjalna strona internetowa: The Pontifical Academy of Science <http://www.pas.va>

Spis rycin

Rycina 1. Uzdrawienie Justyniana przez świętych Kosmę i Damiana.....	34
Rycina 2. Schemat postaw.....	120
Rycina 3. Siła korelacji między zmiennymi zawartymi w skali do badania stosunku uczuciowo-motywacyjnego studentów wobec transplantacji.....	128
Rycina 4. Siła korelacji między zmiennymi zawartymi w skali do badania zachowań studentów wobec transplantacji.....	130
Rycina 5. Trzyczynnikowy model komponentu Uczucia z bifaktorem wraz z wystandaryzowanymi wartościami czynników	134
Rycina 6. Trzyczynnikowy model komponent Zachowania z bifaktorem wraz z wystandaryzowanymi wartościami czynników	136
Rycina 7. Model wskaźnika Postawy wobec transplantacji	137
Rycina 8. Zestawienie trzech typów deklaracyjnych zachowań badanych studentów wobec transplantacji z uwzględnieniem trzech podskal komponentu Zachowania (n=403).....	167
Rycina 9. Podskale komponentu Zachowania z zmienna płeć (n=403).....	168
Rycina 10. Podskale komponentu Zachowania a zmienna kierunek studiów (n=403).....	170
Rycina 11. Podskale komponentu Zachowania a zmienna na rok studiów.....	172
Rycina 12. Interkorelacja komponentów postaw badanych studentów wobec transplantacji	189
Rycina 13. Zestawienie wyników dotyczących źródeł wiedzy na temat transplatacji.....	193
Rycina 14. Zestawienie wyników dotyczących instytucji i środowisk, które zdaniem badanych studentów powinny przekazywać wiedzę na temat transplantacji	194

Spis tabel

Tabela 1. Kalendarium osiągnięć w dziedzinie transplantacji	42
Tabela 2. Zestaw pytań i twierdzeń poddanych analizie zawierający kod, pytanie i przyjęte skale tworzący komponent: I Wiedza.....	123
Tabela 3. Zestaw pytań i twierdzeń poddanych analizie zawierający kod, pytanie i przyjęte skale tworzący komponent: II Uczucia	124
Tabela 4. Zestaw pytań i twierdzeń poddanych analizie zawierający kod, pytanie i przyjęte skale tworzący komponent III Zachowania.....	125
Tabela 5. Charakterystyka badanych studentów	142
Tabela 6. Poziom wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji (n = 459)	145
Tabela 7. Komponent Wiedza. Statystyki opisowe (n = 459).....	145
Tabela 8. Kierunek studiów – zmienna różnicująca poziom Wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji. Statystyki opisowe (n=456)	146
Tabela 9. Poziom wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji a zmienna kierunek studiów (n=456).....	147
Tabela 10. Rok studiów – zmienna różnicująca poziom Wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji. Statystyki opisowe (n=457)	148
Tabela 11. Poziom wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji a zmienna roku studiów (n=457).....	148
Tabela 12. Występowanie choroby przewlekłej w rodzinie – zmienna różnicująca poziom Wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji. Statystyki opisowe (n=455)	149
Tabela 13. Poziom Wiedzy badanych studentów w zakresie transplantacji a zmienna występowanie chorób przewlekłych w rodzinie(n=455).....	149
Tabela 14. Poziom Uczuć badanych studentów wobec transplantacji (n=437)	152
Tabela 15. Komponent Uczucia. Statystyki opisowe (n=437)	152
Tabela 16. Poziom Uczuć badanych studentów wobec transplantacji a zmienna płeć (n=434)	154
Tabela 17. Płeć – zmienna różnicująca poziom Uczuć wobec transplantacji. Statystyki opisowe (n=434).....	155
Tabela 18. Poziom Uczuć badanych studentów wobec transplantacji a zmienna kierunek studiów (n=440).....	156
Tabela 19. Kierunek studiów – zmienna różnicująca poziom Uczuć badanych studentów wobec transplantacji. Statystyki opisowe (N=440)	157

