

KATOLICKI UNIWERSYTET LUBELSKI

JANA PAWŁA II

Wydział Nauk Społecznych

Instytut Psychologii

Aleksandra Anna Bednarczyk

Nr albumu 135455

**Psychospołeczne uwarunkowania pośmiertnego dawstwa
narządów**

Praca doktorska napisana na
seminarium z psychologii społecznej i psychologii religii
pod kierunkiem
dr hab. Jacka Śliwaka, prof. KUL
dr Rafała Piotra Bartzuka

Lublin 2022

Streszczenie

Transplantacja z roku na rok staje się coraz bardziej popularną metodą leczenia pacjentów z ciężkimi niewydolnościami narządów oraz czasem jedynym sposobem na powrót do względnie normalnego funkcjonowania. Lekarze coraz częściej kwalifikują pacjentów do przeszczepu narządów, a liczba osób po zabiegu transplantacji stale rośnie. Nowe życie pacjenta wiąże się z podarowaniem mu narządu od innego człowieka, a to nie jest częstym zjawiskiem. Pomimo pozytywnego nastawienia ludzi wobec dawstwa organów ciągle brakuje osób chcących podzielić się częściami ciała po swojej śmierci. Kolejka pacjentów oczekujących na przeszczep stale rośnie podczas gdy ilość dawców pozostaje na podobnym poziomie. Niektórzy z pacjentów nie mają możliwości dożyć przeszczepu narządu.

W niniejszej pracy pochyłono się nad problemem gotowości pośmiertnego oddania narządów do przeszczepu. Dawstwo narządów uchodzi za przykład zachowania prospołecznego działającego na korzyść innych ludzi, dlatego zweryfikowano czy wybrane korelaty zachowań prospołecznych mają znaczenie w zwiększaniu gotowości oddania narządów do przeszczepu. Podłożem teoretycznym przeprowadzonego badania była zatem teoria istnienia osobowości altruistycznej domniemywana przez Reykowskiego i ośrodek warszawski (Karyłowskiego, Szustrową, Jarymowicz), Śliwaka, a także badaczy amerykańskich Stauba, Ruhstona oraz M. i P. Olinerów oraz teoria endo-egzocentryzmu moralnego stworzona przez Karyłowskiego. Zweryfikowano rolę altruizmu, endo-egzocentrycznej motywacji do zachowań prospołecznych, wartości, religijności i relacji przeżywanych do Boga wskazywanych jako istotne korelaty osobowości altruistycznej będące blisko związane z moralnością i procesem podejmowania decyzji. Zmienną wyjaśnianą samoopisową była ogólna gotowość oddania narządów oraz gotowość oddania narządów życiowych i peryferycznych, a zmienną behawioralną czyli podpisana deklaracja oddania narządów. Hipotezy testowano na podstawie badań w których wzięło udział 406 osób w wieku między 18 a 35 lat, zróżnicowanych zawodowo. W badaniach wykorzystano pięć kwestionariuszy. Gotowość oddania narządów do przeszczepu zbadano za pomocą Skali gotowości do transplantacji (RBPD) Bednarczyk i Zaleskiego, altruizm zbadano za pomocą Skali A-N Śliwaka, endo-egzocentryczną motywację do zachowań prospołecznych zbadano za pomocą Kwestionariusza endo-egzocentryzmu moralnego (KEEM) Karyłowskiego, Gorskiej i Wasiak, preferowane wartości zbadano za pomocą Portretowego kwestionariusza Schwartza (PVQ-40), a religijność i relacje przeżywane do Boga za pomocą Skali relacji religijnych - przeżywane relacje do Boga (PRB) Hutsebauta.

Przeprowadzone analizy potwierdziły znaczenie altruizmu oraz motywacji do zachowań altruistycznych w gotowości oddania narządów do przeszczepu. Wykazały również ważny aspekt preferowanych wartości oraz znaczenie relacji religijnej w gotowości do dawstwa. Wyniki potwierdziły również sens osobnego badania gotowości oddania narządów życiowych i peryferycznych, ponieważ wykazały znaczenie innych predyktorów w wyjaśnianiu tych zmiennych. Endo-egzocentryczna motywacja zachowań prospołecznych okazała się istotnym moderatorem w relacji pomiędzy altruizmem, wartościami a gotowością oddania narządów do przeszczepu. Analizy wykazały również widoczne zmiany w znaczeniu religijności i relacji religijnych w życiu młodych dorosłych.

Uzyskane rezultaty badań pozwalają dokładniej opisać osobę wyrażającą gotowość do bycia dawcą narządów oraz osoby, które już wyraziły zgodę na pośmiertne pobranie ich narządów w celu ratowania cudzego życia

Summary

Transplantation is becoming an increasingly popular treatment for patients with severe organ failures every year, and sometimes the only way to return to relatively normal functioning. Doctors are increasingly qualifying patients for organ transplants, and the number of transplant patients continues to grow. A new life for a patient involves the donation of an organ from another human being, and this is not a common occurrence. Despite people's positive attitude toward organ donation, there is still a shortage of people willing to share body parts after their death. The queue of patients waiting for a transplant keeps growing while the number of donors remains at a similar level. Some patients do not have the opportunity to live to see an organ transplant.

The present study slanted the problem of post-mortem readiness to donate organs for transplantation. Organ donation is regarded as an example of pro-social behavior acting for the benefit of other people, so it was verified whether selected correlates of pro-social behavior are significant in increasing willingness to donate organs for transplantation. Thus, the theoretical foundation of the conducted study was the theory of the existence of altruistic personality presumed by Reykowski and the Warsaw center (Karyłowski, Szustrowa, Jarymowicz), Sliwak, as well as American researchers Staub, Ruhston and M. and P. Oliner, and the theory of moral endo-exocentrism created by Karyłowski. The role of altruism, endo-exocentric motivation for pro-social behavior, values, religiosity and lived relationship to God indicated as important correlates of altruistic personality being closely related to morality and decision-making were verified. The self-reported explanatory variable was general willingness to donate organs and willingness to donate vital and peripheral organs, and the behavioral variable was the signed declaration of organ donation. The hypotheses were tested on the basis of a study involving 406 professionally diverse individuals between the ages of 18 and 35.

Five questionnaires were used in the study. Readiness to donate organs for transplantation was examined using Bednarczyk and Zaleski's Readiness for Body Parts Donation Scale (RBPD), altruism was examined using Sliwak's A-N Scale, endo-exocentric motivation for pro-social behavior was examined using the Karyłowski, Gorska and Wasiak Moral Endo-exocentrism Questionnaire (KEEM), preferred values were examined with the Schwartz Portrait Values Questionnaire (PVQ-40), and religiosity and lived relations to God scale were examined with the Religious Relationships Scale - lived relationships to God (PRB) by Hutsebaut.

The analyses conducted confirmed the importance of altruism and motivation for altruistic behavior in willingness to donate organs for transplantation. They also demonstrated the

important aspect of preferred values and the importance of religious relationship on this subject. The results also confirmed the sense of separately examining readiness to donate vital and peripheral organs, as they showed the importance of other predictors in explaining these variables. Endo-exocentric motivation for pro-social behavior proved to be a significant moderator in the relationship between altruism, values and willingness to donate organs for transplantation. The analyses also showed apparent changes in the importance of religiosity and religious relations in the lives of young adults.

The results of the study provide a more accurate description of the person expressing readiness to be an organ donor and those who have already consented to posthumous removal of their organs to save another's life.

Spis treści

Streszczenie.....	3
Summary	5
Spis treści	7
Wstęp	11
CZĘŚĆ I PODSTAWY TEORETYCZNE.....	15
1. Problematyka transplantacji.....	16
1.1. Definicja transplantacji i gotowości oddania narządów do przeszczepu.....	16
1.2. Krótka historia transplantacji w Polsce i na świecie.....	16
1.2.1 Przeszczepy na świecie	16
1.2.2 Przeszczepy w Polsce.....	18
1.3. Stanowisko kościoła w sprawie donacji organów.....	18
1.4. Dylematy związane z transplantacją.....	19
1.4.1 Handel ludźmi w celu pozyskania organów.....	21
1.4.2 Śmierć pnia mózgu.....	21
1.4.3 Pobranie narządów po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia	26
1.4.4 Problematyka zgody domniemanej.....	26
2. Oddanie narządów do przeszczepu jako zachowanie prospołeczne	31
2.1. Zachowanie prospołeczne czy zachowanie altruistyczne	31
2.2. Definicja.....	33
2.3. Czynniki społeczne i sytuacyjne a uwarunkowania osobowościowe	34
2.3.1 Czynniki sytuacyjne i społeczne	34
2.3.2 Uwarunkowania osobowościowe.....	36
2.4. Motywacja altruistyczna	41
3. Wartości.....	46
3.1. Perspektywy teoretyczne.....	46

3.2. Definicja wartości	50
3.3. Modele wartości.....	52
3.4. Koncepcja wartości w ujęciu Schwartza.....	53
4. Religijność	59
4.1. Pojęcie religijności.....	59
4.2. Koncepcje religijności.....	60
4.3. Religijność w koncepcji relacji	61
4.4. Funkcje relacji religijnej	63
4.5. Społeczne uwarunkowanie relacji religijnej	64
4.5.1 Płeć a religijność	64
4.5.2 Religijność rodziców i osób znaczących	65
4.6. Koncepcja Hutsebauta.....	66
5. Przegląd badań nad gotowością dawstwa organów	69
5.1. Badania pilotażowe	69
5.2. Przegląd dotychczasowych badań nad uwarunkowaniami dawstwa narządów	
.....	70
CZĘŚĆ II METODA BADAŃ WŁASNYCH.....	74
6. Problematyka badań własnych.....	75
6.1. Problem badawczy	75
6.2. Model zależności między zmiennymi.....	75
6.3. Hipotezy	78
7. Charakterystyka zastosowanych metod	84
7.1. Skala gotowości do transplantacji (RBPD – Readines for Body Part Donation)	
.....	84
7.2. Portretowy Kwestionariusz Wartości(PVQ-40).....	87
7.3. Kwestionariusz A-N	89
7.4. Kwestionariusz Endo – Egzocentryzmu Moralnego (KEEM).....	91
7.5. Skala relacji religijnych – przeżywane relacje do Boga (PRB).....	92

8. Strategia badań oraz osoby badane	96
8.1. Strategia badań.....	96
8.2. Charakterystyka badanej próby.....	97
CZĘŚĆ III WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH	103
9. Korelaty i predyktory gotowości oddania narządów do przeszczepu.....	104
9.1. Gotowość oddania narządów do przeszczepu.....	104
9.1.1 Operacjonalizacja zmiennej	104
9.1.2 Rozkłady gotowości oddania narządów do przeszczepu	106
9.1.3 Socjodemograficzne korelaty gotowości oddania narządów do przeszczepu	110
9.2. Altruizm a gotowość oddania narządów do przeszczepu.....	114
9.3. Wartości a gotowość oddania narządów do przeszczepu.....	122
9.4. Religijność a gotowość oddania narządów do przeszczepu.....	135
9.5. Ogólne modele wyjaśniające gotowość oddania narządów do przeszczepu z zastosowaniem wszystkich predyktorów	145
9.6. Analiza skupień i różnice międzygrupowe	149
10. Dyskusja wyników.....	156
10.1. Znaczenie zmiennych socjodemograficznych w gotowości dawstwa narządów do przeszczepu.....	156
10.2. Rola altruizmu i motywacji altruistycznej w gotowości oddania narządów do przeszczepu	158
10.3. Rola preferowanych wartości w gotowości oddania narządów do przeszczepu	159
10.4. Rola religijności w gotowości oddania narządów do przeszczepu	163
10.5. Cechy osób gotowych oddać narządy życiowe oraz cechy osób gotowych oddać narządy peryferyczne.....	165
10.6. Cechy osób gotowych oddać wszystkie narządy, gotowych oddać jedynie narządy życiowe oraz niegotowych do oddania narządów	166
10.6.1 Cechy osoby gotowej oddać narządy do przeszczepu (GG).....	167

10.6.2 Cechy osoby gotowej oddać narządy jedynie ratujące czyjeś życie (GN)	167
10.6.3 Cechy osoby niegotowej do oddania swoich narządów (NN)	168
10.7. Podsumowanie	168
10.8. Ograniczenia badań i przyszłe badania	169
10.9. Aplikacje praktyczne	170
Zakończenie	171
Bibliografia	172
Spis tabel	194
Spis rysunków	196
Aneksy	198

Wstęp

Rozwój medycyny sprawił, że transplantacja staje się coraz bardziej popularną metodą leczenia osób z poważnymi schorzeniami. Lekarze dokonują kolejnych kilkuorganowych przeszczepów w celu ratowania życia ludzkiego jak i przeszczepów np. twarzy czy dłoni by poprawić codzienne funkcjonowanie ludzi po różnego rodzaju wypadkach czy obrażeniach (Krotko i Watoła, 2008; Wasak, 2009). Nowe życie pacjenta wiąże się z podarowaniem mu narządu od innego człowieka, a to nie jest częstym zjawiskiem. Pomimo pozytywnego nastawienia ludzi wobec dawstwa organów ciągle brakuje osób chcących podzielić się częściami ciała po swojej śmierci. Kolejka pacjentów oczekujących na przeszczep stale rośnie podczas gdy ilość dawców pozostaje na podobnym poziomie. Niektórzy z pacjentów nie mają możliwości dożyć przeszczepu narządu. Wraz z rozwojem medycyny transplantacyjnej zaczęły pojawiać się związane z nią wyzwania m.in. prawne (Nesterowicz, 1999; Norkowski, 2011; Trnka i in., 2003) etyczne (Biesaga, 2006b; Drabik, 2003; Morciniec, 2003) czy psychologiczne (Chmiel, 2014; Cymerman, 2007; Gulla, 2010; Wrona-Polańska i in., 2016) oraz trapiący społeczeństwa problem pozyskiwania organów do dawstwa (Krotko i Watoła, 2008; Sieradzka, 2017; Wasak, 2009). Naukowcy z dziedziny psychologii zaczęli zajmować się badaniem dwóch głównych tematów:

1) oceniających funkcjonowanie osób poddawanych przeszczepowi w tym ocena jakości życia po przeszczepie (Cymerman, 2007), radzenia sobie ze stresem związanym z przeszczepem (Wrona-Polańska i in., 2016) czy określanie skutków związanych z zabiegiem transplantacji (Gulla, 2010).

2) poszukujących determinantów i predyktorów pomagających zrozumieć decyzję potencjalnego dawcy o oddaniu narządu do przeszczepu na podstawie których można tworzyć kampanie wspomagające pozyskiwanie organów do transplantacji od nowych dawców, co zwiększałoby podaż organów, a w konsekwencji ilość osób których życie zostało ocalone lub ich funkcjonowanie uległo poprawie (Alsalem i in., 2020; Bednarczyk i Zaleski, 2022; Bresnahan i in., 2010; Demir i Kumkale, 2013; Dopelt i in., 2022; Gibek i in., 2017; Hill, 2016; Hirszerberger, 2008; Morgan, 2006; Ruggieri i in., 2022; Wu i in., 2013). W związku z tym autorka niniejszej rozprawy zajmie się problematyką dawstwa organów poszukując ważnych predyktorów pomagających w zrozumieniu decyzji potencjalnego dawcy narządów.

Zjawisko dawstwa narządów spełnia kryteria definicyjne, które pozwalają zaklasyfikować je jako prospołeczne albo mówiąc precyzyjnie zachowania altruistyczne. Jest to zachowanie dobrowolne, przynoszące korzyść drugiemu człowiekowi, jest zachowaniem świadomym oraz

celem samym w sobie, a decydent nie oczekuje w zamian nagrody (Śliwak, 2001 s. 14-15). Śliwak (2001) analizując badania nad zachowaniami altruistycznymi zwraca uwagę na ich dwa aspekty. Zachowania altruistyczne tłumaczone są przez badaczy przez czynniki społeczne i sytuacyjne oraz przez uwarunkowania osobowościowe. Część badaczy skupia się głównie na czynnikach środowiskowych skłaniających człowieka do dawstwa narządów. Kiani i in. (2016) potwierdzili większe znaczenie czynników środowiskowych w podejmowaniu decyzji o byciu dawcą narządów, inni badacze podkreślają jednak, że istotnym jest zwrócenie również uwagi na czynniki wewnętrzne osoby między innymi oparte na przekonaniach czy wpływające na kształtowanie się postaw (Jeong i Park, 2015; Wong i Chow, 2017). Aronson i in., (1997) oraz Argyle (1999) twierdzą, że sama wiedza o osobowości osoby nie daje wystarczającej wiedzy by móc przewidzieć czy osoba zachowa się w sposób prospołeczny czy nie, dlatego ważne by brać pod uwagę również zmienne sytuacyjne oraz społeczne. Natomiast istotnym jest pytanie zadawane przez Śliwaka (2001) czy czynniki społeczne i sytuacyjne są równie ważne jak czynniki osobowościowe? „Z dużym prawdopodobieństwem można powiedzieć, że dojrzała osobowość potrafi odnaleźć się i skutecznie funkcjonować w różnych warunkach” (Śliwak, 2001 s. 75). Badacze tacy jak Reykowski wraz z ośrodkiem warszawskim (Karyłowski, Szustrowa, Jarymowicz), Śliwak, a także badacze amerykańscy Rushston, Staub oraz M. i P. Olinerowie domniemują istnienie osobowości altruistycznej czyli uwarunkowań osobowościowych człowieka mających znaczenie w podejmowaniu zachowań na korzyść drugiego człowieka, dlatego w przedstawionym projekcie autor zajmie się właśnie czynnikami osobowościowymi mogącymi wiązać się z gotowością oddania narządów do przeszczepu. Czynniki te zostały wybrane na podstawie opisanych w literaturze korelatów różnego rodzaju zachowań prospołecznych i altruistycznych. Przesłanki teoretyczne oraz badawcze pozwalają na założenie, że gotowość dawstwa narządów do przeszczepu jest zachowaniem prospołecznym i choć w różnych kulturach zależności między zmiennymi mogą być różne to tak jak inne zachowania prospołeczne może wykazywać związki z takimi cechami jak altruizm, preferowane wartości oraz religijność. Wszystkie wybrane korelaty są blisko związane z moralnością i procesem podejmowania decyzji. Wybrane zmienne w oparciu o teorię Karyłowskiego (1982) zostały wzbogacone o jeszcze jedną: endo-egzocentryczną motywację do zachowań prospołecznych. Karyłowski wyprowadzając swoją teorię z obszernego przeglądu literatury na temat motywacji, która może powodować pomoc drugiemu człowiekowi wyciągnął wniosek o istnieniu dwóch podstawowych typów motywacji altruistycznej. Pierwszy z nich (typ endocentryczny) jest motywowany wewnętrznie poprzez polepszanie własnego mniemania o sobie i swoje dobre samopoczucie z powodu pomagania innym. Drugi z nich (typ egzocentryczny) jest motywowany czystą chęcią polepszenia sytuacji drugiego człowieka.

Karyłowski oraz Pfattheicher i in. (2022) podkreślają ważną rolę jaką pełni motywacja w zachowaniach na korzyść innego człowieka. Na podstawie powyższych doniesień z literatury stworzono cele na których opiera się niniejsza rozprawa doktorska.

Celem projektu jest: (1) sprawdzenie czy cechy osobowości altruistycznej mogą być predyktorami gotowości dawstwa narządów, (2) odnalezienie moderatorów związku między predyktorami a gotowością oddania narządów do przeszczepu oraz (3) wskazanie predyktorów charakteryzujących gotowość dawstwa narządów służących ratowaniu życia i zdrowia człowieka oraz narządów poprawiających jakość życia człowieka.

Cel pierwszy został wyprowadzony bezpośrednio z powyższych rozważań teoretycznych. Cel drugi opiera się na założeniu, że różne niespójności w literaturze dotyczącej korelatów osobowości altruistycznej wynikają z faktu nie brania pod uwagę motywacji z jaką człowiek podejmuje te działania. Autorka zakłada więc, że motywacja altruistyczna będzie ważną zmienną odgrywającą ważną rolę w poszukiwaniach uwarunkowań zachowań prospołecznych. Cel trzeci opiera się na założeniu potwierdzonym w przeprowadzonych badaniach pilotażowych (Bednarczyk i Zaleski, 2022), że ludzie nie patrzą na wszystkie organy możliwe do przeszczepu w sposób jednolity w związku z tym wyrażają większą gotowość oddania np. nerki względem np. dłoni. Skoro spojrzenie i gotowość oddania różnych części ciała jest inna to możliwa staje się teza, że gotowości oddania tych narządów będą towarzyszyły inne uwarunkowania. Kończąc rozważania na temat predyktorów gotowości oddania narządów do przeszczepu autorka skupiła się na stworzeniu profilu cech osoby gotowej oraz nie gotowej do oddania narządów.

Niniejsza rozprawa doktorska składa się oprócz wstępu i zakończenia z dziesięciu rozdziałów wchodzących w skład trzech części pracy.

Część pierwsza składa się z pięciu rozdziałów skupionych na aspekcie teoretycznym badanych zmiennych oraz przeglądzie dotychczasowych badań. W rozdziale pierwszym przedstawiona została problematyka transplantacji jako metody leczenia i związanych z nią dylematów. Rozdział drugi prezentuje koncepcję osobowości altruistycznej wraz z przeglądem badań nad korelatami altruizmu oraz podstawy teoretyczne koncepcji endo-egzocentryzmu moralnego. W rozdziale trzecim znajduje się opis znaczenia i koncepcji wartości, natomiast w rozdziale czwartym znalazła się charakterystyka religijności ze szczególnym naciskiem znaczenia przeżywanego relacji do Boga. Piąty rozdział zamykający część pierwszą rozprawy przedstawia przegląd literatury dotyczącej dotychczas badanych predyktorów mających znaczenie w zjawisku gotowości oddania narządów do przeszczepu.

Część druga przedstawia metodologię badań. Rozdział szósty prezentuje postawione problemy badawcze, hipotezy oraz modele badawcze przetestowane w późniejszej części pracy. Rozdział siódmy przedstawia użyte w badaniach narzędzia pomiarowe, a rozdział ósmy strategię przeprowadzonych badań wraz z charakterystyką osób badanych.

Część trzecia zawiera dwa rozdziały: rozdział dziewiąty, w którym przedstawiono wyniki badań własnych oraz rozdział dziesiąty stanowiący dyskusję nad uzyskanymi wynikami w odniesieniu do postawionych w rozdziale szóstym hipotez. W dalszej kolejności zamieszczono bibliografię, spis tabel i rysunków oraz aneksy.

CZEŚĆ I
PODSTAWY TEORETYCZNE

1. Problematyka transplantacji

Transplantacja staje się coraz popularniejszą metodą leczenia. Z roku na rok wzrasta liczba osób po przeszczepie jakiegoś organu, wzrasta również świadomość tego zjawiska wśród społeczeństwa, ale i liczba skierowań lekarskich kierujących na kwalifikacje przeszczepowe. W niniejszym rozdziale zostanie zaprezentowana tematyka transplantacji, jej definicja, krótka historia rozwoju medycyny transplantacyjnej oraz różnego rodzaju dylematy z jakimi mierzy się środowisko medyczne oraz społeczeństwo.

1.1. Definicja transplantacji i gotowości oddania narządów do przeszczepu

Słowo transplantacja, inaczej przeszczepianie, pochodzi z łaciny. Łacińskie *transplantare* oznacza „szczepić”, „przesadzać”. Według definicji Encyklopedii PWN oznacza on „przenoszenie komórek, tkanek lub narządów z jednego organizmu do drugiego lub wewnątrz jednego organizmu.” Najczęściej wykonywane przeszczepy to zabiegi przenoszenia narządów czy tkanek z jednego do drugiego organizmu. W tym przypadku osoba, z której organizmu narząd jest pobierany nazywana jest dawcą narządu natomiast osoba, do której organizmu narząd jest przeszczepiany nazywana jest biorcą (*transplantacja*, Encyklopedia PWN).

1.2. Krótka historia transplantacji w Polsce i na świecie

W poniższym podrozdziale zostanie zaprezentowana krótka historia rozwoju transplantacji na świecie a w kolejnym podrozdziale historia rozwoju transplantacji w Polsce.

1.2.1 Przeszczepy na świecie

Pierwsze doniesienia o próbach przeszczepiania narządów pojawiły się już w czasach starożytnych w Indiach (Wasak, 2009). Na kontynencie europejskim w XVI wieku podczas operacji plastycznej włoski chirurg Gaspare Togaliacozzi wykonał przeszczep skóry. Nie spowodowało to jednak szybkiego rozwoju tej gałęzi medycyny. Badania nad przeszczepem kości podjęto w roku 1858, a w XX wieku Alexis Carrel, który obecnie został obwołany ojcem współczesnej transplantacji otrzymał Nagrodę Nobla za prowadzone badania nad transplantacją naczyń i tkanek. Dwudziesty wiek rozpoczął znacznie szybszy rozwój chirurgii transplantacyjnej i już w 1905 roku lekarze mogli pochwalić się pierwszym przeszczepem rogówki oka, a w 1954 roku pierwszym udanym przeszczepem nerki od żywego dawcy – brata bliźniaka (Wasak, 2009). W drugiej połowie XX wieku rozpoczęto intensywne prace nad przeszczepem serca. Kardiochirurg prof. Christian Barnard z RPA dokonał przeszczepu serca po którym dawca przeżył 18 dni, wyprzedzając amerykańskich lekarzy czasem wykonania operacji oraz długością życia

pacjenta. Podczas kolejnego przeszczepu udało mu się wydłużyć życie pacjenta o 19 miesięcy, co było dla świata momentem otwarcia się na przeszczepianie serca (Sterkowicz, 2007). Od tego momentu medycyna transplantacyjna rozwija się ze zdumiewającą szybkością. Chirurdzy w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wykonują zabiegi przeszczepów kilku narządów jednocześnie np. przeszczep wątroby i trzustki (*W Polsce dokonano przeszczepu dwóch narządów naraz. Pionierski zabieg przeprowadzili lekarze z WUM*, 2021). Lekarze pracują nad przeszczepami nowych, wcześniej nieprzeszczepianych narządów, np. kończyn, twarzy (2010), prącia (Karolkiewicz, 2006; Pilonis, 2016;), macicy (brak autora, 2012). Sergio Canavero od 2015 roku prowadzi prace nad przeszczepem głowy, na ten moment udało mu się przeszczepić głowę ludzkim zwłokom. Planował on przeszczep głowy u żyjącego człowieka na rok 2017, jednak przeszczep u żywego dawcy nie został wykonany i wydaje się on jedynie podsycać emocje obserwatorów tego faktu, ponieważ badacz regularnie przekłada jego termin tłumacząc się różnymi problemami w tym brakiem chętnego na taki krok pacjenta (Stanisławski, 2018). Logika podpowiada jednak, że gdyby medycyna potrafiła poradzić sobie z uszkodzeniem kręgosłupa (a przeszczep głowy wiąże się z jego przecięciem) rozpoczęłyby próby nad doprowadzaniem do lepszego funkcjonowania osób po poważnych uszkodzeniach rdzenia kręgowego. Badania nad regeneracją rdzenia kręgowego (Anderson i in., 2018) oraz przeszczepianiem komórek macierzystych zaprzatają głowy badaczy, zatem istnieje możliwość, że po opanowaniu kolejnego newralgicznego aspektu przeszczepy głowy staną się kiedyś możliwe do wykonania, pod warunkiem, że ta potrzeba będzie uzasadniała dylematy etyczne będące częścią każdego przeszczepu, a zwłaszcza tak poważnego organu jakim jest mózg. Przeszczepy innych niż mózg części ciała również mogą sprawiać różnorakie problemy m.in. przeszczep utraconego z różnych przyczyn prącia może wiązać się z akceptacją nowego narządu zarówno u mężczyzny jak i u jego partnerki. Przeszczep narządów rodnych czy przeszczep twarzy może generować problemy społeczne, a przeszczep kończyn może powodować problemy z akceptacją wyglądającej inaczej niż pozostała część ciała np. dłoni. Obecnie można dostrzec doniesienia informujące o osobach, które prosiły o usunięcie przeszczepionego narządu z powodu problemów psychicznych i jego nieakceptacji (Krotko i Watoła, 2008).

Obecnie chirurdzy mogą przeszczepić większość części ciała. Znaczącym jednak problemem nie jest brak możliwości przeszczepu, ile psychiczna gotowość na przyjęcie części ciała od nieżyjącego, obcego człowieka.

1.2.2 Przeszczepy w Polsce

Transplantacja w Polsce rozpoczęła swój rozwój od roku 1966, kiedy to prof. Jan Nielubowicz i Tadeusz Orłowicz wraz z zespołem przeprowadzili pierwszą udaną operację przeszczepu nerki od zmarłego (Krotko i Watoła, 2008). Operację tą odnotowano jako 621 zabieg na świecie, a na pamiątkę tego wydarzenia 26 stycznia został ustanowiony Krajowym Dniem Transplantacji. W 1969 roku prof. Jan Moll przeprowadził przeszczep serca, który skończył się niepowodzeniem i pacjent umarł już podczas operacji (Krotko i Watoła, 2008). Rozwój medycyny transplantacyjnej został jednak szybko zahamowany przez obowiązujące wtedy przepisy prawne, nie pozwalające stwierdzić zgonu na podstawie śmierci mózgowej oraz pobierać narządów od żywych dawców. Dalsze próby przeszczepów trwały nadal, a w roku 1986 Zbigniew Religa dokonał pierwszego udanego przeszczepu serca, co skłoniło ówczesne Ministerstwo Zdrowia do opracowania przepisów prawnych dotyczących transplantacji. 1989 rok to data pierwszego przeszczepu wątroby (Wasak, 2009). Obecnie w Polsce przeszczepia się już twarz, ręce, narządy szyi (krtani, tchawica, gardło, przełyk) oraz wykonuje się złożone przeszczepy kilku narządów na raz np. serca i płuc czy płuc i wątroby. Najczęściej przeszczepianymi narządami i tkankami są: skóra, nerka, serce, płuco, wątroba, trzustka, jelito, szpik kostny, tętnica i rogówka oka (Poltransplant; *Przeszczepianie narządów*, Wikipedia).

1.3. Stanowisko kościoła w sprawie donacji organów

Dla osób związanych z religią katolicką ważnym aspektem w gotowości oddania narządów do przeszczepu może być stanowisko Kościoła Katolickiego dlatego zostanie ono zaprezentowane w niniejszym podrozdziale.

Oficjalne stanowisko Kościoła Katolickiego w sprawie donacji narządów zostało przedstawione w Katechizmie Kościoła Katolickiego, a także jest powtarzane przez kolejnych papieży i biskupów w listach do wiernych, konferencjach dotyczących transplantacji czy encyklikach.

KKK w punkcie 2296 odnosi się do przeszczepu narządów w sposób następujący: „Przeszczep narządów zgodny jest z prawem moralnym, jeśli fizyczne i psychiczne niebezpieczeństwa, jakie ponosi dawca, są proporcjonalne do pożądanego dobra biorcy. Oddawanie narządów po śmierci jest czynem szlachetnym i godnym pochwały; należy do niego zachęcać, ponieważ jest przejawem wielkodusznej solidarności. Moralnie nie do przyjęcia jest pobranie narządów, jeśli dawca lub jego bliscy, mający do tego prawo, nie udzielają na to wyraźnej zgody. Jest rzeczą moralnie niedopuszczalną bezpośrednio powodowanie trwałego kalectwa lub śmierci jednej istoty ludzkiej, nawet gdyby to miało przedłużyć życie innych osób”.

Jan Paweł II pisał o problematyce związanej z transplantacją i dawstwem organów w swoich trzech encyklikach: „Evangelium Vitae”, „Veritatis splendor” i „Redemptorhominis” oraz odnosił się do niej również podczas 1 Międzynarodowego Kongresu Towarzystwa Transplantacji Narządów. Papież Benedykt oraz papież Franciszek również wypowiadali się o dawstwie narządów. Papież Benedykt XVI podczas Międzynarodowego Kongresu zorganizowanego przez Papieską Akademię „Pro Vita” w 2018 roku, papież Franciszek m.in. na szczycie na temat różnych form niewolnictwa zorganizowanym w 2017 roku na którym w sposób szczególny zajmowano się właśnie handlem narządami i nielegalnymi przeszczepami (Kasper, 2022).

Papieska Rada ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia w 2016 roku opublikowała Nową Kartę Pracowników Służby Zdrowia w której rozwija problem transplantacji narządów odnosząc się m.in. do nauczania Jana Pawła II oraz Benedykta XVI (Kasper, 2022).

Oficjalne stanowisko Kościoła Katolickiego oraz jego hierarchów popiera przeszczepianie narządów, jednakże ważnym warunkiem ich oddania jest pełna dobrowolność i bezinteresowność podarowania swoich organów (Kasper, 2022). Wymaga więc by dawca wyraził swoją gotowość oddania narządów i nie dopuszcza możliwości ich pobrania zgodnie z polskim prawodawstwem na podstawie zgody domniemanej. Kościół zwraca również uwagę na fakt, że nie wolno kosztem chęci ratowania jednego człowieka w sposób celowy pozbawić życia drugiego człowieka, dlatego szczególną wagę ma orzekanie przez zespół medyczny śmierci mózgowej. Stanowisko kościoła jest więc zachęcające wyznawcę do świadomej zgody na pobranie narządów, co może przełożyć się na faktyczną gotowość człowieka.

1.4. Dylematy związane z transplantacją

Transplantacja jest obecnie jedną z najmocniej rozwijających się gałęzi medycyny, choć na drodze tego rozwoju stoi ciągły brak organów wymaganych do przeprowadzenia przeszczepu.

W przeprowadzonych w 2016 roku badaniach opinii publicznej CBOS, społeczeństwo polskie generalnie wypowiada się pozytywnie na temat chęci oddania narządów do przeszczepu. Transplantację organów według tych statystyk popiera 93% Polaków, a 80% z nich wykazuje chęci do oddania swoich narządów po śmierci. W 2018 roku Centrum Doradztwa i Badań Społecznych „Socjogram” przeprowadziło podobne badanie opinii publicznej wśród mieszkańców Gdańska. 53% ankietowanych zdecydowanie zgodziłoby się na pośmiertne pobranie od nich narządów, natomiast 29% raczej zgodziłoby się na pobranie (Ruszkowski, J. i in., 2020). Można zatem stwierdzić, że idea transplantacji w społeczeństwie polskim spotyka się z bardzo dużą akceptacją. Niestety chęci nie przekładają się na rzeczywiste działanie Polaków. Ze względu na specyficzną sytuację wywołaną pandemią COVID-19 dla lepszego zobrazowania ilości przeszczepów zostaną

przytoczone statystyki tegoroczne (2022) z czasu pandemii COVID-19 (2021) oraz z roku 2019 (przedpandemicznego). Statystyki Poltransplantu z 2022 roku wskazują na zgłoszenie 640 dawców, pobrano narządy od 445 z nich. Wykonano 1402 przeszczepy od dawców zmarłych. Pod koniec grudnia 2022 odnotowano 1856 osoby oczekujące na przeszczep narządu unaczynionego (m.in. serce, płuco, wątroba). Statystyki z 2021 roku wskazują na zgłoszenie 546 dawców narządów, z czego ostatecznie pobrano narządy jedynie od 396 osób. Zdołano wykonać 1274 przeszczepów od dawców zmarłych. Lista oczekujących na koniec 2021 roku to 1779 osoby. W roku 2020 statystyki osiągnęły podobne wartości do roku 2021. W 2019 roku do pobrania zgłoszono 639 dawców zmarłych, z których od 502 ostatecznie pobrano narządy do przeszczepu. Wykonano 1473 przeszczepy od dawców zmarłych. 1941 osób znajdowało się na liście oczekujących na przeszczep w 2019 roku. Liczba wykonanych zabiegów w 2022 roku jest już porównywalna z czasem przed pandemią COVID – 19, natomiast lista oczekujących na przeszczep zmniejszyła się o tysiąc osób co może świadczyć o tym, że w czasie pandemii i po niej lekarze kwalifikowali mniej osób do przeszczepu np. z powodu utrudnionego kontaktu ze służbą zdrowia. Lista potrzebujących organów może być zatem w pewien sposób zaniżona. Nietrudno również dostrzec, że w Polsce wciąż brakuje dawców organów i pomimo wielu przeszczepów dokonywanych w ciągu roku kolejka oczekujących na organ stale się zwiększa (obserwując statystyki przedpandemiczne).

Dlaczego chęci Polaków nie przekładają się na faktyczne działanie? Powodów jest wiele. Jednym z nich jest obawa przed handlem narządami (Sieradzka, 2017), brak zaufania społeczeństwa do lekarzy, problem orzekania śmierci mózgowej czy obawa przed brakiem szacunku dla zmarłego ciała. Motywacje te odzwierciedlają m.in. badania Ruszkowskiego i in. (2020). Dostrzegamy zatem, że przeszczepianie narządów z ludzkiego ciała wiąże się z wieloma problemami, m. in. etyczno-moralnymi, których nie można ominąć, gdyż dotyczą one bezpośrednio człowieka, integralności jego ciała, śmierci i godności. Oprócz medycyny tematyką transplantacji zajmują się zatem bioetycy, psychologowie, socjologowie czy prawnicy. Wiele z dylematów znajduje się na pograniczu dziedzin dlatego zostaną one omówione kolejno, by nie wprowadzać sztucznego podziału na dziedziny. Głównym celem przedstawienia powyższych dylematów jest przedstawienie czytelnikowi możliwych powodów mniejszej gotowości oddania narządów do przeszczepu w społeczeństwie. Człowiek nie zawsze posiada odpowiednią wiedzę na temat transplantacji w konsekwencji czego często czerpie ją z doniesień medialnych takich jak prasa, filmy, książki publicystyczne, opowieści bliskich czy wywiady z osobami o określonych stanowiskach względem dawstwa organów co może wpływać na jego późniejszą decyzję o potencjalnym dawstwie organów.

1.4.1 Handel ludźmi w celu pozyskania organów

Jak twierdzi R. Danielewicz zajmujący się przeszczepianiem narządów w Polsce nie ma problemu z handlem ludźmi w celu pozyskania organów do przeszczepu (Sieradzka, 2017). Ani środowisko medyczne, ani policja nie ma żadnych danych na temat zaistnienia takiego faktu. W Polsce największym karnym przewinieniem w zakresie handlu narządami jest wystawienie w Internecie informacji, że sprzeda się nerkę do przeszczepu. Za takie propozycje osoba zostaje ukarana grzywną czy pracami społecznymi. Handel narządami kwitnie jednak w krajach azjatyckich, gdzie rozwinęła się tzw. „turystyka transplantacyjna” – osoba wyjeżdża np. do Chin by powrócić z przeczepionym organem (Sieradzka, 2017). Świadomość tego faktu budzi wśród Polaków niechęć i strach, co może powodować sceptycyzm przy ostatecznej decyzji oddania narządów, a w przypadku informacji w mediach o zaginięciu jakiegoś człowieka częstą reakcją otoczenia jest podejrzenie, że został on porwany na organy. Pomimo oficjalnego stanowiska w świadomości społecznej panuje myśl o handlu ludźmi i narządami, którą ciężko jest wyplenić. Myśl ta jest dodatkowo podsycana faktami zaginięć ludzi interpretowanymi w środowisku społecznym jako porwania w celu pobrania organów oraz doniesieniami prasowymi poszukującymi teorii spiskowych.

1.4.2 Śmierć pnia mózgu

Problematyka śmierci pnia mózgu obejmuje większą ilość dylematów. Dotyczą one takich problemów jak: (1) pewność, iż ta śmierć faktycznie nastąpiła, (2) uczuć rodziny widzącej oddychającego bliskiego, któremu bije serce, a lekarze twierdzą, że mimo fizycznego funkcjonowania ciała jest to osoba martwa.

Rozległość tego problemu zostanie przedstawiona w następującej kolejności: najpierw stwierdzanie śmierci dawniej i dziś, jej definicja i uregulowania prawne dotyczące stwierdzania śmierci mózgu, a następnie omówione zostaną wyżej wymienione dylematy.

Dawniej by móc orzec o śmierci człowieka wymagane było zauważenie zatrzymania zarówno krążenia jak i oddechu popularnie nazywane oddaniem ostatniego tchnienia. Aby zweryfikować śmierć człowieka wykorzystywano m.in. lusterko, podstawiając je w okolicach ust i oczekując na ewentualne osadzenie się pary wodnej. Innymi sposobami było podstawianie zapalanej świecy czy pierza i obserwowanie czy płomień świecy lub pierze porusza się wskutek wydychanego powietrza. W skrajnych przypadkach podcinano nawet tętnicę by zaobserwować ciśnienie wypływającej krwi. Wraz z rozwojem techniki ulegały zmianie również metody weryfikowania śmierci człowieka. Lusterko, pierze czy płomień świecy zostały zamienione na elektrokardiografy i zdjęcia radiologiczne klatki piersiowej. Niestety metody te nie zawsze

okazywały się wystarczająco rzetelne do stwierdzenia śmierci człowieka, zdarzały się bowiem przypadki osób, które budziły się w kostnicy lub w trumnie po odbytej ceremonii pogrzebowej. Aby zapobiec takim sytuacjom ciała chowano dopiero po 24 godzinach od stwierdzonej śmierci (Trnka i in., 2003). W przypadku takiego określania śmierci, ciało zmarłego dodatkowo upewniało o jego zgonie, poprzez znaki zewnętrzne takie jak zimne ciało, plamy opadowe czy stężenie pośmiertne. Takie oznaki dawały pewność, iż zgon faktycznie nastąpił (Biesaga, 2006b). Od XIX wieku zaczęto wprowadzanie sztucznego oddychania i zewnętrznego masażu serca. Zauważono wtedy, że faktycznie można wykorzystać ten sposób do przywrócenia podstawowych czynności życiowych człowieka. W drugiej połowie XX wieku na rynku pojawiły się respiratory i defibrylatory zastępujące naturalne funkcje organizmu takie jak oddychanie, czy skurcze mięśnia sercowego (Skalski, 2003; Wasak, 2009). Funkcje organizmu uznawane za nieodwracalne stały się możliwe do odwrócenia. Wraz z postępem medycyny zasadne i konieczne stało się przededefiniowanie momentu śmierci człowieka. Potrzebne były pewniejsze oznaki jej nastania (Biesaga, 2006b). Kiedy tkanki organizmu z powodu zaniknięcia krążenia i oddychania przestaną otrzymywać tlen dochodzi do obumierania tkanek nerwowych (w tym mózgu). Ciało człowieka nie jest jednak w jednakowy sposób wrażliwe na brak tlenu. Tkanki nerwowe reagują na niego bardzo szybko, natomiast skóra znacznie wolniej. Reanimację można i warto podjąć w przypadku, gdy jest szansa na powrót mózgu do samodzielnego działania. Jednak, jeżeli mózg nie jest w stanie wrócić samodzielnie do swoich czynności, jest możliwe by podtrzymywać w sposób sztuczny działanie pozostałych organów ciała za pomocą specjalnej aparatury medycznej. W tym miejscu pojawia się definicja śmierci zwana „nową definicją śmierci” oparta na stwierdzeniu u człowieka śmierci mózgowej. Po raz pierwszy definicja ta pojawiła się w roku 1969 (Trnka i in., 2003). Definicja ta jest określana w prawie polskim Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 roku, który mówi o tym, że śmierć ma charakter zdysocjowany czyli nie wszystkie części organizmu człowieka umierają w tym samym momencie. Za moment śmierci człowieka przyjmuje się zatem moment nieodwracalnego uszkodzenia pnia mózgu (pień mózgu umiera jako ostatnia struktura mózgowa) odpowiedzialnego za oddychanie, bicie serca czy krążenie. Definicja ta zakłada więc, że nie musi nastąpić jednoczesne obumieranie wszystkich komórek ciała, gdyż niektóre z nich np. komórki skórne mogą żyć jeszcze przez kolejne 48 godzin (Wasak, 2009).