Tabela 20. Poziom Uczuć badanych studentów wobec transplantacji a zmienna rok studiów (n=441)	158
Tabela 21. Rok studiów – zmienna różnicująca poziom Uczuć badanych studentów wobec transplatacji. Statystyki opisowe (n=441)	158
Tabela 22. Poziom Uczuć badanych studentów wobec transplantacji a zmienna występowanie choroby przewlekłej w rodzinie (n=439)	159
Tabela 23. Występowanie choroby przewlekłej w rodzinie – zmienna różnicująca poziom Uczuć badanych studentów wobec transplantacji. Statystyki opisowe (n=439)	160
Tabela 24. Poziom Zachowań badanych studentów wobec transplantacji (n=448).....	162
Tabela 25. Komponent Zachowania. Statystyki opisowe (n=448).....	162
Tabela 26. Poziom Zachowań badanych studentów wobec transplantacji a zmienna kierunek studiów (n=450).....	164
Tabela 27. Kierunek studiów – zmienna różnicująca poziom Zachowań badanych studentów wobec transplantacji. Statystyki opisowe (n=450)	165
Tabela 28. Rzetelność podskal wyodrębnionych w ramach komponentu Zachowania mierzona współczynnikiem α –Cronbacha.....	166
Tabela 29. Zbiorne zestawienie rodzajów zachowań wobec transplantacji z uwzględnieniem trzech podskal komponentu Zachowania (n=403)	167
Tabela 30. Podskala komponentu Zachowania a zmienna płeć (n=403)	169
Tabela 31. Podskale komponentu Zachowania a zamienna kierunek studiów. Statystyki opisowe. (n=403).....	171
Tabela 32. Podskale komponentu Zachowania a zmienna rok studiów. Statystyki opisowe (n=403)	173
Tabela 33. Zestawienie podskal komponentu Zachowania z zmienna poziom religijności (n=403)	174
Tabela 34. Podskale komponentu Zachowania a zmienna poziom religijności (n=403)	175
Tabela 35. Postawy badanych studentów wobec transplantacji (n=457)	180
Tabela 36. Postawy badanych studentów wobec transplantacji. Statystyki opisowe (n=457)	180
Tabela 37. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna płeć. Statystyki opisowe (n=436).....	181
Tabela 38. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna płeć (n=436)	182
Tabela 39. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna stan cywilny. Statystyki opisowe (n=436).....	182

Tabela 40. Postawy badanych studentów wobec transplantacji ze względu na ich stan cywilny (n=436)	183
Tabela 41. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna kierunku studiów. Statystyki opisowe (n=436).....	183
Tabela 42. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna kierunku studiów (n=436)	184
Tabela 43. Postawy badanych studentów wobec transplantacji dla zmiennej roku studiów. Statystyki opisowe (n=436).....	185
Tabela 44. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna roku studiów (n=436)	185
Tabela 45. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna występowanie choroby przewlekłej w rodzinie. Statystyki opisowe (n=436)	186
Tabela 46. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna występowanie choroby przewlekłej w rodzinie (n=436)	186
Tabela 47. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna poziom religijności. Statystyki opisowe (n=436).....	187
Tabela 48. Postawy badanych studentów wobec transplantacji a zmienna poziom religijności (n=436)	188
Tabela 49. Współczynniki korelacji oraz wartość p dla Postawy wobec transplantacji (PWT)	189

Aneks

Kwestionariusz ankiety dla studentów „Moja postawa wobec transplantologii”

Mgr Marta Perkowska
Uniwersytet w Białymstoku
Wydział Pedagogiki i Psychologii
Zakład Pedagogiki Społecznej

Zwracam się do Pani(a) z prośbą o uczestnictwo w badaniach dotyczących postaw studentów białostockich uczelni wobec transplantologii, przygotowywanych w ramach pracy doktorskiej. Chciałabym dowiedzieć się, jaka jest Pani(a) postawa wobec transplantologii. W związku z tym, proszę o dokładne zapoznanie się z pytaniami zawartymi w kwestionariuszu, a następnie udzielenie szczerych i wyczerpujących odpowiedzi. Badania mają charakter anonimowy, udział w nich jest dobrowolny. Wyniki tych badań posłużą wyłącznie do celów naukowych.

Dziękuję Pani(u) za zaangażowanie
Marta Perkowska

Proszę podać kilka danych o sobie

1. Płeć (proszę zaznaczyć)

- a. Kobieta
- b. Mężczyzna

2. Wiek (proszę wpisać)

.....

3. Miejsce pochodzenia (proszę wpisać kod miejscowości)

.....