W Komunikacie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 października 1996 roku¹ określono ewolucję pojęcia śmierci, która została podzielona na trzy etapy:

¹Komunikat ten nie ma obecnie mocy prawnej i został tu przytoczony jedynie w celu ukazania ewolucji definicji śmierci.

1. Nieodwracalne ustanie krążenia krwi (definicja klasyczna) – oznacza ono śmierć człowieka jako całości, nie oznacza jednak, że każda bez wyjątku komórka ciała obumrze.
2. Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu (definicja nowa) – oznacza śmierć człowieka jako całości aczkolwiek nie jest to natychmiastowa śmierć innych układów poza układem nerwowym.
3. Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu (definicja nowa zmodyfikowana) – oznacza śmierć mózgu jako całości, co nie koniecznie wiąże się z jednoczesną śmiercią wszystkich komórek mózgu.

Ten przepis prawny pozwalał na stwierdzenie zgonu u człowieka bez potrzeby wykonywania badań takich jak: angiografia mózgową czy elektroencefalografia. Badania te nie były w przeszłości wymagane podczas orzekania o ustaniu krążenia na podstawie którego stwierdzano śmierć człowieka jako całości (Norkowski, 2011). W przypadkach szczególnych, gdy sytuacja śmierci mózgu jest niejasna należy wykonać badanie EEG lub ocenić krążenie mózgowie czy multimodalne potencjały wywołane (Obwieszczenie z dnia 17 lipca 2007).

Natomiast obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 roku w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu określa kryteria jakie powinien spełnić chory by móc być zdecydować o diagnozie śmierci mózgu. Rozpoznanie to jest podzielone na dwa etapy. Pierwszy z nich obejmuje: (1) rozpoznanie zaniku odruchów kaszlowego, wymiotowego, braku rozszerzenia źrenicy i odruchu źrenicy na ekspozycję świetlną oka, (2) przeanalizowanie procesu przeprowadzonego leczenia oraz wykonanie badania neuroobrazowego, które potwierdzi ciężkie uszkodzenie mózgu, (3) określenie przyczyny uszkodzenia mózgu: przyczyna nadnamiotowa lub podnamiotowa oraz jej pierwotność lub wtórność, (4) określenie możliwości odwrócenia uszkodzenia mózgu oraz skuteczności tej interwencji, (5) przeprowadzenie obserwacji wstępnej.

Drugi etap obejmuje określenie (1) czy pacjent znajduje się w stanie śpiączki oraz (2) czy jest sztucznie wentylowany oraz wykluczenie znajdowania się pacjenta (1) w stanie hipotermii lub (2) hipotensji, (3) pod wpływem lub zatruciem środkami farmakologicznymi (np. zwiotczającymi mięśnie, nasennymi, narkotykami czy neuroleptykami), (4) występowanie u pacjenta zaburzeń metabolicznych lub endokrynologicznych.

Dodatkowo należy stwierdzić występowanie arefleksji pniowej w postaci zaobserwowania lub sprawdzenia braku (1) reakcji źrenic na światło, (2) odruchu rogówkowego, (3) ruchów gałek ocznych spontanicznych, (4) ruchów gałek ocznych podczas próby kalorycznej, (5) reakcji ruchowych na bodźce bólowe w obrębie nerwów czaszkowych oraz brak reakcji

ruchowej w obrębie twarzy na bodźce bólowe w obrębie unerwienia rdzeniowego, (6) odruchów wymiotnych i kaszlowych oraz (7) odruchu oczno-mózgowego. U pacjenta musi również występować trwałe bezdech.

Biesaga (2006b) zwraca uwagę na fakt, iż definicją śmierci zajmują się nauki humanistyczne np. teologia i filozofia, natomiast medycyna tworzy własne kryteria śmierci człowieka, które mylone są właśnie z definicją śmierci. Nauki biologiczne nie powinny określać definicji śmierci człowieka, gdyż nie są w stanie w pełni opisać jej tajemnicy. Jeśli ktoś próbuje filozofować stawiając się na pozycji kryterium medycznego, prowadzi to do redukcjonizmu. Biesaga (2006b) odwołuje się do dysocjacyjnej koncepcji śmierci, która została opracowana przez Joachima Türka (1996) zwracając uwagę na odczucia rodziny osoby zmarłej. Sztucznie podtrzymywane przez aparaturę medyczną życie innych organów w człowieku powoduje, że rodzina dostrzega bicie serca zmarłego, ciepłe i rumiane ciało, oddech, co nie jest dla niej obojętne emocjonalnie i ciężko jest jej uwierzyć w faktyczną śmierć bliskiej osoby, choć fakt śmierci został stwierdzony na podstawie kryteriów medycznych. Dodatkowym aspektem problematycznym dla uczuć rodziny zmarłego jest tzw. objaw Łazarza. Objaw ten obejmuje proste odruchy ciała: zwykle są to skurcze mięśni rąk, nóg czy tułowia, które wyglądają jak świadome siadanie. Osoba po śmierci mózgu na skutek dotknięcia lub innego bodźca nagle siada, co wygląda dla przyglądających się bliskich jakby chory ciągle jeszcze żył. Odruch Łazarza da się zahamować podając osobie zmarłej środki przeciwbólowe (Zieliński w: Abramowicz, 2006).

Marek Sych (1996) zwraca uwagę na konsekwencje definicji śmierci mózgu jako śmierci pnia mózgu człowieka. Skoro śmierć następuje w momencie śmierci pnia mózgu, ponieważ nie ma możliwości przywrócenia do funkcjonowania człowieka po tym fakcie, to konsekwencją śmierci mózgu powinno być obumieranie kolejnych tkanek organizmu (Drabik, 2003). Mimo tej konsekwencji tylko jeden na trzech lekarzy wyraża gotowość odłączenia respiratora w sytuacji śmierci mózgu, co wskazuje na wątpliwości medyków czy to natury moralnej czy dotyczące pewności wystąpienia śmierci człowieka. Fakt ten jest również znaczący w perspektywie pozyskiwania organów do przeszczepów. Zdarza się, że samo środowisko medyczne nie jest przekonane do stwierdzania śmierci mózgu i pozyskiwania organów. Fakt ten ma swoje przyczyny. Śmierć mózgu bywa mylona z tzw. przetrwałym stanem wegetatywnym, który może trwać nawet wiele lat, a osoba jest w stanie się z niego wybudzić. Osoby będące w stanie wegetatywnym nie są świadome, nie występują u nich czynności umysłowe, a jednocześnie ich organizm samodzielnie podtrzymuje funkcje życiowe (Drabik, 2003). Zdarzające się pomyłki w

rozróżnieniu tych dwóch zjawisk również wpływają na mniejszą ilość pobrań organów zarówno ze strony nie decydujących się na nią pacjentów jak i lekarzy.

W celu stwierdzenia śmierci mózgowej wykorzystywana jest procedura opisana przez Ministerstwo Zdrowia (2019). Po wykluczeniu przebywania chorego w określonych grupach oraz sprawdzeniu kryteriów prawdopodobieństwa wystąpienia śmierci mózgowej, bada się odruchy, sprawdzając czy są zgodne z tymi wykonywanymi przez człowieka zdrowego. Badanie kończy się próbą bezdechu. Po dwukrotnym przeprowadzeniu badań i dwukrotnej próbie bezdechu osoba chora zostaje zakwalifikowana jako żywa lub martwa. W przypadku diagnozy śmierci występuje możliwość pobrania organów do transplantacji i sztuczne podtrzymywanie pracy organów. Jednak zarówno wśród zwolenników, jak i przeciwników definicji śmierci mózgowej (ŚM) pojawiają się głosy świadczące o braku pewności tej diagnozy. Wijdicks (2001; za: Norkowski, 2011) zwraca uwagę na istnienie chorób i schorzeń, które mają bardzo podobne objawy do ŚM, dlatego zawsze istnieje możliwość pomyłki i trzeba być bardzo ostrożnym w momencie orzekania ŚM. Zdarzają się pomyłki mylenia ŚM z zatruciem lekami antydepresyjnymi lub barbituranami dającymi podobne objawy. Fakt ten nie jest niczym szczególnym, błędne diagnozy zdarzają się w świecie medycznym. Wielu badaczy propaguje orzekanie o śmierci pnia mózgu, argumentując swoją postawę pewnością o krótkim życiu serca po nastąpieniu ŚM, jednak publikacje ukazują, że nie jest to prawdą (Shewmon, 1998; za: Norkowski, 2011). Analizując przypadki pokazujące, że do ŚM nie doszło u osoby, która taką diagnozę dostała powinna wystąpić refleksja czy aby na pewno stwierdzenie, iż serce umrze zaraz po mózgu jest pewne. Z powodu zdarzających się błędów lekarze oraz prawnicy wytrwale pracują nad udoskonalaniem kryteriów orzekania o śmierci mózgowej wprowadzając w życie kolejne zmiany w prawie transplantacyjnym.

Powyższe rozważania wskazują m.in. na dylematy jakie może przeżywać rodzina osoby zmarłej w związku z podtrzymywaniem życia dawcy organów. Warto propagować wiedzę o występowaniu takich objawów by w sytuacji odczuwanego bólu z powodu śmierci bliskiego człowieka nie zaostrzać go emocjami związanymi z mniejszą wiedzą na temat funkcjonowania organizmu człowieka po śmierci mózgowej. Temat śmierci mózgowej jest skomplikowany i wywołuje wiele kontrowersji. Opinie specjalistów z różnych dziedzin są podzielone co może wpływać na nieufność społeczeństwa. Z drugiej jednak strony analizując zmieniające się od ponad 20 lat obwieszczenia wydawane przez Ministerstwo Zdrowia można zauważyć, że lekarze aktualizują swoją wiedzę starając się coraz dokładniej i pewniej określać śmierć pacjenta wywołaną uszkodzeniami mózgu co powinno wpływać uspokajająco na osoby zainteresowane potencjalnym dawstwem organów.

1.4.3 Pobranie narządów po nieodwracalnym zatrzymaniu krążenia

Uregulowania prawne pozwalają na pobranie narządów do przeszczepu w dwóch przypadkach: przypadku stwierdzenia śmierci pnia mózgu oraz w przypadku nagłego zatrzymania krążenia. Zdecydowana większość organów pochodzi od osób u których stwierdzono ŚM, niewiele od osób z diagnozą nieodwracalnego zatrzymania krążenia (Krotko i Watoła, 2008). Fakt ten można łatwo wytłumaczyć dość wątpliwymi względami etycznymi towarzyszącymi orzekaniu śmierci człowieka na skutek zatrzymania krążenia (Norkowski, 2011). Najbardziej newralgicznym punktem jest trudność rokowania czasu życia osoby, której krążenie zatrzymało się. Zdarzają się sytuacje uniknięcia śmierci u osób, które po przeprowadzonej resuscytacji otrzymały od lekarzy brak szans na życie lub bardzo niską jakość życia. Prawo w Polsce (załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r.) daje możliwość pobrania narządów od osoby która nie odzyskała krążenia po próbach jego przywrócenia przez resuscytację krążeniowo-oddechową i była obserwowana przez minimum 5 minut. Neurologzy ze Szkoły Medycznej Uniwersytetu Cincinnati i Charite-Universitaetsmedizin Berlin przeprowadzili eksperymenty na osobach umierających, nie życzących sobie reanimacji. Do mózgow pacjentów wprowadzano elektrody obserwujące proces umierania mózgu. Zauważono, że po 5 minutach od zaprzestania akcji serca neurony obecne w mózgu nadal żyły, a następnie następował proces wyłączenia mózgu. Profesorowie Jens Dreier i Jed Hartings (2018) twierdzą, że możliwym jest odwrócenie procesu wyłączenia mózgu na skutek niedotlenienia. Stawiają oni hipotezę, że ponowne dostarczenie tlenu powinno spowodować włączenie mózgu, a jednocześnie trudno określić jakie skutki przyniesie ponowne włączenie mózgu i czy będzie wiązało się ono z normalnym funkcjonowaniem osoby.

W niektórych krajach istnieje możliwość pobrania organów już po 2 minutach od zatrzymania krążenia. Jest prawdopodobne, że pobranie to następuje u świadomego tego faktu dawcy.

Powyższe przesłanki związane z samopoczuciem rodziny trwającej przy zmarłym bliskim, zdarzające się błędne diagnozy czy nie zawsze dopasowane do nowych doniesień prawo mogą powodować mniejszą gotowość oddania narządów swoich lub od osoby bliskiej, a czasem budzić wątpliwości w środowisku medycznym.

1.4.4 Problematyka zgody domniemanej

W różnych systemach prawnych występują trzy podstawowe rodzaje regulujące zgodę na pobieranie narządów z ludzkich zwłok (Biesaga, 2006a): 1) formalna zgoda przyszłego dawcy, 2) zgoda rodziny osoby zmarłej, 3) zgoda domniemana. Ustawa Transplantacyjna z 1 lipca 2005 roku obowiązująca w Polsce stosuje regulację zgody domniemanej. Regulacja ta zakłada, że każda

osoba po swojej śmierci traktowana jest jako potencjalny dawca organów, chyba że za życia wyraziła sprzeciw do pobrania własnych narządów (widnieje w krajowym rejestrze sprzeciwów). Artykuł 5.1. Ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i organów określa ten fakt w następujący sposób: „Pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia lub pobrania komórek lub tkanek w celu ich zastosowania u ludzi można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu”. Zgodnie z prawem nie jest wymagane posiadanie przez lekarza pozwolenia na pobranie organów od bliskich osoby u której stwierdzono śmierć mózgową, a nawet nie jest wymagane poinformowanie członków rodziny zmarłego o naruszeniu jedności ciała zmarłego przez pobranie od niego tkanek czy narządów (Nesterowicz, 1999). W polskiej kulturze przez lata przyjęło się traktować zmarłych z należyty szacunkiem, co stoi w opozycji do braku jakichkolwiek praw do decyzji o ciele bliskiego po jego śmierci określanych w artykule 6.1. Ustawy transplantacyjnej (2005). Pozytywnym zatem jest fakt, na który zwraca uwagę Biesaga (2006a): polscy lekarze mimo możliwości nie pytania rodziny o zgodę w wielu przypadkach pytają rodziny o zgodę na pobranie narządu do przeszczepu. Wykazują się oni zrozumieniem wagi daru części osoby kochanej dla drugiego człowieka. W perspektywie gotowości oddania organów do przeszczepu pozytywne jest podejście lekarzy nie poddających się ustawie i pytających o zgodę rodzinę (Pijarowski, 2000).

Na kształt ustawy transplantacyjnej bezpośredni wpływ mają Uchwały Komitetu Wykonawczego Światowej Organizacji Zdrowia czy Konwencja Biomedyczna (Morciniec, 2009) oraz dyrektywy Komisji Europejskiej ustanawiające procedury przekazywania informacji w związku z wymianą między państwami członkowskimi narządów ludzkich przeznaczonych do przeszczepienia (Dyrektywa wykonawcza Komisji 2012/25/UE z dnia 9 października 2012).

Regulacje te pozwalają na wyznaczenie wymogów koniecznych do spełnienia by móc poprawnie pozyskiwać narządy do przeszczepu, które przytacza Morciniec (2009, s.307):

1. Ratowanie życia potencjalnego dawcy powinno być najważniejsze i chęć pobrania narządów nie może go ograniczać (śmierć ma być pewna, definitywna)
2. Zgon dawcy musi być stwierdzony ponad wszelką wątpliwość (dylematy dotyczące śmierci mózgowej).
3. Muszą zostać wypełnione prawne wymogi eksplantacji.
4. Eksplantacja musi szanować godność zmarłego i uczucia jego bliskich.
5. Organy muszą być rozdzielone według merytorycznie i etycznie uzasadnionych kryteriów, czyli należy wykluczyć chęć pozyskania organów dla jakiegokolwiek zysku o

czym mówi art. 1 i 2 Ustawy Transplantacyjnej z 1995 roku² w przeciwnym razie osoba podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 5 lat³ (art. 44 Ustawa Transplantacyjna, 2005).

Jak twierdzi Morciniec (2009) koniecznym warunkiem jest wymóg 3. czyli uzyskanie zgody na pobranie narządów od potencjalnego dawcy – co jest zarówno etyczne jak i zgodne z prawem. Nie zgadza się on z regulacjami prawnymi reprezentowanymi przez tzw. zgodę domniemaną. Niesie ona za sobą różne konsekwencje, mogące wpływać negatywnie na chęć ludzi do oddawania organów do przeszczepu. Takim przypadkiem może być sytuacja, w której bliscy odkrywają, że podczas sekcji zwłok zatrzymano tkanki zmarłego dla celów własnych medycyny bez zgody zainteresowanych. Prowadzi to do często gwałtownych reakcji emocjonalnych, które kończą się nadmiernym zainteresowaniem sytuacją przez media (Bockenheimer-Lucius, 2007; za: Morciniec, 2007). Konsekwencją takich sytuacji może być spadek zaufania społeczeństwa do lekarzy transplantologów, który jest podawany jako jeden z głównych problemów powodujących niechęć społeczeństwa do dawstwa organów (Sieradzka, 2017). Nawiązując do wymogu 4., Morciniec (2009) zastanawia się nad moralnością podtrzymywania zmarłego ciała przy życiu, by pobrać z niego organy. Uważa on, że jeśli ciało zmarłego potraktujemy z należytą godnością to konkurencyjna wartość przedłużenia życia biorcy jest moralnie uzasadniona, gdyż przeważa nad ochroną ludzkich zwłok. Nie popiera on jednak pobierania zwłok od skazańców (kara śmierci obowiązuje głównie w państwach totalitarnych np. Chiny) ani osób, które poddały się eutanazji na życzenie, ponieważ negatywna ocena moralna tych czynów kłóci się z godziwością wykorzystywania materiału przeszczepowego pochodzącego z nieetycznego źródła.

Zbigniew Zalewski (2010) za najbardziej słuszną formę uważa zasadę zgody świadomej zakładającą, że decyzje, które są podejmowane przez człowieka za życia, są wiążące również po jego śmierci. Autor swoje argumenty przedstawia na trzech płaszczyznach: logicznej, etycznej i politycznej.

Argument logiczny. Zalewski (2010) przytacza jako argument logiczny sposób myślenia jednego z wybitnych polskich logików – Kazimierza Ajdukiewicza. Podkreśla on, że w języku polskim występują dwa inne znaczenia partykuły „nie”. Jedno z nich nazywamy przeciwieństwem, drugie natomiast zaprzeczeniem. Przeciwieństwo występuje kiedy zauważymy występowanie

² Obecna ustawa zawierająca wykluczenie korzyści majątkowej, osobistej lub przyjmowania opłat za pobranie narządu reguluje art.3 ust. 1 Ustawy Transplantacyjnej z dnia 1 lipca 2005 roku.

³ Morciniec powołuje się na art. 20 KK w którym prawo zakłada pozbawienie wolności do lat 2, karę grzywną lub ograniczeniem wolności. Powyżej zamieszczono obowiązujący obecnie akt prawny z korektą formy ponoszonej odpowiedzialności.

dwóch przeciwstawnych do siebie elementów jak biały i czarny. Te dwa elementy charakteryzują dwa bieguny choć nie wyczerpują wszystkich możliwości wyboru. Często upraszczamy sobie myślenie zakładając że jeśli coś nie jest białe to musi być czarne, gdy w rzeczywistości jeśli coś nie jest białe może być czerwone, żółte, zielone czy niebieskie. Analogicznie odnosi się to do kolorów skóry. Człowiek nie biały nie koniecznie oznacza człowieka o skórze czarnej. Wychodząc z tej perspektywy szybko można zauważyć, że brak sprzeciwu do pobrania organów po śmierci niekoniecznie oznacza zgodę na ich pobranie, ponieważ sytuacja może być bardziej skomplikowana. Osoba może nie mieć zdania na ten temat, może nie wiedzieć czy chciałaby oddać narządy, może mieć preferencje jaki narząd oddałaby chętnie a z innym się nie zgadza stąd nie chce się jednoznacznie opowiedzieć czy z jakiegoś innego powodu nie ujawnia swojego sprzeciwu. Analizując tą sytuację ze strony logicznej regulacja zgody domniemanej wydaje się zdecydowanym nadużyciem.

Argument etyczny. Zalewski (2010) podkreśla, że istotą zgody jest podjęcie niezależnego aktu woli człowieka w związku z tym nie można dobrowolnie zgadzać się na coś przez niewyrażenie sprzeciwu, ponieważ jest to nielogiczne. Z perspektywy moralnej traktujemy oddanie narządów jako dar jednego dla drugiego. Spojrzenie to jest w sprzeczności z niepodjęciem niezależnej decyzji oddania, niewyrażenie sprzeciwu nie może być traktowaniem dawstwa organu jako dar dla potrzebującego. Regulacja prawna zgody domniemanej niejako przymusza człowieka by był on dobry, nawet jeśli nie ma on takich intencji. Zachowanie pod przymusem nie może być oceniane z etycznego punktu widzenia, ponieważ zaprzecza wolności dobrej woli człowieka.

Argument polityczny (poziom etyczno-prawny). Należy zauważyć dwa główne aspekty tego argumentu. Pierwszy z nich Zalewski (2010) odnosi do zakładania przez ustawodawcę chętniej do dzielenia się własnym ciałem natury człowieka mieszkającego w obrębie danego państwa. Jeśli natura danego człowieka nie jest zgodna z założeniem ustawodawcy to musi on zgłosić swoją niezgodę, która jest pewną formą publicznego zgłoszenia, że nie chce on zachowywać się moralnie i na korzyść innych, ale egoistycznie nie zważając na potrzeby drugiego. Drugim aspektem jest pozyskiwanie przez ustawodawcę informacji o poglądach i przekonaniach obywateli państwa, które nie są konieczne. Jest to więc bezprawne z punktu widzenia ochrony danych osobowych zawartego w art. 51 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Dz.U. 1997, Nr 78, poz. 483.

Podsumowując różne aspekty przedstawione przez poszczególnych autorów dotyczące problematyki zgody domniemanej i patrząc z perspektywy środowiska psychologicznego zauważmy, iż punkt widzenia ustawowej formy zgody na pobranie narządów do przeszczepu (czyli

zgody domniemanej) może nieść za sobą pewne konsekwencje psychiczne dla jednostki. Ponieważ sprzeciw niesie ze sobą skutki psychologiczne osoby mogącej odczuć to jako atak na jej wolność czy wpłynąć na samopoczucie w związku ze swoimi decyzjami, odrzuceniem społecznym, moralnością czy poczuciem winy, bądź wpływać na zaniechanie decyzji z powodu poczucia winy, niechęci do oceny społecznej czy braku asertywności. Świadomą zgodę na oddanie części siebie dla potrzebującego zamienia się więc na sprzeciw mogący być hamowany przez mechanizmy wpływu społecznego, funkcjonowanie grupy czy wewnętrzne blokady jednostki. Dodatkowo zauważmy, iż bardzo niewielka grupa ludzi zdaje sobie sprawę z tego, iż taki sprzeciw jest wymagany (według statystyk CBOS z 2016 roku jedynie 20% społeczeństwa zdaje sobie sprawę z takich uregulowań prawnych) – większość myśli, że jest wymagana zgoda na pobranie narządów, podczas gdy wymagany jest sprzeciw, przy jednoczesnej możliwości podpisywania karty woli oddania narządów (choć nie jest to regulacja prawna). Wydaje się zatem, że stosowanie regulacji prawnych związanych ze zgodą domniemaną mających zwiększyć możliwości przeszczepów przez większą ilość organów nie jest uzasadnione ani w kwestii etycznej ani kulturowej. Lekarze w trosce o dobrą opinię środowiska medycznego i około transplantacyjnego nie decydują się na korzystanie z regulacji zgody domniemanej. Stanowisko Kościoła Katolickiego, który jest reprezentowany przez najliczniejszą grupę wiernych w Polsce również zwraca uwagę na uzyskanie świadomej zgody do pobrania organów.

2. Oddanie narządów do przeszczepu jako zachowanie prospołeczne

Gotowość do dawstwa narządów jest uznawana za zachowanie prospołeczne, ponieważ spełnia podstawowe założenia definicyjne tego zjawiska. Zachowania prospołeczne to czynności podejmowane przez osobę w celu czynienia dobra dla swojego otoczenia. W literaturze psychologicznej występują one pod różnymi definicjami: zachowań prospołecznych lub zachowań altruistycznych (Bar-Tal, 1976; Batson, 2010; Batson i Powell, 2003; Krebs, 1970; Midlarsky i Kahana, 1994; Muszyńska, 1976; Potocka-Hoser, 1971; Reykowsky, 1979; Rushton, 1980; Rushton i Sorentino, 1981; Schroeder i Geraziano, 2015; Snyder i Dwyer, 2012; Śliwak, 2001 s. 9; 2010; Wispe, 1972; Zaki i Mitchell, 2013). Jedni autorzy przyjmują definicję zachowania prospołecznego lub zachowania altruistycznego, inni natomiast korzystają z tych definicji jak z synonimów i stosują je zamiennie (Pfattheicher i in., 2022; Śliwak, 2001). W niniejszym rozdziale zostanie przedstawione rozróżnienie między zachowaniem altruistycznym a prospołecznym, definicja zachowania prospołecznego, korelaty sytuacyjne i osobowościowe zachowań prospołecznych oraz gotowości oddania narządów do przeszczepu oraz rodzaje motywacji prospołecznej.

2.1. Zachowanie prospołeczne czy zachowanie altruistyczne

Bar-Tal w swoich pracach naukowych popiera rozbieżność pojęć zachowania prospołecznego od altruistycznego. Uważa on, że pojęcie zachowania prospołecznego jest pojęciem szerszym, a zachowanie altruistyczne jest jedynie składową i typem tego zachowania (Bar-Tal, 1976). Definiuje on zachowanie prospołeczne w sposób następujący: „zachowanie dobrowolne wykonywane po to, żeby przynieść korzyść komuś innemu bez oczekiwania zewnętrznych nagród i jest ono podejmowane w dwojakich okolicznościach: (1) jako zachowanie stanowiące cel sam w sobie, (2) jako akt restytucji” (Bar-Tal, 1976 s.4). Pierwszy rodzaj zachowania prezentuje zachowanie nazywane altruistycznym, ponieważ głównym celem tego zachowania jest właśnie dobrowolna korzyść drugiego człowieka. Drugim rodzajem zachowania jest zachowanie prospołeczne. Tutaj również osoba zachowuje się dobrowolnie na korzyść drugiego człowieka jednak różni się ona motywacją do działania. Podejmuje ona dane zachowanie ponieważ chce zadośćuczynić za krzywdy lub odwdziżyć się za dobro, które już wcześniej otrzymała. Nie ma tu więc mowy o myśleniu jedynie o dobru drugiego. Bar-Tal (1976) zaznacza, że o zachowaniu prospołecznym można mówić jedynie w przypadku, gdy zakłada ono wolny wybór w kwestii podjęcia zachowania pomocowego. Klóci się on zatem z systemem prawnym transplantacji występującym w Polsce zakładającym zgodę domniemaną. Osoby, od której

pobrano organy bez jej osobistej decyzji nie możemy nazwać w świetle tej definicji osobą prospołeczną.

Reykowski (1979) podobnie jak Bar-Tal (1976) odróżnia zachowanie prospołeczne od zachowania altruistycznego, określając zachowanie altruistyczne jako składową szerszego jego zdaniem zachowania prospołecznego. Autor wyróżnia trzy rodzaje zachowań: allocentryczne, socjocentryczne oraz czynności pomocowe przy czym wszystkie traktuje jako zachowania prospołeczne, a jedynie zachowania allocentryczne i socjocentryczne jako zachowania altruistyczne. Jego zdaniem altruizm powinien dotyczyć zachowań, które wykluczają oczekiwanie na nagrodę zewnętrzną.

Batson wraz z innymi psychologami zwraca uwagę na odczuwaną empatię konieczną do wystąpienia zachowania altruistycznego (Arnold, 1970; Batson 1991,1996; Cohen, 1972; Eisenberg i Fabes, 1990; Hoffman, 1975; Holmgren i in.,1998). Zauważa on również drugi istotny element zachowania altruistycznego tj. pomaganie innemu człowiekowi jako cel sam w sobie bez umotywowania występowaniem nieprzyjemnych emocji takich jak wstyd czy poczucie winy (Batson, 1991; Batson i in. 1986). Te dwa aspekty autor nazywa tzw. „altruizmem prawdziwym”. Batson wraz z Weeksem (1996) stopniują poziom reakcji emocjonalnej. Silna reakcja empatyczna ich zdaniem świadczy o niedyskutowanym zachowaniu prawdziwie altruistycznym, natomiast słaba reakcja empatyczna będzie wiązała się z występowaniem egoistycznego zachowania altruistycznego.

Późniejsze publikacje w dalszym ciągu nie przyjmują jednolitego rozumienia pojęcia altruizmu i zachowania prospołecznego i definiują je zwracając uwagę na różnorodne aspekty. Badacze zwracają uwagę na intencje z jakimi osoba zachowuje się prospołecznie definiując je jako „szeroki zakres działań mający na celu przyniesienie korzyści jednej lub większej liczbie osób niż ja” (Batson i Powell, 2003 s. 463; Zaki i Mitchell, 2013). Definicja ta podkreśla znaczenie intencji a niekoniecznie dosłownego polepszenia czyjejs sytuacji. Pfattheicher i współpracownicy (2022) jako przykład podają modlitwę o polepszenie stanu zdrowia członka rodziny. Nie jest to bezpośrednie działanie faktycznie poprawiające czyjąś kondycję zdrowotną. Batson (2010) definiuje altruizm w podobny sposób jak zachowanie prospołeczne określając go jako specyficzną motywację mającą na celu zwiększenie dobrobytu innego człowieka. W tym podejściu określa on altruizm jako podtyp zachowania prospołecznego. Altruizm w tej definicji zawiera zatem aspekt motywacyjny, czego nie zawiera definicja zachowania prospołecznego wg Batsona (Pfattheicher i współpracownicy, 2022). Schroeder i Geraziano (2015 s. 255) definiują zachowania prospołeczne jako „każde działanie przynoszące korzyść innym”. Podobną definicją zachowania

prospołecznego posługują się Snyder i Dwyer (2012) podkreślając konsekwencje płynące z zachowania, a nie motywy, które do tego zachowania doprowadziły. W psychologii funkcjonują również definicje altruizmu skupiające się na fakcie ponoszonych kosztów przez jednostkę, która udziela pomocy i odnoszenie korzyści przez osobę która tej pomocy doświadcza. Przykładami autorów definiujących altruizm w ten sposób są Clavier i Chapuisat (2013), Tomasello (2009), Fehr i Fischbacher (2003) czy West i współpracownicy (2011). Nie rozróżniają oni zachowania altruistycznego od zachowania prospołecznego traktując je równoważnie. Bykov (2017) definiuje altruizm jako normę moralną. Norma ta przyczynia się do oczekiwań społecznych dotyczących pomagania innym w różnych kontekstach społecznych.

Obecnie w dalszym ciągu nie wypracowano powszechnie uznanej definicji zachowań prospołecznych oraz altruizmu, co powoduje nie małe zamieszanie konceptualne (Pfattheicher i in., 2022), a powyższe rozważania ukazują różne spojrzenia na pojęcia zachowania prospołecznego oraz zachowania altruistycznego obecne w literaturze. Niektórzy z autorów traktują pojęcia te jako równoważne, natomiast inni traktują altruizm jako pewną składową zachowania prospołecznego. Jednakże rozróżnienie to występuje na poziomie rozważań teoretycznych, natomiast ciężko jest dokonać go w badaniach naukowych dlatego pojęcia te stosuje się zamiennie. Ze względu na tą trudność rozróżnienia obu pojęć w praktyce badawczej oraz dotychczasowego stosowania tej strategii przez innych badaczy w tej rozprawie również te dwa pojęcia będą stosowane zamiennie z rozróżnieniem teoretycznym tych dwóch definicji.

2.2. Definicja

Analizując rozważania wielu teoretyków i badaczy można określić definicję altruizmu, która zawiera cztery podstawowe cechy (Śliwak, 2001 s.14 - 15):

1. Zachowanie jest dobrowolne
2. Przynosi ono korzyść drugiemu człowiekowi
3. Decydent nie oczekuje w zamian nagrody
4. Jest ono celem samym w sobie

Śliwak dodaje jeszcze jedną istotną cechę zachowania altruistycznego:

5. Jest to zachowanie świadome

Gotowość oddania narządów do przeszczepu posiada wszystkie powyższe cechy definiujące ją jako zachowanie dobrowolne wynikające z decyzji osoby, zachowanie dla dobra drugiego człowieka bez oczekiwania otrzymania czegokolwiek w zamian, a także zachowanie celowe i świadome. Tak pojmowana gotowość będzie przedstawiona w niniejszej rozprawie.

2.3. Czynniki społeczne i sytuacyjne a uwarunkowania osobowościowe

Analizując badania nad zachowaniami altruistycznymi należy zwrócić uwagę na tłumaczenie ich za pośrednictwem czynników społecznych i sytuacyjnych oraz uwarunkowań osobowościowych (Śliwak, 2001). Każdy z tych czynników posiada swoje znaczenie w wyjaśnianiu zachowań altruistycznych. W pierwszej kolejności przedstawione zostaną badania na temat czynników sytuacyjnych i społecznych działających w różnych zachowaniach pomocowych, a następnie badania dotyczące czynników specyficznych mogących mieć wpływ na gotowość dawstwa narządów do transplantacji. Kolejno omówione zostaną różne uwarunkowania osobowościowe zachowań prospołecznych a następnie specyficzne uwarunkowania charakterystyczne dla gotowości dawstwa narządów do przeszczepu.

2.3.1 Czynniki sytuacyjne i społeczne

Badania nad tymi uwarunkowaniami prowadzone były eksperymentalnie w laboratorium lub w otaczającej rzeczywistości. Jednym z pierwszych badań tłumaczących zachowania altruistyczne był eksperyment Darleya i Latane (1970), w którym podczas oczekiwania na eksperymentatora osoba badana wypełniała formularz siedząc na korytarzu przed gabinetem. W tym czasie mogła obserwować różne sytuacje: wydobywający się dym z sąsiedniego pomieszczenia, kradzież pieniędzy przez jednego z badanych (pomocnika eksperymentatora) pozostawionych przez innego badanego lub usłyszeć odgłos upadku osoby w sąsiednim pokoju. Badacze zauważyli, że obecność innych osób zmniejsza motywację do zachowania pomocowego, dlatego większe prawdopodobieństwo na otrzymanie pomocy ma osoba, która znajduje się w trudnej sytuacji w mniejszym gronie osób, a największy odsetek pomocy jest udzielany, gdy sytuację obserwował tylko jeden świadek wydarzenia. Badania Piliavinów i Rodin (1969) przeprowadzane w metrze wykazały na ograniczony wpływ dyfuzji odpowiedzialności. Ma ona miejsce tylko w przypadku kiedy koszt pomocy będzie zbyt duży, a nieudzielenie pomocy nie będzie wiązało się z odpowiedzialnością. Analizowano zachowania pasażerów obserwujących zasłabnięcie (upadek) na podłogę człowieka z laską oraz z butelką alkoholu. W przypadku upadku osoby z laską działaniem pomocowym reagowało 100% świadków, natomiast w przypadku osoby trzymającej butelkę alkoholu 50% świadków. Autorzy podkreślają, że nie udzielenie pomocy osobie z laską mogłoby wiązać się ze znacznie większym poczuciem winy u świadka, dlatego decydował się on na pomoc. Tak rozpoczęte eksperymenty nad czynnikami społecznymi i sytuacyjnymi pociągnęły za sobą szereg kolejnych odkryć. Latane i Rodin (1969) wykazali wpływ znajomości świadków na prędkość udzielanej pomocy. Jeśli świadkowie znali się,

prawdopodobieństwo szybszego udzielenia pomocy rosło. Brayana i Testa (1967) wykazali, że obserwacja zachowania altruistycznego innych w niedalekiej przeszłości lub doświadczenie takiej pomocy w stosunku do własnej osoby częściej skłaniała do zachowań pomocowych wobec innych. Obserwowanie krzywdy innych również skłaniało obserwatora do udzielenia pomocy (Regan, 1971; Regan i in., 1972). Badania Darley i Batsona (1973) nawiązujące do przypowieści o Miłosiernym Samarytaninie wykazały, że czynnik pośpiechu jest istotnym uwarunkowaniem udzielenia lub nie udzielenia pomocy potrzebującemu. Dalsze badania nad wpływem pośpiechu (Batson i in., 1978) wykazały, że postrzeganie ważności celu do którego ludzie się śpieszą wpływa na zachowanie prospołeczne. Osoby postrzegające swój cel jako bardzo ważny z niższym prawdopodobieństwem udzielą pomocy, natomiast osoby postrzegające swój cel jako mało ważny z większym prawdopodobieństwem pomogą potrzebującemu. Innymi czynnikami mającymi wpływ na zachowania prospołeczne są przejściowe stany afektywne. U badanych wywoływano smutny nastrój m.in. poprzez puszczenie im smutnego filmu, a później obserwowano występowanie reakcji pomocowych. Dzieci przeżywające smutek skupiały się na sobie i rzadziej wykazywały zachowania pomocowe, natomiast dorośli przeżywający smutek częściej angażowali się w zachowania na korzyść drugiego człowieka prawdopodobnie chcąc poprawić swoje samopoczucie (Cialdini i in., 1982). Isen (1970) wykazała, że osoby które osiągnęły sukces chętniej pomagają innym oraz są bardziej życzliwe. Amato (1981a, 1981b, 1983) oraz Amato i Cook (1983) zajmowali się wpływem gęstości zaludnienia na zachowania pomocowe. Wykazali, że im większe i bardziej zaludnione miasto tym mniejszy odsetek udzielanej pomocy człowiekowi w potrzebie. Pozytywny wpływ wieku oraz deklaracji do zachowań altruistycznych na faktyczne zachowania na korzyść innych wykazał Chou (1998). Kolejnym czynnikiem działającym na zachowanie pomocowe jest płeć osoby udzielającej pomocy i tej której ta pomoc jest udzielana. Jeśli osoby te są różnej płci wówczas istnieje większe prawdopodobieństwo udzielenia pomocy (Gore i in., 1997). Batool oraz Lewis (2022) wskazali, że kobiety istotnie częściej zachowują się altruistycznie, a rodzice, którzy praktykują pozytywne style rodzicielskie wychowują dzieci bardziej altruistyczne. Badacze zwrócili również uwagę, że trenowanie inteligencji emocjonalnej wzmacnia zachowania prospołeczne. Na wpływ rodziców w kształtowaniu się prospołeczności wskazują również Sanjai i Gopichandran (2018) badający zachowania prospołeczne studentów medycyny. Podkreślają oni pozytywny wpływ środowiska w postaci wpływu rodziców, rówieśników oraz posiadanych wzorców do naśladowania w kształtowaniu się zachowań altruistycznych. Oglądanie prospołecznych treści w ulubionych programach przez nastolatków pozytywnie przewiduje zachowania prospołeczne występujące dwa lata od wystąpienia tego faktu (Padilla-Walker i in., 2015). Carreon i współpracownicy (2011) badający studentów stomatologii

zauważyli, że kobiety, studenci o niskim statusie społeczno-ekonomicznym oraz mniejszości narodowe charakteryzowały się większym altruizmem od pozostałych studentów. Badacze sugerują, aby do zawodów charakteryzujących się potrzebą wyższej empatii i altruizmu już na etapie rekrutacji na uczelnie wybierać osoby z mniejszości narodowych oraz o niższym statusie społeczno-ekonomicznym by zapewnić np. odpowiednią opiekę medyczną w kraju. Podsumowując należy zauważyć, że w świetle przedstawionych wyżej badań zmienne społeczne mogą odgrywać istotną rolę w decyzji podejmowania działań prospołecznych. Ten aspekt zachowań ludzkich mocno podkreśla Zimbardo (Zimbardo i in., 2015).

Czynnikami społecznymi i sytuacyjnymi badanymi dotąd w zjawisku oddania narządów do przeszczepu są: zaufanie do opieki medycznej (Alden i Cheung, 2000; Boulware i in., 2002), wiedza na temat przeszczepów (Conesa i in., 2003; Conesa i in., 2004; Demir i Kumkale, 2013; Feeley, 2007; Horton i Horton, 1990, 1991; Morgan, 2006; Morgan i Miller, 2002; Nijkamp i in., 2008; Reubsæt i in., 2001;), rozmowa z rodziną o dawstwie narządów (Alvaro i in., 2005; Bresnahan i in., 2010), pozytywne nastawienie bliskich (Hide i Biały, 2009a, Marshall i Feeley, 2006; Morgan i Miller, 2002; Reubsæt i in., 2001), występowanie wsparcia społecznego (Caballer, 2001); znajomość osoby oczekującą na przeszczep organów (Caballer i in, 2000; Rumsey, 2003), osobiste ryzyko związane z dawstwem narządów (Cohen, 2007, 2010), postrzegane korzyści (Morgan i in., 2008), preferowanie spalenia ciała po śmierci (Kaballer, 2001; Rando i in, 1995; Rosel i in., 1995), myślenie o swojej śmierci (Skowroński, 1997), pozytywna reprezentacja śmierci (Besser, 2004; Massialos i in., 2008; Perez i in., 1992), czytanie negatywnych informacji w mediach (Moloney i Walker, 2000; 2002; Morgan i in., 2005) oraz zmienne socjodemograficzne takie jak: płeć (Alvaro i in., 2005; Chen i in., 2006; Reubsæt i in., 2001), wiek (Boulware i in., 2002; Conesa i in, 2003; Gibek i in, 2017; Hurford i Cole, 2003; Mossialos i in., 2008; Siminoff i in., 2006), miejsce zamieszkania (Gibek i in., 2017), bycie studentem (Conesa i in, 2003), wyższe wykształcenie (Conesa i in., 2006; Romeso i in, 2001; Siminoff i in., 2006) oraz wyższy status ekonomiczny (Hurford i Cole, 2003; Saleem i in., 2009).