4. Miejsce zamieszkania (proszę wpisać kod miejscowości)

.....

5. Stan cywilny (proszę zaznaczyć)

- a. Żonaty/mężatka
- b. Kawaler/panna
- c. Rozwiedziony/a
- d. Separacja
- e. Wdowiec/wdowa
- f. W wolnym związku
- g. Singiel/Singielka

6. Liczba dzieci (proszę zaznaczyć)

- a. Bezdzietna/y
- b. Jedno dziecko
- c. Dwoje dzieci
- d. Troje i więcej

7. Nazwa uczelni (proszę zaznaczyć)

- a. Uniwersytet w Białymstoku
- b. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
- c. Archidiecezjalne Wyższe Seminarium Duchowne w Białymstoku

8. Kierunek studiów (proszę napisać).....

.....

9. Rok studiów (proszę napisać).....

10. Typ rodziny pochodzenia (proszę zaznaczyć)

- a. Pełna (ojciec, matka)
- b. Niepełna (brak matki; brak ojca)
- c. Zrekonstruowana (ojczym; macocha)
- d. Zastępcza
- e. Adopcyjna
- f. Nieformalny związek rodziców

11. Czy ma Pani(-a) rodzeństwo?

- a. Tak
- b. Nie

12. Proszę zaznaczyć poziom wykształcenia matki

- a. Podstawowe
- b. Zasadnicze zawodowe
- c. Średnie
- d. Wyższe

13. Proszę zaznaczyć poziom wykształcenia ojca

- a. Podstawowe
- b. Zasadnicze zawodowe
- c. Średnie
- d. Wyższe

14. W kształtowaniu Pani(-a) postaw życiowych najbardziej pomocne (i w jakim stopniu) są	Zdecydowanie wpływa	Raczej wpływa	Trudno powiedzieć	Raczej nie wpływa	Zdecydowanie nie wpływa
a. Rodzina	4	3	2	1	0
b. Uczelnia	4	3	2	1	0
c. Rówieśnicy	4	3	2	1	0
d. Media	4	3	2	1	0
e. Kościół	4	3	2	1	0
f. Inne (jakie?.....)	4	3	2	1	0
15. Która z osób z Pani(-a) otoczenia i w jakim stopniu wpływa na Pani(-a) postawy życiowe?	Zdecydowanie wpływa	Raczej wpływa	Trudno powiedzieć	Raczej nie wpływa	Zdecydowanie nie wpływa
a Ojciec	4	3	2	1	0
b. Matka	4	3	2	1	0
c. Brat	4	3	2	1	0
d. Siostra	4	3	2	1	0
e. Babcia	4	3	2	1	0
f. Dziadek	4	3	2	1	0
g. Koleżanka/Kolega	4	3	2	1	0
h. Nauczyciel/Nauczycielka	4	3	2	1	0
i. Inna osoba (jaka?.....)	4	3	2	1	0

16. Czy choruje Pani(-a) przewlekle? (proszę zaznaczyć)

a. Tak

b. Nie

Jeśli tak, to jakie to są choroby.....

17. Czy któryś z członków Pani(-a) rodziny choruje przewlekle? (proszę zaznaczyć)

a. Tak

b. Nie

Jeśli tak, to jakie to są choroby.....

18. Czy jest Pani(-a) dawcą tkanek, narządów, komórek? (proszę zaznaczyć)

a. Tak

b. Nie

Jeśli tak, to proszę o określenie typu transplantu oraz podanie rodzaju pokrewieństwa z biorcą.....

19. Czy jest Pani(-a) biorcą tkanek, narządów, komórek? (proszę zaznaczyć)

a. Tak

b. Nie

Jeśli tak, to proszę o określenie typu transplantu oraz podanie rodzaju pokrewieństwa z biorcą.....

20. Czy w Pani(-a) rodzinie był przypadek donacji tkanek, narządów, komórek? (proszę zaznaczyć)

a. Tak

b. Nie

Jeśli tak, to proszę o określenie typu transplantu oraz podanie rodzaju pokrewieństwa między dawcą i biorcą.....

21. Czy któryś z członków Pani(-a) rodzin był/jest biorcą tkanek, narządów, komórek? (proszę zaznaczyć)

a. Tak

b. Nie

Jeśli tak, to proszę o określenie typu transplantu oraz podanie rodzaju pokrewieństwa między dawcą i biorcą.....

22. Wyznanie (proszę zaznaczyć)

a. Katolickie

b. Prawosławne

c. Inne (proszę określić).....

d. Brak

23. Wyznanie Pani(-a) matki (proszę zaznaczyć)

a. Katolickie

b. Prawosławne

c. Inne, (proszę określić).....

d. Brak

24. Wyznanie Pani(-a) ojca (proszę zaznaczyć)

a. Katolickie

[illegible]

25. Własny poziom religijności oraz zaangażowania w praktyki religijne określiłaby Pani(a) jako: (proszę zaznaczyć)

- 26. Transplantologia to: (proszę dokończyć zdanie)**

.....

.....

.....

.....

- a. Bardzo wysoko
- b. Raczej wysoko
- c. Przeciętnie
- d. Raczej nisko
- e. Bardzo nisko

- a. Radio
- b. Prasa
- c. Telewizja
- d. Internet
- e. Literatura fachowa
- f. Literatura popularno-naukowa
- g. Rozmowy z koleżankami/kolegami ze studiów
- h. Rozmowy z rodzicami
- i. Od osób duchownych
- j. Od nauczycieli akademickich
- k. Inne (jakie?)

a. Tak
b. Nie zastanawiałam/łem się nad tym
c. Nie

Proszę uzasadnić swoją odpowiedź.....

a. Tak
b. Nie zastanawiałam/łem się nad tym
c. Nie

Jeśli tak, to w jaki sposób?

.....
.....
.....
31. Jakie instytucje/środowiska Pana(-i) zdaniem, powinny przekazywać wiedzę na temat transplantologii? (można wskazać więcej niż jedną odpowiedź)

- a. Szkoły
- b. Uczelnie
- c. Kościoły i związki wyznaniowe
- d. Media
- e. Środowiska medyczne (np. szpitale, przychodnie)
- f. Inne (proszę wskazać, jakie).....

.....
32. Czy uczestniczyła(-l) Pani(-a) kiedykolwiek w zajęciach, warsztatach, prelekcjach wykładach, na których były poruszane zagadnienia dotyczące transplantologii?

- a. Tak
- b. Nie

Jeśli tak, to proszę wskazać, jaka była ich forma?; Gdzie się odbywały się te zajęcia?; Kto je prowadził?

.....
.....
.....
33. Jakie narządy unaczynione można Pani(-a) zdaniem przeszczepiać, przy obecnych możliwościach medycyny? (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)

- a. Wątroba
- b. Nerka
- c. Trzustka
- d. Serce
- e. Płuca
- f. Jelito
- g. Wszystkie wymienione
- h. Żadne z wymienionych
- i. Inne (proszę wskazać, jakie?).....

.....
34. Kto Pani(-a) zdaniem może być dawcą narządów, tkanek, komórek? (można wskazać więcej niż 1 odpowiedź)

- a. Każda zmarła osoba
- b. Każda zmarła osoba, która za życia nie wyraziła swojego sprzeciwu
- c. Osoba żyjąca, spokrewniona w linii prostej z potencjalnym biorcą
- d. Każda osoba żyjąca, która wyrazi taką wolę
- e. Narządy, tkanki, komórki mogą być pobrane od każdej zmarłej osoby, jeżeli taką decyzję podejmie rodzina zmarłego
- f. Narządy, tkanki, komórki mogą być pobrane od osoby zmarłej, jeżeli taką decyzję podejmie lekarz
- g. Inne (jakie?).....

.....
35. Kiedy Pani(-a) zdaniem można uznać osobę za zmarłą? (można wskazać więcej niż 1 odpowiedź)

- a. Jest nieprzytomna z zanikiem funkcji układu oddechowego (nie oddycha)
- b. Jest nieprzytomna z zanikiem funkcji układu krążenia (ustało bicie serca)
- c. Jest nieprzytomna i temperatura jej ciała spadła

d. Lekarze stwierdzą u niej śmierć mózgu

e. Inne (jakie?).....