2.3.2 Uwarunkowania osobowościowe

Prócz czynników społecznych i sytuacyjnych również czynniki osobowościowe pełnią ważną rolę w podejmowaniu decyzji o zachowaniu prospołecznym. Rushton (1981), Staub (2013) oraz badacze z Polski: Jarymowicz (1976), Karyłowski (1982), Reykowski (1979) i Śliwak (2001) twierdzą, że u niektórych ludzi, którzy często podejmują działania na korzyść innych ludzi możemy mówić o występowaniu tzw. „osobowości altruistycznej”. Analizując dotychczasowe badania nad różnymi rodzajami zachowań prospołecznych przedstawię wybrane czynniki

osobowościowe mające znaczenie w zachowaniach altruistycznych. Jedną z najbardziej intuicyjnych cech związanych z zachowaniami pomocowymi jest empatia. Wysoki poziom empatii sprzyja według badaczy występowaniu wysokiego poziomu altruizmu (Batson, 1997; Batson i in., 1997; Litvak-Miller i in., 1997; Show i in., 1994). Badacze zajęli się odnalezieniem osobowości altruistycznej w znanych teoriach osobowości. Habashi i współpracownicy (2016) zauważyli, że spośród cech Wielkiej Piątki najistotniejszą cechą osobowości altruistycznej jest ugodowość. Nockur i Pfattheicher (2021) oraz Fang i współpracownicy (2019) wykazali znaczenie cechy uczciwość-pokora z modelu Hexaco jako pozytywnego i istotnego korelatu zachowań altruistycznych. Część z badaczy zajmujących się altruizmem w różnych dziedzinach życia ludzkiego jak np. w grach społecznych posługując się określeniem osobowość prospołeczna bada właśnie ugodowość lub cechę uczciwości-pokory z modelu Hexaco. Fang i współpracownicy (2019) dowiedli istotne znaczenie poczucia winy jako zmiennej pośredniczącej w związku pomiędzy cechą uczciwości pokory a zachowaniami altruistycznymi. Inni badacze zajmowali się znaczeniem aprobaty społecznej w zjawiskach prospołecznych. Midlarsky i Bryan (1972) oraz Staub i Sherk (1970) wykazali że niska aprobata społeczna sprzyja zachowaniom na korzyść innego człowieka, natomiast badania Śliwaka (2001) ukazały wysoki poziom aprobaty społecznej u altruistycznych kobiet. Midlarsky i Bryan (1972) prowadzili również badania nad znaczeniem społecznej odpowiedzialności oraz zaufania wobec innych w kontekście zachowań altruistycznych. Wysoka wartość społecznej odpowiedzialności oraz wysokie zaufanie wobec innych dobrze przewidywały zachowania prospołeczne, przy czym zaufanie wobec innych miało istotny charakter jedynie w grupie kobiet, natomiast przewidywanie na podstawie aprobaty społecznej było istotne choć niskie. Według O'Brien i współpracowników (2021) altruizm i występowanie osobowości prospołecznej wiąże się z indywidualną odpowiedzialnością społeczną.

Inni autorzy podkreślają znaczenie zainteresowania wartościami społecznymi. Alkadi i współpracownicy (2019) wykazali znaczenie wartości w zachowaniach wolontariackich, a Manesi i współpracownicy (2019) dostrzegli znaczenie orientacji na wartości prospołeczne oraz uważności społecznej jako pozytywnych predyktorów zaangażowania w pomoc w zbiórkach funduszy na rzecz ofiar tajfunu. Badania prowadzone przez Staubą (1975; 1981; 2013) oraz Śliwaka (1995) nad znaczeniem wartości społecznych wykazały, że im większe zainteresowanie wartościami społecznymi u osoby tym większa gotowość do zachowań altruistycznych. Staub zwraca uwagę szczególnie na takie wartości jak pomaganie i równość, które współwystępowały z zachowaniami prospołecznymi oraz wartości takie jak wygodne życie, czystość i ambicja, które współwystępowały z niższą gotowością do zachowań pomocowych u badanych. Śliwak

porównując w badaniach osoby altruistyczne do osób o niższym poziomie altruizmu zwraca uwagę, że osoby altruistyczne jako najważniejszy cel wybierały osiągnięcie życia wiecznego, co z kolei może świadczyć o występowaniu wyższej religijności u osób altruistycznych względem osób o mniejszym poziomie altruizmu (Śliwak, 1995; 2001). Badania Kaura (2020) wskazują na powiązanie pomiędzy wysoką religijnością, a altruizmem i empatią. Autor wskazuje również na wyższe zdolności prospołecznego rozumowania moralnego u osób wysoce religijnych. Inne wartości wysoko preferowane w grupie osób altruistycznych to pokój na świecie, bezpieczeństwo narodowe, lojalność oraz uczynność. Autorzy ten zestaw cech zaliczają do wartości altruistycznych (Scheibe i Condry, 1984). Można więc na tej podstawie wnioskować, że dla osób altruistycznych wartości związane z problemami i sprawami społecznymi mają większe znaczenie niż dla osób, które nie wykazują wysokiego poziomu tej cechy. Jarymowicz (1979) również wskazuje na powiązania pomiędzy preferowanymi wartościami, a działaniem dla dobra społeczeństwa. Jeśli pojęcia człowiek i społeczeństwo mają wysoką rangę w hierarchii wartości człowieka to potrafią one uaktywnić zachowania prospołeczne. Z kolei tendencja do manipulowania innymi (makiawelizm) wiąże się negatywnie z gotowością do działań na korzyść innego człowieka (Jarymowicz, 1976; Staub, 1974). Wertag i Bratko (2018) wykazali, że cechy ciemnej triady przewidywały prospołeczność i zachowania antyspołeczne silniej niż cechy z modelu HEXACO. Autorzy obserwujący i badający zjawisko pomocy Żydom podczas II wojny światowej zwracają uwagę na to, że kierowali się oni wartościami chrześcijańskimi (London, 1970) oraz wartościami moralnymi oraz etycznymi (Oliner i Oliner, 1992). Istotnym elementem na który zwracają uwagę Olinerowie (1992) jest nie tylko fakt występowania pewnych wartości w domach osób ratujących Żydów, ale również aktywne ich realizowanie. Rushston (1984) w swojej publikacji zbiera badania Kanppa i Holzberga, Tappa i Spaniera oraz Bensona i współpracowników, którzy wykazali związek preferencji wartości religijnych z zachowaniami na korzyść innych ludzi. Wyniki te potwierdzają również badania Langford i Langforda (1974) oraz Śliwaka (1993) w których zauważamy związek postawy religijnej z zachowaniami charytatywnymi. Należy również zwrócić uwagę, że niektórzy badacze nie potwierdzili roli religijności w zjawisku zachowań prospołecznych (Eckert i Lester, 1997) inni dostrzegli związek religijności z mniejszą troską o sprawy niesprawiedliwego traktowania mniejszości narodowych (Rocheach, 1970; Sorrentino, 1981), więc występowanie tej cechy u osób altruistycznych jest kontrowersyjne co otworzyło poszukiwania teoretyczne czy rodzaj religijności jaki osoba wykazuje będzie miał związek z postawą udzielenia lub nie udzielenia pomocy drugiemu człowiekowi. Takie rozważania znajdziemy u Allporta (1966) lub Johnsona i współpracowników (1998) który podkreślili, że jedynie religijność wewnętrzna będzie sprzyjała zachowaniom

prospołecznym. Batson i inni (1998) z kolei twierdzi, że wymiar religijność nazywany religijnością jako pytanie będzie sprzyjał zachowaniom na korzyść innych ludzi, a Jaworski (1989) podkreśla znaczenie religijności personalnej. Badania Hunsberga (1995) rzucają nowe światło na problem religijności w zachowaniach prospołecznych. Zauważa on, że religia wiąże się z różnego rodzaju uprzedzeniami, ale to nie ona sama w sobie tworzy te uprzedzenia tylko sposób realizacji wierzeń jednostki wpływa na uprzedzenia. Badania Bekkersa (2006) wykazały, że uczęszczanie do kościoła pośredniczy w związku między wartościami prospołecznymi a hojnością darowizn na cele charytatywne. Pandya (2017) zauważa, że regularne praktykowanie treningu duchowego przez dzieci wiąże się z wyższym poziomem altruizmu.

Istotnym korelatem osobowości altruistycznej okazało się również poczucie sensu życia ukazane w badaniach Śliwaka i Króla (1989). W grupie osób altruistycznych poczucie sensu życia jest znacznie wyższe niż w grupie osób o niskim poziomie altruizmu. Wewnętrzna lokalizacja kontroli oraz wysoki stopień samoaktualizacji również okazały się istotnymi korelatami gotowości do pomocy innym (Afolabi i Dennis, 2019; Bierchoff i in., 199; Sharma i Rosha, 1992). Badania Szustrowej (1972) dowiodły, że osoby prospołeczne posiadają umiarkowany stopień samoakceptacji, a Jarymowicz i Rogala (1976) podkreślają, że osoby, które uświadomią sobie swój własny egocentryzm chętniej dostrzegają problemy innych i wykazują gotowość do ich rozwiązywania. Śliwak i Leszczuk (1994) oraz Śliwak (2001) zwrócili uwagę na związek obrazu siebie z altruizmem. Zaznaczają oni, że altruizm wiąże się z idealizmem badanych osób lub poprzez dążenie do ideału badani polepszają własne mniemanie o sobie. Zbańska (1991) określiła profil potrzeb osób altruistycznych. W profilu tym znalazły się takie potrzeby jak: opiekuńczość, rozumienie, refleksyjność i aktywność. Osoby altruistyczne chcą silniej niż osoby niealtruistyczne zmieniać swój stosunek do innych na bardziej pozytywny co wykazała Szymańska (2000). Badacze zwracają również uwagę na występujący u osób prospołecznych niższy poziom lęku i niepokoju (Grzesiuk i Trzebińska, 1978; Jarymowicz, 1979; Potocka-Hoser, 1971; Śliwak, 1995; 2001). Redukując poziom niepokoju można ich zdaniem zwiększyć gotowość do zachowań na korzyść innych ludzi. Śliwak (1993) porównywał grupę altruistów do grupy niealtruistów w zakresie relacji przeżywanych do Boga i zauważył, że grupa altruistów jest znacząco bardziej zależna w relacji do Boga, dostrzega Boga w innych ludziach, charakteryzuje się wyższą identyfikacją z Chrystusem jako autorytetem i wzorem do naśladowania oraz traktuje Boga jako swoją normę absolutną. W odróżnieniu do osób o niskim poziomie altruizmu grupa osób altruistycznych nie wykazuje relacji buntu i sprzeciwu wobec Boga i nie czuje potrzeby uniezależniania się od niego. Badania Cakirpaloglu i współpracowników (2023) wykazały związek pomiędzy inteligencją emocjonalną a altruizmem wśród badanych nauczycieli.

Motywacja wewnętrzna jest pozytywnie związana z osobowością prospołeczną u wolontariuszy (Finkelstien, 2009). Prospołeczność wiąże się z występowaniem pozytywnych emocji u osób starszych (Midlarsky i in., 2018) oraz u nastolatków, u których współwystępuje również z mniejszą ilością emocji negatywnych oraz większą satysfakcją z życia (Lu i in., 2020).

Spośród uwarunkowań osobowościowych jak dotąd badanych w zjawisku oddania narządów do przeszczepu znajdują się: cechy osobowości Wielkiej Piątki tj. neurotyzm, ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość oraz sumienność (Bolt i in., 2010; Demir i Kumkale, 2013; Gibek i in., 2017), wartości oraz wartości pomagania innym (Bednarczyk i Zaleski, 2022; Horton i Horton, 1991), orientacja na wartości prospołeczne (Bekkers, 2006), odpowiedzialność społeczna (Park i in., 2009), członkostwo w grupie społecznej (Levine i in., 2005), poczucie lokalizacji kontroli (Wu, 2013), poczucie własnej skuteczności (Brug i in, 2000; Hübner i Kaiser, 2006; Hyde i White, 2009a), altruizm (Alsalem i in., 2020; Bresnahan i in., 2010; Cohen i Hoffner, 2013; Dopelt i in., 2022; Hill, 2016; Morgan, 2006; Mostafa i in., 2010; Nijkamp i in., 2008; Ruggierii i in., 2022; Wu i in., 2013), wdzięczność (Greiner, 2004), solidarność (Kornblit i MedesDiz, 2001) oraz wartości altruistycznych (Lwin i in., 2002; Mostafa, 2008; Nijkamp i in., 2008), wiara w integralność ciała po śmierci (Alden i Cheung, 2000; Chen i in., 2006;), religijność (Bresnahan, 2010; Demir i Kumkale, Dopelt, 2022; Gibek i in., 2017; 2013; Morgan, 2006; Nijkamp i in., 2008; Ruggieri, 2022; Rumsey, 2003; Thornton i in., 2006) oraz szersze wierzenia duchowe (Lwin i in., 2002), empatia (Cohen i Hoffner, 2013; Milaniak i in. 2018), autorytaryzm (Besser i in, 2004; Lefcourt i Pasterz, 1995), wartości (Ryckman i in., 2005), obraz siebie (Hyde i White, 2009 a i b), tożsamość (Gargano i in., 2004).

Część z badaczy skupia się głównie na czynnikach środowiskowych skłaniających człowieka do dawstwa narządów. Kiani i współpracownicy (2010) potwierdzili większe znaczenie czynników środowiskowych w podejmowaniu decyzji o byciu dawcą narządów, inni badacze podkreślają jednak, że istotnym jest zwrócenie uwagi na czynniki wewnętrzne osoby między innymi oparte na przekonaniach czy wpływające na kształtowanie się postaw (Jeong i Park, 2015; Wong i Chow, 2017). Aronson i in., (1997) oraz Argyle (1999) twierdzą, że sama wiedza o osobowości człowieka nie daje wystarczającej wiedzy by móc przewidzieć czy osoba zachowa się w sposób prospołeczny czy nie, dlatego ważne by brać pod uwagę również zmienne sytuacyjne oraz społeczne. Natomiast istotnym jest pytanie zadawane przez Śliwaka (2001) czy czynniki społeczne i sytuacyjne są równie ważne jak czynniki osobowościowe? „Z dużym prawdopodobieństwem można powiedzieć, że dojrzała osobowość potrafi odnaleźć się i skutecznie funkcjonować w różnych warunkach” (Śliwak, 2001 s. 75).

2.4. Motywacja altruistyczna

Próbując wyjaśnić podejmowanie bezinteresownej pomocy na rzecz innych teoretycy i badacze zwracają uwagę na istnienie różnego rodzaju motywacji. Jednakże czynniki sprzyjające kształtowaniu się mechanizmów jednych zachowań prospołecznych mogą hamować rozwój innych (Karyłowski, 1984; Reykowski i Kochańska, 1980; Śliwak, 2001). Trudne jest zatem badanie motywacji tych zachowań, ponieważ każde z nich może być zupełnie różne (Reykowski, 1979; Rushton, 1981; Staub, 1978).

Karyłowski (1982) rozpoczął budowanie swojej koncepcji o dwóch typach motywacji altruistycznej od przejrzania dotychczasowych modeli motywacji do zachowań altruistycznych. Schwartz (1976; 1977; Schwartz i Howard, 1981) stworzył model teoretyczny hipotetycznego procesu prowadzącego do wpływu altruistycznych norm osobistych na zachowanie. Opisany przez niego proces zakłada nastąpienie po sobie siedmiu faz: (1) uświadomienie sobie przez jednostkę, że stan osoby znajdującej się obok jest stanem niezaspokojonej potrzeby; (2) jednostka przyjmuje, że pomoc drugiemu jest możliwa i istnieje sposób udzielenia tej pomocy; (3) jednostka przyjmuje, że sama jest w stanie udzielić pomocy potrzebującemu niezależnie od tego czy byłaby to pomoc pośrednia czy bezpośrednia; (4) jednostka czuje się odpowiedzialna za proces udzielenia pomocy, czuje się zaangażowana w sytuację; (5) w jednostce uaktywniają się normy osobiste czyli oczekiwania wobec własnej osoby, odczuwa powinność moralną by pomóc potrzebującemu; (6) jednostka dokonuje oceny kosztów i zysków wynikających zarówno z wyboru pomocy potrzebującemu jak i nie udzielenia tej pomocy; jednostka rozważa zarówno koszty zewnętrzne jak i wewnętrzne w postaci podwyższenia lub obniżenia poczucia własnej wartości; (7) jednostka podejmuje decyzję o udzieleniu lub nieudzieleniu pomocy potrzebującemu. Schwartz zwraca również uwagę na zmienne, które pośredniczą we wpływie norm osobistych na faktyczne zachowanie jednostki. Wśród tych zmiennych wskazuje on na zmienne zarówno sytuacyjne jak i osobowościowe. Dwie szczególnie z punktu widzenia Karyłowskiego (1982) zmienne są zmiennymi osobowościowymi: świadomość konsekwencji oraz zaprzeczanie odpowiedzialności. Świadomość konsekwencji dotyczy „siły tendencji do przewidywania możliwych konsekwencji, jakie określone zachowanie jednostki może mieć dla partnera”, a zaprzeczanie odpowiedzialności dotyczy „siły tendencji do obronnego zaprzeczania odpowiedzialności za losy partnera” (Karyłowski, 1982 s. 15). Badania Schwartz (1976; 1977; Schwartz i Howard, 1981 a i b) potwierdzają, że osoby posiadające wysokie wyniki w świadomości konsekwencji oraz niskie wyniki w zaprzeczaniu odpowiedzialności są osobami u których na podstawie norm osobistych łatwo jest przewidywać zachowanie altruistyczne na co zwraca uwagę Karyłowski (1982).

Źródłem norm osobistych czyli oczekiwań wobec siebie samego mogą być normy społeczne. Wzmocnienia zewnętrzne do zachowania altruistycznego mogą być z czasem zastępowane przez wzmocnienia wewnętrzne na co zwracają uwagę Aronfreed (1968), Hoffman (1970), Mikka (1968), Staub (1969), Reykowski i Kochańska (1980). Autorzy Ci wskazują na zaspokojenie swoich wewnętrznych potrzeb jako na motywację do działania altruistycznego. Inni autorzy skupiają się na założeniu, że sama poprawa sytuacji w jakiej znajduje się drugi człowiek jest główną motywacją do zachowania pomocowego (Eliasz, 1980; Fishbach i Roe, 1968; Krebs, 1975; Stotland, 1960; Stotland, i Dunn, 1963). Model stworzony przez Hornsteina (1972, 1976, 1978) jest przykładem tego typu wyjaśnienia. Opiera się on na lewinowskiej teorii pola, a centralny punkt tworzy pojęcie napięcia promocyjnego określanego jako napięcie motywacyjne odczuwane przez jednostkę, wynikające z dostrzeżenia niezaspokojonego dążenia do celu u innej osoby. Napięcie to jest nakierowane na możliwość osiągnięcia celu przez drugiego. Do wystąpienia tego napięcia niezbędne są dwa warunki: (1) w świadomości jednostki musi znajdować się informacja o dążeniu do celu przez drugiego człowieka, a sama jednostka musi wartościować ten cel jako pozytywne dążenie; (2) jednostka postrzega drugiego człowieka jako partnera w tzw. społecznej relacji promocyjnej czyli myśli o nim w kategorii „my” zamiast w kategorii „oni”. Hornstein i współpracownicy (Sole i in., 1975) podkreśla, że do wystąpienia relacji promocyjnej wraz z postrzeganiem drugiego jako „my” jest relacja podobieństwa jednostki i partnera w takich aspektach jak narodowość czy postawy, po eliminacji efektu sympatii. Model Piliavinów (1973) z późniejszymi rozwinięciami (Piliavin i in., 1981; 1982) odnosi się do sytuacji nagłego wypadku, choć jest podobny do modelu stworzonego przez Hornsteina. Obejmuje on dwa twierdzenia: (1) Jednostka obserwująca nagły wypadek z udziałem innego człowieka zaczyna odczuwać stan pobudzenia. Stan ten zwiększa się wraz z postrzeganiem wypadku jako poważniejszego, mniejszą odległością pomiędzy obserwatorem a zdarzeniem, wyższym spostrzeganym podobieństwem lub (i) sympatią wobec poszkodowanego oraz krótkim czasem dzielącym od zdarzenia. (2) Wzrastające pobudzenie z czasem staje się coraz bardziej nieprzyjemne, więc jednostka dąży do redukcji występującego napięcia, co staje się postawą motywacyjną do zachowania pomocowego w sposób bezpośredni lub pośredni. Ostatecznie jednak o wyborze zachowania pomocowego lub nie decyduje rachunek zysków i strat, a także fakt czy jednostka ma możliwość wybrania innego sposobu rozładowania napięcia przez chociażby oddalenie się z miejsca zdarzenia. Zarówno Piliavinowie jak i Hornstein podkreślają, że świadomość znajdowania się drugiego człowieka w stanie niezaspokojonej potrzeby może wywoływać awersję i działać na zasadzie popędu, natomiast nie tłumaczą oni powodów wystąpienia takiej reakcji. Istnieją również modele wyjaśniające zachowanie i można podzielić je na dwa podtypy. Jednym z nich jest typ kładący nacisk na

mechanizmy o charakterze poznawczym a drugi kładzie nacisk na mechanizmy o charakterze emocjonalnym. Modele oparte na mechanizmach o charakterze poznawczym skupiają się na rozbieżności w strukturze poznawczej jednostki jako na motywacji do zachowania pomocowego. Przykładem jest wyjaśnienie stworzone przez Lenera (1977; 1980; Lerner i in., 1976) opierające się na oczekiwaniach względem świata zewnętrznego. Jego zdaniem jednostka wierzy w to, że świat jest sprawiedliwy, a ludzie w nim żyjący otrzymują to na co zapracowali. Kiedy jakiś człowiek znajduje się w sytuacji w której spotkało go coś niezasłużonego (np. różnego rodzaju krzywda) jednostka będzie przeżywała niezgodność poznawczą pomiędzy swoim założeniem a rzeczywistością, co będzie skłaniało ją do podjęcia działania by przywrócić sprawiedliwość osobie poszkodowanej. Lerner twierdzi, że powstanie takiego przekonania jest naturalnym produktem dojrzewania struktur poznawczych. Dziecko początkowo reaguje na bodźce natychmiastowo oraz bezpośrednio, a później uczy się wybierania różnych sposobów postępowania w zależności od przewidywanych w przyszłości skutków i wybiera takie, które jego zdaniem zapewni mu to na co zasłużyło, a więc zaczyna wierzyć w sprawiedliwy świat. Spotkanie na swojej drodze człowieka, który nie otrzymał tego na co zasłużył podważa wiarę jednostki w sprawiedliwy świat, chce ona zatem w sposób symboliczny przywrócić to założenie pomagając drugiemu. Reykowski (1975b, 1976, 1979) zauważa, że nie tylko jednostka ale też inne obiekty społeczne mogą posiadać rozwinięte struktury poznawcze w umyśle jednostki. Przykładem takich obiektów może być choćby sprawiedliwy świat czy przyjaciel. Reykowski powołuje się na prace Berlyne'a (1957), Hebba (1969) oraz Łukaszewskiego (1974) zauważając, że stabilne reprezentacje przejawiają tendencje do zachowywania równowagi, a więc działają na zasadach homeostatu. Niezgodne z oczekiwaniami napływające informacje powodują stan zaburzonej równowagi, który będzie motywował jednostkę do zmiany sytuacji w otaczającym go świecie. Jednostka doprowadzając swoim zachowaniem do takiej zmiany może spełniać kryteria zachowania altruistycznego, choć nie jest to zasadą. Mechanizmy o charakterze emocjonalnym jako motywację do zachowania pomocowego wskazują bezwarunkową lub warunkową reakcję emocjonalną na informacje o sytuacji innego człowieka, a reakcja ta jest adekwatna do stanu człowieka (negatywna reakcja na negatywną sytuację i stan człowieka, a pozytywna na pozytywny stan i sytuację człowieka). Aronfreed (1968; 1979) zauważa, że w toku socjalizacji informacje o stanach afektywnych drugiego człowieka wiążą się czasowo i przyczynowo ze zdarzeniami mającymi wartość emocjonalną dla jednostki. Przez występowanie związku czasowego sygnały te zaczynają wywoływać zmiany w stanie emocjonalnym, co świadczy o wystąpieniu warunkowania klasycznego. Możliwe jest również wystąpienie warunkowania instrumentalnego ponieważ zachowanie pomocowe może być wzmocnione przez przeżywanie doznania empatycznego.

Występowanie tych procesów może prowadzić do uaktywnienia się zachowań pomocowych, natomiast otwartą sprawą jest trwałość wystąpienia tego efektu. Inni autorzy twierdzą, że nie jest konieczne uczenie się empatycznego reagowania na bodźce emocjonalne ponieważ są one wrodzone i wykształcone w rozwoju filogenetycznym (Hebb i Krebs, 1971; Hoffman, 1975; MacLean, 1973; Trivers, 1971; Wynne-Edwards, 1962). Zdaniem innych reakcja empatyczna może być pod kontrolą obecnych oraz zakładanych poznawczych reprezentacji stanów innych ludzi (Batson i Coke, 1981; Coke i in, 1978). Hoffman (1975; 1976; 1982) doszedł do wniosku, że jednym z podstawowych motywów pociągających osobę do zachowania altruistycznego jest występowanie w systemie poznawczym jednostki stabilnych oraz bogatych treściowo reprezentacji poznawczych innych jednostek. Reprezentacje poznawcze pełnią rolę stabilizatora wpływu warunkowych i bezwarunkowych empatycznych reakcji na działanie drugiego człowieka.

Karyłowski (1982) wychodząc z analizy rodzajów motywacji do zachowań altruistycznych przedstawionych powyżej przyporządkował je do dwóch rodzajów wyjaśnień: wyjaśnienia pierwszego odnoszącego się do wzmocnień wewnętrznych dostarczanych samemu sobie oraz wyjaśnienia drugiego zakładającego, że człowiek zachowuje się altruistycznie przez wzgląd na oczekiwanie poprawy sytuacji innego człowieka. Na tej podstawie przedstawił on stanowisko, że wszystkie motywacje da się sprowadzić do dwóch ogólnych motywacji nazywanych przez niego motywacją egzocentryczną i endocentryczną (Karyłowski, 1982a; 1982b). Karyłowski (1982 s. 29) przyjął założenie, że działaniu mechanizmów egzocentrycznych towarzyszy „koncentracja na partnerze, na jego stanie, potrzebach, uczuciach. Podejmowanie decyzji o udzieleniu pomocy związane tu jest z wyobrażeniami dotyczącymi zysku, który może odnieść partner”. Natomiast w przypadku działania mechanizmów endocentrycznych osoba skupia się głównie na sobie czyli na swoim moralnym aspekcie „Ja”. Osoba stojąca w sytuacji podjęcia decyzji o udzieleniu bądź nie udzieleniu pomocy zadaje sobie pytania dotyczące własnego człowieczeństwa, tego czy rzeczywiście jest takim człowiekiem za jakiego się uważa lub człowiekiem jakim chciałaby być. Odnosi się więc do zastanowienia nad własną moralnością i staje w sytuacji konfliktu moralnego, co jest pewnego rodzaju wyzwaniem i możliwością do sprawdzenia siebie. Przy podejmowaniu decyzji osoba rozważa myśli, które z jednej strony mogą dotyczyć właśnie poczucia bycia w porządku samemu ze sobą oraz satysfakcji moralnej, a z drugiej strony chce uniknąć skutków wewnętrznych z jakimi mogłoby się wiązać nie udzielenie tej pomocy w postaci odczuwanego poczucia winy czy niezadowolenia ze swojego zachowania. Śliwak (2001; 2010) posługując się typologią Karyłowskiego (1982) wskazuje, że altruizm endocentryczny mający powiązania ze sferą osobowości człowieka nazywa w innych miejscach

altruizmem psychologicznym, natomiast altruizm egzocentryczny mający powiązania ze sferą wartości nazywa altruizmem aksjologicznym.

Przedstawione powyżej uwarunkowania sytuacyjne oraz społeczne stanowią ważny argument pokazujący, że czynniki zewnętrzne oraz nastrój mogą wpływać i wpływają na podjęcie decyzji o udzieleniu lub nie udzieleniu komuś pomocy. Nie należy zatem całej odpowiedzialności za zachowanie prospołeczne przypisywać jedynie czynnikom osobowościowym, choć pełnią one nie mniejszą rolę w procesie podejmowania decyzji. Pomimo świadomości tego faktu ujęcie istotnych czynników zarówno osobowościowych, sytuacyjnych jak i społecznych wydaje się trudne ze względu na możliwości obciążenia osoby badanej mnogością materiału badawczego, dlatego w przedstawionej rozprawie doktorskiej świadomie skupiono się głównie na czynnikach osobowościowych mogących mieć znaczenie w zjawisku gotowości oddania narządów do przeszczepu.

Gotowość do dawstwa narządów posiada cechy zachowania prospołecznego/altruistycznego, dlatego w poszukiwaniach cech osobowości dawcy narządów zaczęto od cech, które zostały potwierdzone jako znaczące w tzw. osobowości altruistycznej, którą opisuje m. in. Śliwak (2001). Zjawisko dawstwa nie koniecznie będzie posiadało te same cechy, które charakteryzują osobowość altruistyczną, ponieważ z doniesień badań naukowych dostrzegamy już, że w różnych przypadkach gotowość do dawstwa narządów zachowuje się odmiennie od innych zachowań definitywnie uznawanych za zachowania prospołeczne jak np. wolontariat czy wspieranie organizacji charytatywnych (Hirszerberger i in., 2008). Warto jednak rozpocząć drogę poszukiwań od zweryfikowania właśnie osobowości altruistycznej, ponieważ autorzy zgodnie uznają, że gotowość do dawstwa bierze swój początek z chęci pomocy drugiemu człowiekowi.

3. Wartości

Wartości są obszarem zainteresowań wielu badaczy z różnych dziedzin jak choćby psychologia, socjologia, filozofia, antropologia czy literaturoznawstwo. Na grunt psychologii pojęcie wartości zostało wprowadzone przez Allporta i Vernona, którzy w 1931 roku opublikowali swoje dzieło z zaproponowanym pierwszym modelem wartości i narzędziem do jego pomiaru (Cieciuch i Schwartz, 2018). Pomimo precyzyjnych definicji wartości tworzonych w obrębie konkretnej teorii psychologicznej badaczom trudno jest pozbyć się skojarzeń z terminem wartości pochodzących z innych dziedzin naukowych czy funkcjonujących w otaczającym środowisku społecznym (Cieciuch i Schwartz, 2018). W poniższym rozdziale pierwszej kolejności zostaną zaprezentowane perspektywy teoretyczne tworzone przez myślicieli i badaczy, następnie definicja wartości i ich funkcje, koncepcje wartości, a na koniec koncepcja wartości Schwartza na której opiera się niniejsza rozprawa doktorska.

3.1. Perspektywy teoretyczne

Wprowadzając w problematykę wartości należy rozpocząć rozważania od przyjrzenia się różnym perspektywom z których teoretycy i badacze zajmowali się wartościami i w tych perspektywach były one interpretowane. Spośród tych perspektyw możemy wyróżnić perspektywę emocjonalną, racjonalistyczną, naturalistyczną, naturalistyczno-humanistyczną i społeczno-humanistyczną.

Perspektywa emocjonalna była reprezentowana m.in. przez Meinonga (1894; za: Matuszewicz, 1975), który zwracał uwagę na przeżywanie wartości, którego warunkiem jest zajęcie sądu egzystencjalnego (stwierdzenie o istnieniu lub nieistnieniu czegośkolwiek). Wynikiem zajęcia sądu egzystencjalnego jest zaistnienie przeżycia uczuciowego przyjemnego (wartość dodatnia) lub nieprzyjemnego (wartość ujemna). Zatem wartość danego przedmiotu jest uzależniona od przeżywanych przez jednostkę uczuć, zarówno tych przyjemnych jak i nieprzyjemnych. Teoria Meinonga została rozwinięta przez Ch. Ehrenfelsa (1897; za: Matuszewicz, 1975). W jego mniemaniu dany obiekt może otrzymać wartość w sytuacji kiedy mamy do czynienia ze zmianą postrzeganej ilości szczęścia. Kiedy ilość szczęścia u jednostki względnie wzrasta to przypisujemy wartość pozytywną, a kiedy względnie spada przypisujemy wartość negatywną. Sądy egzystencjalne nie były dla Ehrenfelsa wystarczające by nadać wartość jakiemuś obiektowi, funkcję tę przypisywał raczej spełnionym oczekiwaniom oraz pragnieniom. M. Glansdorff (1966; za: Matuszewicz, 1975 s. 11) łączył przeżywanie przyjemności lub przykrości z przygotowaniem mózgu do przejścia podniety. Odczuwanie tych uczuć ma pomóc osobie uzmysłowić sobie zalety

danego przedmiotu. Autor ten definiuje wartość jako „spotkanie zdarzenia z tendencją” oraz podkreśla ważność płaszczyzny emocjonalnej przedmiotu. Grzegorzycyk (1971) wchodzi w polemikę z Glansdorffem twierdząc, że korzysta on ze zbyt hedonistycznego nazewnictwa jakim jest przyjemność i przykrość. Proponuje on wymianę nazewnictwa na terminy: przeżycie pozytywne oraz przeżycie negatywne oraz rozszerza terminologię o nagrodę oraz karę. Nagroda definiowana jako stan umysłu osoby, charakteryzujący się uczuciami pozytywnymi, które z kolei motywują osobę do dalszego zachowywania się w ten sposób. Kara charakteryzuje się uczuciami negatywnymi, które powodują unikanie tego stanu, w związku z czym będą przekładały się na zmianę zachowania powodującego odczucia negatywne. Grzegorzycyk (1971) definiuje wartość jako przeżycie, które powstało w wyobraźni osoby, a zachodzi w jej psychice. Owo przeżycie jest związane z występowaniem uczuć pozytywnych związanych ze stanem nagrody. Pochodzenie wartości jest jego zdaniem kwestią doświadczeń osobistych osoby zdobytych w różnych grupach społecznych, absolutnie nie jest ono wyciągnięte z prawa norm naturalnych. Według Grzegorzycyka (1971) wartości pełnią funkcję regulowania zachowań celowych. Osoba wykorzystuje je do osiągnięcia wyobrażonego przez siebie celu.

Perspektywa racjonalistyczna jest reprezentowana m.in. przez Lintona (1945 za: Matuszewicz, 1975), który definiuje wartość jako pomost łączący różne sytuacje i wywołujący u osoby reakcje, które nie muszą być widoczne. Podkreśla on znaczenie intelektualne wartości. Znaczenie to popiera również Hartman (1959 s. 20) twierdząc, że o tym czy coś jest dobre możemy powiedzieć wtedy kiedy realizuje ona swoje pojęcie. Wartość jest więc „miarą zbieżności i rozbieżności faktu i pojęcia”. Znaczenie intelektualne wartości było reprezentowane również przez Thorndika (w: Matuszewicz, 1975). Uważał on, że wartość jest określana przez skutki jakie przynosi określone działanie, rzecz czy podjęta decyzja. Człowiek będący w procesie wartościowania zastanawia się nad skutkami obecnej sytuacji, następnie albo dokonuje jej akceptacji łącznie z jej następstwami albo przeciwstawia się następstwom w celu zapobiegania negatywnym skutkom.

Przedstawieni powyżej trzej reprezentanci perspektywy racjonalistycznej określają wartość jako skutek pomiaru intelektualnego. Człowiek może ten skutek albo przyjąć albo odrzucić (Matuszewicz, 1975). Ostatnim przedstawianym reprezentantem perspektywy racjonalistycznej jest Kluckhohn (1951). Podkreśla on, że nie zawsze zachowanie człowieka jest uwarunkowane wartościami. W sytuacji kiedy zadziała na osobę silny impuls lub kiedy osoba zaczyna kalkulować używając swojego rozumu osoba nie będzie kierowała się wartościami. Ludzie i grupy ludzi będą różniły się od siebie wartościami w ukazywanych lub ukrywanych

pragnieniach czy pożądaniami. Wartości będą zatem powodowały wybór określonych celów i środków za pomocą których mogą być one osiągnięte.

Człowiekiem, który zapoczątkował nurt prac znajdujących się w perspektywie naturalistycznej był Cannon (1922; za: Matuszewicz, 1975). Przedstawił on swoją hipotezę dotyczącą homeostazy. Twierdził on, że organizm jako homeostat jest w stanie wychwycić wszelkie zmiany zarówno w środowisku wewnętrznym jak i zewnętrznym, a w związku z tym zapowiadać zmiany w funkcjonowaniu organizmu oraz pobudzenia motywacji i potrzeb potrzebnych do zachowania stanu wyjściowego organizmu (homeostatu). Emerson (1959) twierdził, że te cele są wartością samą w sobie. Podczas procesu ewolucji, skupionego głównie na przetrwaniu społeczeństwa, wartość jest ważnym elementem w procesie przetrwania organizmu (Bronowski, 1959). Najważniejszą wartością instrumentalną jest dla niego prawda. Wartość jednostki w procesie ewolucji zaczyna mieć znaczenie dopiero w momencie, gdy stanie się uznawana przez społeczeństwo. Taki styl myślenia określany jest jako biologizujący, dlatego bez problemu można zauważyć występowanie w nim mocnego wpływu teorii ewolucji stworzonej przez Darwina. Wartości biologiczne są według Mukerjee (1964) tymi, które określają cel zachowań osoby. Ogólnym celem jest zachowanie i utrzymanie równowagi homeostatycznej, a podstawową wartością przetrwanie, choć nie jest to wartość jedyna. Wartość przetrwania wydaje się być zbyt wąskim rozumieniem podstawowych wartości, więc Mukerjee (1964) dodaje do niej społeczne rozumienie homeostazy w jakim zawiera się wartość otwartości osoby na dotąd nieznaną treść, całkowity, a zarazem harmonijny rozwój, integrowanie własnej osobowości oraz transcendencja jako uznanie celów wychodzących poza biologiczną naturę osoby. Wartość jest definiowana jako stałe, regulacyjne oraz zorientowane na przyszłość wzorce życia społecznego, które są ukierunkowane i uporządkowane. W ich skład wchodzi relacje z człowiekiem, ze społeczeństwem oraz ze światem. Wychodząc od precyzyjnego zdefiniowania homeostazy niemożliwym staje się ujęcie wartości związanych z jednostką. Wyjątkiem są tutaj dwie sytuacje: (1) występowanie ewolucji (w momencie jej ustania przestaną występować jakiegokolwiek wartości z nią związane) oraz (2) występowanie ewolucji jako elementu systemu i pełnie przez nią określonej funkcji. Wartości jednostki oraz występowanie u niej samego procesu wartościowania jest niemożliwe w ujęciu naturalistycznym (Matuszewicz, 1975).

Perspektywa naturalistyczno-humanistyczna podobnie jak perspektywa naturalistyczna kładzie nacisk na pojęcie homeostazy. Jeden z jej przedstawicieli Maslow (1959) podkreśla, że ważna jest zasada „mądrości ciała” – skoro organizm żyje to musi podejmować dużą ilość wyborów, które będą powodowały jego dobre funkcjonowanie. Podkreśla on, że o wartościach

akceptowanych przez osobę mówią obiekty do których ona dąży oraz że osoba ma możliwość dokonywania dwóch rodzajów wyborów: (1) poprawnych oraz (2) zaburzonych. Podstawowe potrzeby i wartości są traktowane dwojako: (1) jako cel oraz (2) jako działanie do zrealizowania wyższego celu, którym są wartości ostateczne, usytuowane najwyżej w hierarchii. Najwyższą wartością możliwą po osiągnięciu innych wartości jest samoaktualizacja. Maslow (1959) traktuje koncepcję homeostazy w odmienny sposób niż przedstawiciele nurtu naturalistycznego. Jest on jego zdaniem pewnym mechanizmem, który reguluje procesy psychiczne, a procesy psychiczne dążą do samoaktualizacji. Istotny jest zatem nie tyle determinizm spowodowany procesami homeostatycznymi dokonującymi się w ciele człowieka ile sam zachodzący proces, który świadczy o sprawnym działaniu ciała osoby. Wszechstronny rozwój człowieka nazywany samoaktualizacją jest w tej koncepcji nadrzędną wartością, tworzoną przez rozwój osobowości człowieka. Cechy osobowości mogą być zauważone w konkretnym kontekście społecznym.

Jednym z przedstawicieli perspektywy społeczno-humanistycznej jest W. Weiskopf (w: Matuszewicz, 1975) postrzegający wartości nieco odmiennie od Masłowa. Zdaniem tego przedstawiciela wartości są zewnętrznym czynnikiem osoby w związku z czym postrzegane są jako obiektywny element większej całości jaką może być np. kultura, system społeczny czy różnorakie nadprzyrodzone idee. Wartości będące elementem zewnętrznym występują zatem samodzielnie. Kolejny z przedstawicieli nurtu społeczno – humanistycznego wskazuje kulturę jako miejsce tworzenia się wartości (Parsons, 1969). Jego zdaniem system społeczny nie jest tak istotny w tym procesie. Wartości są częścią całego systemu symboli, którego celem jest wybór alternatyw występujących w różnych sytuacjach (Parsons, 2013). Autor wprowadza pojęcie postaw wartościujących a inaczej orientacji wartościującej – jest to rozumienie wartości jako konkretnych norm w postępowaniu i świadczy o selekcji przez człowieka alternatyw zachowania (w związku z tym wartość jest przypisania podmiotowi a nie przedmiotowi) (Parsons, 2013). Definiowanie wartości następuje w procesie motywacji, a zmotywowana osoba działa by osiągnąć swój cel, który jest ukonkretniany w procesie wartościowania. W tej perspektywie o zjawisku wartości wypowiedział się również Szczepański (1970) twierdząc, iż należy ono co prawda do świata kultury, ale pokazuje się w sytuacjach, które są związane z funkcjonowaniem jednostki określonej jako społecznie modyfikowana struktura biologiczna. Wartości są zatem czynnikiem, który wpływa na wybór określonego środka do zaspokojenia potrzeb spośród innych dostępnych albo na wybór samych potrzeb (jednej lub wielu) do zaspokojenia. W skrócie można więc stwierdzić, iż wartości ukazują preferencję zachowań ludzkich (Szczepański, 1970). Pojęcie wartości określa Szczepański (1970 s.54) następująco: „my będziemy nazywali wartością dowolny przedmiot materialny czy idealny, ideę lub instytucję, przedmiot rzeczywisty lub wyimaginowany,

w stosunku do którego jednostki lub zbiorowości przyjmują postawę szacunku, przypisują im ważną rolę w życiu, dążenia do jego osiągnięcia odczuwają jako przymus”. Dodaje on, iż wartościami możemy nazwać te przedmioty, które pomagają jednostce w zachowaniu równowagi wewnętrznej oraz poczucia dobrze spełnionego obowiązku.

Dobrynckij (w: Matuszewicz, 1975 s.5) uogólnia spojrzenie tych perspektyw na cztery różne znaczenia stosowane w interpretacji wartości:

1. Wartością nazwiemy obiekt postrzegany przez ogół jako pożądany.
2. Wartość jest powodem do wybrania takiego a nie innego zachowania i sposobu działania – zachodzi tutaj selekcja motywacji.
3. Wartość powoduje, że człowiek decyduje się na wybranie określonego celu swojego działania oraz środków do ich realizacji. Wartość działa zatem na emocje człowieka mogąc powodować emocje zarówno przyjemne jak i nieprzyjemne.
4. Wartość jest kryterium za pomocą którego wybieramy cel. Staje się ona logicznym wytłumaczeniem wyboru określonego celu działania, który mieści się w ramach działania moralnie dobrego. Cel ten powinien spełniać dwa kryteria: (1) kryterium sprawiedliwości oraz (2) kryterium dobra.

Przedstawione powyżej spojrzenia na rozumienie wartości oraz spojrzenie na nie z różnych perspektyw uświadamiają ich dużą złożoność. Konieczne staje się zatem określenie spojrzenia i definicji wartości jaka została przyjęta w niniejszej rozprawie doktorskiej.

3.2. Definicja wartości

Próbując stworzyć porządek w dużej ilości definicji wartości badacze starali się pokategoryzować je m.in. na wartości obiektywistyczne oraz te które ujmują je w sposób subiektywny (Oleś, 2002). W psychologii miałyby dominować podejście subiektywistyczne, gdzie człowiek opisując jedne aspekty jako cenne i pożądane lub mniej cenne i pożądane - staje się twórcą w procesie nadawania znaczeń oraz wartościowania. W tym przypadku wartości powstają w sposób zależny od człowieka, od jego percepcji, osobowości czy interesów. Wartości rozumiane jako subiektywne są najczęściej przekonaniem, które dotyczy zarówno tego co złe i dobre, niewłaściwe lub właściwe, mało cenne bądź cenne dla jednostki oraz niepożądane lub pożądane. Wartości rozumiane jako obiektywne są przyjmowane i uznawane przez całe grupy i społeczności. Wartości te odnoszą się zatem do dobra innych ludzi (Oleś, 2002).