36. Jakie działania Pani(-a) zdaniem powinna podjąć osoba, która chce po śmierci zostać dawcą narządów, tkanek, komórek? (można wskazać więcej niż 1 odpowiedź)

a. Podpisać „oświadczenie woli” i nosić je zawsze przy sobie

b. Informację tę zamieścić w swoim testamencie

c. Powiadomić o tym rodzinę/bliskich

d. Zamieścić taką informację na portalu społecznościowym

e. Nie musi robić nic, jeżeli po śmierci narządy będą mogły uratować komuś życie zostaną pobrane. Uzależnione jest to od decyzji rodziny

f. Nie musi robić nic, jeżeli po śmierci narządy będą mogły uratować komuś życie zostaną pobrane. Uzależnione jest to od decyzji lekarza

g. Inne (jakie?).....

37. Jakie działania Pani(-a) zdaniem, powinna podjąć osoba, która nie chce po śmierci zostać dawcą narządów, tkanek, komórek? (można wskazać więcej niż 1 odpowiedź)

a. Dokonać wpisu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów

b. Porozmawiać z rodziną/bliskimi, gdyż to oni po Pana(-i) śmierci podejmą decyzje o ewentualnej donacji

c. Nie należy robić nic. Bez pisemnej zgody lub oświadczenia Pana(-i) woli narządy nie będą mogły być pobrane

d. Inne (jakie?).....

38. Czy, Pani(-i) zdaniem, w Polsce można legalnie kupić/sprzedać organy (np. nerkę)?

a. Tak

b. Nie wiem

c. Nie

39. Czy, akceptuje Pani(-a), pobieranie narządów od osób zmarłych, w celu ratowania życia lub zdrowia innych osób?

a. Tak

b. Trudno powiedzieć

c. Nie

Proszę uzasadnić swoją odpowiedź.....

40. Czy, akceptuje Pani(-a), pobieranie narządów od osób żywych, w celu ratowania życia lub zdrowia innych osób?

a. Tak

b. Trudno powiedzieć

c. Nie

Proszę uzasadnić swoją odpowiedź.....

41. Jak, ocenia Pani(-a) własną troskę o swój stan biopsychiczny?

5 – bardzo dobrze 4 – dobrze 3 – przeciętnie 2 – źle 1 – bardzo źle

42. Jak ocenia Pani(-a) wsparcie, którego doświadcza ze strony rodziny?

5 – bardzo dobrze 4 – dobrze 3 – przeciętnie 2 – źle 1 – bardzo źle

43. Jakie są Pani(-a) odczucia, na myśl o sobie jako przyszłym pośmiertnym dawcy narządów, tkanek, komórek? (można wskazać więcej niż 1 odpowiedź)

a. Boję się

- b. Odczuwam lęk przed śmiercią jako końcem wszystkiego
- c. Przeraża mnie to, że mogę odczuwać ból związany z pobieraniem komórek, tkanek, narządów
- d. Boję się, że lekarze nie będą ratować mojego życia, ponieważ bardziej będzie im zależało na szybkim pobraniu komórek, tkanek, narządów
- e. Odczuwam lęk przed „niekompletnym” funkcjonowaniem w kolejnym życiu
- f. Niepokoi mnie myśl, że moje organy mogą trafić do kogoś, kto na to nie zasługuje
- g. Poprzez pośmiertne dawstwo moja śmierć nabierze głębszego znaczenia
- h. Czyje radość na myśl, że moje organy uratują komuś życie/zdrowie
- i. Wreszcie czuję, że moje życie będzie miało sens
- j. Czuję spełnienie
- k. Inne, (jakie?).....

44. Jakie są Pani(-a) odczucia, na myśl o sobie jako przyszłym żywym dawcy narządów, tkanek, komórek? (można wskazać więcej niż 1 odpowiedź)

- a. Boję się
- b. Przeraża mnie to, że mogę odczuwać ból związany z pobieraniem komórek, tkanek, narządów
- c. Boję się, że po zabiegu moje zdrowie i życie mogłoby zagrożone
- d. Cieszę się, że dzięki mojej pomocy uda się uratować komuś życie/zdrowie
- e. Czuję poczucie obowiązku, aby pomagać innym
- f. Czuję, że poprzez dawstwo moja życie nabierze głębszego znaczenia
- g. Czuję się lepszym człowiekiem
- h. inne (jakie?).....

45. Jakie są Pani(-a) odczucia, na myśl o sobie jako przyszłym biorcy narządów, tkanek, komórek? (proszę wskazać jedną lub więcej odpowiedzi)

- a. Życie jest najwyższą wartością, dlatego każdy sposób jego ratowania sprawi, że czuję radość
- b. Boję się przyjęcia „ciała obcego”
- c. Odczuwa wdzięczność w stosunku do potencjalnego dawcy
- d. Odczuwa poczucie winy w stosunku do rodziny dawcy
- e. To wielka odpowiedzialność otrzymać „drugie życie”
- f. Boję się, że przyjęcie przeszczepu nie będzie skutecznym sposobem ratowania mojego życia/zdrowia
- g. Inne (jakie?).....

46. Czy, gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie, zgodziłaby(-lby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu (komórki, tkanki, organu) pochodzącego od drugiego człowieka, którym byłby:

a. Nieżyjący dawca

- a.1. Zdecydowanie tak
- a.2. Raczej tak
- a.3. Trudno powiedzieć
- a.4. Raczej nie
- a.5. Zdecydowanie nie
- Proszę uzasadnić swój wybór.....

b. Spokrewniony żyjący dawca

- b.1. Zdecydowanie tak
- b.2. Raczej tak

b.3. Trudno powiedzieć

b.4. Raczej nie

b.5. Zdecydowanie nie

Proszę uzasadnić swój wybór.....

.....

c. Niespokrewniony żyjący dawca

c.1. Zdecydowanie tak

c.2. Raczej tak

c.3. Trudno powiedzieć

c.4. Raczej nie

c.5. Zdecydowanie nie

Proszę uzasadnić swój wybór.....

.....

47. Czy gdyby było zagrożone Pani(-a) życie/zdrowie zgodziłaby(-lby) się Pani(-a) na przyjęcie przeszczepu pochodzenia zwierzęcego?

a. Zdecydowanie tak

b. Raczej tak

c. Trudno powiedzieć

d. Raczej nie

e. Zdecydowanie nie

Proszę uzasadnić swój wybór.....

.....

48. Czy gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-lby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu

a. Od nieżyjącego dawcy

a.1. Zdecydowanie tak

a.2. Raczej tak

a.3. Trudno powiedzieć

a.4. Raczej nie

a.5. Zdecydowanie nie

Proszę uzasadnić swój wybór.....

.....

b. Od dawcy żyjącego spokrewnionego

b.1. Zdecydowanie tak

b.2. Raczej tak

b.3. Trudno powiedzieć

b.4. Raczej nie

b.5. Zdecydowanie nie

Proszę uzasadnić swój wybór.....

.....

c. Od dawcy żyjącego niespokrewnionego

c.1. Zdecydowanie tak

c.2. Raczej tak

c.3. Trudno powiedzieć

c.4. Raczej nie

c.5. Zdecydowanie nie

Proszę uzasadnić swój wybór.....

.....

49. Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), wyraziłaby(-lby) Pani(-a) zgodę na ratowanie jej życia/zdrowia poprzez wykonanie przeszczepu, gdzie komórka, tkanka lub organ pochodzi od zwierzęcia?

a. Zdecydowanie tak

b. Raczej tak

c. Trudno powiedzieć

d. Raczej nie

e. Zdecydowanie nie

Proszę uzasadnić swój wybór.....

.....

50. Czy, gdyby było zagrożone życie lub zdrowie Pani(-a) lub bliskiej Pani(-u) osoby (np. rodzica/dziecka), a jedynym rozwiązaniem ratującym życie lub zdrowie byłby przeszczep, w którym mogłaby(-lby) Pani(-a) wybrać preferowany przez Panią(-a) rodzaj pochodzenia transplantu, to wybrałaby(-lby) Pani(-a) ten:

a. Pochodzący od nieżyjącego dawcy

b. Pochodzący od żyjącego, spokrewnionego dawcy

c. Pochodzący od żyjącego, niespokrewnionego dawcy

d. Pochodzący od zwierzęcia

e. Sztuczny (sztuczne serce, nerka)

f. Pochodzenie transplantu, nie miałyby dla mnie znaczenia

Proszę uzasadnić swój wybór.....

.....

51. Czy jest Pani(-a) zarejestrowana(-y) w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów?

a. Tak.

b. Nie.