Niektórzy autorzy jak Matuszewicz (1975) zwracają uwagę, że w psychologii nie występuje jako taka definicja wartości, ponieważ określanie tej definicji jest zadaniem filozofów

i metaakcjonologów. Jego zdaniem psychologowie zajmują się głównie poznaniem funkcji jakie pełnią wartości zwłaszcza wartości moralnych znajdujących się w ludzkiej świadomości. Ważnym aspektem dla psychologów jest możliwość spojrzenia na wartości z różnych perspektyw, by móc za ich pomocą badać postawy i osobowość ludzi. Bez tego szerszego kontekstu cel badawczy może stać się zbyt trudny do realizacji (Fritzhand, 1970; za: Matuszewicz, 1975). Inni badacze podają konkretne definicje wartości. Allport i Vernon (1931 za: Cieciuch i Schwartz, 2018) traktują wartości (a dokładniej ich preferencję) za charakterystyki pozwalające na opis specyfiki jednostki w perspektywie całościowej. Definiują oni wartości jako kategorie dynamiczne: zainteresowania oraz postawy ewaluatywne. Kluckhohn (1951 s. 395) rozumie wartości jako; „przekonania dotyczące tego, jakie stany finalne i zachowania godne są preferencji albo jako wewnętrzne kryteria oceny subiektywnych doświadczeń, świata zewnętrznego oraz wyboru zachowań”. Przedstawia on wartości jako przekonania czyli mają one charakter struktur poznawczych (świadomych lub nie) oraz „jako wewnętrzne i raczej nieświadome kryteria oceny, często traktowane jako uwarunkowane biologicznie, a więc funkcjonujące na poziomie organizmu i przynajmniej potencjalnie dostępne świadomości.” (Oleś, 2002 s. 55). Epstein (1990) rozumie wartości bardzo podobnie, choć z małymi różnicami. Wartości według niego występują na dwóch różnych poziomach: (1) świadomym inaczej werbalnym oraz (2) przedświadomym inaczej przeżyciowym. Koncepcja Kluckhohna (1951) i Epsteina (1990) zarysowały współczesne rozumienie wartości w psychologii. W takim kierunku poszedł Rokeach (1973) oraz Schwartz (1992). Rokeach (1973 s. 5) definiuje wartość jako „trwałe przekonanie, że specyficzny sposób postępowanie lub stan finalny egzystencji jest osobiście lub społecznie godny preferencji w przeciwieństwie do odwrotnego sposobu postępowania lub stanu finalnego.” Schwartz (1992; 2017) bazując na dotychczasowej literaturze w tym na teorii Rokeacha (1973) definiuje wartości jako poznawczą reprezentację ludzkich celów czyli jako przekonania. Przekonania te w nieodłączny sposób wiążą się z motywacją: motywacją do działania, będąc siłą popychającą do jakiegoś czynu lub można dojść do nich w sposób retrospektywny – dostrzegając czyjeś zachowanie możemy wnioskować, że zostało ono zrealizowane z powodu występowania określonej wartości (Cieciuch i Schwartz, 2018).

Matuszewicz (1975) wskazywał na 4 podstawowe funkcje wartości:

1. Wartości pełnią pewnego rodzaju rolę standardu w procesie wyboru tendencji lub celów ogólnospołecznych. Społeczeństwa tworzą swoje wewnętrzne życie zbiorowe, traktowane jako doskonałość i uznające pewne wartości jako bardziej pożądane. Członkowie będący w tym społeczeństwie w różnym stopniu zgadzają się z tymi

zbiorowymi wartościami, co przekłada się do zwiększenia potrzeby realizowania zachowań doskonałych w całej społeczności. W uproszczeniu możemy zatem powiedzieć, że wartości są kierunkiem określającym rozwój całej zbiorowości społecznej.

2. Wartości pełnią funkcję kryterium integracji osoby ze społeczeństwem. Jest ono przedstawiane za pomocą dwóch odmian: (1) indywidualizm jednostki w kontrze do ważnych społecznie, kolektywnych wartości, równości czy współdziałania oraz (2) biologizm w kontrze do wartości społeczno-kulturowych.
3. Wartości pełnią funkcję drogowskazu w wyborze drogi życia w środowisku społecznym. Matuszewicz (1975) podkreśla szczególną rolę społeczeństwa jako kontekstu występowania różnorodnych problemów egzystencjalnych. Twierdzi on, że osiągnięcie np. samoaktualizacji jest możliwe jedynie w kontekście społecznym. Przy wykorzystaniu konkretnych wartości przyjmuje ona określone oblicze np. tworząc nowe cele, potrzeby czy dążenia, zmniejszając ich istotność czy rezygnując z nich.
4. Wartości pełnią funkcję różnicującą: (1) społeczną osobowość człowieka i (2) realizowane cele. Z powodu występowania dużej ilości wartości mogą one wchodzić ze sobą w konflikty. Nowak (1973) nazywa to zjawisko cechą konfliktowości wartości. Wychowując się w danym środowisku społecznym człowiek przyjmuje określone wartości i zachowania w nim występujące. Wybór jednej wartości powoduje automatyczne odrzucenie innej wartości, która jest w opozycji do wartości przyjętej, ponieważ nie ma możliwości postępowania zgodnie z dwoma skrajnie odwróconymi wartościami jak choćby indywidualizm i kolektywizm.

Allport (1988) w sposób szczególny podkreśla znaczenie wartości. Twierdzi on, że wartości sterują człowiekiem na poziomie poznawczym (np. spostrzeżeń), emocjonalnym oraz behawioralnym np. poprzez zachowania przystosowawcze. W sposób szczególny podkreśla on, że to właśnie znajomość hierarchii wartości, którym osoba jest wierna pozwala na określenie osobowości człowieka (por. Śliwak, 2001 s. 75). Ciecuch i Schwartz (2018; Ciecuch, 2012, 2017) zwracają uwagę na motywacyjny charakter wartości, który wprowadza dynamikę do opisu osobowości.

3.3. Modele wartości

Jak wspomniano powyżej pierwszą koncepcją wartości był model przedstawiony w 1931 roku przez Allporta i Vernona, w którym wartości traktowane są w sposób dynamiczny jako zainteresowania i postawy (Ciecuch i Schwartz, 2018). Zainteresowania i postawy mogą w sposób

nieświadomy działać na człowieka wywołując określone zachowanie, stąd pełnią funkcję motywacyjną. Autorzy koncepcji przejęli katalog wartości bezpośrednio z filozofii Sprangera (1914; za Cieciuch i Schwartz, 2018) tworzącego typy osobowości na podstawie kultury i relacji człowieka z kulturą. Sześć typów osobowości w teorii Sprangera to typy: teoretyczny, ekonomiczny, estetyczny, społeczny, polityczny oraz religijny. Narzędzie zaproponowane przez autorów pierwszej koncepcji wartości w psychologii było przez długi czas trzecim narzędziem do pomiaru preferencji wartości w sposób nieprojekcyjny i piątym w ogólnej klasyfikacji (Kopelman i in., 2004).

Model Rokeacha (1973) był kolejnym po modelu Allporta i Vernona (1931; za Cieciuch i Schwartz, 2018), który przejął na pewien czas zainteresowanie psychologów. Rokeach podobnie jak autorzy modelu pierwszego traktował wartości jako ważny aspekt teorii osobowości, natomiast dodał im charakteru poznawczego. Traktował osobowość człowieka jako system przekonań w którym to występują podsystemy (dokładnie 10) ułożone w hierarchii – od centrum, które było reprezentowane przez zbiór przekonań na własny temat, przez dwa kolejne podsystemy jakie tworzyły wartości aż do peryferiów osobowości. Zdaniem Rokeacha (1973) wartości tworzą hierarchiczny, a zarazem dość stały system. Uważał on, że to co różni ludzi między sobą to nie katalog wartości, ale ich hierarchia, dlatego pracował nad stworzeniem uniwersalnego a zarazem kompletnego katalogu wartości przez maksymalne rozszerzenie listy wartości poszukując ich w różnych źródłach a następnie ich redukcji. Ostateczny model stworzony przez Rokeacha (1973) zawierał 36 różnych wartości podzielonych na dwie grupy: ostateczne i instrumentalne. Wartości ostateczne to zbiór wartości traktowanych jako najważniejsze cele, natomiast wartości instrumentalne to zbiór wartości przedstawiający sposoby postępowania.

Cieciuch (2012) zwraca uwagę, że pomimo teorii wartości stworzonej przez Allporta (1931; za Cieciuch, 2012) i Rokeacha (1973), które znalazły się w obszarze badań osobowości to kołowa koncepcja Schwartza, która w pewien sposób zastąpiła dominujące jak dotąd teorie i stworzone na ich podstawie metody badań, jest prezentowana w podręcznikach psychologicznych głównie w kontekście psychologii międzykulturowej lub w psychologii motywacji co znacząco zawęża jej kontekst. Cieciuch (2013) postuluje o rozszerzenie spojrzenia na wartości zdefiniowane przez Schwartza i dostrzeżenie ich ważności z przydatnością opisu i badań.

3.4. Koncepcja wartości w ujęciu Schwartza

Koncepcja Schwartza łączy w sobie teorię Allporta i Vernona oraz Rokeacha. Korzysta z motywacyjnego charakteru wartości obecnych w modelu Allporta i Vernona a jednocześnie jest udoskonaleniem, rozszerzeniem i modyfikacją teorii wartości Rokeacha. Autor dostrzega trafny

tryb myślenia Rokeacha i kontynuuje jego dzieło (Schwartz, 1992). W szczególności sposób kontynuuje on dwie intuicje: jedną dotyczącą systemu wartości oraz drugą dotyczącą nadania kategorii wartościom, mimo listy 36 wartości zaproponowanych przez Rokeacha (Cieciuch, 2013).

Przełomowość koncepcji Schwartza polegała na ujęciu wartości na modelu kołowym. Korzystając z listy wartości wyodrębnionych przez Rokeacha, Schwartz za pomocą skalowania wielowymiarowego zauważył, iż wartości układające się blisko siebie są preferowane przez osobę, natomiast wartości na przeciwległym biegunie eliminowały się wzajemnie (Cieciuch, 2006). Definicją wartości jest poznawcza reprezentacja, będąca zazwyczaj przekonaniem motywacyjnego i godnego pożądanego przez osobę wyższego celu. Schwartz zakładał więc w swojej głównej tezie, że kształt uniwersalnego, motywacyjnego i zarazem kołowego kontinuum jest tworzony jako struktura wartości reprezentowanych przez człowieka. Dotyczy ona równocześnie struktury wartości umieszczonej na kontinuum kołowym, jak i treści motywacyjnej danej wartości. Nie zaprzecza to jednak koncepcji Rokeacha o hierarchicznym ułożeniu systemu wartości, ponieważ to ułożenie jest reprezentowane przez indywidualne preferencje. Obaj badacze zakładają więc istnienie różnic indywidualnych w preferowanych wartościach osób (Cieciuch, 2013). Jak twierdzi Cieciuch (2007) sugerując się kategorią z zakresu językoznawstwa – hierarchia opisuje zatem relacje i wymiar syntagmatyczny wartości, koło natomiast – paradygmatyczny. Koło wartości Schwartza zakłada więc, iż na podstawie jednej wartości jako najważniejszej w hierarchii można przewidzieć ustawienie pozostałych wartości (podobnych bliżej niej, a przeciwnych na drugim końcu kontinuum) (Cieciuch, 2006).

Schwartz tłumaczy swoje rozumienie wartości za pomocą dwóch etapów, najpierw charakteryzując wartości w postaci konstruktów psychologicznych i używając do tego opis kilku cech. W pierwszym z nich poszukuje w literaturze charakterystyk wartości, które są według niego dość zgodnie postrzegane przez różnych autorów, a w drugim proponuje własną strukturę i treść wartości (Schwartz, 1992). Autor przedstawia więc dziesięć charakterystyk, które w większości są powszechnie uznawane za opisujące wartości. Są to pojęcia lub przekonania (1) odnoszące się do ostatecznych celów zachowań lub ludzkiej egzystencji, które są przez osobę pożądane (2) oraz niezależne od sytuacji (3), kierują procesami selekcji, oceny zdarzeń oraz zachowań (4), są uporządkowane z względu na ważność jaką pełnią dla jednostek (indywidualnie ułożone systemy ważności) (5), są przekonaniem dającym informację o większej ważności czegoś nad czymś, czyli wartości będące celem same w sobie (6), są świadomymi preferencjami osoby (7), są względnie stałe, dlatego często traktowane jako cechy osobowości (8), dodatkowo Schwartz i Bilsky (w: Brzozowski, 2007) dodają dwie cechy, które nie były dotąd dostrzegane przez badaczy: interes

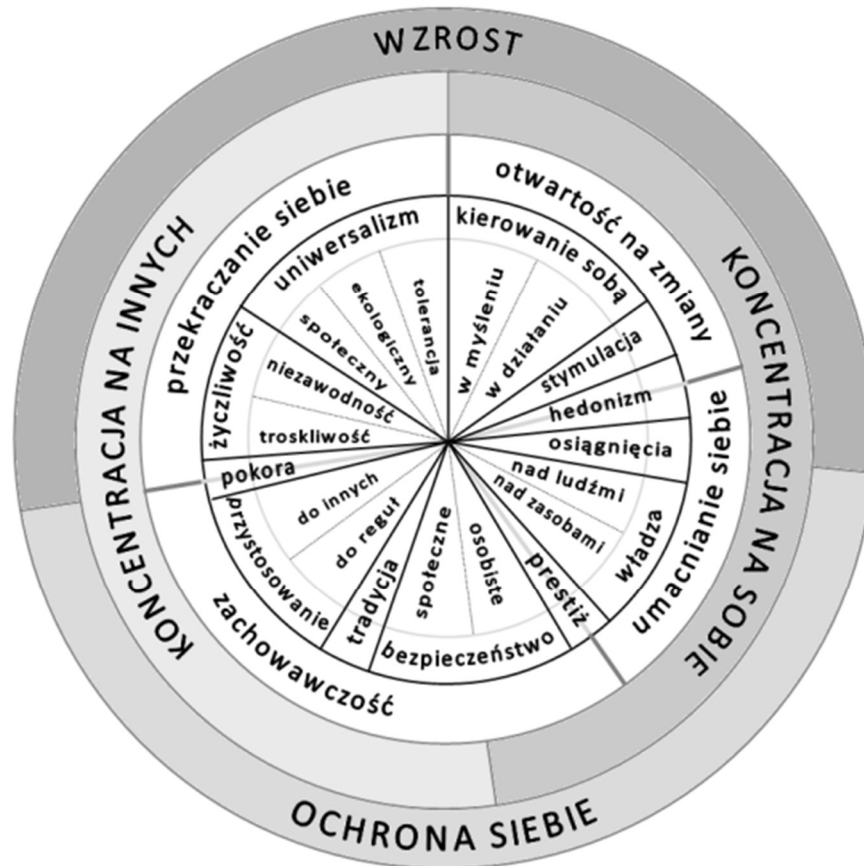
służący do realizacji wybranej wartości, przy czym może być on indywidualny, grupowy lub mieszany (9) oraz rodzaj motywacji, którym posługują się ludzie realizujący wybrane wartości i zdobywający cele, które pomagają w wypełnianiu ich interesów (10). Schwartz dużą rolę przypisywał właśnie motywacji, dlatego stała się ona ważnym komponentem jego teorii (Brzozowski, 2007). Wartości jego zdaniem wpływają na ludzkie zachowanie oraz postrzeganie zarówno w sposób świadomy jak i przedświadomy. Wartości określane jako nasze w sposób świadomy można dostrzec najlepiej w sytuacjach o wysokiej wadze oraz sytuacjach, w których człowiek ma czas na przemyślenie i zaplanowanie swojego zachowania (Cieciuch i Schwartz, 2018).

Podstawową tezą modelu Schwartz (1992, 2017, Schwartz i in, 2012) jest ułożenie wartości na kontinuum kołowym. Wartości mogą być ułożone w kształcie koła a lokalizacja wartości na kole nie jest przypadkowa. Rysunek 1 prezentuje ułożenie wartości w modelu kołowym.

Relacje motywacyjnego podobieństwa między wartościami są opisywane przez układ kołowy oraz trzy podstawowe reguły jakie on przedstawia: (1) wartości podobne motywacyjnie są przedstawione jako wartości będące najbliżej siebie na kole, (2) im dalej odsunięte od siebie wartości tym mniejsze jest ich podobieństwo do siebie, (3) wartości ułożone na przeciwległych krańcach koła są wartościami ze sprzeczną motywacją. Wartości są ułożone na kontinuum kołowym, co oznacza że ich ilość może być różna w zależności od tego jak dokładny pomiar badacz chce zastosować. Klasyczne ujęcie Schwartz koło podzielone jest na 10 wartości, model zmodyfikowany przedstawia 19 wartości (Cieciuch i Schwartz, 2018).

Rysunek 1

Koło Schwartza w modelu zmodyfikowanym (Schwartz i in., 2012)



Źródło: Ciecuch i Schwartz (2018).

Schwartz proponuje by analizować nie same wartości, ale ich typy, których liczba zmieniała się wraz z rozwojem teorii. W niniejszej rozprawie wybrano model bazujących na dziesięciu podstawowych typach wartości definiowanych następująco:

1. Wartość przystosowania – polegająca na ograniczaniu swoich dążeń, mogących szkodzić innym lub naruszających jakieś normy społeczne, dotyczących samodyscypliny, posłuszeństwa oraz szacunku wobec osób w podeszłym wieku.
2. Wartość tradycji – polegająca na akceptowaniu i szanowaniu rytuałów i idei, kultury i religii w której osoba żyje.
3. Wartość życzliwości – polegająca na trosce o dobro innych, szczególnie tych którzy są osobie bliscy, jej przyjaciół, rodzinę, a także o przyjaźń i miłość.
4. Wartość uniwersalizmu – polegająca na trosce o dobro społeczeństwa, środowiska, cenie sobie pokoju, sprawiedliwości czy mądrości.

5. Wartość kierowania sobą – polegająca na wolności i niezależności w sposobie myślenia i działania, kreatywności czy autonomii w wybieraniu własnych celów.
6. Wartość stymulacji – polegająca na poszukiwaniu urozmaiceń, nowych doznań i ekscytacji.
7. Wartość hedonizmu – polegająca na dążeniu osoby do zaspokajania własnych potrzeb, szczególnie tych fizjologicznych, dążenie do przyjemności.
8. Wartość osiągnięć – polegająca na osobistym sukcesie, osiągniętym zgodnie z normami społecznymi przez pokazanie własnych kompetencji.
9. Wartość władzy – polegającej na znaczeniu prestiżu i statusu społecznego oraz poczuciu kontroli nad innymi ludźmi i tym co posiadają.
10. Wartość bezpieczeństwa – polegająca na poczuciu bezpieczeństwa zarówno osobistego, narodowego i bliskich ludzi, porządku społecznego czy harmonii (Cieciuch, 2006; Cieciuch i Schwartz, 2018).

Dziesięć przedstawionych powyżej typów wartości układa się na dwóch rodzajach kontinuum – np. koncentracja na sobie vs koncentracja na innych czy wzrost vs ochrona siebie. W niniejszej rozprawie przyjęto klasyczny podział kontinuum na 4 podgrupy wartości ułożone na kontinuum – zachowawczość vs otwartość na zmiany oraz przekraczanie siebie vs umacnianie siebie. W skład zachowawczości wchodzi wartości takie jak: bezpieczeństwo, przystosowanie oraz tradycja. Grupa wartości nazwana otwartością na zmiany zawiera: kierowanie sobą, stymulację oraz hedonizm. W skład przekraczania siebie wchodzi wartości uniwersalizmu oraz życzliwości, a umacniania siebie wartości władzy i osiągnięć. Dziesięć głównych wartości można rozdzielić również na wartości szczegółowe osiągając dziewiętnaście rodzajów wartości prezentowanych w modelu zmodyfikowanym (zob. Rys. 1).

Model kołowy Schwartza zdaje się być kompletny pod względem ważnych grup wartości. Schwartz (2006; za: Cieciuch, 2013) przekonuje, że skoro po usunięciu dwóch sąsiadujących ze sobą grup z koła powstawało w nim puste pole to gdyby model nie był pełny byłoby to wyraźnie na nim widać. Jednak po usunięciu jednej grupy, model się nie zmienia, co daje do myślenia innym badaczom prowadzącym badania nad poszerzeniem 10 czynników i próbującym dodawać do modelu kolejne grupy. Kolejne prace dawały jednak podobne skutki – nowe obszary modelu kołowego nie zostały stworzone, jedynie zmieniała się nieco ich treść (Cieciuch, 2006).

Według Cieciucha i Schwartza (2018) wartości są przekonaniem bazującym na poznawczych funkcjach człowieka, a dzięki temu odgrywają ważną motywacyjną rolę. Ponadto są również dosyć trwałą preferencją, która traktowana jest jako objaw istniejącej już wcześniej

motywacji. Dzięki temu spojrzeniu z dwóch perspektyw koncepcja wartości Schwartza uznaje, że wartości są na tyle trwałymi dyspozycjami, że możemy w ich przypadku mówić o przyrównywaniu ich do klasycznych cech osobowości (np. Wielkiej Piątki) z racji uzupełniania opisu osobowości o motywację człowieka. Taki charakter wartości jest szczególnie przydatny w poszukiwaniu cech osobowościowych gotowości dawstwa organów do przeszczepu.

4. Religijność

Religijność to konstrukt stanowiący przedmiot wielu nauk, jednak każda nauka patrzy na nią ze swojej odmiennej perspektywy. Religijność posiada dwa aspekty: przedmiotowy oraz podmiotowy. Aspekt przedmiotowy dotyczy bóstwa, sfery sacrum, dogmatów i objawienia. Nie jest on przedmiotem zainteresowania psychologów. Aspekt podmiotowy odnosi się do religijności, która jest komponentem ludzkiego zachowania (Bronk, 1996). Aspekt podmiotowy jest w zakresie zainteresowań psychologów religii. Psychologowie zajmują się religijnością od ponad 100 lat. Z pierwszymi opisami religijnymi spotkamy się już w przypadku dzieł W. Jamesa czy E. Starbucka.. Religijność jest zjawiskiem wielowymiarowym, dlatego opis religijności osoby wymaga spojrzenia m.in. na emocje powstające w kontakcie z bóstwem, na przekonania religijne jakie posiada osoba czy doświadczenie religijne (Hill i Pargament, 2008). W niniejszym rozdziale zaprezentowane zostaną pojęcia funkcjonujące w psychologii religii, koncepcje religijności w tym koncepcja relacji religijnej, funkcje religijności oraz społeczne uwarunkowania religijności.

4.1. Pojęcie religijności

Religia, religijność oraz duchowość są podstawowymi terminami występującymi na gruncie psychologii religii, które należy na wstępie zdefiniować.

Religia jest rozumiana jako system wierzeń i praktyk. Wierzenia obejmują przekonania człowieka o istnieniu i działaniu Sacrum, a cały system wierzeń jednostki pełni istotne znaczenie w indywidualnym oraz społecznym życiu (Jaworski, 2020). Słownik psychologii podaje następującą definicję religii: jest to „system przekonań ze zinstytucjonalizowanym lub tradycyjnie wyznaczonym wzorcem ceremonii. Religia jest przez wielu uważana za powszechnik kulturowy (uniwersalia kulturowe), wyłaniający się niezmiennie jako wynik potrzeby zrozumienia kondycji człowieczej. Większość religii, choć nie wszystkie, ma pewne wspólne cechy, a zwłaszcza pojęcie istoty wyższej (lub istot), obietnicę osiągnięcia idealnego bytu i życia po śmierci” (Reber, 2000 s.621).

Religijność według słownika psychologii definiowana jest jako „zaangażowanie, zainteresowanie lub uczestnictwo w religii” (Reber, 2000 s. 621). Pettet (1994 s. 237) definiuje religijność jako „zaangażowanie się w przekonania i praktyki charakterystyczne dla danej religii”, a Golan (2006 s. 71) proponuje węższą definicję religijności jako „podmiotowego, indywidualnego ustosunkowania się człowieka wobec Boga, i nadprzyrodzoneści wyrażające się w sferze pojęć i przekonań, uczuć oraz zachowań jednostki”. Definicje te (zarówno religii jak i religijności) odnoszą się do wewnętrznych przeżyć psychicznych jednostki (Jaworski, 2020; Krok,

2009), a przeżycia te w kontekście religijności człowieka wiążą się z doświadczaniem relacji do Boga, który jest odbierany przez człowieka jako rzeczywistość funkcjonująca poza światem dostępnym dla ludzkich oczu (Krok, 2009).

Duchowość rozumiana jest w psychologii religii inaczej niż religijność. Przez wielu autorów traktowana jest ona jako przeżycia religijne jednostki (Jaworski, 2020). Przykładem takiego traktowania pojęcia duchowości jest jej tradycyjna definicja stworzona przez Shafranske i Gorsucha (1984, s. 231) brzmiąca następująco: duchowość to „transcendentny wymiar wewnątrz ludzkiego doświadczenia, odkrywany w momentach, w których jednostka kwestionuje znaczenie indywidualnej egzystencji i próbuje umiejscowić siebie samą w ramach szerszego ontologicznego kontekstu”. Inna definicja duchowości przedstawia to zjawisko za pomocą trzech charakterystyk: duchowość jako (1) swoistego rodzaju droga istnienia oraz doznawania transcendencji, rozumianej w sposób szeroki, (2) odczuwane poczucie przynależności, zespolenia się, pełni oraz otwartości względem nieskończoności, (3) zjawisko psychiczne, które dotyczy najwyższych prawd (Emmons, 2006). Duchowość jawi się zatem z jednej strony jako otwarta i nieformalna, a z drugiej uniwersalna, autentyczna i wolna w wyrażaniu oraz dążeniu do sensu życia (Krok, 2009).

W niniejszej rozprawie doktorskiej wykorzystane zostanie zjawisko religijności zawężone głównie do relacji przeżywanych względem Boga. Nakreślony zostanie również kontekst religii i tego w jaki sposób religia rzymskokatolicka odnosi się do możliwości dawstwa organów przez jej wyznawców.

4.2. Koncepcje religijności

Badacze zajmujący się opisem religijności osoby stworzyli różnorodne koncepcje religijności. Prężyna (1967, 1968, 1981) zarówno w pracach teoretycznych jak i empirycznych korzystał z definiowania religijności jako postawy, czyli względnie stałej cechy jednostki, która posiadała zdolność do odpowiedzi zarówno pozytywnych jak i negatywnych wobec konkretnego przedmiotu (Mikka, 1987; Szymoń i Bartczuk, 2011). W swoich badaniach Prężyna (1967, 1968, 1981) zajmował się określeniem samej postawy religijnej osoby badanej jak i intensywności postawy religijnej. Zarówno postawa jak i jej intensywność mają w tej koncepcji charakter poznawczy (Szymoń i Bartczuk, 2011). Wulff (1991;1999) przedstawił koncepcję analizowania poznawczych podejść do religii, które zaprezentował na przestrzeni dwuwymiarowej, tworząc w ten sposób wymiar wertykalny i horyzontalny. Wymiar wertykalny dzieli ludzi na tych, którzy włączają lub wyłączają istnienie transcendencji, natomiast wymiar horyzontalny dzieli ludzi na tych, którzy treści religijne rozumieją dosłownie lub symbolicznie. Na tej podstawie powstały 4 style myślenia o religii, badane za pomocą Skali Przekonań Postkrytycznych stworzonej przez

Hutsebauta (1996). Pargament (2001) traktował religijność z perspektywy nadawania znaczeń. Jego zdaniem religia pełni funkcję pomocową dla ludzi za pośrednictwem poszukiwania różnorodnych celów życiowych podczas przeżywania jakiś trudnych i stresujących sytuacji. Daje ona człowiekowi różnorodne możliwości pomocy, które podtrzymują znaczenia podczas przeżywania stresu lub podtrzymują mechanizm przekształcania w sytuacji, gdy utrzymanie znaczenia nie jest możliwe i konieczna staje się jego zmiana. Inną koncepcją religijności jest koncepcja Hubera (2003) łącząca w sobie inne koncepcje religijności: koncepcję wewnętrznej i zewnętrznej orientacji religijnej Allporta i Rossa (1967) oraz model religijności Glocka (Glock i Stark, 1970) opierając je na koncepcji konstruktów osobistych stworzonych przez Kelley'a (1955). Huber (2003) łączy w swojej koncepcji motywacyjny aspekt religijności Allporta i Rossa oraz wielowymiarowy model religijności stworzony przez Glocka. Religijność jest w nim traktowana jako konstrukt psychologiczny, który jest porównywalny do innych konstruktów osobistych występujących w osobowości człowieka w związku z tym charakteryzują go te same właściwości.

Religijność ujmowana jest różnorodnie i z wielu perspektyw zarówno w koncepcjach jak i badaniach psychologicznych. W niniejszej rozprawie doktorskiej religijność została ujęta w perspektywie relacji przeżywanych względem Boga zaprezentowanej poniżej.

4.3. Religijność w koncepcji relacji

W psychologii pojęcie „relacja” pojawiło się w 1914 roku za sprawą Moreno, który przedstawił koncepcję spotkania w kategoriach relacji, tworząc z niej istotne pojęcie egzystencjalizmu (Jarosz, 2011), a relacjami interpersonalnymi w pierwszej kolejności zajął się McDugall, pisząc o nich już 1912 roku. W 1923 roku relacją człowieka z Bogiem zajął się Buber określając ją jako osobową relację „ja” z transcendentnym „Ty” (Buber, 1992). Buber stworzył dialogiczną koncepcję religijności łączącą ze sobą mistycyzm chrześcijański, filozofię Wschodu oraz mistyczny ruch religijny opierający się na judaizmie (chasydyzm). Buber (1992) twierdził, że człowiek dąży do aktualizacji siebie i może osiągnąć ją właśnie przez relacje interpersonalne. Dwa typy relacji interpersonalnych „ja-ono” i „ja-ty” tworzą zarówno społeczne odniesienie jednostki do drugiego człowieka jak i do Boga. Mają więc znaczenie zarówno w przestrzeni społecznej jak i religijnej człowieka. Względem Boga człowiek może tworzyć dwa rodzaje relacji: „ja-Ty” oraz „ja-Ono”. Relacja „ja-Ty” opiera się na personalnej koncepcji Boga, w której Bóg jest osobą budującą z człowiekiem dialog, w którym wypracowywana jest nowa jakość relacji. Relacja „ja-Ono” opiera się na uprzedmiotowieniu Boga jako swego rodzaju siły czy energii mogącą wymuszać coś na człowieku. Relacja ta oparta jest na filozoficzno-teologicznej koncepcji Boga. Te dwie relacje względem Boga możliwe są do zbadania z perspektywy człowieka. Można więc

określić w jaki sposób człowiek przeżywa relację względem Boga, jak jej doświadcza, jakie powoduje ona emocje, a w konsekwencji do jakich zachowań popycha.

Relację do Boga można więc określić jako rodzaj więzi człowieka z Bogiem. Jest ona porównywana przez różnych autorów do relacji występującej między ludźmi. Zasadniczą różnicą między tymi relacjami jest przedmiot do którego relacja się odnosi (Hutsebaut, 1980; Chaim, 1991; Konieczna i Tomkiewicz, 1994; Jarosz, 2003). W relacji między Bogiem a człowiekiem jednostka spełnia różnorodne ważne dla siebie cele egzystencjalne, a kształtuje tą relację za pomocą działań religijnych wykonywanych w sposób świadomy. Działania te są istotniejsze niż samo zachowanie, dlatego jest ona świadomym i celowym dążeniem w kierunku Boga i nie można sprowadzić jej jedynie do uczuć czy przypisać jej jakąś funkcję. Działania te Jarosz (2011) określa jako akty religijne, aby podkreślić brak możliwości ich zredukowania do bezcelowych czy przypisania ich tylko do funkcji i uczuć. Zasadniczą i ważną cechą tej więzi jest fakt jej osobowego występowania nazywany żywą relacją (Hutsebaut, 1980; Wete, 1996; Zdybicka, 1993). Dwie strony, które znajdują się w relacji wzajemnie na siebie oddziałują i są jednostkami autonomicznymi w relacji, dlatego jej kształt nie jest zdeterminowany lecz otwarty na nowe i zaskakujące aspekty (Jarosz, 2003; Tillich, 1994). Podobnie jak w relacjach interpersonalnych występuje partnerstwo w relacji do Boga. Jest ono jednak na zasadzie odwzajemnienia czyli poczucia jednostki, że udało jej się otrzymać od Boga odpowiedź. Działania religijne (akty) przyczyniają się zatem do budowania relacji do Boga głównie w sytuacji poczucia realizacji intencji jaką człowiek skierował do Boga. Jest możliwe budowanie relacji z Bogiem w sytuacji, gdy nie wystąpi poczucie realizacji intencji jednak dane wydarzenie czy osobiste postrzeganie tego wydarzenia musi zostać potraktowane jako działanie religijne bezpośrednio skierowane do Boga (Jarosz, 2003; Wulff, 1999). Relacja do Boga podobnie jak inne budowane relacje realizowana jest w określonym kontekście społecznym dlatego ma on znaczenie w jaki sposób relacja ta jest kształtowana i wypełniana (Batson i Ventis, 1982). To jakie jednostka odczuwa rezultaty doświadczeń społecznych będzie kształtowało charakter relacji do Boga. Charakter relacji religijnej jest dostępny dla obserwatora w ograniczony sposób. Może on zaobserwować akty religijne osoby względem Boga, ale nie mieć pojęcia o znaczeniu tych aktów lub o występowaniu aktów wewnętrznych. Zatem badanie relacji religijnej niesie za sobą pewne ograniczenia (Jarosz, 2003).

Na budowę relacji z Bogiem wpływają: poprzednie doświadczenia w relacji z Bogiem, potrzeby i oczekiwania jednostki wobec Boga. Relacja względem Boga jest nie stałą strukturą skupiającą się głównie na komponentie emocjonalnym, który ulega zmianom oraz komponentie

poznawczym, który wykorzystuje poprzednie doświadczenia jednostki płynące z relacji religijnej (Jarosz, 2003; Jarosz, 2011).

4.4. Funkcje relacji religijnej

Psychologowie od dawna spierają się czy religia pełni ważną funkcję w życiu człowieka. Freud (1987; za: Jarosz, 2003) przypisywał jej negatywną funkcję, natomiast Chlewiński (1982b) czy Prężyna (1981) podkreślali jej pozytywną funkcję. Jak wskazują Spilka i Werme(w: Wulff, 1999) religia może być miejscem ujścia zaburzeń psychicznych jednostki (1), religia może w pierwszej kolejności hamować pojawianie się oznak zaburzenia, a później działać na jednostkę resocjalizacyjnie (2), religia może być formą ulgi lub ucieczki od występujących w życiu jednostki stresów działających niekorzystnie na jej zdrowie psychiczne (3), religia dostarcza osobie możliwości rozwoju (4). Wymienione powyżej możliwości mogą wskazywać na funkcje relacji religijnych. Meadow i Kahoe (1984) wskazują na dwie funkcje relacji religijnych, które ich zdaniem są szczególnie ważne: funkcję poznawczą oraz indywidualizacyjną. Funkcja poznawcza w relacji religijnej wiąże się z zaspokajaniem potrzeby dostrzegania sensu swojego życia oraz interpretować prawa rządzące otaczającym światem (Zdybicka, 1993). Pomimo tego, że człowiek coraz pełniej poznaje świat to relacja z Bogiem pomaga mu w zrozumieniu problemów egzystencjalnych, zwłaszcza dotyczących sytuacji jednostki. Zbudowana pozytywna relacja z Bogiem wspiera poznawanie i interpretowanie otaczającej rzeczywistości (Jarosz, 2003). Relacja z Bogiem wspiera rozumienie kim jest człowiek oraz wspiera jednostkę w doświadczeniu własnej wartości oraz godności (Chlewiński, 1982). Relacja religijna pełni również funkcję społeczną integrując osobę z grupą społeczną. Posiadanie relacji religijnej wspiera występowanie zachowań prospołecznych oraz pracę nad relacjami interpersonalnymi. Religia jest zbiorem zasad moralnych, który dodatkowo może być wspierany przez posiadanie relacji z Bogiem. Tworzenie relacji z Bogiem współwystępuje z występowaniem moralności u człowieka, niektórzy wskazują na obowiązek wystąpienia warunku etyczno-moralnego, żeby można było mówić o relacji religijnej (Szymoń, 1999). Relacja ta w pewien sposób doprowadza do zmiany zachowań jednostki, motywuje do ciągłego ich kształtowania. Z tego powodu niektórzy autorzy zajmujący się religijnością argumentują, że relacja do Boga jest bardzo dobrym przyczynkiem do występowania zachowań prospołecznych u jednostki (Śliwak, 1993; Golan, 1992). Ostatnią przytoczoną w niniejszej rozprawie funkcją jaką pełni relacja religijna jest dostosowanie. Przeżywanie wspólnych doświadczeń religijnych np. za pośrednictwem różnych form kultu religijnego sprzyjają nawiązywaniu relacji oraz tworzeniu tożsamości grupowej. Przynależność do grupy religijnej wspiera więc kształtowanie się własnego ja oraz predyspozycji społecznych

jednostki (Wulff, 1999; Reber, 2000). Pozytywna relacja jednostki z Bogiem pomaga w dostosowaniu się do środowiska i chroni przed stawianiem w opozycji do społeczności poprzez dostarczanie motywów podczas tworzenia psychologicznych mechanizmów tegoż dostosowania (Jarosz, 2011).

4.5. Społeczne uwarunkowanie relacji religijnej

Więź z Bogiem jest relacją subiektywną, a przekonania i postawy, które nie są obiektywne należą do grona szczególnie podlegających wpływowi społecznemu (Festinger 1954 za: Jarosz, 2003). Szczególnie ważnymi z perspektywy religijności oraz relacji religijnej zmiennymi są wiek, płeć, wykształcenie, rasa, status socjoekonomiczny i materialny, wielkość miasta zamieszkania, region geograficzny, pochodzenie etniczne i religijność rodziców oraz przynależność polityczna (Batson i Ventis, 1982). W kontekście relacji religijnej Jarosz (2003) skupia się głównie na znaczeniu płci osoby oraz religijności prezentowanej przez osoby znaczące dla jednostki.

4.5.1 Płeć a religijność

Autorzy podkreślają, że częstszą religijnością oraz lepszą umiejętnością wchodzenia w relacje z Bogiem cechują się kobiety, choć różni autorzy wyjaśniają tę zależność na różne sposoby.

Freud (1967) upatrywał przyczyn tego zjawiska w kompleksie Edypa. Przywiązanie wobec ojca w pewnym momencie zostawało przekierowane na Boga, dlatego rodzaj przywiązania do ojca był kluczowy do późniejszej relacji religijnej. Chłopcy traktujący ojca jako zagrożenie w wyrażaniu swoich uczuć względem matki budowali ambiwalentne przywiązanie i ich relacja z Bogiem charakteryzowała się niestałością, rywalizacją i zmaganiem się. Dziewczęta w sposób łagodniejszy przechodziły kompleks Edypa stąd ich pozytywniejsza relacja z Bogiem. Dodatkowym potwierdzeniem tej tezy były opisy doświadczeń religijnych mistyczek, w których Godin i Halleza (1964 za: Batson i Ventis, 1982) dostrzegali używanie słów o konotacjach intymnych, a nawet erotycznych przypisując je dziecięcym a jednocześnie seksualnym relacjom z projektowanym ojcem.

Batson i Ventis (1982) odnosząc się do spostrzeżeń Godina i Halleza dostrzegają, że używany przez mistyczki język będący odzwierciedleniem osobistych przeżyć wobec Boga jest metaforą, która wskazuje na intensywność ich odczuć. Podważają oni motywy seksualne mistyczek, z powodu występowania dużo większej ilości treści świadczących o braku motywacji seksualnej. Autorzy dodatkowo zwracają uwagę na fakt, przenoszenia relacji osób znaczących i cenionych przez jednostkę na relację z Bogiem. Ich zdaniem relacje z ojcem nie mają aż tak kluczowego znaczenia dla przyszłej relacji jednostki z Bogiem.

Innym sposobem wytłumaczenia znaczenia płci w relacji religijnej są teorie zajmujące się wrodzonymi różnicami w osobowości między płciami. Autorzy wskazują, że to właśnie kobiety cechuje wyższy poziom poczucia winy, zależności, niepokoju, zamartwiania czy submisyjności. Cechy te naturalnie wywołują religijność kobiet, ponieważ pomaga ona w przezwyciężaniu negatywnych stanów, które przeżywają. Religijność działa zatem w sposób zwiększający komfort życiowy kobiet. Jednak badania nad wpływem społecznym pokazały, że zmniejsza on różnice między kobietami, a mężczyznami co sugeruje, że nie jest to trafne uzasadnienie (Batson i Ventis, 1982).

Najbardziej prawdopodobną teorią tłumaczącą różnice w religijności i relacjach religijnych pomiędzy kobietami a mężczyznami wydaje się być teoria ról społecznych przedstawiająca różnice między płciami w zakresie zachowań społecznych (Jarosz, 2003). Podział pracy w społeczeństwie według autorki tej teorii wynika właśnie z różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami, dlatego pełnienie różnych stanowisk wiąże się z oczekiwaniami wobec konkretnych cech osobowości np. od kobiet wymaga się bycia bardziej opiekuńczymi i wrażliwymi niż od mężczyzn ze względu na pełnioną rolę matki. Dlatego określone role czy profesje pełnione przez kobiety lub mężczyzn będą wiązały się z formowaniem innych postaw czy umiejętności. Istotne znaczenie może pełnić tutaj okres wychowania dziewczynek w czasie którego kładzie się nacisk na poprawność w zachowaniu, która może powodować częstsze odczuwanie poczucia winy czy niepokoju, które z kolei jest niwelowane przez religijność (Jarosz, 2003). W badaniach Coxa zauważono, że mężczyźni postrzegają Boga jako tego, który posiada moc i siłę, jest potężny oraz kontrolujący, natomiast kobiety patrzą na Boga jako na tego, który daje poczucie bezpieczeństwa, spełnia ich potrzeby, przebacza oraz miłuje (Batson i Ventis, 1982).

4.5.2 Religijność rodziców i osób znaczących

Sylveh (w: Batson i Ventis, 1982) wykazał związek pomiędzy postawami wobec Kościoła występującymi u rodziców a postawami wobec Kościoła występującymi u ich dzieci. Uzyskana korelacja była wysoka i mieściła się w przedziale między 0,58 a 0,69. Zauważył też, że pozytywna postawa wobec Kościoła reprezentowana przez rodziców w dużej mierze przekładała się na analogiczną postawę ich dzieci. Zjawisko to utrzymuje się również po wyjściu dzieci z domu rodzinnego. Identyfikacja z rodzicami, okazywanie sobie miłości i posiadanie dobrych relacji wspierały kształtowanie i utrzymywanie pozytywnej relacji z Bogiem. Ważnym aspektem jest położenie religijności w systemie osobowości rodziców. W przypadku gdy, religijność znajduje się w centralnym położeniu, rodzice są silnym przykładem pozytywnej relacji z Bogiem i pozytywnych postaw religijnych dla swoich dzieci, w przypadku gdy religijność znajduje się na

peryferiach struktury osobowości rodziców, posiadają oni znacznie mniejszy wpływ na religijność swoich dzieci. Wpływ społeczny w przejmowaniu religijności pełnią też ważne dla jednostki grupy odniesienia, które mogą stawać w opozycji do postaw religijnych wyniesionych przez dziecko z domu, a w związku z tym zmieniać znaczenie religijności (Jarosz, 2003; Wulff, 1999). W kształtowaniu się relacji z Bogiem duże znaczenie ma pierwsze doświadczenie dziecka z matką, w szczególności doświadczenie jej opiekuńczości, zaspokajania potrzeb oraz komunikatywności, a także późniejsza relacja z ojcem zapewniająca dziecko o kompetencji, sprawiedliwości oraz mocy jako przymiotach charakteryzujących Boga (Meissner, 1987; Chaim, 1991; Walesa, 1992). Według podstawowej tezy antropologicznej w procesie kształtowania się relacji biorą udział te same struktury poznawczo-emocjonalne stąd ukształtowanie się określonego schematu relacyjnego rzutuje w późniejszym czasie na wszystkie budowane relacje. Schemat relacyjny uaktywnia się w sytuacji wchodzenia w kolejną relację, niezależnie od tego czy jest to relacja międzyludzka czy relacja do Boga (Jarosz, 2003). Andersen (1993) wskazuje sześć schematów, które jego zdaniem mają znaczenie w budowaniu relacji z innymi: schemat kultury, osobowości oraz sytuacji, stany fizyczne i psychiczne, wartość interpersonalna oraz sposób i przebieg budowania więzi. Zaznacza on, że sposób budowania więzi oraz jej przebieg, definiowany jako wiedza nabyta w ciągu życia osoby, mająca swoją strukturę oraz dotycząca różnych typów relacji jest najważniejszym aspektem kształtowania bliskich relacji. Schemat relacyjny ukształtowany na początku rozwoju zmienia się w ciągu życia za pośrednictwem nowych doświadczeń, a na jego podstawie jednostka kształtuje wszystkie relacje, również relacje z Bogiem.

4.6. Koncepcja Hutsebauta

Hutsebaut (1980) zauważając, że funkcjonujące w psychologii religii narzędzia mierzące głównie postawy religijne składały się z pozycji testowych odnoszących się do akceptacji lub odrzucania dogmatów religijnych i znaczenia religii w życiu człowieka doszedł do wniosku, że należy stworzyć uzupełniające podejście do badania religijności w postaci przeżywanych relacji do Boga. Bazował on na definicji relacji religijnej stworzonej przez Thoulessa określającego religię jako „praktyczne odczucie relacji z tym, w kogo się wierzy; z nadprzyrodzonym Bytem albo bytami. Jest zatem religia sposobem zachowania się oraz systemem przekonań i odczuć” (Hutsebaut, 1980 s. 34). W religiach opartych na tradycji judeochrześcijańskiej Bóg jest centralnym przedmiotem religii i kultury (Śliwak i Bartzuk, 2011). „Bóg jest kimś, kto objawił się jako osoba, ktoś, z kim możliwa jest osobista relacja” (Hutsebaut, 1980 s. 34). Badacz jest w stanie opisać strukturę relacji religijnych osoby oraz sposób doświadczania tych relacji względem Boga. Relacja do Boga traktowana jest przez Hutsebauta (1980) jak relacja międzyludzka, a to co

je różni to podmiot odniesienia relacji. Hutsebaut opierał się głównie na założeniach empirycznych i przyrównywał relacje przeżywane względem Boga do relacji międzyludzkich, dlatego określił związki relacji religijnych z relacjami interpersonalnymi i na tej podstawie opisał charakterystykę poszczególnych relacji religijnych. Relacje religijne jakie wyróżnia Hutsebaut to: zależność, autonomia, buntowniczość, identyfikacja, wina⁴, współhumanitarność oraz norma etyczna. Wymiar zależności (PRB) koreluje pozytywnie z wymiarem altruizmu (VIR) co świadczy o tym, że osoba która potrzebuje Boga jest również nastawiona na pomoc innym, szanuje inne osoby i nie jest wobec nich agresywna (Hutsebaut, 1980). Ktoś kto jest zbuntowany wobec Boga nie jest przyjacielski oraz wykazuje mniejsze zorientowanie na relacje z innymi ludźmi. Z powodu problemu w nawiązywaniu relacji z innymi ludźmi taka osoba może czuć się słaba, mniej wartościowa oraz rozczarowana. Innych ludzi postrzega jako osoby na które nie można liczyć, osoby które są do niej źle nastawione i pragną być dominujące w relacji. Osoba będąca w relacji, w której odczuwa poczucie winy odczuwa również poczucie niższości oraz brak zaufania do innych ludzi. Osoby identyfikujące się z Bogiem są bardziej otwarte na innych, przyjmują altruistyczną orientację do ludzi. Osoby odnajdujące Boga w innych ludziach (współhumanitarność) są towarzyskie, przyjacielskie oraz altruistyczne. Doświadczenie Boga jako normy absolutnej współwystępuje z orientacją altruistyczną względem innych oraz podporządkowaniem się innym jeśli wymaga tego sytuacja.

Na podstawie przedstawionych powyżej przesłanek stwierdzono, że relacje przeżywane do Boga, które opierają się na tym samym schemacie kształtowania co relacje międzyludzkie mogą okazać się trafniejszym sposobem operacjonalizacji religijności w kontekście powiązań gotowości do dawstwa narządów z zachowaniami altruistycznymi niż operacjonalizacja religijności jako postawy, systemu nadawania znaczeń czy sposobów myślenia o religii.

Badania Śliwaka (1993) nad relacjami przeżywanymi względem Boga u osób altruistycznych i niealtruistycznych również wykazały ścisły związek pomiędzy altruizmem i jego brakiem a poszczególnymi relacjami religijnymi. Osoby altruistyczne charakteryzowały się występowaniem następujących relacji wobec Boga: identyfikacja, zależność, norma etyczna oraz niska autonomia oraz buntowniczość co świadczy o tym, że w porównaniu do osób niealtruistycznych znacznie silniej identyfikują się one z Chrystusem, Boga traktują jako normę

⁴ Obecnie wymiar ten nazywany jest lękiem. Polska adaptacja wykonana przez Śliwaka i Bartczuka (2011) wykazała, że dotyczy on głównie lęku przed Bogiem i w porozumieniu z autorem skali oryginalnej zmieniono jej nazwę.

absolutną, wykazują wyższą relację zależności od Boga jednocześnie nie czując potrzeby by się od niego uniezależnić albo wobec niego buntować.

Fakt ten pokazuje, że przeżywane relacje do Boga są ściśle związane z zachowaniami prospołecznymi.

5. Przegląd badań nad gotowością dawstwa organów

W niniejszym rozdziale zostanie zaprezentowany przegląd badań nad gotowością oddania narządów do przeszczepu. W pierwszej kolejności zostaną zaprezentowane przeprowadzone badania pilotażowe, a następnie ważniejsze badania przeprowadzone w tematyce oddawania narządów do przeszczepu w Polsce i na świecie.

5.1. Badania pilotażowe

W ramach badań doktorskich przeprowadzono badania pilotażowe na grupie 222 badanych osób w wieku od 16 do 70 lat ($M = 28,37$; $SD = 10,59$) na specjalnie stworzonym kwestionariuszu do badania gotowości oddania narządów do przeszczepu (procedura tworzenia skali została szczegółowo opisana w rozdziale 7 – metody). Zbadano 118 kobiet oraz 96 mężczyzn o różnym poziomie wykształcenia i wykonywalnych zawodach (Bednarczyk, Zaleski, 2022). Do stworzenia kwestionariusza użyto 21 różnych części ciała możliwych do przeszczepienia oraz mózgu, który w tym momencie możliwy do przeszczepienia nie jest, choć trwają prace nad próbą przeszczepu całej głowy (patrz podrozdział historia transplantacji na świecie). Respondenci odpowiadali na 5 - cio stopniowej skali określając swoją gotowość oddania każdego z 22 różnych przedstawionych narządów. Wynik gotowości oddania narządów do przeszczepu został ujęty w dwóch czynnikach – gotowość oddania narządów życiowych oraz gotowość oddania narządów peryferycznych. W badaniach zostały ujęte następujące zmienne wyjaśniające: aprobata społeczna, samoocena, preferowane grupy wartości oraz centralność religijności. Badania pilotażowe wykazały dodatni związek pomiędzy samooceną a gotowością do dawstwa narządów peryferycznych w grupie kobiet, ujemny związek pomiędzy aprobatą społeczną a gotowością oddania narządów życiowych i peryferycznych w grupie kobiet oraz tylko narządów życiowych wśród całej grupy badanej (kobiety i mężczyźni razem). Z gotowością do dawstwa organów życiowych dodatnio korelowały również wartości ekonomiczne (u kobiet), zdrowia (u kobiet), moralne (cała grupa), hedonistyczne (u mężczyzn), autonomii (w całej grupie oraz osobno wśród kobiet i mężczyzn). Wartości religijne korelowały ujemnie z gotowością dawstwa organów peryferycznych (cała grupa i grupa mężczyzn). Badania wykazały brak korelacji pomiędzy wartościami społecznymi a gotowością oddania narządów do przeszczepu.

Przeprowadzone badania pilotażowe potwierdzają przewidywania dotyczące związków pomiędzy badanymi zmiennymi. Zastanawiający jest jednak fakt, iż gotowość oddania narządów do transplantacji traktowana z definicji jako zachowanie prospołeczne i wiązana przez autorów z altruizmem (zobacz przegląd badań) nie wykazuje związku pomiędzy gotowością dawstwa a

wartościami społecznymi. Kolejnym zastanawiającym związkiem jest ujemna relacja pomiędzy gotowością dawstwa narządów peryferycznych a aprobatą społeczną. Wygląda na to, że gotowość oddania narządów do transplantacji nie wpisuje się w trend pokazywany w innych badaniach nad altruizmem i zachowaniami prospołecznymi w których np. wolontariusze wykazują wyższy poziom aprobaty społecznej od grupy kontrolnej (Sikora, 2015; Śliwak i in., 2018).

5.2. Przegląd dotychczasowych badań nad uwarunkowaniami dawstwa narządów

Często spotykanymi uwarunkowaniami zestawianymi z dawstwem organów są cechy osobowościowe Wielkiej Piątki. Badania dotyczące motywacji oddania ciała na rzecz nauki i związkami z cechami Wielkiej Piątki przeprowadzili w 2011 roku Bolt i in. wykazując pozytywny związek pomiędzy chęcią bycia przydatnym po śmierci a ugodowością i sumiennością, negatywny związek pomiędzy introwersją a byciem wdzięcznym lekarzom i pielęgniarkom za dar opieki przez całe życie oraz pozytywny związek pomiędzy neurotyzmem a strachem przed kremacją i tradycyjnym pochówkiem. Osobami badanymi były co prawda osoby mające podpisaną kartę dawcy organów, jednak natężenie ich cech osobowości nie różniło się od ich nasilenia w całej populacji. Cechy osobowości wyjaśniały od 5 do 15 % wariacji motywacji do oddania ciała.

Badania nad osobowością Wielkiej Piątki oraz altruizmem prowadziła również Erin Hill (2016). Badaczka skupiła się na tym, że cechy osobowości wywołują w człowieku pewne postawy które z kolei powodują określone zachowania. Postawy wobec oddania organów do przeszczepu zostały więc potraktowane jako zmienna wyjaśniana, natomiast altruizm i cechy osobowości jako predyktory. Okazało się, że jedynie zmienna demograficzna jaką jest wiek oraz zmienna osobowościowa - ugodowość pozytywnie wyjaśniały postawy wobec dawstwa organów (6% wariacji) natomiast po dołożeniu do modelu regresji altruizmu istotny był jedynie wiek oraz altruizm (bez ugodowości). Procent wyjaśnianej wariacji wzrósł do 16%. Predyktory dodatkowo przewidywały poziom pozytywnej postawy wobec donacji narządów. Autorzy stworzyli więc model mediacyjny w którym altruizm okazał się istotnym mediatorem związku między ugodowością a postawą dawcy. Osobami badanymi byli studenci uniwersytetu, około połowa z nich posiadała karty dawcy narządów.

Podobne badania zostały również przeprowadzone na populacji polskiej (Gibek i in., 2017). Autorzy badali pięć cech osobowości oraz postawę religijną wiążąc ją z gotowością oddania narządów. Ekstrawersja, otwartość na doświadczenie oraz wiek pozytywnie korelowały z gotowością do oddania narządów. Ponadto autorzy wykazali, że panny/kawalerowie mają niższą gotowość dawstwa niż osoby rozwiedzione. Związku pomiędzy postawą religijną a gotowością dawstwa nie zarejestrowano.

Demir i Kumkale (2013) zbadali przewidywanie intencji rejestracyjnych wykorzystując zmienne osobowości i różnic indywidualnych. Autorzy stworzyli dwa drzewa decyzyjne dzieląc w ten sposób osoby badane na klaster. Opisali oni gotowość do dawstwa charakterystyczną dla danego klasteru oraz cechy jakie charakteryzowały daną grupę. Pierwsze drzewo pozwoliło im na wyciągnięcie następujących wniosków: wyższe intencje dawstwa występowały z niższą religijnością; w przypadku wyższego poziomu religijności z występowaniem ponadprzeciętnego poziomu empatii oraz wyższego poziomu sumienności. Najniższe intencje dawstwa występowały u osób które były religijne oraz charakteryzował ich niski poziom empatii, brak zainteresowania myśleniem o konsekwencjach własnych czynów oraz neurotyzm. Demir i Kumkale (2013) dzielą zatem cechy na te które sprzyjają intencjom dawstwa (empatia, myślenie o konsekwencjach swoich zachowań, sumienność i wiedza nt przeszczepów) i te które zmniejszają intencje dawstwa (religijność i neurotyzm). Autorzy podkreślają mocno fakt, iż wystąpienie jednej cechy sprzyjającej lub jednej cechy odrzucającej pozytywne intencje dawstwa nie jest równoznaczne z brakiem intencji dawstwa. To interakcja cech określa gotowość do dawstwa organów. Przykładem jest religijność, która sama automatycznie nie powinna zmniejszać zamiaru bycia dawcą, ponieważ z pewnymi innymi cechami jak empatia i sumienność intencja nadal może być silna. Model interakcyjny wyjaśniał 19 % wariacji podczas gdy zwykła regresja wielokrotna wyjaśniła 8 %. Tworząc drugie drzewo decyzyjne autorzy skupili się na postawie do dawstwa, spostrzeganiu kontroli zachowań oraz wsparciu społecznym. Jeśli postawy wobec oddania organu były niskie to intencje rejestracji były słabe. Gdy postawy zbliżały się do środkowego punktu skali to osoby wykazywały brak zamiaru zostania dawcą narządów, a posiadanie wyższego spostrzegania kontroli zachowania nie podnosiło ich intencji. Osoby posiadające pozytywne postawy (wysokie lub bardzo przychylne) oraz niemal idealną kontrolę zachowania wykazywały najsilniejszą intencję do dawstwa. Natomiast jeśli osoba miała przychylne nastawienie (postawę do dawstwa), ale nie dostrzegała w tym wsparcia ze strony otoczenia to jej intencje dawstwa gwałtownie malały (subiektywne normy). Na podstawie tych zmiennych autorzy podzielili grupę badanych osób na klaster a następnie opisali cechy osób które mają słabe intencje dawstwa oraz silne intencje dawstwa. Słabe intencje dawstwa są charakterystyczne dla osób, które: (a) są zorientowane na teraźniejszość, (b) nie myślą zbyt dużo o konsekwencjach swojego zachowania, (c) są introwertykami, (d) nie są zbyt sumienne i otwarte na nowe doświadczenia, (e) są religijne i (f) bardziej boją się śmierci. Silniejsze intencje są charakterystyczne dla osób, które: (a) myślą o konsekwencjach swoich zachowań, (b) są empatyczne i (c) mało religijne lub (d) nie bardzo boją się umierania. Osoby, które miały najsilniejsze intencje miały najwyższe oceny w zakresie wiedzy nt przeszczepów, empatii i zaufania, a najniższe w religijności i lęku przed śmiercią.

W badaniach międzykulturowych na grupie Amerykanów i Chińczyków przeprowadzonych przez Bresnahan i współpracowników (2010) zauważono, że kobiety były istotnie bardziej pozytywnie nastawione do dawstwa narządów od mężczyzn oraz są istotnie bardziej altruistyczne (może to świadczyć o fakcie, że właśnie z wyższego altruizmu bierze się pozytywniejsze nastawienie do dawstwa). Stosunek do dawstwa narządów, troska duchowa oraz poczucie związku duchowego z biorcą są najsilniejszymi predyktorami chęci zostania dawcą narządów. Stosunek do dawstwa narządów oraz poczucie związku duchowego z biorcą dodatkowo przewidywały chęć zostania dawcą narządów, natomiast troska duchowa przewidywała je ujemnie w obu grupach badanych. Religijność również okazała się istotnym i ujemnym predyktorem chęci zostania dawcą narządów, ale tylko u Amerykanów. Altruizm nie był istotnym predyktorem dawstwa ani u Amerykanów ani u Chińczyków. Wyniki autorów sugerują, że zachowania związane z dawstwem są związane z przekonaniami i wartościami kulturowymi.

W badaniach na społeczeństwie Izraelskim (Dopelt i in., 2022) badacze nie potwierdzili istotnego związku pomiędzy altruizmem a chęcią oddania narządów do przeszczepu, potwierdzono jednak taki związek pomiędzy pozytywnym nastawieniem do dawstwa a chęcią podpisania karty dawcy narządów. Im starsi byli badani tym charakteryzował ich wyższy altruizm, pozytywniejsza postawa do dawstwa narządów oraz wyższa chęć podpisania karty dawcy. Im wyższy był poziom religijności u badanego tym ich stosunek do dawstwa był bardziej negatywny, a chęć do podpisania karty dawcy narządów była niższa. Natomiast analiza w świeckich grupach wykazała pozytywny związek między altruizmem a chęcią oddania narządów. Przeprowadzono również regresję liniową w celu przewidzenia chęci oddania krwi. W owym modelu altruizm nie okazał się ważnym predyktorem, a wysoka religijność była predyktorem zmniejszającym szanse na oddanie krwi. Respondenci posiadający dzieci mieli bardziej pozytywne postawy względem dawstwa niż nie mający dzieci.

W badaniach Morgan (2006) wiedza, postawy wobec dawstwa oraz normy społeczne istotnie i dodatkowo przewidywały podpisanie karty dawcy narządów, natomiast religijność przewidywała ten czyn ujemnie. Przeprowadzona regresja logistyczna zaklasyfikowała poprawnie 79,9% osób, które nie podpisały kart dawców narządów oraz 63,9% osób, które podpisały karty dawcy narządów. Model zawierał również predyktory, które nie okazały się istotnie przewidujące podpisanie karty dawcy narządów tj: zmienne demograficzne jak wiek, płeć, poziom wykształcenia; altruizm, integralność cielesną czy zaufanie do służby zdrowia. Badania zostały przeprowadzone na grupie Afroamerykanów.

Ruggieri i współpracownicy (2022) zauważyli pozytywny związek pomiędzy intencją dawstwa a wiedzą na temat dawstwa narządów, osoby postrzegające religię jako ważny element w ich życiu również przejawiali pozytywne zachowania wobec dawstwa. Altruizm, przekonania rodzinne nt. dawstwa oraz wsparcie emocjonalne mają pozytywny związek z intencją dawstwa (również w: Radecki i Jaccard, 1999; Schauenburg i Hilde-Brandta, 2006; Wu i in., 2013), a strach przed zniszczeniem integralności cielesnej związek negatywny.

W badaniach Wu i współpracowników (2013) sprawdzano moderacyjny efekt altruizmu na związek pomiędzy własną skutecznością a intencją podpisania karty dawcy narządów. Związek pomiędzy własną skutecznością a podpisaniem karty dawcy narządów jest silniejszy u osób z wysokim poziomem altruizmu w porównaniu do osób o niskim poziomie altruizmu. Kobiety były istotnie bardziej chętne do podpisania karty dawcy narządów od mężczyzn. Istotnymi korelatami zamiaru podpisania karty dawcy okazał się altruizm oraz poczucie własnej skuteczności.

Badania Asalem i współpracowników (2020) potwierdziły istotne i dodatnie znaczenie altruizmu, postrzeganego ryzyka oraz akceptacji rodziny na bardziej pozytywne postawy wobec dawstwa, które przekładały się na większą skłonność jednostki do podpisania karty dawcy narządów. Postrzegane korzyści wynikające z dawstwa nie miały bezpośredniego związku z postawami ludzi wobec dawstwa narządów. Altruizm był najsilniejszym i dodatnim predyktorem postawy wobec dawstwa.

Badania Milaniak i współpracowników (2018) nie wykazały związku pomiędzy gotowością do pośmiertnego dawstwa narządów a altruizmem (mierzonym skalą A-N). Wyniki wskazują jednak, że osoby posiadające podpisane karty dawców narządów to osoby o najwyższym poziomie altruizmu, a osoby o średnim poziomie altruizmu wykazały najwyższą gotowość do podpisania takiej karty (najniższą gotowość zaobserwowano u osób z najwyższym poziomem altruizmu). Autorzy odnaleźli związek pomiędzy odczuwaniem empatycznej troski a gotowością oddania narządów do przeszczepu. Głównym aspektem demotywowującym przed oddaniem narządów jest brak zaufania do opieki medycznej, strach przed nieprawidłową oceną śmierci mózgowej oraz obawa przed handlem organami.

CZEŚĆ II
METODA BADAŃ WŁASNYCH

6. Problematyka badań własnych

W tym rozdziale zostanie przedstawiona charakterystyka badań własnych, hipotezy, problem badawczy oraz przyjęty model badawczy.

6.1. Problem badawczy

W przedstawionych badaniach postanowiono sprawdzić czy altruizm i jego motywacja, preferowane wartości i przeżywane relacje do Boga wiążą się z gotowością oddania narządów do transplantacji oraz czy osoby z podpisaną kartą dawcy narządów, skłonne do podpisania karty dawcy, nie chcące podpisać karty dawcy oraz niezdecydowane różnią się w zakresie altruizmu, motywacji altruistycznej, preferowanych wartości oraz religijności. Następnie sprawdzono czy poziom endo-egzocentrycznej motywacji altruistycznej moderuje relację pomiędzy zmiennymi niezależnymi a gotowością oddania narządów do transplantacji.

Poszukiwania te wyznaczają cztery ogólne pytania badawcze:

1. Czy preferowane wartości, relacje przeżywane do Boga oraz altruizm i jego motywacja wiążą się z gotowością oddania narządów do przeszczepu?
2. Czy te zmienne są predyktorami gotowości oddania narządów do przeszczepu?
3. Czy poziom endo-egzocentrycznej motywacji prospołecznej jest moderatorem efektów preferowanych wartości, przeżywanych relacji do Boga, altruizmu na gotowość oddania narządów do transplantacji?
4. Czy na podstawie gotowości oddania narządów do przeszczepu można wyróżnić trzy grupy osób: gotowych oddać wszystkie narządy do przeszczepu, z niską gotowością oddania wszystkich narządów do przeszczepu oraz z wysoką gotowością oddania do przeszczepu narządów życiowych, ale niską gotowością oddania do przeszczepu narządów peryferycznych? Czy reprezentanci trzech różnych grup gotowości oddania narządów różnią się w zakresie altruizmu, motywacji altruistycznej, preferowanych wartości oraz relacji do Boga?

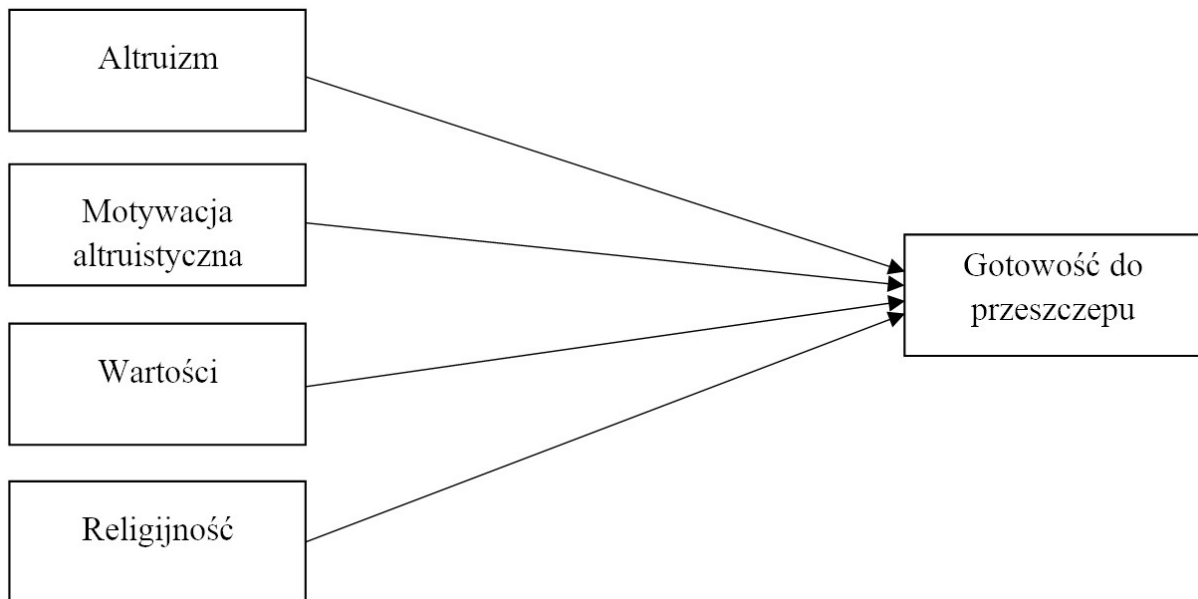
6.2. Model zależności między zmiennymi

W rozprawie doktorskiej zostaną przetestowane trzy modele badawcze.

W pierwszym modelu predyktorami gotowości oddania narządów do przeszczepu są: altruizm, wartości oraz religijność. Model został przedstawiony na rysunku 2.

Rysunek 2

Model addytywny zmiennych wyjaśniających i gotowości oddania narządów do przeszczepu

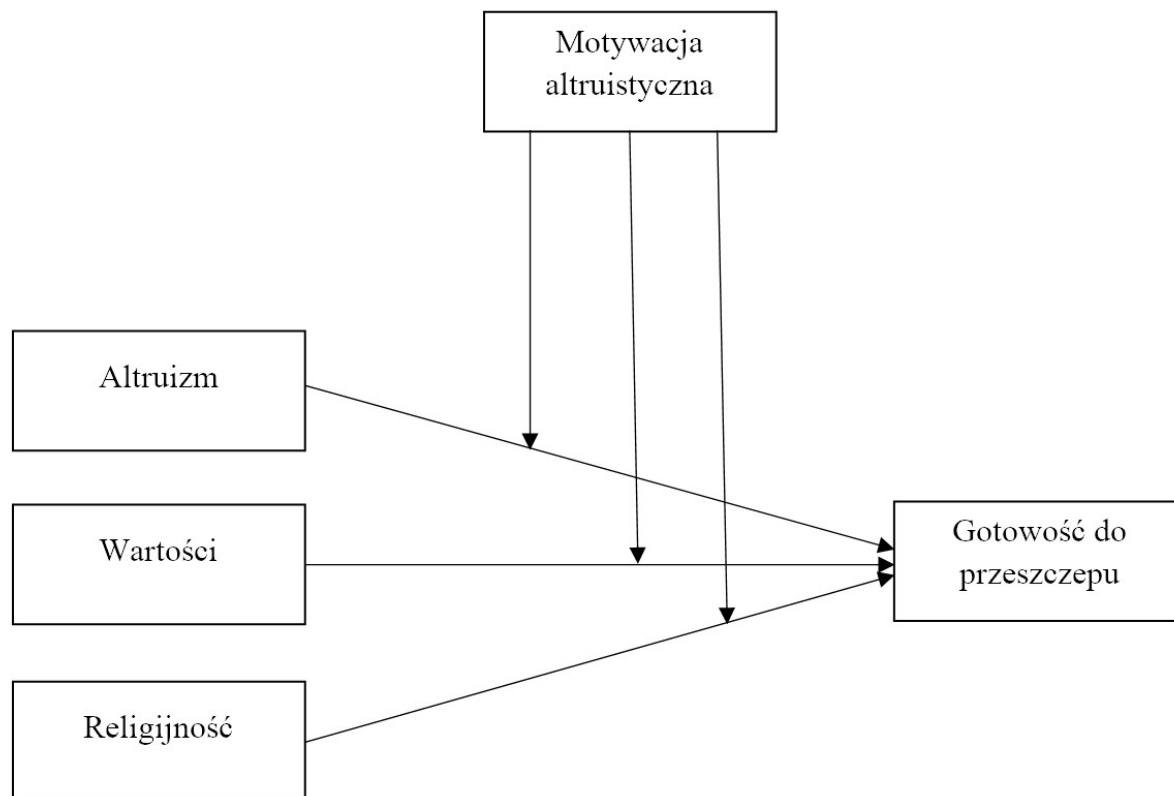


Źródło: opracowanie własne.

W drugim modelu planuje się przetestowanie analizy moderacji w relacji pomiędzy zmiennymi wyjaśniającymi a gotowością oddania narządów do przeszczepu. Przewidywanym moderatorem będzie rodzaj motywacji altruistycznej. Model przedstawiono na rysunku 3.

Rysunek 3

Model związku pomiędzy zmiennymi wyjaśniającymi a gotowością oddania narządów do przeszczepu moderowany przez motywację zachowań prospołecznych



Źródło: opracowanie własne.

Zmiennymi wyjaśniającymi w modelach są: altruizm będący konstruktem jednowymiarowym; motywacja będąca konstruktem jednowymiarowym, gdzie jeden kraniec kontinuum stanowi motywacja endocentryczna, a drugi jego kraniec stanowi motywacja egzocentryczna, preferowane wartości – w przyjętej w badaniu koncepcji Schwartza wyróżniono 10 wartości tj. uniwersalizm, życzliwość, kierowanie sobą, stymulacja, hedonizm, osiągnięcia, władza, bezpieczeństwo, przystosowanie i tradycja reprezentujące krańce dwóch kontinuum: zachowawczość vs otwartość na zmiany oraz przekraczanie siebie vs umacnianie siebie. Przeżywane relacje do Boga to kolejna zmienna wyjaśniająca ujmowana w siedmiu podwymiarach. Siedem z nich to przeżywane relacje do Boga tj. zależność, autonomia, buntowniczość, lęk, identyfikacja, współhumanitarność, norma etyczna, dodatkowo w badaniu zostaną uwzględnione trzy formalne aspekty religijności tj. akceptacja przekonań, centralność religii i strach przed niepewnością. Zmienna wyjaśniana czyli gotowość do transplantacji narządów ujmowana jest za pomocą trzech wymiarów: ogólnej skłonności do dawstwa narządów oraz skłonności do dawstwa narządów życiowych i narządów peryferycznych.

Ponadto w modelu drugim endo-egzocentryczna motywacja altruistyczna pełni rolę zmiennej moderującej.

6.3. Hipotezy

Wychodząc z rozważań teoretycznych dotyczących osobowości altruistycznej, jej korelatów (Śliwak, 2001) i motywacji zachowań prospołecznych (Karyłowski, 1982; Śliwak, 2001) sformułowano pięć hipotez.

W dotychczasowych badaniach znaczenie altruizmu w zjawisku gotowości pośmiertnego oddania narządów do przeszczepu jest niejednoznaczne. Część z badaczy udowadnia, że altruizm jest ważnym i pozytywnie wiążącym się z dawstwem narządów predyktorem (Alsalem i in., 2020; Cohen i Hoffner, 2013; Kahalaila, 2013; Mostafa i in., 2010; Ruggierii i in., 2022; Wu i in., 2013) oraz że wyjaśnia on związek między ugodowością a nastawieniem osoby do oddania organów oraz podpisaniem karty dawcy narządów (Hill, 2016). Inni badacze nie potwierdzili znaczenia altruizmu w przewidywaniu gotowości do dawstwa narządów czy podpisania karty dawcy narządów (Bresnahan i in., 2010; Dopelt i in., 2022; Morgan, 2006). Jedyne badanie przeprowadzone w Polsce przez Milaniak i współpracowników (2018) samo w sobie dało niejednoznaczne wyniki. Badacze nie potwierdzili roli altruizmu jako znaczącego w przewidywaniu gotowości oddania narządów do przeszczepu, choć dzieląc badanych na grupy osób o wysokim, średnim i niskim altruizmie otrzymali wyniki świadczące o ważnej roli altruizmu w pośmiertnym dawstwie narządów oraz podpisaniu karty dawcy narządów. Większość dotychczasowych wyników badań wskazuje na ważne znaczenie altruizmu w gotowości dawstwa narządów. Niejednoznaczności w jego znaczeniu mogą wynikać z ograniczeń stosowanych narzędzi pomiarowych lub z różnorodnych motywacji do zachowań altruistycznych popychających badanych do podjęcia decyzji o gotowości oddania narządów do przeszczepu.

Pomimo niejednoznacznych wyników znaczenia altruizmu w zjawisku gotowości oddania narządów do przeszczepu zakładam, że zjawisko dawstwa organów u młodych dorosłych będzie podobne do innych zachowań altruistycznych oraz dotychczasowych badań nad powiązaniem gotowości oddania narządów do przeszczepu z którymi współwystępuje wyższy poziom altruizmu (Alsalem i in., 2020; Cohen i Hoffner, 2013; Hill, 2016; Mostafa i in., 2010; Ruggierii i in., 2022; Wu i in., 2013).

H1: Poziom altruizmu wiąże się z gotowością oddania narządów do przeszczepu. Im wyższy poziom altruizmu tym wyższa gotowość oddania narządów.

W badaniach nad gotowością oddania narządów do przeszczepu stwierdzono występowanie korelacji z preferowanymi wartościami m.in. autonomii, hedonizmu i moralnością (Bednarczyk i Zaleski, 2022). Ryckman i współpracownicy (2005) wykazali, że wysoki poziom wartości życzliwość, uniwersalizm, osiągnięcia oraz stymulacja z modelu Schwartza wspierały gotowość do dawstwa narządów. Badanie Merz i współpracowników (2017) wykazało, że orientacja na wartości prospołeczne wiąże się z rejestracją jako dawca narządów. Morgan (2006) wykazała, że poziom norm społecznych u osoby wpłynął na poprawną klasyfikację statusu karty dawcy narządów wśród Afroamerykanów. W badaniach Czerniawskiej i Dolaty(2005) empatia (mocno związana z zachowaniem altruistycznym, a za takie badacze uważają gotowość oddania narządów do przeszczepu) wiązała się istotnie z preferencją pewnych wartości m.in. zbawienia, przyjemności i życia pełnego wrażeń, co może sugerować powiązania zachowań altruistycznych z wartościami. W modelu Schwartza byłyby to wartości z kontinuum otwartości na zmiany oraz przekraczania siebie. Powiązania między wartościami a altruizmem wykazuje również Śliwak (1995; 2001).

W rozumieniu teorii Schwartza (2006) osoby otwarte na zmiany charakteryzują się preferencją wartości kierowania sobą (tożsamej z autonomią), stymulacji i częściowo hedonizmu. Osoby zdolne do przekraczania ja charakteryzują wartości uniwersalizmu (wartości społeczne będące odzwierciedleniem zachowań altruistycznych czyli prospołecznych) oraz życzliwości (wartości uczciwości, związane z sensem życia, głęboka duchowość). Możemy zatem spodziewać się, że osoby wykazujące odwrotne wartości czyli wartości charakteryzujące się zachowawczością (wartość bezpieczeństwa własnego i grupowego, przystosowania oraz tradycji) i umacnianiem siebie (wartość władzy, osiągnięć i częściowo hedonizmu) będą obniżały gotowość osoby do oddania narządów.

Na podstawie powyższych przesłanek sformułowano hipotezę ogólną brzmiącą następująco:

Hipoteza 2. Preferencja wartości wiąże się z gotowością oddania narządów do transplantacji.

Oraz dwie hipotezy szczegółowe:

Hipoteza 2.1. Preferencja wartości charakteryzujących się wyższą otwartością na zmiany i wyższym poziomem przekraczania siebie wiąże się z wyższą gotowością oddania narządów do transplantacji.

Hipoteza 2.2. Preferencja wartości charakteryzujących się wyższą zachowawczością i wyższym poziomem umacniania siebie wiąże się z niższą gotowością oddania narządów do przeszczepu.

W dotychczasowych badaniach nad związkami religijności i gotowości oddania narządów do transplantacji uzyskiwano różnorodne wyniki. W badaniach Gibek i in., (2017) oraz Bednarczyk i Zaleskiego (2022) nie wykazano żadnego związku pomiędzy postawą religijną i centralnością religijności a gotowością do dawstwa. W badaniach własnych (Bednarczyk i Zaleski, 2022) nie było związku liniowego pomiędzy centralnością religijności a gotowością oddania narządów do przeszczepu. Dalsze analizy wykazały jednak związek krzywoliniowy. Osoby o średnim poziomie centralności religijności były bardziej gotowe oddać narządy do przeszczepu od osób z wysokim i niskim poziomem centralności religijności, natomiast preferencja wartości religijnych korelowała ujemnie z chęcią dawstwa organów (Bednarczyk i Zaleski, 2022). Badania przeprowadzone w innych krajach wskazują na utrudniającą rolę wysokiej religijności w gotowości oddania narządów do przeszczepu lub podpisania karty dawcy narządów (Bresnahan, 2010; Dopelt, 2022; Kahalaila, 2013; Morgan, 2006) choć zdarzają się również badania świadczące o tym, że religijność jest istotnym i pozytywnym aspektem w dawstwie narządów (Nijkamp i in., 2008; Reubsat i in., 2001; Ruggieri, 2022). W badaniach Demira i Kumkale (2013) religijność wykazywała ujemną korelację z chęcią oddania organów, jednak u osób o wysokiej religijności, a jednocześnie o wysokim poziomie empatii połączenie tych dwóch cech wiązało się z wyższą gotowością dawstwa narządów. Badania Morse i współpracowników (2009) wykazały, że związki pomiędzy przekonaniami i praktykami religijnymi a skłonnością do dawstwa są złożone, a Ashkenazi i współpracownicy doszli do wniosku, że za niespójności między postawą a zachowaniem odpowiedzialne są właśnie przekonania religijne. W badaniach przeprowadzonych przez Dopelt (2022) wyższa religijność wiąże się z wyższym altruizmem, ale nie wiąże się z chęcią dawstwa narządów co potwierdza, że religijność jest istotnym korelatem zachowań altruistycznych tak jak sugeruje choćby Śliwak (2001), choć gotowość do dawstwa z pewnych względów nie zachowuje się zgodnie z przewidywaniem teoretycznym traktowania jej jako zachowania altruistycznego. Znaczenie religijności uchodzi więc za niejasne w zjawisku dawstwa organów (Golding i Cropley, 2017).

Z przytoczonych badań wynika, że związek między gotowością dawstwa organów a religijnością jest niejednoznaczny. Może to mieć różne przyczyny np. ograniczenia stosowanych przez badaczy narzędzi pomiarowych skupiających się na jednowymiarowym pomiarze religijności czy mierzeniu religijności na podstawie praktyk religijnych. Niejednoznaczności

mogą wynikać też z różnic w nauczaniu religijnym wśród różnych wyznań. Ważnym aspektem może okazać się co dana religia naucza na temat dawstwa narządów oraz jak podchodzą do tego nauczania przedstawiciele hierarchii religii będący w bliższym kontakcie z wiernymi, co dany wyznawca uważa, że jego religia naucza w temacie dawstwa narządów, a wreszcie na ile wyznawca przejmuje się oficjalnym nauczaniem swojej religii na temat dawstwa. Ujęcie tych aspektów wewnętrznych i sytuacyjnych w jednym badaniu może okazać się trudne, dlatego zdecydowano się na próbę ujęcia relacji jaką posiada człowiek z istotą transcendentną, które może pozwolić na dokładniejsze określenie roli religijności w zjawisku pośmiertnego dawstwa narządów.

Hipoteza 3. Relacje z Bogiem o różnym charakterze będą predyktorami różnego stopnia gotowości oddania narządów do przeszczepu.

Analizując literaturę dotyczącą gotowości do dawstwa narządów można dojść do wniosku, że nieścisłości związane z ustaleniem znaczenia altruizmu oraz religijności w gotowości oddania narządów do przeszczepu i podpisania karty dawcy narządów mogą wynikać nie tylko z różnic wyznaniowych, ale też z traktowania altruizmu jako jednolitego zjawiska, podczas gdy motywacja do pomocy drugiemu człowiekowi może być różna. Przegląd koncepcji altruizmu i ich motywacji stworzony przez Feigina i współpracowników (2014) sugeruje, że do uzyskania pełniejszego obrazu motywacji do zachowania altruistycznego należy łączyć ze sobą motywacje oparte typowo na dobru drugiego człowieka oraz na pobudkach ze świata wewnętrznego potencjalnego uczestnika interakcji. Te dwie motywacje połączył w swojej koncepcji Karyłowski (1982). Jego koncepcja podkreśla dwa rodzaje motywacji altruistycznej: egzocentryczną – skupioną na pomocy drugiemu człowiekowi podyktowanej skupieniem na sytuacji osoby potrzebującej pomocy oraz egzocentryczną – skupioną na pomocy drugiej osobie podyktowanej wewnętrznym samopoczuciem np. nie udzielenie pomocy będzie wywoływało w człowieku wewnętrzne przeżycie emocjonalne. Śliwak (2001; 2010) określa te motywacje mianem altruizmu lepszego i gorszego inaczej altruizmu psychologicznego (u Karyłowskiego nazywana motywacją endocentryczną) i aksjologicznego (u Karyłowskiego nazywana motywacją egzocentryczną). Altruizmem bardziej pożądanym byłby altruizm wynikający ze skupienia na drugim człowieku (aksjologiczny), jednakże nie możemy wykluczyć podejmowania decyzji pod wpływem wewnętrznych przeżyć jednostki. Zasadnym zatem wydaje się zweryfikowanie w świetle teorii egzo i endocentryzmu moralnego Karyłowskiego (1982) czy rodzaj motywacji altruistycznej wyjaśnia niespójność powiązań pomiędzy altruizmem i religijnością a gotowością oddania narządów do przeszczepu czy podpisania karty dawcy narządów.

Badania przeprowadzone przez Demira i Kumkale (2013) wskazują na fakt, że niska religijność jest dobrym predyktorem gotowości oddania narządów do przeszczepu, a jednocześnie wysoka religijność również może być dobrym predyktorem gotowości oddania narządów do przeszczepu kiedy osoba o wysokiej religijności posiada również wysoki poziom empatii (blisko związany z występowaniem altruizmu, zwłaszcza według teorii i badań Batsona (1997; 2014; Batson i in., 1986, 1991). Autorzy zaznaczają, że istotnym jest poszukiwanie nie tyle samych predyktorów gotowości dawstwa narządów ile próba znalezienia cech „uaktywniających” inne cechy. Na podstawie koncepcji Karyłowskiego (1982) przedstawionej powyżej, badań Demira i Kumkale (2013), badań Wu i in. (2013) w których wykazano, że altruizm może moderować związek pomiędzy własną skutecznością (będącą korelatem osobowości altruistycznej) a gotowością oddania narządów do transplantacji oraz badań Dopelta i in., 2022 wykazujących dodatni związek pomiędzy religijnością i altruizmem, choć nie przekładający się z jakiś powodów na związek z gotowością oddania organów do przeszczepu zakładam, że rodzaj motywacji altruistycznej będzie zmieniał siłę związku pomiędzy altruizmem, preferowanymi wartościami oraz religijnością a gotowością oddania narządów do przeszczepu. Zgodnie z teorią Karyłowskiego motywacja egzocentryczna jest motywacją „czystsza”, dlatego powinna charakteryzować pełniej osoby decydujące się na pomoc innym (Śliwak, 2001; 2010; Karyłowski, 1982).