Jeśli nie, to czy rozważał(-a) Pan(i) zarejestrowanie się w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów? (proszę zaznaczyć)

a. Zdecydowanie tak

b. Raczej tak

c. Trudno powiedzieć

d. Raczej nie

e. Zdecydowanie nie

52. Czy jest Pani(-a) zarejestrowana(-y) w Centralnym Rejestrze Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej?

a. Tak

b. Nie

Jeśli nie, to czy rozważał(-a) Pan(i) zarejestrowanie się w Centralny Rejestr Niespokrewnionych Potencjalnych Dawców Szpiku i Krwi Pępowinowej? (proszę zaznaczyć)

a. Zdecydowanie tak

b. Raczej tak

c. Trudno powiedzieć

d. Raczej nie

e. Zdecydowanie nie

53. Czy, wypełniła(-l) Pani(-a) Oświadczenie Woli? (oświadczenie dotyczące Pani(-a) chęci bycia dawcą.)

- a. Tak
- b. Nie

Jeśli nie, to Czy rozważał(-a) Pan(i) wypełnienie Oświadczenia Woli?

- a. Zdecydowanie tak
- b. Raczej tak
- c. Trudno powiedzieć
- d. Raczej nie
- e. Zdecydowanie nie

54. Czy uczestniczyła(-l) Pani(-a) w rozmowach na temat ewentualnych transplantacji, dawstwa narządów w swojej rodzinie?

- a. Tak
- b. Nie

55. Czy zna Pani(-a) opinię członków swojej rodziny na temat możliwości transplantacji/ dawstwa ich narządów po śmierci?

- a. Tak
- b. Nie

Jeśli tak, to jaka jest opinia i kto ją wyraził?.....
.....
.....

56. Komu, w ramach rodzinnego przeszczepu od żywego dawcy, byłaby(-by) Pani(-n) gotowa(-ów) oddać swój organ (np. nerkę):

- a. Matce
- b. Ojcu
- c. Bratu
- d. Siostrze
- e. Dziecku
- f. Każdej bliskiej osobie
- g. Nie oddałabym(-bym) swojego organu nikomu

Skala do badania stosunku uczuciowo-motywacyjnego studentów wobec transplantologii

Poniżej znajduje się lista twierdzeń dotyczących różnych aspektów transplantologii. Proszę je uważnie przeczytać, a następnie ustosunkować się do nich przez wpisanie we właściwej rubryce znaku X, według następującego klucza:

5 = całkowicie się zgadzam;

4 = raczej się zgadzam;

3 = nie mam zdania (trudno rozstrzygnąć);

2 = raczej się nie zgadzam;

1 = całkowicie się nie zgadzam.

Pytanie nr:	5	4	3	2	1
1. W przypadku, gdy zagrożone jest życie lub zdrowie ludzkie, obowiązkiem lekarza jest ratowanie go za wszelką cenę.					
2. Transplantacja to jedna z metod leczenia ludzi.					
3. Transplantacje powinny być zakazane.					
4. Pobranie narządów od osoby zmarłej to profanacja zwłok.					
5. Przyjęcie komórek, tkanek, narządów od innego człowieka to grzech.					
6. Transplantacje to tylko eksperymenty medyczne.					
7. Transplantacje to kontrowersyjna z moralnego punktu widzenia działalność medyczna.					
8. W Polsce istnieje podziemie transplantacyjne.					
9. Człowiek, który potrzebuje przeszczepu powinien na własny koszt dostarczyć do szpitala potrzebne tkanki, komórki, organy.					
10. Po przeszczepie biorca może ujawniać cechy charakteru, osobowości, upodobania charakterystyczne dla dawcy.					
11. Oddanie własnych komórek, tkanek, organów to piękny gest/dar dla drugiego człowieka.					
12. Oddanie własnych komórek, tkanek, organów to moralny obowiązek każdego człowieka.					
13. Bycie żywym dawcą wiąże się z dużym ryzykiem dla życia i zdrowia.					
14. Dynamiczny rozwój transplantologii jest godny podziwu i uznania.					
15. Przeszczepianie narządów osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych powinno być zakazane.					
16. Prowadzenie kampanii edukacyjnych w zakresie transplantologii pomaga ludziom podejmować decyzje o dawstwie narządów.					
17. Przeszczepianie narządów od zwierząt jest nieetyczne, gdyż godzi w godność człowieka.					
18. Nie powinno się karać osób, które nielegalnie zdobyły narząd do przeszczepu.					
19. Pobieranie narządów od zwierząt jest ich krzywdzeniem i wykorzystywaniem					
20. Pobieranie narządów od dzieci powinno być zakazane, gdyż to ktoś inny podejmuje za nie decyzję.					