Hipoteza 4. Poziom motywacji altruistycznej jest moderatorem związku pomiędzy zmiennymi wyjaśniającymi a gotowością oddania narządów do transplantacji. Motywacja egzocentryczna wzmocni związek między zmiennymi psychospołecznymi a gotowością oddania organów do przeszczepu, motywacja endocentryczna zmniejszy ten związek, natomiast motywacja mezocentryczna nie zmieni związku pomiędzy tymi zmiennymi.

Hipotezy szczegółowe brzmią następująco:

Hipoteza 4.1. Poziom motywacji altruistycznej jest moderatorem związku pomiędzy altruizmem a gotowością oddania narządów do przeszczepu.

Hipoteza 4.2. Poziom motywacji altruistycznej jest moderatorem związku pomiędzy wartościami a gotowością oddania narządów do przeszczepu.

Hipoteza 5 jest hipotezą eksploracyjną opartą na obserwacjach udzielanych odpowiedzi osób badanych Skali gotowości do transplantacji. Zakłada się, że badani wypełniający Skalę gotowości do transplantacji utworzą trzy grupy osób: osoby gotowe oddać wszystkie narządy do przeszczepu, osoby wyrażające niską gotowość do oddania jakichkolwiek narządów do

przeszczepu oraz osoby wyrażające wysoką gotowość do oddania narządów życiowych, ale niską gotowość do oddania narządów peryferycznych.

Hipoteza 5. Reprezentanci trzech grup o różnych poziomach gotowości do przeszczepu organów życiowych i peryferyjnych różnią się od siebie w poziomie altruizmu, endoegzcentrycznej motywacji do zachowań prospołecznych, preferowanych wartości oraz rodzajami relacji do Boga.

7. Charakterystyka zastosowanych metod

W prezentowanym rozdziale przedstawiono metody zastosowane w przeprowadzonych badaniach.

7.1. Skala gotowości do transplantacji (RBPD – Readines for Body Part Donation)

Skala RBPD została stworzona przez Wójcik i Zaleskiego w 2016 roku (Bednarczyk, Zaleski, 2022). Metoda mierzy gotowość oddania do przeszczepu 22 części ciała wyodrębnionych na podstawie możliwości ich przeszczepu w skali światowej oraz ciekawości poznawczej reakcji badanych na organ na ten moment nieprzeszczepiany (mózg). Narządy wchodzące w skład skali to: serce, tkanka mózgowa, nerka, wątroba, ręka, noga, trzustka, palce, narządy rozrodcze, piersi, twarz, żołądek, płuca, jelita, kawałek skóry, tętnice i żyły, pęcherz moczowy, kość udowa, szpik kostny, oko (rogówka i twardówka), dłoń, stopa. Instrukcja skali przenosi osobę badaną do momentu bycia o krok od śmierci, po czym osoba na skali 5-stopniowej (1 = nie oddam, 5 = chętnie oddam) określa swoją gotowość oddania do przeszczepu każdej z 22 wymienionych części ciała. Instrukcja skali brzmi następująco: „Według statystyk Komendy Głównej Policji, w Polsce, w ciągu ostatniego roku w wypadkach samochodowych zginęło 2 710 osób. Ty również miałeś wypadek samochodowy. Pozostało Ci zaledwie kilka ostatnich chwil życia. Możesz zdecydować się na oddanie swoich części ciała na przeszczep. Oceń w jakim stopniu byłbyś skłonny do oddania każdego z niżej wymienionych narządów”. Skala ta pozwala na wyliczenie ogólnego wyniku gotowości do transplantacji osoby będącego średnią 22 pozycji testowych oraz dwóch podwymiarów: organów życiowych (*life organs*) i organów peryferycznych (*peripheralorgans*).

Rozpoczynając tworzenie skali autorzy poszukiwali danych na temat narządów jakie w danym momencie są możliwe do przeszczepiania w skali światowej oraz na jakich narządach podejmowane są kolejne próby ich przeszczepu. Wyróżniono zatem 22 części ciała, z których 21 jest przeszczepiane z powodzeniem, natomiast nad przeszczepem mózgu trwają ciągłe prace. Przeprowadzono pierwsze badania na grupie 222 osób (118 kobiet i 96 mężczyzn). Z uzbieranych danych przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową używając rotacji prostej Oblimin. Na podstawie analizy wyróżniono dwie główne grupy organów – organy życiowe i peryferyczne. Do czynnika narządów życiowych weszły następujące narządy: nerka, wątroba, szpik kostny, trzustka, płuco, żołądek, serce. Czynnikiem narządów peryferycznych zawierał organy takie jak: noga, ręka, palce, twarz, stopa, dłoń, piersi, oko, narządy płciowe. Organy nie wchodzące w skład żadnego z dwóch czynników (skóra, pęcherz moczowy, kość udowa, jelita, tkanka mózgowa, tętnice i żyły) z powodu wysokiego ładunku czynnikowego zarówno w jednym jak i drugim czynniku, znacznie

niższej korelacji z czynnikiem niż w przypadku pozostałych narządów lub niezgodności treściowej z czynnikiem zostały przyporządkowane do typu mieszanego i ostatecznie nie weszły one w skład skali.

W obecnych badaniach pominięto szpik kostny – jest on pobierany za życia, dlatego w celu nie mieszania możliwości pobierania za życia z pobieraniem po śmierci został on usunięty. Wyróżniono 16 narządów możliwych do pobrania po śmierci człowieka (serce, wątroba, nerka, płuco, trzustka, żołądek, noga, ręka, stopa, palce, dłoń, oko, twarz, narządy rozrodcze, mózg). W poprzednich badaniach wykazano strukturę czynnikową narzędzia na podstawie eksploracyjnej analizy czynnikowej (Bednarczyk, Zaleski, 2022) dlatego w obecnych badaniach próbowano potwierdzić ją za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej. Udało się uzyskać zadowalające dopasowanie modelu do danych, jednakże analiza wykazała, że prócz podwymiaru narządów życiowych i peryferycznych występują również liczne powiązania pomiędzy variancjami resztowymi poszczególnych pozycji testowych oraz korelacja pomiędzy dwoma czynnikami (narządami życiowymi i peryferycznymi), co zasugerowało poszukiwanie bardziej adekwatnego modelu. Zdecydowano się więc na przetestowanie modelu dwuczynnikowego hierarchicznego, gdzie dwa czynniki grupowe (życiowy i peryferyczny) występowały niezależnie od siebie oraz wspólnie tworzyły czynnik ogólny gotowości oddania wszystkich narządów.

Przeprowadzono eksploracyjną analizę czynnikową za pomocą metody diagonalnie ważonych najmniejszych kwadratów w wersji odpornej (Robust Diagonally Weighted Least Squares - RDWLS) z zastosowaniem rotacji Normalised Direct Oblimin (Lorenzo-Seva i Ferrando, 2019) w programie Factor (Ferrando i Lorenzo-Seva, 2017). Zmienne miały charakter antymodalny J oraz U kształtny, dlatego obliczenia wykonano na korelacjach polichorycznych zalecanych w przypadku wysokich wartości kurtozy (Muthén i Kaplan, 1985, 1992). Miara KMO adekwatności próby wyniosła 0,919, test sferyczności Bartletta był istotny ($\chi^2 = 4591,7$; $df = 120$; $p < 0,001$), a wyznacznik macierzy korelacji bliski zeru. Macierz korelacji pomiędzy zmiennymi zamieszczono w aneksie.

Tabela 1 przedstawia ładunki czynnikowe oraz ich przedziały ufności dla pozycji Skali gotowości do transplantacji po przeprowadzonej analizie czynnikowej.

Tabela 1

Ładunki czynnikowe zmiennych oraz przedziały ufności w modelu dwuczynnikowym hierarchicznym gotowości oddania organów do transplantacji obliczone na podstawie danych polichorycznych

Zmienna	Narządy życiowe		Narządy peryferyczne	
	Ładunek czynnikowy	95%CI	Ładunek czynnikowy	95%CI
Serce	0,931	(0,823; 1,057)	-0,020	(-0,180; 0,100)
Nerka	0,975	(0,900; 1,069)	-0,061	(-0,170; 0,031)
Oko	0,277	(0,180; 0,371)	0,670	(0,563; 0,758)
Wątroba	0,978	(0,893; 1,047)	-0,041	(-0,129; 0,044)
Ręka	0,016	(-0,051; 0,106)	0,936	(0,755; 0,996)
Trzustka	0,898	(0,759; 0,956)	0,063	(-0,002; 0,177)
Palce	-0,066	(-0,148; 0,020)	1,000	(0,946; 1,087)
N. rozrodcze	0,264	(0,122; 0,416)	0,626	(0,461; 0,775)
Dłoń	-0,020	(-0,090; 0,035)	0,984	(0,934; 1,042)
Piersi	0,174	(0,080; 0,288)	0,773	(0,655; 0,867)
Twarz	-0,123	(-0,248; 0,011)	0,972	(0,848; 1,080)
Żołądek	0,789	(0,694; 0,874)	0,158	(0,072; 0,248)
Noga	0,009	(-0,066; 0,075)	0,962	(0,901; 1,022)
Płuca	0,871	(0,790; 0,946)	0,078	(-0,012; 0,147)
Stopa	0,046	(-0,032; 0,107)	0,939	(0,885; 1,003)
Mózg	0,458	(0,280; 0,625)	0,409	(0,238; 0,592)

Adnotacja. Czcionką pogrubioną zaznaczono wartości ładunków czynnikowych wskazujące na przyjęcie narządu do czynnika (ładunki wyższe niż 0,40).

W analizie potwierdzono adekwatność modelu dwuczynnikowego, który okazał się dopasowany do danych. Uzyskał on następujące współczynniki dopasowania modelu: $RMSEA \approx 0,000$; $95\%CI_{RMSEA}(0,000; 0,065)$; $CFI = 0,999$; $95\%CI_{CFI}(0,991; 1,001)$; $GFI = 0,999$, $95\%CI_{GFI}(0,998; 1,000)$. $TLI = 1,001$; $95\%CI_{TLI}(0,998; 1,004)$; $Chi\ Square(89) = 55,35$; $p = 0,998$.

Ładunki czynnikowe, które uzyskały wartość wyższą niż 0,4 zostały przyjęte do czynnika. W skład czynnika 1 (narządy życiowe) weszły następujące narządy: serce, nerka, wątroba,

trzustka, żołądek oraz płuca. W skład czynnika 2 (narządy peryferyczne) weszły narządy: oko, ręka, palce, dłoń, piersi, narządy rozrodcze, twarz, noga oraz stopa. Tkanka mózgową została zaklasyfikowana jednocześnie do czynnika narządów życiowych oraz peryferycznych, dlatego włączono ją jedynie do czynnika ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu.

Poniższa tabela przedstawia czynniki RBPД. Ujęto liczbę pozycji testowych wchodzących w skład danego podwymiaru i czynnika (k), rzetelność uzyskaną w badaniach adaptacyjnych (α_A) oraz rzetelność uzyskaną w badaniach własnych (α_B) za pomocą współczynnika α Cronbacha.

Tabela 2

Charakterystyka Skali gotowości do transplantacji

RBPД	k	α_A	α_B
Narządy życiowe	6	0,93	0,95
Narządy peryferyczne	9	0,97	0,97
Gotowość	16	0,97	0,97

Adnotacja. k – ilość pozycji testowych; α_A – rzetelność w badaniach adaptacyjnych; α_B – rzetelność w badaniach własnych.

Rzetelność wszystkich wymiarów skali jest zadowalająca i mieści się w przedziale pomiędzy 0,95 a 0,97.

7.2. Portretowy Kwestionariusz Wartości(PVQ-40)

Schwartz (1992, 2007) definiuje wartości podobnie jak Rokeach traktując je jako przekonania człowieka, jego poznawczą reprezentację wymogów czy potrzeb z którymi jednostka musi się zmierzyć. Charakteryzuje on wartości za pomocą następujących właściwości: (1) są to przekonania, które wiążą się z emocjami; (2) wartości odnoszą się do celów stanowiących motywację do działania; (3) normy i postawy odnoszą się do określonych sytuacji, natomiast wartości nie są ograniczone do pojedynczych działań; (4) nie muszą być świadome, ale są stosowane jako standardy ocen i wybory działań; (5) mają charakter hierarchiczny we względnie stałym systemie preferencji; (6) cały system wartości, a nie jego pojedyncza preferencja kieruje działaniem człowieka. Pozycje kwestionariusza „opisują różnych ludzi w kategoriach ich celów, aspiracji i przekonań dotyczących tego, co w życiu ważne” (Cieciuch i Zaleski, 2011 s. 254). Składa się on z 40 pozycji testowych, z różną ilością pozycji (od 3 do 6) dla każdego typu wartości. Pozycja testowa zbudowana jest z dwóch zdań. Jedno z nich określa cel osoby badanej, natomiast drugie dookreśla konkretniej ten cel np. pozycja 22: Myśli, że ważne jest, aby mieć szerokie

zainteresowania. Lubi być dociekliwy i stara się wszystko zrozumieć. Badani udzielają odpowiedzi na sześciostopniowej skali (1 = bardzo podobny do mnie, 6 = zupełnie niepodobny do mnie) (Cieciuch i Zaleski, 2011). Wyniki na potrzeby interpretacji odwrócono tak, aby wysokie wyniki podobieństwa odpowiadały kodowaniu 6, a niskie kodowaniu 1.

Metoda ta bada preferencję każdego z 10 typów wartości (Cieciuch i Zaleski, 2011 s. 252):

- bezpieczeństwa – harmonia, porządek społeczny, bezpieczeństwo osobiste, rodziny i narodowe
- władzy – kontrola i dominacja nad innymi ludźmi oraz zasobami, status i prestiż społeczny
- osiągnięć – sukces osobisty, osiągnięty poprzez demonstrację kompetencji, zgodnie ze społecznymi standardami
- hedonizmu – dążenie do przyjemności, zaspokajania własnych – przede wszystkim organicznych – potrzeb w tym przyjemności
- stymulacji – poszukiwanie nowości, dążenie do ekscytującego i urozmaiconego życia
- kierowania sobą – niezależność w myśleniu i działaniu, kreatywność, wolność, autonomiczne wybieranie własnych celów
- uniwersalizmu – troska o dobro wszystkich ludzi, dbałość o ochronę środowiska, sprawiedliwość, mądrość, pokój
- życzliwości – troska o dobro najbliższych, rodziny, przyjaciół, znajomych, przyjaźń, miłość
- tradycji – akceptacja i szacunek wobec rytuałów i idei własnej kultury czy religii
- przystosowania – ograniczanie własnych dążeń i działań, które mogłyby szkodzić innym lub naruszyć społeczne normy, posłuszeństwo, samodyscyplina, szacunek wobec starszych.

Powyższe pojedyncze wartości zostały przydzielone do czterech podstawowych grup wartości wyróżnionych przez autora kwestionariusza: zachowawczości, w której skład weszła wartość bezpieczeństwa, przystosowania oraz tradycji; otwartości na zmianę, w której skład weszła wartość kierowania sobą, stymulacji oraz hedonizmu; umacniania siebie, w której skład weszła wartość osiągnięcia oraz władza; przekraczania siebie w której skład weszła wartości uniwersalizm oraz życzliwość.

W poniższej tabeli przedstawiono poszczególne wartości oraz grupy wartości skali PVQ-40. Ujęto liczbę pozycji testowych wchodzących w skład danego podwymiary i czynnika (k),

rzetelność uzyskaną w badaniach adaptacyjnych (α_A) oraz rzetelność uzyskaną w badaniach własnych (α_B) za pomocą współczynnika α Cronbacha.

Tabela 3

Charakterystyka Kwestionariusza PVQ-40

Poskala PVQ-40	k	α_A	α_B
Przystosowanie	4	0,58	0,57
Tradycja	4	0,61	0,61
Życzliwość	4	0,64	0,67
Uniwersalizm	6	0,75	0,7
Kierowanie sobą	4	0,65	0,67
Stymulacja	3	0,63	0,67
Hedonizm	3	0,8	0,78
Osiągnięcia	4	0,72	0,81
Władza	3	0,7	0,68
Bezpieczeństwo	5	0,59	0,55
Zachowawczość	13	0,79	0,75
Przekraczanie siebie	10	0,81	0,8
Otwartość na zmiany	10	0,8	0,81
Umacnianie siebie	8	0,8	0,83

Adnotacja: k – ilość pozycji testowych; α_A – rzetelność w badaniach adaptacyjnych; α_B - rzetelność w badaniach własnych

Rzetelność trzech pojedynczych wartości (uniwersalizmu, hedonizmu oraz osiągnięć) możemy uznać za zadowalającą ($> 0,70$), w przypadku pozostałych siedmiu jest ona niezadowalająca. Wyniki rzetelności jakie zostały uzyskane są jednak porównywalne do wyników rzetelności uzyskanych w badaniach Ciecucha i Zaleskiego (2011). W przypadku małej ilości pozycji testowych trudnym było uzyskanie lepszych wyników. Rzetelność zgrupowanych wartości jest zadowalająca (0,75 – 0,83).

7.3. Kwestionariusz A-N

Kwestionariusz został skonstruowany przez Śliwaka (2001) z późniejszymi zmianami (Śliwak, Bartczuk, 2022). Składa się z dwóch części. Pierwsza część zawiera pięć opowiadań, do których dołączone jest sześć gotowych już odpowiedzi od skrajnie negatywnej dotyczącej odmowy pomocy do skrajnie pozytywnej dotyczącej pomocy np. odmówi pomocy, a

nawet doda, żeby więcej nie zwracała się do niej w takich sprawach (skrajnie negatywna); pomoże, a nawet zadeklaruje gotowość pomocy na przyszłość (skrajnie pozytywna). Osoba badana czytając opowiadanie stawia się na miejscu bohatera i zaznacza odpowiedź zgodnie z którą zachowałaby się w tej sytuacji lub która jest najbliższa. Część druga składa się z pięciu opowiadań. W każdym z opowiadań bohater samodzielnie podejmuje decyzję co do dalszego działania. Osoba badana po przeczytaniu opowiadania ustosunkowuje się na skali sześciostopniowej typu Likerta na ile zgadza się bądź nie zgadza z decyzją jaką podjął bohater opowiadania. Śliwak i Bartczuk (2022) przeprowadzili analizę czynnikową skali i uzyskali dwa wymiary – jeden z nich to wymiar jednej części skali (5 opowiadań z gotowymi odpowiedziami), drugi to wymiar drugiej części skali (5 opowiadań do samodzielnej oceny decyzji bohatera). W celu wyeliminowania zmienności związanej z dwoma odrębnymi częściami metody i ich wpływu na wynik ogólny przeprowadzono confirmacyjną analizę czynnikową. Potwierdzono strukturę kwestionariusza, wykluczono wpływ dwóch różnych metod zastosowanych w dwóch częściach kwestionariusza i uzyskano zadowalające wyniki dopasowania: $\chi^2 = 36,99$; $df = 25$; $p = 0,058$; CFI = 0,969; TLI = 0,944; REMSEA = 0,035. Wynik ogólny będący sumą/średnią wszystkich pozycji testowych (z obu części skali) określa natężenie altruizmu u osoby badanej. Metoda ta pozwala również na wyróżnienie grupy altruistów od osób które altruistami nie są.

Rzetelność skali była mierzona metodą stabilności bezwzględnej. Współczynnik korelacji r Pearsona po 14 dniach wyniósł 0,86 (Śliwak, 2005), α Cronbacha w badaniach Śliwaka i Bartczuka (2022) została przedstawiona w Tabeli 7.4 wraz z pozycjami testowymi wchodzącymi w skład poszczególnych części metody (k), rzetelnością uzyskaną w badaniach adaptacyjnych (α_A) oraz rzetelnością uzyskaną w badaniach własnych (α_B) za pomocą współczynnika α Cronbacha.

Tabela 4*Charakterystyka Kwestionariusza A-N*

A-N	k	α_A	α_B
Część 1	5	0,66	0,50
Część 2	5	0,61	0,62
Altruizm	10	0,72	0,65

Adnotacja. k – ilość pozycji testowych; α_A – rzetelność w badaniach adaptacyjnych; α_B - rzetelność w badaniach własnych

Rzetelność całości kwestionariusza jak i jego poszczególnych części jest średnio zadowalająca. Uzyskane wyniki są niższe niż w wersji oryginalnej kwestionariusza.

7.4. Kwestionariusz Endo – Egzocentryzmu Moralnego (KEEM)

Kwestionariusz został opracowany przez Karyłowskiego, Gorską i Wasiak (w: Karyłowski, 1982), natomiast w obecnych badaniach została zastosowana wersja skali po modyfikacjach Śliwaka (por. Śliwak, 2001). Wersja oryginalna skali wyróżnia orientację egzocentryczną i endocentryczną, jednak badania przeprowadzane przez Śliwaka (2001) wykazały fakt, iż wielu badanych nie przyjmuje ani orientacji stricte endocentrycznej ani egzocentrycznej wykazując częściowo jedną i drugą orientację. Orientacja mezocentryczna czyli niezróżnicowana odpowiada wartościom średnim uzyskanym w skali, natomiast orientacje endocentryczna i egzocentryczna odpowiadają odpowiednio wartościom niskim (endocentryczna) i wartością wysokim skali) egzocentryczna. Z oryginalnej wersji skali zostały usunięte dwa opowiadania – opowiadanie pierwsze (ze względu na uzyskiwanie głównie wyników średnich, nie wskazujących na motywację endo lub egzo centryczną) oraz opowiadanie siódme (którego akcja toczy się w Warszawie, nie jest ono więc dostosowane do badania osób z innych miast). Osoba badana ma za zadanie przeczytać opowiadanie, postawić się w sytuacji bohatera opowiadania i wybrać 5-10 myśli które towarzyszyłyby jej podczas tej sytuacji. W arkuszu odpowiedzi znajdują się 24 wcześniej przygotowane myśli (12 myśli w grupie A – są to myśli wskazujące na pomoc bohaterowi opowiadania i 12 myśli w grupie B wskazujących na brak pomocy). Diagnostyczne są jedynie odpowiedzi należące do grupy wskazującej na udzielenie pomocy bohaterowi (grupa A), w której znajduje się 6 myśli o orientacji endocentrycznej i 6 o orientacji egzocentrycznej. Grupa odpowiedzi wskazujących na nie udzielenie pomocy bohaterowi (grupa B) ma charakter jedynie buforowy. W celu lepszej identyfikacji osoby badanej z bohaterem stosuje się odmienne wersje

opowiadań dla kobiet i mężczyzn (w kwestionariuszu dla kobiet bohaterką opowiadania jest kobieta, natomiast w kwestionariuszu dla mężczyzn mężczyzna).

Rzetelność wersji oryginalnej została zmierzona po dwóch latach metodą stabilności bezwzględnej i wyniosła 0,61. Natomiast stabilność bezwzględna wersji zmodyfikowanej po trzech tygodniach wyniosła 0,66. Rzetelność w obecnych badaniach obliczona współczynnikiem α Cronbaha wyniosła 0,62.

7.5. Skala relacji religijnych – przeżywane relacje do Boga (PRB)

Skala została stworzona przez Hutsebauta (1980 s.34) w oparciu o definicję Thoulessa określającego religię jako „praktyczne odczucie relacji z tym, w kogo się wierzy; z nadprzyrodzonym Bytem albo bytami. Jest zatem religia sposobem zachowania się oraz systemem przekonań i odczuć. ”Narzędzie bada religijność jako relację z Bogiem, określa jak osoba badana doświadcza tej relacji oraz jak wygląda struktura doświadczanych przez nią relacji. Religijność ujęto w taki sposób ponieważ centralnym aspektem w religiach chrześcijańskich jest Bóg, „który objawił się jako osoba, ktoś z kim możliwa jest osobista relacja” (Hutsebaut, 1980 s.34). Skale tematyczne wskazują nasilenie z jakim osoba badana przeżywa każdy z siedmiu rodzajów relacji do Boga, natomiast skale formalne użyto, by z większą łatwością opisać religijność osób badanych. Skale formalne wskazują na trzy aspekty formalne religijności, dlatego są pomocne w selekcji osób wierzących i niewierzących (Śliwak i Bartczuk, 2011).

Każdy z podwymiarów składa się z siedmiu pozycji testowych. Odpowiedź udzielana jest na 7-stopniowej skali typu Likerta od 1 = zdecydowanie nie (zdecydowanie nie zgadzam się) do 7 = zdecydowanie tak (zdecydowanie zgadzam się).

Skala bada siedem rodzajów relacji do Boga zdefiniowanych poniżej:

- Zależność – istnienie człowieka jest zależne od Boga (Bóg = Stwórca), jednostka odczuwa stałą potrzebę Jego pomocy.
- Autonomia – człowiek sprzeciwia się poczuciu zależności od Boga, jest sam odpowiedzialny za siebie.
- Buntowniczość – postawa buntu osoby, której oczekiwania i prośby zanoszone do Boga nie zostały wysłuchane.
- Lęk – człowiek postrzega Boga przede wszystkim jako sprawiedliwego sędziego, co wywołuje w nim poczucie lęku przed Bogiem (Bartczuk, 2022).
- Identyfikacja – jednostka za wzór przyjmuje Jezusa Chrystusa i identyfikuje się z nim.
- Współhumanitarność – dostrzeganie Boga w drugim człowieku.

- Norma etyczna – jednostka przyjmuje Boga za normę absolutną.
Trzy formalne aspekty religijności definiowane są następująco:
- - Akceptacja przekonań – określa stopień w jakim osoba akceptuje dogmaty religijne uznając je za prawdziwe.
- - Centralność religii – mierzy motywację jaką pełnią przekonania religijne osoby w otaczającej ją codzienności.
- - Strach przed niepewnością – określa stopień wątpliwości w wierze osoby.

W celu zredukowania liczby wymiarów w pomiarze relacji religijnych wykonano analizę głównych składowych drugiego rzędu z normalizacją Kaisera. Zastosowano rotację ortogonalną Varimax. Wyznacznik macierzy korelacji był bliski 0, miara KMO adekwatności doboru próby wyniosła 0,84, a test sferyczności Bartletta był istotny statystycznie ($\chi^2 = 2586,72$; $df = 21$; $p < 0,001$). Poniższa tabela przedstawia ładunki czynnikowe podwymiarów skali relacji religijnych po przeprowadzonej analizie czynnikowej drugiego rzędu.

Tabela 5

Ładunki czynnikowe skali PRB

	Autonomia-Zależność	Negatywne emocje
Zależność	0,948	0,025
Norma etyczna	0,940	0,110
Identyfikacja	0,936	0,053
Współhumanitarność	0,899	0,075
Autonomia	-0,843	0,176
Buntowniczność	-0,281	0,888
Lęk	0,370	0,834

Adnotacja. Czcionką pogrubioną zaznaczono wartości ładunków czynnikowych wskazujące na przyjęcie podwymiary do czynnika (ładunki wyższe niż 0,40)

Na podstawie wykresu osypiska wyodrębniono dwa czynniki: (1) Autonomia - Zależność – w skład tego czynnika weszły następujące podwymiary: zależność, norma etyczna, identyfikacja, współhumanitarność ładujące dodatnio oraz autonomia ładująca ujemnie; (2) negatywne emocje – w skład tego czynnika weszły dwa wymiary świadczące o przeżywanym lęku oraz buncie względem Boga (Lęk oraz Buntowniczność).

W poniższej tabeli przedstawiono poszczególne podwymiary skali PRB oraz stworzone czynniki po przeprowadzonej analizie czynnikowej. Ujęto ilość pozycji testowych wchodzących w skład danego podwymiary i czynnika (k), rzetelność uzyskaną w badaniach adaptacyjnych (α_A) oraz rzetelność uzyskaną w badaniach własnych (α_B) za pomocą współczynnika α Cronbacha.

Tabela 6

Charakterystyka Skali przeżywane relacje do Boga

PRB	k	α_A	α_B
Zależność	7	<0,85-0,92>	0,94
Autonomia	7	<0,79-0,88>	0,89
Buntowniczość	7	<0,85-0,91>	0,87
Lęk	7	<0,74-0,84>	0,84
Identyfikacja	7	<0,84-0,90>	0,93
Współhumanitarność	7	<0,87-0,91>	0,94
Norma etyczna	7	<0,85-0,93>	0,94
Akceptacja przekonań	7	<0,89-0,93>	0,91
Centralność religijności	7	<0,74-0,80>	0,81
Strach przed niepewnością	7	<0,77-0,80>	0,73
Autonomia - Zależność	35		0,98
Negatywne emocje	14		0,88

Adnotacja. k – ilość pozycji testowych; α_A – rzetelność w badaniach adaptacyjnych; α_B – rzetelność w badaniach własnych

Rzetelność podskal narzędzia jest zadowalająca. Dla skal tematycznych mieści się w przedziale 0,87–0,94. Rzetelność dla skal formalnych waha się od 0,73 do 0,91. Nowo utworzone czynniki również uzyskały zadowalającą rzetelność w przedziale od 0,88 do 0,98.

7.6. Arkusz osobowy

Arkusz osobowy został przygotowany przez autora pracy i jest ankietą składającą się z kilkunastu pytań dotyczących statusu społeczno-demograficznego badanego. Ankieta zawiera pytania dotyczące wieku, płci, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, statusu zawodowego, wykształcenia, wykonywanego zawodu lub kierunku studiów, wyznania, oceny sytuacji materialnej. Dodatkowo składa się z aspektów mogących wiązać się z gotowością dawstwa organów: sytuacji zdrowotnej wskazującej na możliwość bycia dawcą (brak chorób przewlekłych), posiadanie w rodzinie bliskiego żyjącego z przeszczepionym narządem oraz

dopuszczanie kremacji jako formy pochówku po swojej śmierci. Pytano również o posiadanie karty dawcy narządów, które było weryfikowane następującym pytaniem: Czy byłabyś/byłbyś skłonna/y w tym momencie podpisać deklarację oddania organów po Twojej śmierci? Badani mieli do wyboru cztery odpowiedzi: (1) Mam podpisaną; (2) Tak; (3) Nie; (4) Nie wiem. Na podstawie tego pytania badani zostali przyporządkowani do grup osób z podpisaną kartą dawcy narządów, skłonnych do podpisania karty dawcy, nie chcących podpisać karty dawcy oraz niezdecydowanych. Arkusz ankiety osobowej załączono w aneksie.

8. Strategia badań oraz osoby badane

W obecnym rozdziale przedstawiona zostanie strategia prowadzenia badań oraz charakterystyka osób badanych.

8.1. Strategia badań

Badania zostały przeprowadzone w okresie od czerwca do grudnia 2022 roku (w tym badania pilotażowe, które również zostały włączone do wyników). Objęły one 550 młodych dorosłych. Badania zostały przeprowadzone w VI Liceum Ogólnokształcącym im. Juliusza Słowackiego w Kielcach oraz rozprowadzone przy pomocy metody kuli śnieżnej w środowisku autorki rozprawy i trzech studentek III i V roku psychologii. Studentki przeszły wcześniej odpowiednie przeszkolenie z zakresu procedury samego badania, udzielenia niezbędnych informacji oraz wyjaśnień osobom badanym. Badani otrzymali plik kwestionariuszy ułożonych w tej samej kolejności rozpoczynając od Skali gotowości do transplantacji, następnie Kwestionariusz endo – egzocentryzmu moralnego, Kwestionariusz postaw religijnych, Portretowy kwestionariusz wartości oraz Kwestionariusz A-N.

Wszyscy badani zostali poinformowani o celu i charakterystyce badań oraz otrzymali instrukcję z niezbędnymi informacjami takimi jak: możliwości odstąpienia od wypełniania badań w dowolnym ich momencie, naukowym charakterze badań, dobrowolności i anonimowości. 15 badanych zrezygnowało w trakcie wypełniania kwestionariusza, 8 (ponad połowa) z nich zrezygnowało podczas wypełniania Skali PRB, 3 osoby podczas wypełniania drugiego z kolei kwestionariusza, 2 osoby na czwartym z kolei kwestionariuszu oraz dwie na ostatnim (piątym kwestionariuszu). 7 osób badanych celowo pominęło wypełnianie kwestionariusza PRB wypełniając pozostałe kwestionariusze. Były to osoby deklarujące się jako niewierzące. Studentki pomagające w badaniach informowały autorkę o pytaniach ze strony osób niewierzących odnoszących się do konieczności uzupełniania Skali relacji religijnych. Badanie trwało ok. 40 minut. Zastosowana procedura badawcza uzyskała pozytywną opinię Komisji Etyki Badań Naukowych Instytutu Psychologii Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego nr: KEBN_37/2022. Do analiz przyjęto wyniki od 406 osób, 12 osób wykluczono ze względu na znaczące braki danych, 3 osoby wykluczono ze względu na widoczną losowość udzielanych odpowiedzi, 30 kwestionariuszy obejmowało wyniki badanych młodszych lub starszych od założonej grupy wiekowej 34 kwestionariuszy badawczych powróciło pustych z powodu odmowy udziału w badaniach początkowo chętnego do wypełnienia badań człowieka, a 50 sztuk kwestionariuszy nie zwrócono.

Metody badawcze wykorzystane w prezentowanej rozprawie zostały dobrane pod kątem ich przydatności dla zweryfikowania hipotez badawczych. Zastosowano niżej opisane procedury statystyczne:

- - Opis wyników – w celu scharakteryzowania badanej próby ze względu na zmienne demograficzne wykorzystano następujące statystyki opisowe: minimum (*Min*), maksimum (*Max*), średnią (*M*), odchylenie standardowe (*SD*), skośność (*S*), kurtozę (*K*) oraz test normalności rozkładu Shapiro-Wilka
- - Korelacje *r* Pearsona – w celu ustalenia siły i kierunku związków między poszczególnymi zmiennymi ilościowymi;
- - Analizę regresji – w celu przewidywania wartości zmiennej zależnej na podstawie innych zmiennych;
- - Analizę moderacji – w celu zweryfikowania znaczenia motywacji altruistycznej w związku pomiędzy zmiennymi wyjaśniającymi a gotowością oddania narządów do przeszczepu. Analiza została przeprowadzona za pomocą makra PROCESS opracowanego przez Hayes'a (Hayes, 2018) model 1.
- - Skalowanie wielowymiarowe – w celu zweryfikowania czy osoby wypełniające Skalę gotowości oddania narządów do transplantacji dzielą się na podtypy osób gotowych oddać swoje narządy, nie gotowych na oddanie narządów oraz gotowych do oddania narządów życiowych lecz niegotowych do oddania narządów peryferycznych.

W każdym przypadku gdzie nie zaznaczono inaczej analizy zostały wykonane za pomocą programu IBM SPSS Statistic wersja 28.

8.2. Charakterystyka badanej próby

Wyniki uzyskano od 406 osób w wieku między 18 a 35 r. ż. Średnia wieku wynosiła 24 lata. Tabela 7 przedstawia szczegółowe dane dotyczące płci oraz wieku.

Tabela 7

Statystyki opisowe płci i wieku

	<i>n</i>	%	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Kobiety	212	52,2	18	35	24,02	4,23
Mężczyźni	194	47,8	18	35	24,23	4,51
Razem	406	100	18	35	24,11	4,37

Adnotacja. *n* - liczebność; *Min* - minimum; *Max* - maksimum; *M* - średnia; *SD* - odchylenie standardowe

Status społeczno-ekonomiczny badanych został określony przez następujące zmienne: miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, status zawodowy oraz ocenę sytuacji materialnej. Rozkład procentowy i liczbowy tych zmiennych znajduje się w tabeli 8.

Badane osoby pochodziły z różnych środowisk. Najwięcej osób badanych zamieszkiwało miasta od 100 do 500 tys. mieszkańców oraz wsie. Większość badanych posiadało wykształcenie średnie i wyższe, nieliczni podstawowe i zawodowe. Najliczniejszą część badanej grupy stanowili pracownicy i studenci, a najmniej liczną osoby bezrobotne. Osoby badane wykonywały różnorodne zawody od pracowników fizycznych, biurowych, poprzez inżynierów, pracowników społecznych, prawników, służby mundurowe i pracowników służby zdrowia. Studenci reprezentowali kierunki studiów zarówno społeczne, ścisłe, techniczne, humanistyczne, językowe jak i medyczne. Badani uczniowie uczęszczali do klas o różnych profilach nauki.

Wysoko reprezentowaną grupę stanowiły panny i kawalerowie nie będący w związku uczuciowym, znacznie mniejszą grupę stanowiły osoby reprezentujące pozostałe kategorie stanu cywilnego. Ponad połowa badanych określała swoją sytuację materialną jako dobrą i bardzo dobrą, jedna trzecia jako średnią, a nieliczni jako słabą i bardzo słabą.

Podsumowując, osoby badane stanowią próbę zróżnicowaną pod kątem socjodemograficznym. Jej cechami charakterystycznymi są: niewielka przewaga kobiet, ludzi żyjących w miastach, osób o wyższym wykształceniu, niebędących w związku uczuciowym.

Tabela 8*Rozkład liczbowy i procentowy zmiennych socjoekonomicznych w badanej grupie (n = 406)*

	<i>n</i>	<i>%</i>
Miejsce zamieszkania		
Wieś	120	29,6
Miasto do 100 tys. mieszkańców	74	18,2
Miasto od 100 do 500 tys. mieszkańców	150	36,9
Miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	62	15,3
Wykształcenie		
Podstawowe lub zawodowe	36	8,9
Średnie	198	48,8
Wyższe	172	42,4
Sytuacja zawodowa		
Uczeń	47	11,6
Student	102	25,1
Pracownik	158	38,9
Student i pracownik	82	20,2
Bezrobotny	17	4,2
Stan cywilny		
Panna/kawaler	232	57,1
W związku nieformalnym	94	23,2
Zamężna/żonaty	67	16,5
Rozwiedziona/rozwiedziony	13	3,2
Wdowa/wdowiec	0	0
Sytuacja materialna		
Bardzo słaba	6	1,5
Słaba	37	9,1
Średnia	129	31,8
Dobra	186	45,8
Bardzo dobra	48	11,8

Dane dotyczące przynależności religijnej zostały zaprezentowane w tabeli 9.

Zdecydowana większość osób badanych określała siebie jako osoby wierzące, najmniej badanych określała siebie jako osoby ani nie wierzące ani wierzące (agnostycy). Osoby niewierzące oraz agnostycy łącznie stanowią około 1/3 grupy osób badanych. Dominującym wyznaniem w grupie osób określających się jako wierzące jest wyznanie katolickie. W kategorii inne wyznania znalazły się osoby o wyznaniu prawosławnym i ewangelickim (protestanci). Ok. 8% badanych przynależało do mniejszych grup religijnych w ramach swojego wyznania.

Najczęściej występującymi grupami religijnymi są: neokatechumenat (11 osób), Przyjaciele Oblubieńca (8 osób), Domowy Kościół (2 osoby) oraz inne grupy religijne w tym duszpasterstwa akademickie, Katolickie Stowarzyszenie Młodych, Ruch Światło-Życie czy tradycyjne grupy religijne np. koło różańcowe (9 osób).

Tabela 9

Rozkład liczbowy i procentowy religijności osób badanych (n = 406)

	<i>n</i>	%
Wiara		
Wierzący	278	68,5
Niewierzący	87	21,4
Agnostyk	41	10,1
Wyznanie		
Katolik	280	69,0
Inne	20	4,9
Brak wyznania	106	26,1
Przynależność do grupy religijnej		
Tak	31	7,6
Nie	375	92,4

Dane przedstawiające ocenę stanu zdrowotnego, chorobę przewlekłą i palenie papierosów znajdują się w Tabeli 10.

Zdecydowana większość badanych oceniła swoją kondycję zdrowotną jako dobrą i bardzo dobrą. Nieliczni ocenili swoją kondycję zdrowotną jako słabą i bardzo słabą. Ok. 15% badanych zmagало się z chorobą przewlekłą, a znaczna ilość badanych nie przeżywała przewlekłych problemów zdrowotnych. Około 1/5 grupy badanej paliło papierosy.

Tabela 10*Rozkład liczbowy i procentowy danych dotyczących kondycji zdrowotnej (n = 406)*

	<i>n</i>	%
Kondycja zdrowotna		
Bardzo słaba	2	0,5
Słaba	12	3,0
Średnia	64	15,8
Dobra	233	57,4
Bardzo dobra	95	23,5
Obecność choroby przewlekłej		
Tak	60	14,8
Nie	346	85,2
Palenie papierosów		
Tak	84	20,7
Nie	322	79,3

Posiadanie członka rodziny, który żyje z przeszczepionym narządem, posiadanie podpisanej karty dawcy narządów oraz dopuszczalność kremacji ciała po śmierci przedstawia Tabela 11.

Zaledwie 4% badanych posiadało wśród swoich bliskich osobę żyjącą z przeszczepionym narządem, zdecydowana większość prawdopodobnie nie miała większego kontaktu z osobami po przeszczepie. Najczęściej przeszczepianym narządem z jakim żyli bliscy badanych jest wątroba oraz nerka.

Ponad połowa badanych była skłonna do podpisania karty dawcy narządów, natomiast pozostali albo mieli już taką kartę podpisaną (10,3%) albo nie wyrażali takiej gotowości (10,6%) albo wstrzymali się od tej decyzji. Połowa osób badanych dopuszczała możliwość kremacji swojego ciała po śmierci, kolejną co do liczności grupą były osoby niezdecydowane, a najmniej liczną osoby, które nie dopuszczały możliwości kremacji

Tabela 11*Rozkład liczbowy i procentowy danych związanych z transplantacją narządu i śmiercią (n = 406)*

	<i>n</i>	%
Posiadanie bliskiego żyjącego z przeszczepionym narządem		
Tak	16	3,9
Nie	390	96,1
Rodzaj przeszczepionego narządu		
Wątroba	7	43,8
Nerka	6	37,5
Ręka	1	6,3
Rogówka	2	12,5
Skłonność do podpisania karty dawcy organów		
Mam podpisaną	42	10,3
Tak	228	56,2
Nie	43	10,6
Nie wiem	93	22,9
Czy dopuszczasz możliwość kremacji ciała po śmierci		
Tak	226	55,7
Nie	63	15,5
Nie wiem	117	28,8

Adnotacja. Na pytanie o rodzaj przeszczepionego narządu odpowiedziało 16 osób, które wcześniej wskazały, że posiadają bliskiego żyjącego z przeszczepionym narządem

CZEŚĆ III
WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

9. Korelaty i predyktory gotowości oddania narządów do przeszczepu

Część trzecia zawiera prezentację wyników przeprowadzonych badań. Najpierw przedstawiona zostanie operacjonalizacja gotowości oddania narządów do przeszczepu, następnie jej statystyki opisowe i socjodemograficzne korelaty gotowości. Predyktory gotowości oddania narządów do przeszczepu będą wprowadzane w kolejnych podrozdziałach wraz z ukazaniem ich rozkładów, związków ze zmienną wyjaśnianą, modeli predykcji oraz modeli moderacyjnych. Na koniec przedstawione zostaną ogólne modele wyjaśniające gotowość oddania narządów do przeszczepu oraz analiza skalowania wielowymiarowego.

9.1. Gotowość oddania narządów do przeszczepu

W przedstawionym podrozdziale zostanie zaprezentowana zmienna gotowości oddania narządów do przeszczepu, jej operacjonalizacja, rozkłady zmiennej, statystyki opisowe i korelaty socjodemograficzne.

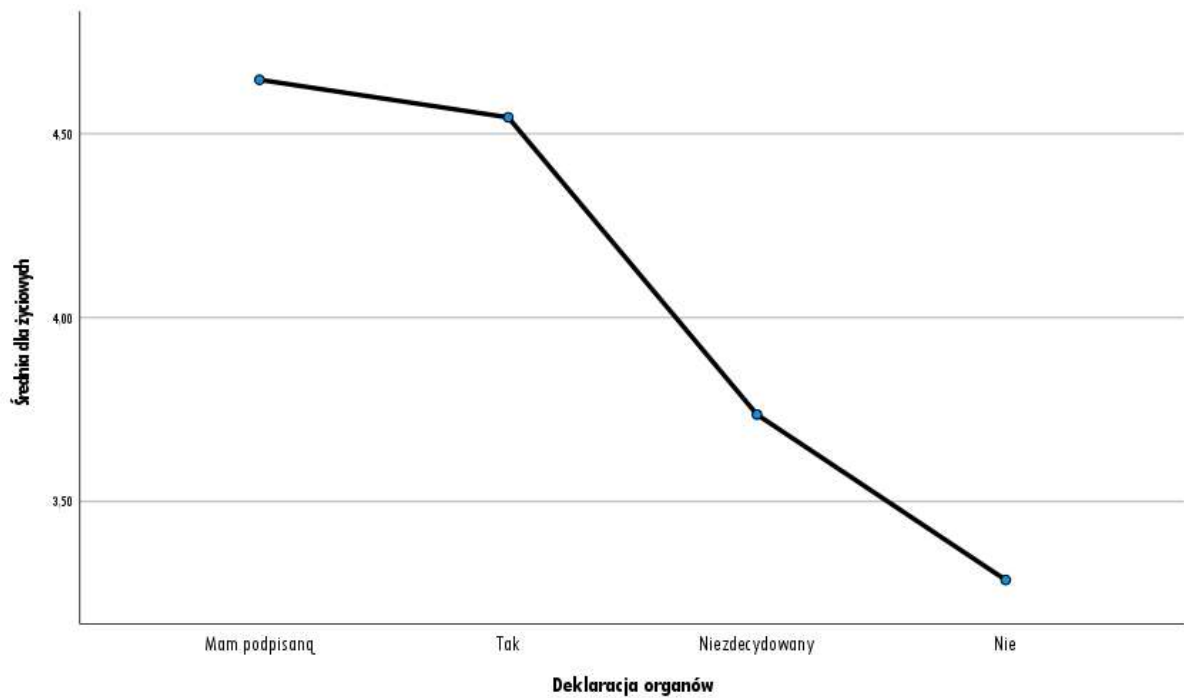
9.1.1 Operacjonalizacja zmiennej

Odwołując się do teorii zachowań planowanych Fischbein i Ajzen (2010) stworzono dwa wskaźniki gotowości oddania narządów do przeszczepu. Pierwszym z nich jest wskaźnik samoopisowy (odpowiadający intencji dawstwa organów) określający deklaratywną gotowość oddania do przeszczepu różnych narządów podzielonych na grupy narządów życiowych, peryferycznych oraz ogólną gotowość oddania narządów do przeszczepu. Drugim wskaźnikiem jest wskaźnik częściowo behawioralny określający przynależność osoby badanej do grupy osób z już podpisaną kartą dawcy narządów, osób skłonnych do podpisania karty dawcy narządów, osób niezdecydowanych oraz osób, które kategorycznie nie planują podpisać karty dawcy narządów. Analiza statystyczna została wykonana z uwzględnieniem obu wskaźników – samoopisowego oraz behawioralnego.

Oba wskaźniki porównano w celu zweryfikowania czy są one adekwatną miarą jednej zmiennej wyjaśnianej. Rysunki 4, 5, 6 przedstawiają porównanie gotowości oddania narządów życiowych, peryferycznych oraz ogólnej gotowości dawstwa do deklaracji podpisania karty dawcy narządów.

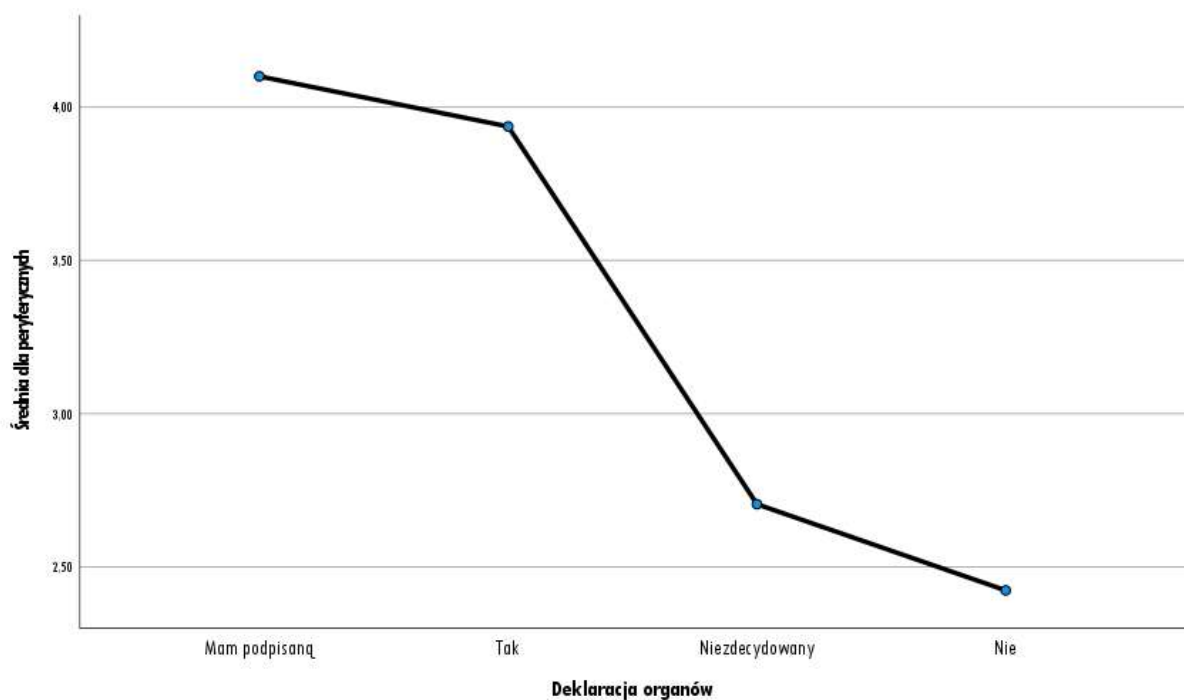
Rysunek 4

Porównanie wyników uzyskanych przez osoby badane w zakresie zmiennej gotowości oddania narządów życiowych a przynależność do grupy osób z kartą dawcy narządów, skłonnych do podpisania karty dawcy, niezdecydowanych oraz nie chcących podpisać karty dawcy organów



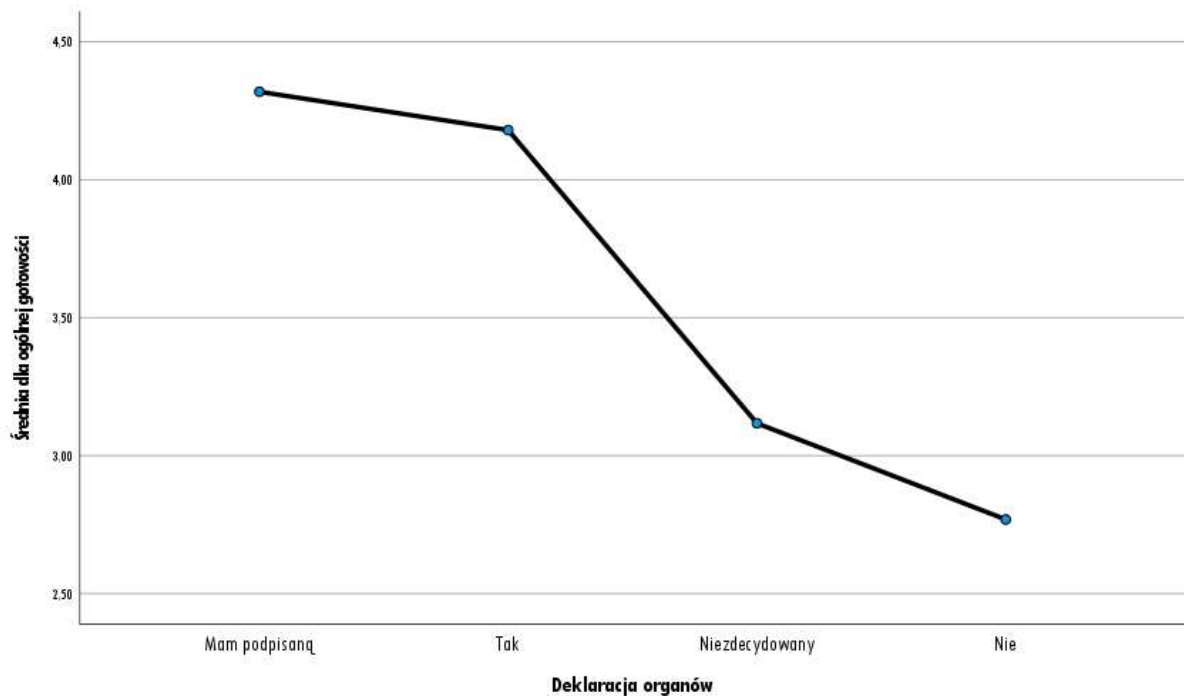
Rysunek 5

Porównanie wyników uzyskanych przez osoby badane w zakresie zmiennej gotowość oddania narządów peryferycznych a przynależność do grupy osób z kartą dawcy narządów, skłonnych do podpisania karty dawcy, niezdecydowanych oraz nie chcących podpisać karty dawcy organów



Rysunek 6

Porównanie wyników uzyskanych przez osoby badane w zakresie zmiennej ogólnej gotowości oddania narządów a przynależnością do grupy osób z kartą dawcy narządów, skłonnych do podpisania karty dawcy, niezdecydowanych oraz nie chcących podpisać karty dawcy organów



Osoby posiadające podpisaną kartę dawcy narządów charakteryzowały się najwyższą gotowością w intencjach oddania narządów zarówno życiowych i peryferycznych jak i ogólną gotowością oddania narządów do przeszczepu. Osoby wyrażające skłonność do podpisania karty dawcy narządów charakteryzowały się niższą niż osoby z podpisaną kartą dawcy narządów gotowością oddania narządów, choć ciągle była ona na wysokim poziomie. Niską gotowością oddania narządów do przeszczepu (w okolicach środka skali pomiarowej) charakteryzowały się osoby niezdecydowane pod względem podpisania karty dawcy narządów, a najniższą gotowością oddania narządów do przeszczepu we wskaźniku samoopisowym były osoby nie chcące podpisać karty dawcy narządów.

9.1.2 Rozkłady gotowości oddania narządów do przeszczepu

W niniejszym podrozdziale przedstawione zostaną rozkłady zmiennej gotowość oddania narządów do przeszczepu oraz deklaracja podpisania karty dawcy narządów.

Tabela 12 zawiera statystyki opisowe tj. wartości minimalne i maksymalne, średnie, odchylenia standardowe oraz wartości skośności i kurtozy oraz test normalności rozkładu Shapiro-Wilka dla poszczególnych zmiennych Skali gotowości do transplantacji.

Tabela 12*Statystyki opisowe Skali gotowości do transplantacji (n = 406)*

RBPD	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>S</i>	<i>K</i>	<i>S-W</i>	<i>p</i>
Życiowe	1,00	5,00	4,24	1,04	-1,50	1,65	0,75	< 0,001
Peryferyczne	1,00	5,00	3,51	1,38	-0,47	-1,15	0,88	< 0,001
Gotowość	1,00	5,00	3,80	1,16	-0,70	-0,52	0,89	< 0,001

Adnotacja. *Min* – wartości minimalne; *Max* – wartości maksymalne; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *S* – skośność; *K* – kurtoza; *S-W* – wynik testu Shapiro-Wilka; *p* – istotność statystyczna

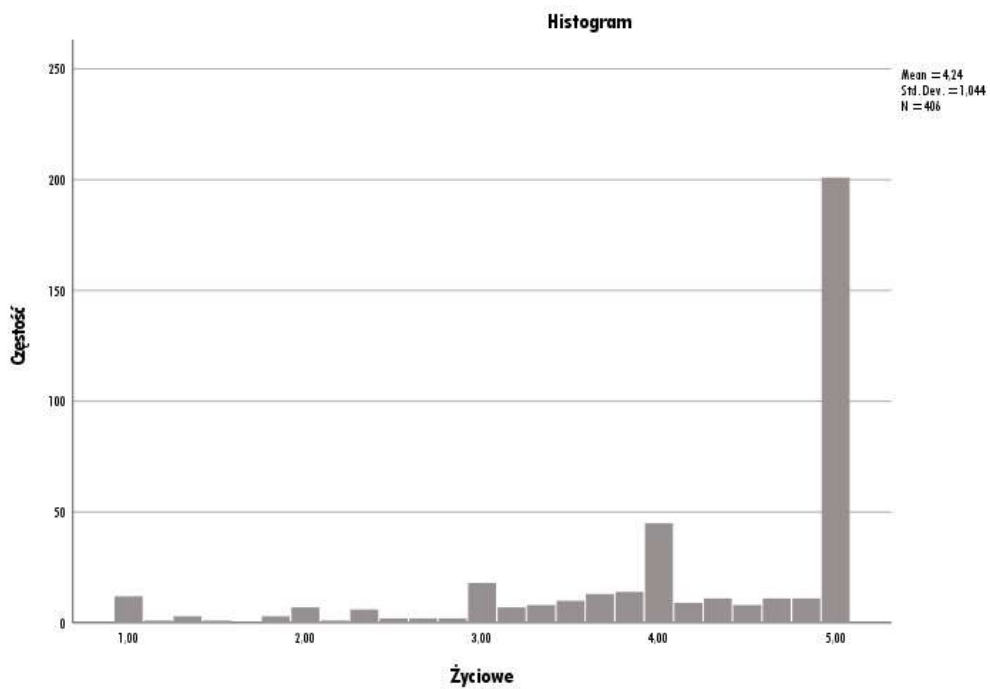
Wyniki uzyskane w Skali gotowości do transplantacji nie charakteryzowały się rozkładem normalnym. Rozkłady charakteryzowały się lewoskośnością, co świadczy o przewadze wyników wysokich nad wynikami niskimi oraz wysokimi wynikami kurtozy. Gotowość oddania narządów życiowych charakteryzował rozkład leptokurtyczny (blisko średniej), natomiast gotowość oddania narządów peryferycznych i ogólna gotowość oddania narządów charakteryzowały się rozkładami platykurtycznymi (oddalonymi od średniej).

Rozkłady zmiennych zostały zobrazowane na rysunkach:

- - 7 rozkład gotowości oddania narządów życiowych
- - 8 rozkład gotowości oddania narządów peryferycznych
- - 9 rozkład ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu.

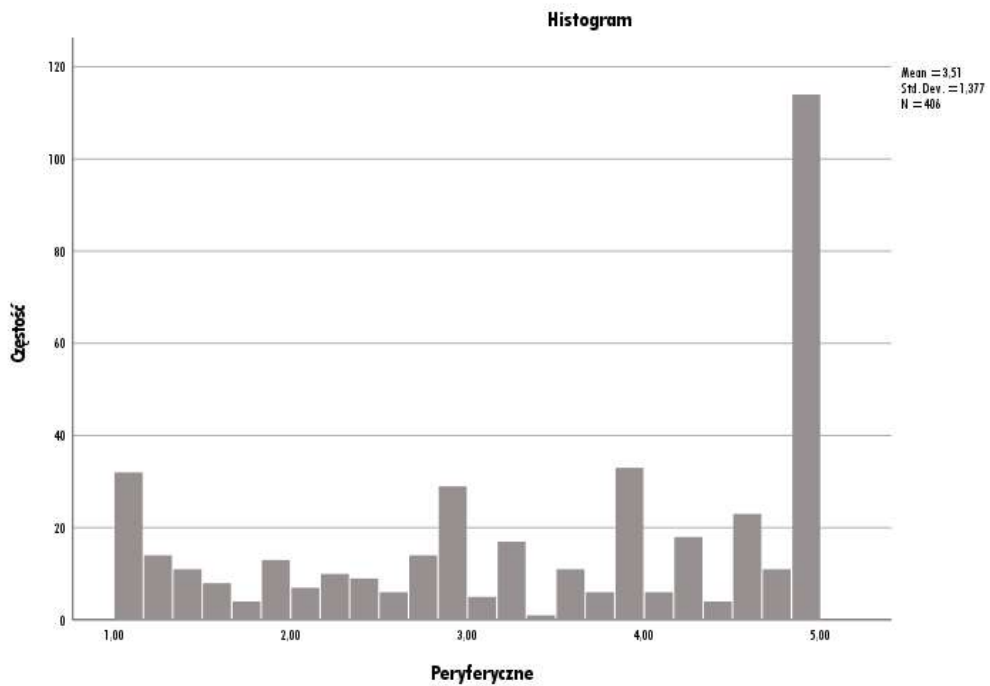
Rysunek 7

Rozkład wyników gotowości oddania narządów życiowych do przeszczepu



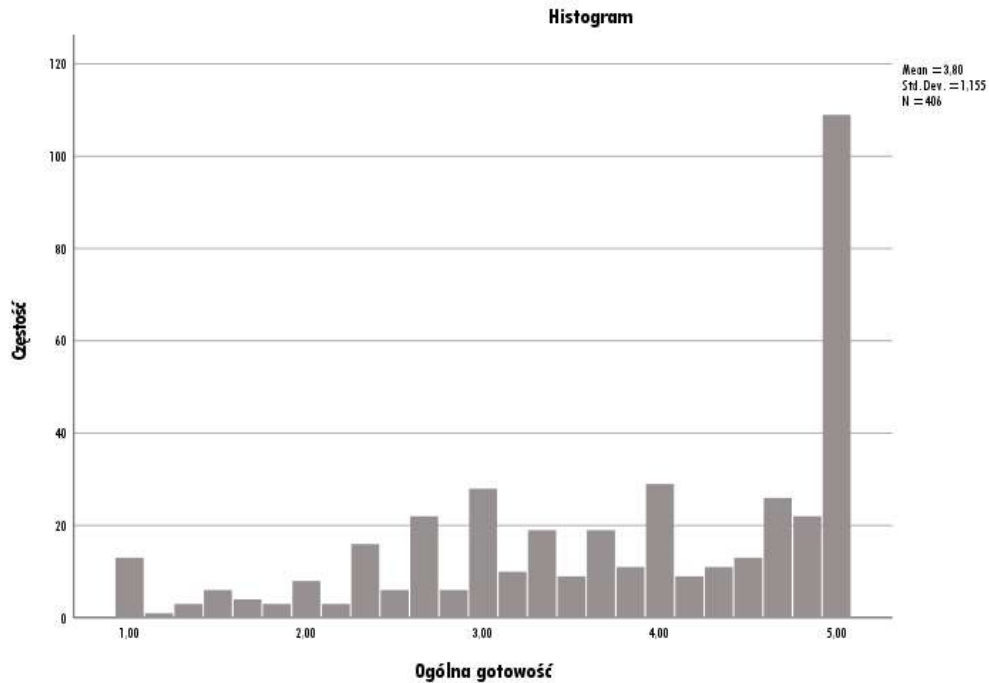
Rysunek 8

Rozkład wyników gotowości oddania narządów peryferycznych do przeszczepu



Rysunek 9

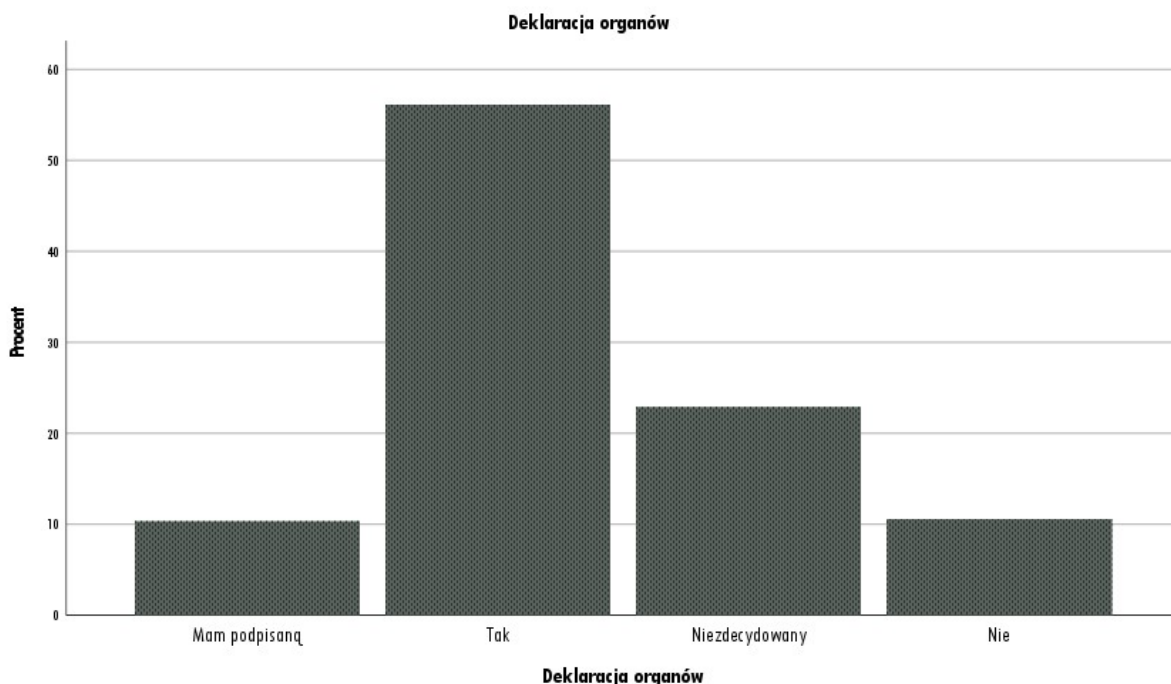
Rozkład wyników ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu



Na rysunku 10 przedstawiono rozkład wskaźnika behawioralnego gotowości oddania narządów do przeszczepu w postaci przynależności do grupy osób z podpisaną kartą dawcy narządów, skłonnych do podpisania karty dawcy narządów, niezdecydowanych oraz nie chcących podpisać karty dawcy narządów.

Rysunek 10

Rozkład wyników przynależności do grupy osób z podpisaną kartą dawcy narządów, skłonnych do podpisania karty dawcy narządów, niezdecydowanych oraz nie chcących podpisać karty dawcy narządów



Powyżej 50% badanych wskazało, że są skłonne do podpisania karty dawcy narządów, drugą w kolejności grupą osób badanych są osoby niezdecydowane, a osoby z podpisaną kartą dawcy narządów oraz te, które nie mają zamiaru podpisać karty dawcy narządów stanowiły dwie najmniej liczne grupy.

Pomimo zaburzeń w rozkładach zmiennych zastosowano statystyki parametryczne wykorzystując centralne twierdzenie graniczne pozwalające na stosowanie charakterystyk parametrycznych w dużych próbkach pomiarowych. Porównano wyniki współczynnikami korelacji r Pearsona oraz ρ Spearmana, które nie wykazały znaczących różnic pomiędzy ich zastosowaniem, dlatego zdecydowano się na użycie współczynnika r Pearsona.

9.1.3 Socjodemograficzne korelaty gotowości oddania narządów do przeszczepu

Przeanalizowano relację pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi a gotowością oddania narządów do przeszczepu.

Nie stwierdzono korelacji pomiędzy wiekiem osób badanych a gotowością oddania narządów do przeszczepu oraz deklaracją podpisania karty dawcy narządów. Wyniki pozostałych zmiennych socjodemograficznych zostały zawarte w tabeli. Analizę wykonano na podstawie porównań testem t Studenta w przypadku porównania dwóch grup lub ANOVA w przypadku ilości grup większej niż dwie. Szczegółowe porównania parami wykonano testem D3 Dunetta.

Tabela 13

Test różnic pomiędzy osobami reprezentującymi określone grupy socjodemograficzne w zakresie gotowości oddania narządów do przeszczepu oraz deklaracji oddania organów

Zmienne	Narządy Życiowe		Narządy Peryferyczne		Gotowość		Deklaracja organów	
	<i>F/t</i>	<i>p</i>	<i>F/t</i>	<i>p</i>	<i>F/t</i>	<i>p</i>	χ^2	<i>p</i>
Płeć	2,84	0,050	2,35	0,026	2,63	0,009	18,06	< 0,001
Miejsce zamieszkania	0,95	0,418	2,98	0,031	2,36	0,071	13,98	0,123
Stan cywilny	0,06	0,982	0,33	0,805	0,23	0,875	12,49	0,187
Wykształcenie	1,15	0,318	4,10	0,017	3,34	0,037	25,82	< 0,001
Sytuacja zawodowa	4,57	0,001	5,55	< 0,001	5,98	< 0,001	38,34	< 0,001
Wiara	2,83	0,060	3,31	0,038	3,59	0,028	16,15	0,013
Wyznanie	2,54	0,080	3,32	0,037	3,35	0,036	19,7	0,003
Sytuacja finansowa	1,34	0,256	0,41	0,803	0,45	0,773	9,15	0,690
Kondycja zdrowotna	1,18	0,319	0,98	0,420	0,8	0,528	9,06	0,697
Choroba przewlekła	0,60	0,551	1,07	0,285	0,98	0,327	8,70	0,034
Palenie papierosów	-0,67	0,502	-0,85	0,398	-0,85	0,397	1,74	0,628
Narząd u bliskiego	-0,36	0,722	0,21	0,831	0,02	0,981	1,56	0,669
Kremacja	6,67	0,001	19,75	< 0,001	16,92	< 0,001	41,41	< 0,001

Adnotacja. *F/t* – wynik testu ANOVA lub *t* Studenta; *p* – istotność statystyczna; χ^2 – wynik testu χ^2

Kobiety wyrażają istotnie wyższą gotowość oddania narządów do przeszczepu w zakresie gotowości oddania narządów życiowych (*d* Cohena = 0,28), peryferycznych (*d* Cohena = 0,22) oraz ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu (*d* Cohena = 0,26) od mężczyzn. W przypadku zmiennej behawioralnej nazywanej deklaracją podpisania karty dawcy narządów istotnie więcej kobiet ma podpisaną kartę dawcy narządów, natomiast mężczyźni istotnie częściej nie wyrażali gotowości podpisania tej karty. Oznacza to, że kobiety są bardziej gotowe na oddanie swoich narządów do przeszczepu od mężczyzn.

Efekt miejsca zamieszkania na gotowość oddania narządów peryferycznych okazał się istotny ($\eta^2 = 0,022$). Osoby mieszkające w miastach powyżej 500 tys. mieszkańców charakteryzowały się istotnie wyższą gotowością oddania narządów peryferycznych od osób mieszkających w miastach do 100 tys. mieszkańców (*p* = 0,034). Podobna zależność wystąpiła w przypadku ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu ($\eta^2 = 0,017$) gdzie osoby

mieszkające w dużych miastach były istotnie bardziej gotowe oddać narządy względem osób mieszkających w małych miastach ($p = 0,045$).

Osoby o wykształceniu średnim oraz wyższym charakteryzowały się istotnie wyższą gotowością oddania narządów peryferycznych od osób o wykształceniu podstawowym oraz zawodowym ($p = 0,040$; $\eta^2 = 0,012$). Porównania parami w zakresie ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu były bliskie istotności statystycznej, choć nieistotne. Osoby o wykształceniu średnim uzyskały wyniki wyżej od osób o wykształceniu podstawowym i zawodowym na poziomie $p = 0,060$, natomiast osoby o wykształceniu wyższym uzyskały wyższe wyniki od osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym na poziomie istotności $p = 0,072$.

Osoby o wykształceniu wyższym istotnie częściej miały podpisaną kartę dawcy organów od osób o wykształceniu podstawowym i zawodowym oraz średnim. Najwięcej osób o wykształceniu podstawowym i zawodowym charakteryzowało się niezdecydowaniem w kwestii podpisania karty dawcy narządów, istotnie mniej osób o wykształceniu średnim charakteryzowało się takim niezdecydowaniem, natomiast osoby o wykształceniu wyższym charakteryzowały się istotnie najniższym odsetkiem osób niezdecydowanych do podpisania karty dawcy narządów. Zatem im wyższe wykształcenie osoby tym mniejsze niezdecydowanie w deklaracji podpisania karty dawcy narządów.

Efekty sytuacji zawodowej na gotowość oddania narządów życiowych ($\eta^2 = 0,044$), peryferycznych ($\eta^2 = 0,052$) oraz na ogólną gotowość ($\eta^2 = 0,056$) okazały się istotne. Osoby studiujące charakteryzowały się istotnie statystycznie wyższymi wynikami w zakresie gotowości oddania narządów życiowych od osób uczących się ($p = 0,017$), pracujących ($p = 0,002$) oraz studiujących i pracujących ($p = 0,018$). W gotowości oddania narządów peryferycznych istotnie wyższe wyniki charakteryzowały również grupę studentów względem grupy osób uczących się ($p < 0,001$) oraz osób pracujących ($p = 0,015$). W przypadku ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu osoby studiujące uzyskały istotnie statystycznie wyższe wyniki od osób uczących się ($p < 0,001$) oraz pracujących ($p = 0,003$).

Osoby uczące się charakteryzowały się najniższym odsetkiem podpisanych kart dawcy narządów względem osób pracujących, pracujących i studiujących oraz bezrobotnych. Wśród osób studiujących znalazł się najwyższy odsetek osób skłaniających się do podpisania karty dawcy narządów względem osób o innej sytuacji zawodowej. Najwyższy odsetek niezdecydowania charakteryzował grupy osób uczących się oraz bezrobotnych, a następnie pracujących, studiujących oraz jednocześnie pracujących i studiujących. Wyniki te oznaczają, że osoby studiujące charakteryzują się najniższym odsetkiem osób nie chcących podpisać karty dawcy

narządów, następnie osoby bezrobotne, a najwyższym odsetkiem osób nie chcących podpisać karty charakteryzowały się grupy uczniów, pracujących oraz jednocześnie studiujących i pracujących.

Efekty deklaracji wiary na gotowość oddania narządów peryferycznych ($\eta^2 = 0,016$) oraz ogólną gotowość oddania narządów ($\eta^2 = 0,018$) okazały się być istotne statystycznie. Osoby niewierzące charakteryzowały się istotnie statystycznie wyższymi wynikami od osób wierzących w zakresie gotowości oddania narządów peryferycznych ($p = 0,046$) oraz ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu ($p = 0,047$).

Agnostycy charakteryzowali się wyższym odsetkiem osób skłaniających się do podpisania karty dawcy narządów względem osób wierzących, a agnostycy i osoby niewierzące charakteryzowały się mniejszym odsetkiem osób niezdecydowanych w deklaracji organów względem osób wierzących. Można zatem stwierdzić, że deklaracja wiary nie sprzyja podpisaniu karty dawcy organów.

Effekt deklarowanego wyznania na gotowość oddania narządów peryferycznych i ogólną gotowość oddania okazał się istotny statystycznie i odpowiadający sobie ($\eta^2 = 0,016$). Osoby bez wyznania charakteryzowały się istotnie wyższą gotowością oddania narządów peryferycznych ($p = 0,047$) oraz ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu ($p = 0,025$) względem osób o wyznaniu katolickim. Zatem brak deklarowanego wyznania sprzyja gotowości oddania narządów peryferycznych i ogólnej gotowości oddania narządów.

Podpisane karty dawcy narządów posiada wyższy procent osób bezwyznaniowych względem wyznania katolickiego. Mniej bezwyznaniowców charakteryzuje się niezdecydowaniem w podjęciu decyzji o podpisaniu karty dawcy narządów względem katolików i osób o innym wyznaniu. Zatem brak deklarowanego wyznania sprzyja gotowości oddania narządów peryferycznych i ogólnej gotowości oddania narządów, a także podpisaniu karty dawcy narządów.

Osoby z podpisaną kartą dawcy narządów istotnie częściej chorują na chorobę przewlekłą.

Effekt dopuszczania możliwości kremacji po swojej śmierci na gotowość oddania narządów życiowych ($\eta^2 = 0,032$), peryferycznych ($\eta^2 = 0,089$) oraz ogólnej gotowości oddania narządów ($\eta^2 = 0,077$) okazał się istotny statystycznie. Osoby dopuszczające możliwość kremacji ciała po swojej śmierci są istotnie bardziej gotowe oddać do przeszczepu narządy życiowe od osób nie dopuszczających możliwości kremacji po swojej śmierci ($p = 0,010$). W przypadku gotowości oddania narządów peryferycznych oraz ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu

osoby dopuszczające możliwość kremacji po swojej śmierci wyrażały najwyższą gotowość oddania narządów od pozostałych, kolejną grupą były osoby niezdecydowane w kwestii kremacji (będące istotnie bardziej gotowe od osób niedopuszczających, a mniej od osób dopuszczających możliwość kremacji) natomiast osoby nie dopuszczające kremacji po swojej śmierci charakteryzowały się najniższą gotowością oddania tychże narządów. Zatem dopuszczanie możliwości kremacji po swojej śmierci sprzyja gotowości oddania narządów.

Osoby dopuszczające kremację po śmierci mają istotnie częściej podpisaną kartę dawcy narządów od osób niezdecydowanych w kwestii kremacji. Osoby dopuszczające kremację po śmierci podobnie jak osoby niezdecydowane istotnie częściej wyrażały skłonność do podpisania karty dawcy narządów względem osób nie dopuszczających możliwości kremacji, a osoby niezdecydowane w kwestii podpisania deklaracji organów charakteryzowały się negatywnym lub nieokreślonym stosunkiem do kremacji swojego ciała po śmierci. Osoby nie dopuszczające kremacji po śmierci istotnie częściej deklarowały brak chęci do podpisania karty dawcy narządów, co świadczy o fakcie, że dopuszczanie możliwości kremacji ciała po swojej śmierci sprzyja podpisaniu karty dawcy narządów.

Posiadanie bliskiego żyjącego z przeszczepionym narządem nie miało związku z gotowością oddania narządów do przeszczepu. Podobnie znaczenia nie miał stan cywilny, sytuacja finansowa oraz zdrowotna i palenie papierosów.

9.2. Altruizm a gotowość oddania narządów do przeszczepu

W niniejszym podrozdziale zaprezentowano statystyki dotyczące rozkładu zmiennych altruizm oraz endo-egzocentryczna motywacja altruistyczna oraz ich relację względem zmiennej wyjaśnianej jaką jest gotowość oddania narządów do przeszczepu w wymiarze samoopisowym oraz behawioralnym.

W pierwszej kolejności przedstawione zostaną statystyki opisowe badanych zmiennych. Tabela 14 przedstawia statystyki opisowe altruizmu oraz endo-egzocentrycznej motywacji prospołecznej.

Tabela 14

Statystyki opisowe Skali A-N oraz Kwestionariusza endo-egzocentryzmu moralnego (n = 396)

A-N i KEEM	Min	Max	M	SD	S	K	S-W	p
Altruizm	0,71	2,11	1,52	0,28	-0,36	-0,08	0,99	0,003
END-EZG	0,14	1,00	0,54	0,15	0,12	0,07	1,00	0,358

Adnotacja. Min – wartości minimalne; Max – wartości maksymalne; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; S – skośność; K – kurtoza; S-W – wynik testu Shapiro-Wilka; p – istotność statystyczna

Rozkład zmiennej altruizm odbiegał od normalności rozkładu i charakteryzował się lewoskośnością oraz kurtozą zbliżoną do 0. Rozkład motywacji altruistycznej endo-egzocentrycznej charakteryzował normalnością, a wyniki skośności i kurtozy były zbliżone do 0.

Tabela 15 prezentuje porównanie wyników osób z podpisaną kartą narządów, skłonnyimi podpisać kartę dawcy narządów, niezdecydowanymi oraz nie chcącymi podpisać karty dawcy narządów w zakresie zmiennej altruizm oraz endo-egzocentrycznej motywacji altruistycznej.

Tabela 15

Test różnic pomiędzy osobami z podpisaną kartą narządów, skłonnyimi podpisać kartę dawcy narządów, niezdecydowanymi oraz nie chcącymi podpisać karty dawcy narządów a altruizmem i endo-egzocentryczną motywacją altruistyczną

	Mam podpisaną (n = 40)		Tak (n = 223)		Niezdeterminowany (n = 91)		Nie (n = 42)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Altruizm	1,46	0,27	1,53	0,29	1,51	0,24	1,51	0,29	0,73	0,533
END-EGZ	0,54	0,15	0,54	0,15	0,54	0,15	0,57	0,18	0,69	0,562

Adnotacja. M – średnia; SD – odchylenie standardowe; F – wynik testu ANOVA; p – istotność statystyczna

Nie zanotowano różnic pomiędzy grupami w zakresie wyników altruizmu i endo-egzocentrycznej motywacji do zachowań prospołecznych.

Następnie przedstawione zostaną korelacje pomiędzy gotowością oddania narządów do przeszczepu oraz altruizmem i endo-egzocentryczną motywacją prospołeczną. Wyniki prezentuje tabela 16.

Tabela 16*Korelacje pomiędzy gotowością oddania narządu a altruizmem i motywacją altruistyczną (n = 367)*

A-N i KEEM	Narządy		Gotowość
	Życiowe	Peryferyczne	
Altruizm	0,02	0,06	0,06
END-EGZ	0,02	-0,05	-0,03

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Nie wystąpił związek pomiędzy gotowością oddania narządów do przeszczepu a altruizmem i endo-egzocentryczną motywacją altruistyczną zarówno w podwymiarach narządów życiowych i peryferycznych jak i ogólnej gotowości oddania narządów. Współczynniki korelacji r Pearsona były bliskie 0.

Jako kolejną wykonano hierarchiczną analizę regresji zmiennej wyjaśnianej ogólna gotowość oddania narządów do przeszczepu metodą standardową. Zastosowano trzy bloki wprowadzania do analizy. W pierwszym bloku do modelu wprowadzono istotne zmienne socjodemograficzne jak płeć, miejsce zamieszkania oraz deklaracja wiary (wybrano je na podstawie powyższej analizy zmiennych socjodemograficznych z gotowością oddania narządów do przeszczepu). W drugim bloku jako predyktory wykorzystano altruizm oraz motywację altruistyczną. W trzecim bloku wprowadzono interakcję pomiędzy altruizmem a endo-egzocentryczną motywacją prospołeczną. Model był istotny statystycznie $F(6,353) = 3,81$; $p = 0,001$ i wyjaśniał 6,10% wariacji ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu. Tabela 17 przedstawia współczynniki standaryzowane i niestandaryzowane zmiennych wyjaśniających ogólną gotowość oddania narządów do przeszczepu.

Tabela 17

Współczynniki standaryzowane i niestandaryzowane predyktorów wyjaśniających zmienną ogólną gotowość oddania narządów do przeszczepu

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Stała	1,24	1,19		1,04	0,298
Płeć	-0,28	0,12	-0,12	-2,26	0,024
Deklaracja wiary	0,38	0,13	0,15	2,87	0,004
Miejsce zamieszkania	0,18	0,12	0,08	1,47	0,142
Altruizm	1,67	0,75	0,39	2,22	0,027
END-EGZ	3,76	1,95	0,49	1,93	0,055
ALT x END-EGZ	-2,84	1,30	-0,68	-2,19	0,029

Adnotacja. *B* – współczynnik niestandaryzowany; *SE* – błąd standardowy; β – współczynnik standaryzowany; *t* – wynik testu t Studenta; *p* – istotność statystyczna

Istotnymi statystycznie predyktorami wyjaśniającymi ogólną gotowość oddania narządów do przeszczepu są płeć, deklaracja wiary, altruizm oraz interakcja pomiędzy altruizmem a endo-egzocentryczną motywacją zachowań prospołecznych. Kobiety oraz osoby niewierzące istotnie wyjaśniają ogólną gotowość oddania narządów do przeszczepu, ponadto im wyższe nasilenie altruizmu u osoby tym wyższa ogólna gotowość oddania narządu. Znacząca okazała się również interakcja pomiędzy altruizmem a motywacją endo-egzocentryczną.

W celu ukazania zależności pomiędzy interakcją altruizmu i motywacji altruistycznej a gotowością oddania narządów do przeszczepu przeprowadzono analizę moderacji przy użyciu zakładki makro PROCESS. Tabelę z istotnością predyktorów i efektu interakcji zamieszczono w aneksie.

Po wprowadzeniu moderatora zmiana R^2 wyniosła 0,01 i była ona istotna statystycznie, $F(1,353) = 4,79$; $p = 0,029$. W tabeli 18 przedstawiono efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora.

Tabela 18*Efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora*

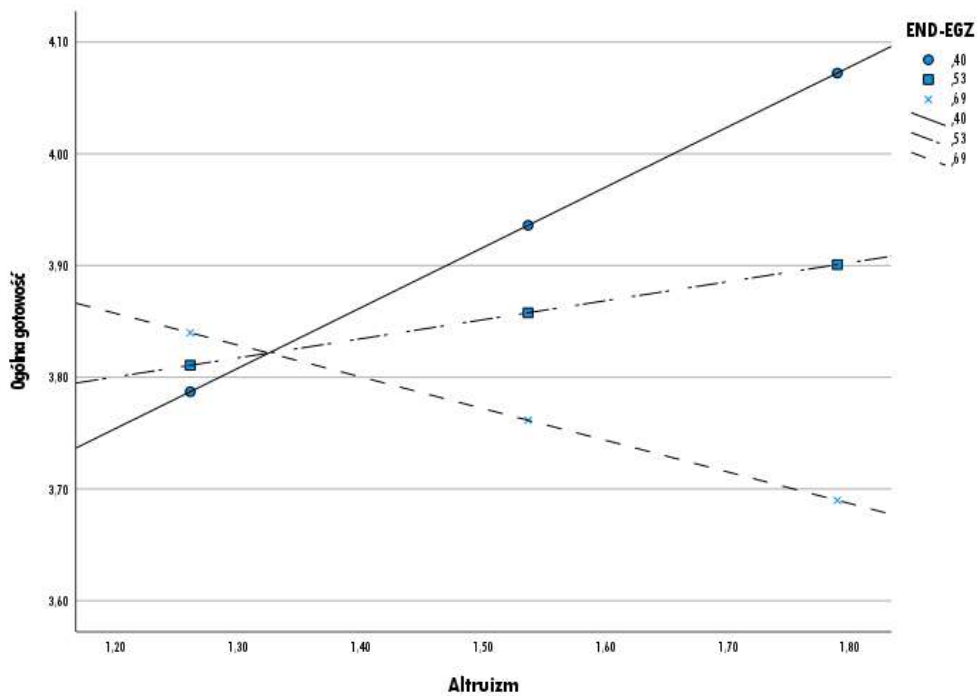
Centyl	Wartość	Efekt	SE	t	p	PU
16	0,40	0,54	0,3	1,8	0,073	-0,05; 1,13
50	0,53	0,17	0,22	0,76	0,448	-0,27; 0,61
84	0,69	-0,28	0,28	-1,01	0,315	-0,84; 0,27

Adnotacja. SE - błąd standardowy; t - wynik testu t Studenta; p - istotność statystyczna; PU - przedział ufności

Przy niskich wartościach moderatora efekt był dodatni, choć nieistotny statystycznie natomiast wraz ze wzrostem poziomu moderatora obserwowany efekt zmieniał się stając się efektem ujemnym. Dla lepszego zobrazowania relacji moderacyjnej wykorzystane zostaną regiony istotności związku tej interakcji wyznaczone techniką Johnsona-Neymana (Hayes, 2018) przedstawione w aneksie. Z danych tych wynika, że przy endo-egzocentrycznej motywacji altruistycznej równej wartości 0,348 związek między altruizmem a gotowością oddania narządów życiowych zmienia się ze związku dodatniego i istotnego na związek dodatni nieistotny, natomiast im niższe wartości moderatora tym efekt staje się ujemny i bliższy istotności statystycznej. Graficzna prezentacja opisanego efektu została zobrazowana na rysunku 11.

Rysunek 11

Endo-egzocentryczna motywacja do zachowań prospołecznych jako moderator związku pomiędzy altruizmem a ogólną gotowością oddania narządów do przeszczepu



Przy większym nasileniu motywacji endocentrycznej związek pomiędzy altruizmem a gotowością oddania narządów do przeszczepu był związkiem dodatnim, co oznacza że z wysokim nasileniem altruizmu współwystępowała wysoka ogólna gotowość oddania narządów, której towarzyszyła skupiona na sobie motywacja do zachowań prospołecznych. Podczas zmiany motywacji z większego skupienia na sobie w kierunku większego skupienia na drugim człowieku związek między tymi zmiennymi stopniowo się zmieniał wykazując brak związku u osób w podobny sposób nacechowanych motywacją skupioną na sobie i na innych, a następnie relacja zmieniała się w kierunku związku ujemnego. Przy wyższym nasileniu motywacji egzocentrycznej osoby o niższym poziomie altruizmu wyrażały wyższą ogólną gotowość oddania narządów.

Następnie wykonano analizę moderacji za pomocą makra PROCESS związku między altruizmem a gotowością oddania narządów życiowych oraz peryferycznych. Jako moderator wykorzystano endo-egzocentryczną motywację do zachowań prospołecznych. W przypadku gotowości oddania narządów peryferycznych efekt moderacji okazał się nieistotny statystycznie. Efekt moderacyjny endo-egzocentrycznej motywacji do zachowań prospołecznych w związku między altruizmem a gotowością oddania narządów życiowych został przedstawiony w tabeli 19.

Tabela 19

Endo-egzocentryczna motywacja prospołeczna jako moderator związku między altruizmem a gotowością oddania narządów życiowych

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>PU</i>
Altruizm	1,31	0,67	1,96	0,051	-0,01; 2,64
END-EGZ	3,71	1,74	2,14	0,033	0,29; 7,13
Altruizm x END-EGZ	-2,50	1,15	-2,17	0,031	-4,77; -0,23
Płeć	-0,26	0,11	-2,40	0,017	-0,47; -0,05
Deklaracja wiary	0,33	0,12	2,79	0,006	0,10; 0,56
Miejsce zamieszkania	0,03	0,11	0,23	0,817	-0,19; 0,24
Stała	2,26	1,06	2,12	0,035	0,16; 4,35
$R^2 = 0,04$					
$F(1,393) = 15,56; p < 0,001$					

Adnotacja. *B* - współczynnik niestandardyzowany, *SE* - błąd standardowy, *t* - wynik testu *t*, *p* - istotność testu *t*, *PU* - przedział ufności, R^2 - współczynnik determinacji

Analiza potwierdziła moderacyjną rolę endo-egzocentrycznej motywacji prospołecznej w związku pomiędzy altruizmem a gotowością oddania narządów życiowych. Po wprowadzeniu moderatora zmiana R^2 wyniosła 0,01 i była ona istotna statystycznie, $F(1,353) = 4,69; p = 0,031$. W tabeli 20 przedstawiono efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora.

Tabela 20

Efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora

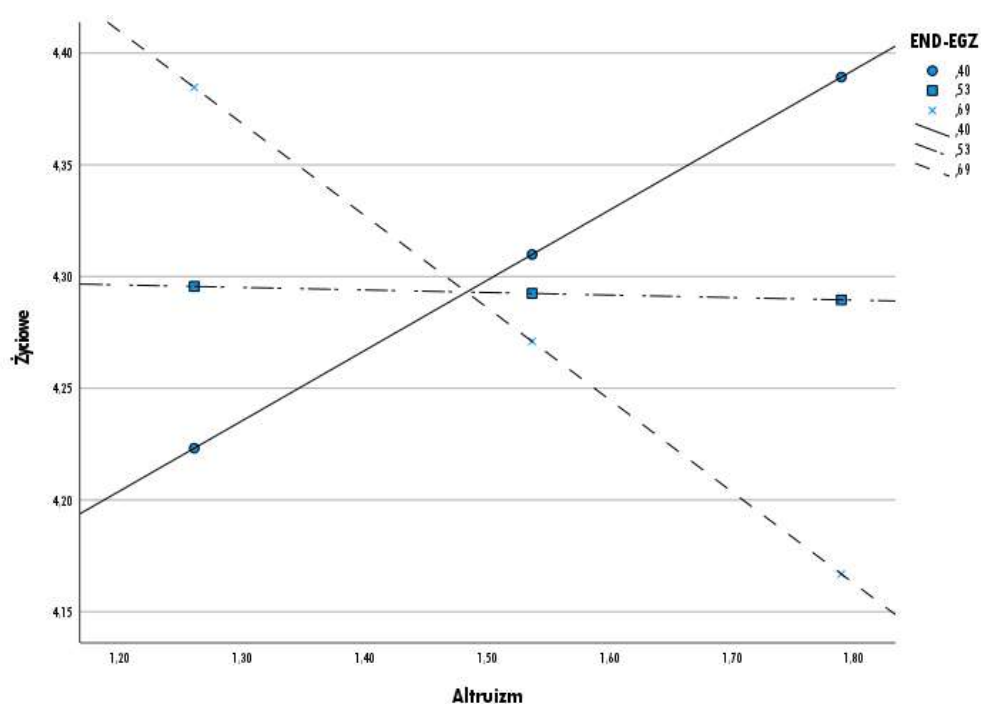
Centyl	Wartość	Efekt	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>PU</i>
16	0,40	0,31	0,27	1,17	0,241	-0,21; 0,84
50	0,53	-0,01	0,2	-0,06	0,955	-0,40; 0,38
84	0,69	-0,41	0,25	-1,64	0,102	-0,91; 0,08

Adnotacja. *SE* - błąd standardowy; *t* - wynik testu *t* Studenta; *p* - istotność statystyczna; *PU* - przedział ufności

Przy niskich wartościach moderatora efekt był dodatni, choć nieistotny statystycznie natomiast wraz ze wzrostem poziomu moderatora obserwowany efekt zmieniał się stając się efektem ujemnym, zbliżającym się w kierunku istotności statystycznej. Dla lepszego zobrazowania relacji moderacyjnej wykorzystane zostaną regiony istotności związku tej interakcji wyznaczone techniką Johnsona-Neymana (Hayes, 2018) przedstawione w aneksie. Z danych tych wynika, że przy endo-egzocentrycznej motywacji altruistycznej równej wartości 0,785 związek między altruizmem a gotowością oddania narządów życiowych zmienia się z nieistotnego na ujemny, natomiast im niższe wartości moderatora tym efekt bardziej dodatni i bliższy istotności statystycznej. Graficzna prezentacja opisanego efektu została zobrazowana na rysunku 12.

Rysunek 12

Endo-egzocentryczna motywacja do zachowań prospołecznych jako moderator związku pomiędzy altruizmem a gotowością oddania narządów życiowych



Przy większym nasileniu motywacji endocentrycznej związek pomiędzy altruizmem a gotowością oddania narządów do przeszczepu był związkiem dodatnim, co oznacza że z wysokim nasileniem altruizmu współwystępowała wysoka gotowość oddania narządów życiowych, której towarzyszyła skupiona na sobie motywacja do zachowań prospołecznych. Podczas zmiany motywacji z większego skupienia na sobie w kierunku większego skupienia na drugim człowieku związek między tymi zmiennymi stopniowo się zmieniał się wykazując brak związku u osób w

podobny sposób nacechowanych motywacją skupioną na sobie i na innych, a następnie relacja zmieniała się w kierunku związku ujemnego. Przy wyższym nasileniu motywacji egocentrycznej osoby o niższym poziomie altruizmu wyrażały wyższą gotowość oddania narządów życiowych.

9.3. Wartości a gotowość oddania narządów do przeszczepu

W niniejszym podrozdziale zaprezentowano statystyki dotyczące rozkładu zmiennych preferowane wartości oraz ich relację względem zmiennej wyjaśnianej jaką jest gotowość oddania narządów do przeszczepu w wymiarze samoopisowym oraz behawioralnym. Za sugestiami autora skali do obliczeń wprowadzono wyniki scentrowane obliczone według podanych przez autora wytycznych (Schwartz, 1992; Schwartz i in., 2012; Schwartz i Ciecuch, 2016; Ciecuch i Schwartz, 2018).

W pierwszej kolejności przedstawione zostaną statystyki opisowe preferowanych wartości. Tabela 21 przedstawia statystyki opisowe pojedynczych wartości oraz grup wartości mierzone Portretowym kwestionariuszem wartości Schwartza.

Tabela 21

Statystyki opisowe Portretowego kwestionariusza wartości (n = 402)

PVQ-40	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>S</i>	<i>K</i>	<i>S-W</i>	<i>p</i>
Przystosowanie	-3,43	1,80	-0,14	0,78	-0,28	0,21	0,99	0,034
Tradycja	-3,43	1,88	-0,75	0,94	-0,17	-0,27	1,00	0,319
Życzliwość	-2,23	2,53	0,54	0,70	-0,35	0,59	0,99	0,019
Uniwersalizm	-1,73	2,18	0,37	0,66	-0,17	-0,04	1,00	0,46
Kierowanie sobą	-1,63	2,53	0,54	0,70	-0,07	-0,19	1,00	0,867
Stymulacja	-2,84	2,41	-0,16	0,95	-0,30	-0,19	0,99	0,006
Hedonizm	-3,33	2,10	-0,24	1,00	-0,18	-0,14	1,00	0,316
Osiągnięcia	-2,08	2,53	0,14	0,88	-0,21	-0,23	0,99	0,023
Władza	-3,27	2,23	-0,79	1,00	0,19	-0,20	0,99	0,108
Bezpieczeństwo	-2,03	2,48	0,00	0,67	-0,10	0,45	1,00	0,189
Zachowawczość	-2,96	1,31	-0,30	0,56	-0,32	0,98	0,99	0,004
Otwartość na zmiany	-1,93	1,73	0,05	0,62	-0,20	0,20	1,00	0,242
Przekraczanie siebie	-1,57	1,88	0,46	0,57	-0,27	-0,04	0,99	0,087
Umacnianie siebie	-2,34	1,95	-0,33	0,80	-0,13	-0,20	1,00	0,166

Adnotacja. *Min* – wartości minimalne; *Max* – wartości maksymalne; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *S* – skośność; *K* – kurtoza; *S-W* – wynik testu Shapiro-Wilka; *p* – istotność statystyczna

Większość badanych grup wartości oraz pojedynczych wartości charakteryzowały się rozkładem normalnym (otwartość na zmiany, przekraczanie siebie, umacnianie siebie, tradycja, uniwersalizm, kierowanie sobą, hedonizm, władza oraz bezpieczeństwo). Pozostałe zmienne nie charakteryzowały się występowaniem rozkładu normalnego. Grupa wartości określana mianem zachowawczości charakteryzowała się lewoskośnością wyników oraz leptokurtycznością. Pojedyncze wartości charakteryzowały się lewoskośnością wyników czyli dominacją wyników wysokich nad wynikami niskimi, różniły się one wynikami kurtozy. Przystosowanie oraz życzliwość charakteryzowała dodatnia kurtoza świadcząca o leptokurtyczności rozkładu, natomiast wartość stymulacji i osiągnięć charakteryzowała ujemna kurtoza świadcząca o platokurtyczności rozkładu. Wyniki skośności oraz kurtozy w przypadku zmiennych zbadanych Portretowym kwestionariuszem wartości nie przekroczyły przedziału pomiędzy -1,5 a 1,5 co pozwala na stosowanie statystyk parametrycznych w dużej próbie badanych.

Tabela 22 prezentuje porównanie wyników osób z podpisaną kartą narządów, skłonnyimi podpisać kartę dawcy narządów, niezdecydowanymi oraz nie chcącymi podpisać karty dawcy narządów w zakresie zmiennej preferowane wartości.

Tabela 22

Test różnic pomiędzy osobami z podpisaną kartą narządów, skłonnyimi podpisać kartę dawcy narządów, niezdecydowanymi oraz nie chcącymi podpisać karty dawcy narządów a preferowanymi wartościami

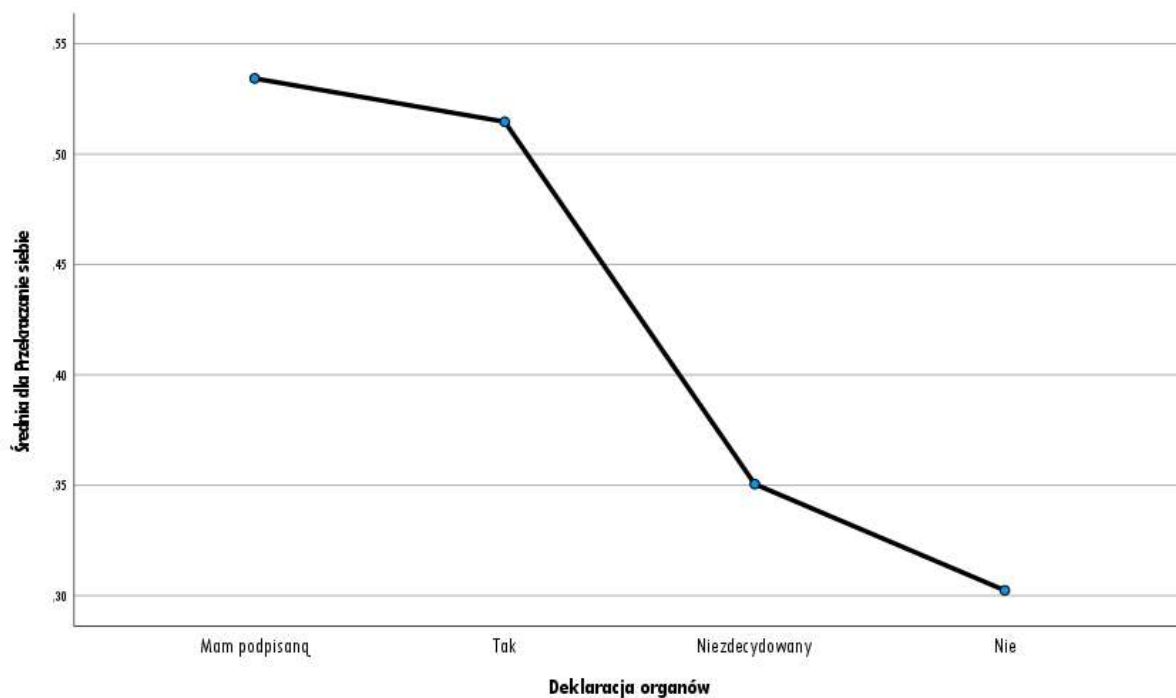
	Mam podpisaną (n = 40)		Tak (n = 223)		Niezdeterminowany (n = 91)		Nie (n = 42)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Przystosowanie	-0,27	0,90	-0,15	0,77	0,02	0,63	-0,29	0,91	2,32	0,075
Tradycja	-0,79	1,21	-0,76	0,87	-0,72	0,97	-0,74	0,89	0,08	0,969
Życzliwość	0,63	0,55	0,60	0,71	0,44	0,75	0,37	0,72	2,22	0,085
Uniwersalizm	0,44	0,63	0,43	0,66	0,26	0,64	0,24	0,72	2,25	0,082
Kierowanie sobą	0,64	0,80	0,57	0,72	0,45	0,58	0,52	0,75	0,93	0,427
Stymulacja	-0,15	1,06	-0,17	0,95	-0,08	0,89	-0,30	1,00	0,52	0,665
Hedonizm	-0,04	1,02	-0,34	0,97	-0,18	0,98	0,02	1,12	2,46	0,062
Osiągnięcia	-0,06	0,95	0,16	0,90	0,14	0,80	0,21	0,92	0,84	0,471
Władza	-0,90	1,04	-0,87	0,91	-0,66	1,11	-0,58	1,08	1,74	0,159
Bezpieczeństwo	0,01	0,66	-0,02	0,65	-0,03	0,66	0,17	0,76	1,03	0,378
Zachowawczość	-0,35	0,67	-0,31	0,54	-0,24	0,50	-0,29	0,67	0,48	0,696
Otwartość na zmiany	0,15	0,71	0,02	0,62	0,06	0,58	0,08	0,64	0,61	0,608
Przekraczanie siebie	0,53	0,49	0,51	0,56	0,35	0,59	0,30	0,61	3,22	0,023
Umacnianie siebie	-0,48	0,87	-0,35	0,76	-0,26	0,81	-0,19	0,87	1,26	0,288

Adnotacja. M – średnia; SD – odchylenie standardowe; F – wynik testu ANOVA; p – istotność statystyczna

Osoby o różnym statusie podpisanej karty dawcy narządów nie różniły się między sobą w zakresie preferencji pojedynczych wartości, ani grup wartości. Wyjątkiem jest grupa wartości związanych z przekraczaniem siebie. Efekt preferowania wartości związanych z przekraczaniem siebie na deklarację oddania narządów okazał się istotny statystycznie ($\eta^2 = 0,024$), choć porównania parami nie były istotne statystycznie. Poniższy rysunek przedstawia różnice między osobami o różnym statusie deklaracji w zakresie preferowania wartości przekraczanie siebie.

Rysunek 13

Różnice pomiędzy osobami o różnym statusie deklaracji organów w zakresie zmiennej przekraczanie siebie



Najwyższe wyniki w preferowaniu wartości przekraczanie siebie charakteryzowały grupę osób z podpisaną kartą dawców narządów, następnie osób skłonnych do podpisania karty dawcy, niezdecydowanych i nie chcących podpisać karty dawcy narządów, jednakże różnice między tymi grupami nie były istotne statystycznie.

Kolejną wykonaną analizą była analiza korelacji. Tabela 23 przedstawia współczynniki korelacji związku między gotowością oddania narządów do przeszczepu a wartościami (pojedynczymi oraz pogrupowanymi).

Tabela 23*Korelacje pomiędzy gotowością oddania narządów do transplantacji a wartościami (n = 402)*

PVQ-40	Narządy		Gotowość
	Życiowe	Peryferyczne	
Przystosowanie	-0,02	-0,09*	-0,07
Tradycja	-0,17***	-0,19***	-0,20***
Życzliwość	0,21***	0,17***	0,20***
Uniwersalizm	0,17***	0,18***	0,19***
Kierowanie sobą	0,12**	0,18***	0,17***
Stymulacja	-0,03	0,01	0,00
Hedonizm	-0,08	-0,07	-0,08
Osiągnięcia	0,00	-0,02	-0,01
Władza	-0,15**	-0,11*	-0,13**
Bezpieczeństwo	-0,03	-0,03	-0,04
Zachowawczość	-0,12*	-0,16**	-0,16**
Otwartość na zmiany	-0,01	0,03	0,02
Przekraczanie siebie	0,23***	0,21***	0,23***
Umacnianie siebie	-0,09*	-0,08	-0,09*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Preferowanie wartości tradycja oraz władza wiązały się z niższą gotowością oddania narządów życiowych, peryferycznych oraz ogólną gotowością oddania narządów do przeszczepu, a preferowanie wartości przystosowanie wiązało się z niższą gotowością oddania narządów peryferycznych do przeszczepu. W związku z tym stwierdzono, że preferowanie wartości tradycji oraz przystosowania nie sprzyja gotowości oddania narządów do przeszczepu. Kolejne powiązania to korelacja pomiędzy preferencją wartości społecznych tj. uniwersalizmu oraz życzliwości dodatnio wiążąca się z gotowością oddania do przeszczepu wszystkich rodzajów narządów. Taką samą zależność zauważono w przypadku związku kierowania sobą oraz gotowości oddania narządów do przeszczepu co oznacza, że uniwersalizm, życzliwość oraz stymulacja preferowane przez osobę sprzyjają wyższej gotowości oddania narządów do przeszczepu.

Wartości charakteryzujące się zachowawczością nie sprzyjały gotowości oddania narządów do przeszczepu w żadnym z podwymiarów gotowości, podobnie wartości charakteryzujące się umacnianiem siebie nie sprzyjały gotowości oddania narządów życiowych

oraz ogólnej gotowości oddania narządów. Natomiast wartości charakteryzujące się przekraczaniem siebie sprzyjały wyższej gotowości oddania narządów do przeszczepu we wszystkich podwymiarach (narządów życiowych, peryferycznych i ogólnej gotowości oddania). Z czterech grup wartości jedynie preferencja wartości skupionych na otwartości na zmiany nie wiązała się z gotowością oddania narządów.

Następnie wykonano hierarchiczną analizę regresji zmiennej wyjaśnianej ogólna gotowość oddania narządów do przeszczepu metodą standardową. Zastosowano bloki kroki wprowadzania do analizy. W pierwszym bloku do modelu wprowadzono istotne zmienne socjodemograficzne jak płeć, miejsce zamieszkania oraz deklaracja wiary. W drugim bloku jako predyktor dodano preferencje wartości związanych z przekraczaniem siebie. W trzecim bloku wprowadzono preferencję związaną z wartościami zachowawczości. Model był istotny statystycznie, $F(5, 396) = 8,51$; $p < 0,001$ oraz wyjaśniał 10% wariacji ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu. W tabeli 24 przedstawiono współczynniki standaryzowane i niestandardyzowane zmiennych wyjaśniających ogólną gotowość oddania narządów do przeszczepu obecnych w modelu.

Tabela 24

Współczynniki standaryzowane i niestandardyzowane predyktorów wyjaśniających zmienną ogólną gotowość oddania narządów do przeszczepu

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Stała	3,29	0,30		11,00	< 0,001
Płeć	-0,19	0,12	-0,08	-1,62	0,105
Deklaracja wiary	0,20	0,13	0,08	1,56	0,120
Miejsce zamieszkania	0,17	0,11	0,07	1,52	0,130
Przekraczanie siebie	0,42	0,10	0,21	4,06	< 0,001
Zachowawczość	-0,26	0,11	-0,13	-2,44	0,015

B – współczynnik niestandardyzowany; *SE* – błąd standardowy; β – współczynnik standaryzowany; *t* – wynik testu t Studenta; *p* – istotność statystyczna

W ostatnim kroku analizy znaczącymi dla ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu predyktorami okazała się preferencja grupy wartości przekraczania siebie oraz zachowawczości. Wraz ze wzrostem preferencji przekraczania siebie wzrastała ogólna gotowość oddania narządów do przeszczepu, natomiast wraz ze wzrostem preferencji wartości związanych z zachowawczością malała gotowość oddania narządów do przeszczepu co oznacza, że

przekraczanie siebie sprzyja gotowości do dawstwa organów, natomiast zachowawczość obniża tą gotowość.

Kolejną wykonaną analizą jest analiza moderacji związku pomiędzy preferowanymi grupami wartości a gotowością oddania organów życiowych oraz peryferycznych i ogólnej gotowości oddania narządów, gdzie jako moderator wykorzystano endo-egzocentryczną motywację do zachowań prospołecznych. Wyniki analizy moderacji, gdzie zmienną wyjaśnianą była gotowość oddania narządów życiowych zostały przedstawione poniżej. W przypadku zmiennej wyjaśnianej narządów peryferycznych oraz ogólnej gotowości oddania narządów nie zachodziła relacja moderacyjna.

Tabela 25 przedstawia wyniki pierwszej z analiz moderacji pomiędzy wartościami a gotowością oddania narządów życiowych. Do analizy jako predyktor wprowadzono preferencję wartości związanych z zachowawczością, jako zmienną wyjaśnianą gotowość oddania narządów życiowych, a jako moderator wykorzystano endo-egzocentryczną motywację do zachowań prospołecznych.

Tabela 25

Endo-egzocentryczna motywacja prospołeczna jako moderator związku między preferowaniem wartości zachowawczości a gotowością oddania narządów życiowych

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>PU</i>
Zachowawczość	0,52	0,38	1,36	0,176	-0,23; 1,28
END-EGZ	-0,29	0,40	-0,73	0,468	-1,08; 0,500
Zachowawczość x END-EGZ	-1,13	0,69	-1,63	0,103	-2,48; 0,23
Płeć	-0,27	0,11	-2,53	0,012	-0,48; -0,06
Deklaracja wiary	0,32	0,12	2,59	0,010	0,08; 0,56
Miejsce zamieszkania	-0,01	0,11	-0,10	0,921	-0,22; 0,20
Stała	4,40	0,35	12,73	< 0,001	3,72; 5,08
$R^2 = 0,05$					
$F(6,357) = 3,04; p = 0,007$					

Anotacja. *B* - współczynnik niestandardowy, *SE* - błąd standardowy, *t* - wynik testu t, *p* - istotność testu t, *PU* - przedział ufności, R^2 - współczynnik determinacji

Nie potwierdzono efektu moderacji endo-egzocentrycznej motywacji do zachowań prospołecznych. Efekt interakcji okazał się nieistotny statystycznie. Endo-egzocentryczna

motywacja zachowań prospołecznych nie zmienia związku pomiędzy preferencją wartości skupionych na zachowawczości a gotowością oddania narządów życiowych.

W drugiej analizie moderacji jako predyktor wykorzystano preferencję wartości związanych z otwartością na zmiany, jako zmienną wyjaśnianą gotowość oddania narządów życiowych, a jako moderator endo-egzocentryczną motywację do zachowań prospołecznych. Wyniki analizy zostały przedstawione w tabeli 26.

Tabela 26

Endo-egzocentryczna motywacja prospołeczna jako moderator związku między preferowaniem wartości otwartości na zmiany a gotowością oddania narządów życiowych

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>PU</i>
Otwartość na zmiany	-0,69	0,32	-2,17	0,03	-1,31; -0,07
END-EGZ	-0,07	0,35	-0,20	0,843	-0,76; 0,62
Otwartość na zmiany x END-EGZ	1,12	0,56	2,00	0,047	0,02; 2,23
Płeć	-0,25	0,11	-2,33	0,021	-0,46; -0,04
Deklaracja wiary	0,39	0,12	3,25	0,001	0,15; 0,62
Miejsce zamieszkania	0,02	0,11	0,16	0,874	-0,19; 0,23
Stała	4,16	0,33	12,61	< 0,001	3,51; 4,81
$R^2 = 0,05$					
$F(6,357) = 3,30; p = 0,004$					

Anotacja. *B* - współczynnik niestandardowy, *SE* - błąd standardowy, *t* - wynik testu *t* Studenta, *p* - istotność testu *t*, *PU* - przedział ufności, R^2 - współczynnik determinacji

Analiza potwierdziła moderacyjną rolę endo-egzocentrycznej motywacji prospołecznej w związku pomiędzy preferowaniem wartości związanych z otwartością na zmiany a gotowością oddania narządów życiowych. Po wprowadzeniu moderatora zmiana R^2 wyniosła 0,01 i była ona istotna statystycznie, $F(1,375) = 3,99; p = 0,047$. W tabeli 27 przedstawiono efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora.

Tabela 27*Efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora*

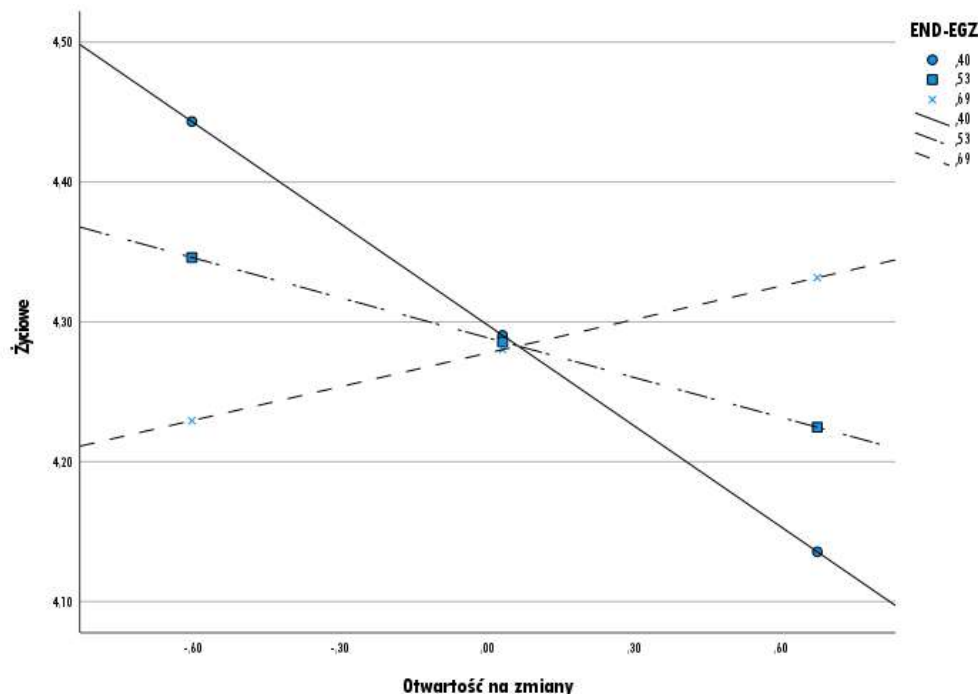
Centyl	Wartość	Efekt	SE	t	p	PU
16	0,400	-0,24	0,12	-2,04	0,042	-0,47; -0,01
50	0,530	-0,10	0,09	-1,1	0,274	0,27; 0,76
84	0,686	0,08	0,12	0,68	0,498	-0,15; 0,31

Adnotacja. SE - błąd standardowy; t - wynik testu t Studenta; p - istotność statystyczna; PU - przedział ufności

Przy niskich wartościach moderatora efekt był ujemny i istotny statystycznie natomiast wraz ze wzrostem poziomu moderatora obserwowany efekt zmieniał się stając się efektem delikatnie dodatnim, choć nieistotnym statystycznie. Graficzne przedstawienie tej relacji zostało zaprezentowane na rysunku 14.

Rysunek 14

Endo-egzocentryczna motywacja do zachowań prospołecznych jako moderator w związku pomiędzy preferencją wartości otwartości na zmiany a gotowością oddania narzędzi życiowych



Przy większym nasileniu motywacji endocentrycznej związek pomiędzy preferencją wartości związanych z otwartością na zmiany a gotowością oddania narzędzi do przeszczepu był

związkiem ujemnym, co oznacza że z niską preferencją wartości otwartości na zmiany współwystępowała wysoka gotowość oddania narządów życiowych, której towarzyszyła skupiona na sobie motywacja do zachowań prospołecznych. Podczas zmiany motywacji z większego skupienia na sobie w kierunku większego skupienia na drugim człowieku związek między tymi zmiennymi stopniowo się zmniejszał idąc w kierunku braku relacji pomiędzy preferencją wartości umacniania siebie a gotowością oddania narządów życiowych.

W trzeciej analizie moderacji jako predyktor wprowadzono preferencję wartości związanych z przekraczaniem siebie, jako zmienną wyjaśnianą wprowadzono gotowość oddania narządów życiowych, a jako moderator endo-egzocentryczną motywację do zachowań prospołecznych. Wyniki analizy zostały przedstawione w tabeli 28.

Tabela 28

Endo-egzocentryczna motywacja prospołeczna jako moderator związku między preferowaniem wartości przekraczanie siebie a gotowością oddania narządów życiowych

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>PU</i>
Przekraczanie siebie	0,96	0,3	3,2	0,002	0,37; 1,55
END-EGZ	0,51	0,42	1,2	0,231	-0,32; 1,33
Przekraczanie siebie x END-EGZ	-1,19	0,53	-2,24	0,028	-2,23; -0,14
Płeć	-0,16	0,11	-1,48	0,138	0,38; 0,05
Deklaracja wiary	0,31	0,11	2,8	0,005	0,10; 0,54
Miejsce zamieszkania	0,04	0,11	0,41	0,68	-0,16; 0,24
Stała	3,62	0,35	10,31	< 0,001	2,93; 4,31
$R^2 = 0,08$					
$F(6,357) = 5,29; p < 0,001$					

Adnotacja. *B* - współczynnik niestandardyzowany, *SE* - błąd standardowy, *t* - wynik testu *t*, *p* - istotność testu *t* Studenta, *PU* - przedział ufności, R^2 - współczynnik determinacji

Analiza potwierdziła moderacyjną rolę endo-egzocentrycznej motywacji prospołecznej w związku pomiędzy preferowaniem wartości związanych z przekraczaniem siebie a gotowością oddania narządów życiowych. Po wprowadzeniu moderatora zmiana R^2 wyniosła 0,01 i była ona istotna statystycznie, $F(1,375) = 5,02; p = 0,026$. W tabeli 29 przedstawiono efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora.

Tabela 29*Efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora*

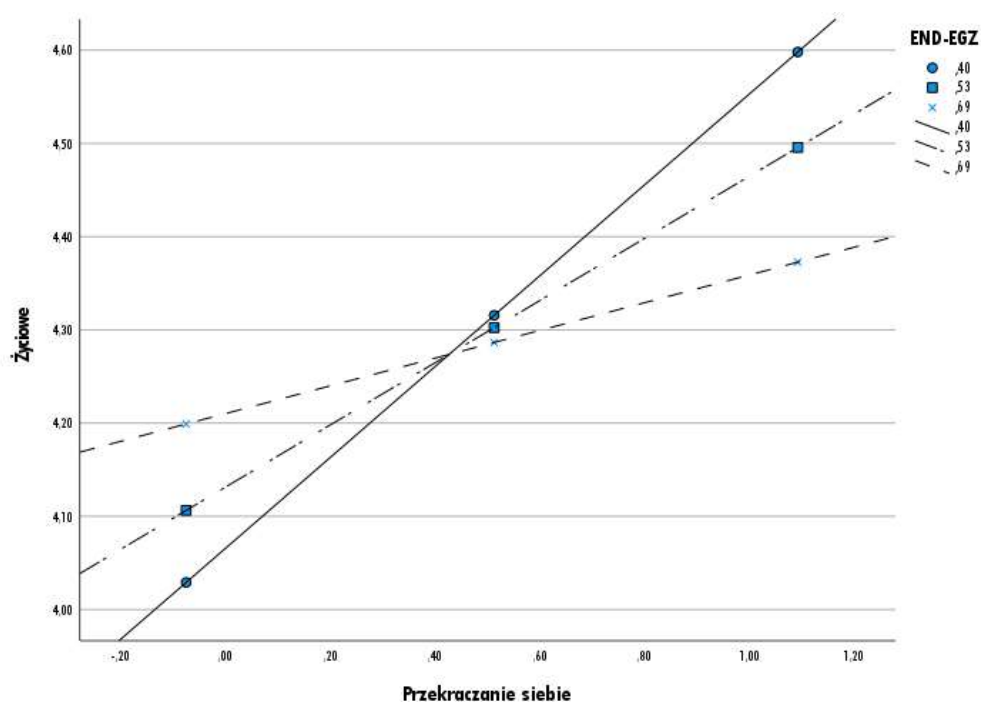
Centyl	Wartość	Efekt	SE	t	p	PU
16	0,4	0,49	0,12	4,03	< 0,001	0,25; 0,73
50	0,53	0,33	0,1	3,45	< 0,001	0,14; 0,52
84	0,686	0,15	0,12	1,2	0,232	-0,10; 0,39

Adnotacja. SE - błąd standardowy; t - wynik testu t Studenta; p - istotność statystyczna; PU - przedział ufności

Przy niskich wartościach moderatora efekt był dodatni i istotny statystycznie natomiast wraz ze wzrostem poziomu moderatora obserwowany efekt spadał stając się efektem w dalszym ciągu ujemnym, choć nieistotnym statystycznie. Graficzne przedstawienie tej relacji zostało zaprezentowane na rysunku 15.

Rysunek 15

Endo-egzocentryczna motywacja do zachowań prospołecznych jako moderator w związku pomiędzy preferencją wartości przekraczania siebie a gotowością oddania narzędzi życiowych



Przy większym nasileniu motywacji endocentrycznej związek pomiędzy preferencją wartości związanych z przekraczaniem siebie a gotowością oddania narzędzi do przeszczepu był

związkiem dodatnim, co oznacza że z wysoką preferencją wartości przekraczania siebie współwystępowała wysoka gotowość oddania narządów życiowych, której towarzyszyła skupiona na sobie motywacja do zachowań prospołecznych. Podczas zmiany motywacji z większego skupienia na sobie w kierunku większego skupienia na drugim człowieku związek między tymi zmiennymi stopniowo zmniejszał swoją siłę.

W czwartej analizie moderacji jako predyktor wprowadzono preferencję wartości związanych z umacnianiem siebie, jako zmienną wyjaśnianą wprowadzono gotowość oddania narządów życiowych, a jako moderator endo-egzocentryczną motywację do zachowań prospołecznych. Wyniki analizy zostały przedstawione w tabeli 30.

Tabela 30

Endo-egzocentryczna motywacja prospołeczna jako moderator związku między preferowaniem wartości umacnianie siebie a gotowością oddania narządów życiowych

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>PU</i>
Umacnianie siebie	-0,54	0,23	-2,35	0,02	-0,98; -0,09
END-EGZ	0,34	0,89	0,88	0,379	-0,42; 1,11
Umacnianie siebie x END-EGZ	0,81	0,4	2,01	0,046	0,02; 1,60
Płeć	-0,23	0,11	-2,06	0,04	-0,45; -0,01
Deklaracja wiary	0,37	0,12	3,18	0,002	0,14; 0,59
Miejsce zamieszkania	0,04	0,11	0,36	0,721	-0,17; 0,25
Stała	3,87	0,35	11,18	< 0,001	3,19; 4,55
$R^2 = 0,06$					
$F(6,357) = 3,53; p = 0,002$					

Adnotacja. *B* - współczynnik niestandardowy, *SE* - błąd standardowy, *t* - wynik testu t, *p* - istotność testu t, *PU* - przedział ufności, R^2 - współczynnik determinacji

Analiza potwierdziła moderacyjną rolę endo-egzocentrycznej motywacji prospołecznej w związku pomiędzy preferowaniem wartości związanych z umacnianiem siebie a gotowością oddania narządów życiowych. Po wprowadzeniu moderatora zmiana R^2 wyniosła 0,01 i była ona istotna statystycznie, $F(1,375) = 4,02; p = 0,046$. W tabeli 31 przedstawiono efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora.

Tabela 31*Efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora*

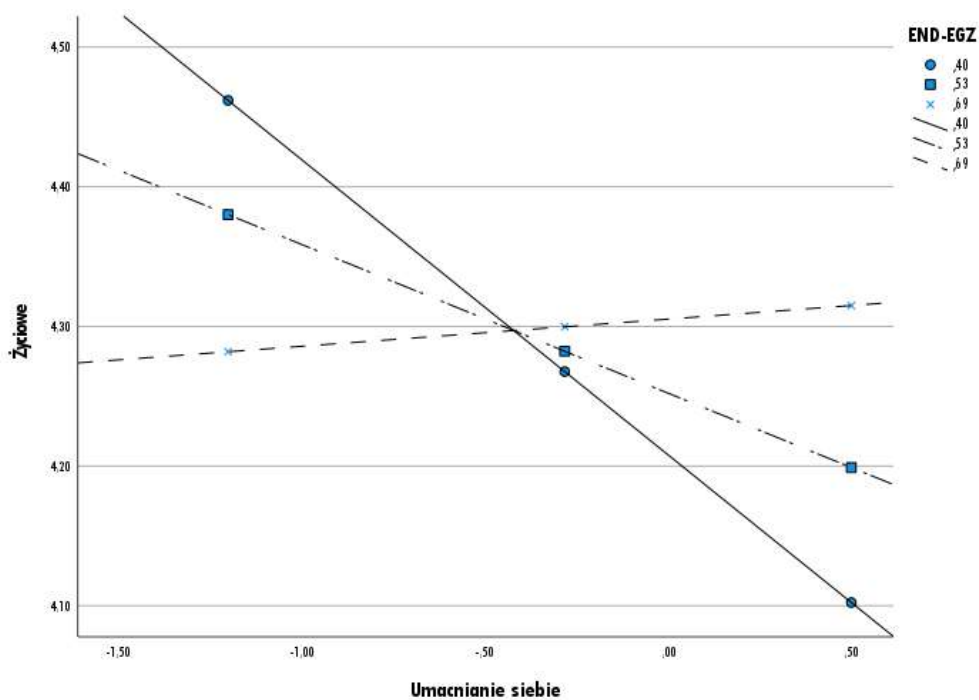
Centyl	Wartość	Efekt	SE	t	p	PU
16	0,400	-0,21	0,09	-2,40	0,017	-0,39; -0,04
50	0,530	-0,11	0,07	-1,56	0,118	-0,24; 0,03
84	0,686	0,02	0,09	0,22	0,829	-0,16; 0,20

Adnotacja. SE - błąd standardowy; t - wynik testu t Studenta; p - istotność statystyczna; PU - przedział ufności

Przy niskich wartościach moderatora efekt był ujemny i istotny statystycznie natomiast wraz ze wzrostem poziomu moderatora obserwowany efekt rósł stając się efektem nieznacznie dodatnim, choć nieistotnym statystycznie. Graficzne przedstawienie tej relacji zostało zaprezentowane na rysunku 16.

Rysunek 16

Endo-egzocentryczna motywacja do zachowań prospołecznych jako moderator w związku pomiędzy preferencją wartości umacniania siebie a gotowością oddania narzędzi życiowych



Przy większym nasileniu motywacji endocentrycznej związek pomiędzy preferencją wartości związanych z umacnianiem siebie a gotowością oddania narządów do przeszczepu był związkiem ujemnym, co oznacza że z niską preferencją wartości umacniania siebie współwystępowała wysoka gotowość oddania narządów życiowych, której towarzyszyła skupiona na sobie motywacja do zachowań prospołecznych. Podczas zmiany motywacji z większego skupienia na sobie w kierunku większego skupienia na drugim człowieku związek między tymi zmiennymi stopniowo się zmniejszał idąc w kierunku braku relacji pomiędzy preferencją wartości umacniania siebie a gotowością oddania narządów życiowych.

Przeprowadzone analizy moderacji wykazały, że endo-egzocentryczna motywacja do zachowań prospołecznych okazała się istotnym moderatorem kształtującym relację pomiędzy preferowaniem wartości związanych z otwartością na zmiany, przekraczaniem siebie oraz umacnianiem siebie.

9.4. Religijność a gotowość oddania narządów do przeszczepu

W niniejszym podrozdziale zaprezentowano statystyki dotyczące rozkładu zmiennych religijność oraz przeżywane relacje do Boga oraz ich relację względem zmiennej wyjaśnianej jaką jest gotowość oddania narządów do przeszczepu w wymiarze samoopisowym oraz behawioralnym.

W pierwszej kolejności przedstawione zostaną statystyki opisowe religijności oraz przeżywanych relacji do Boga. Wyniki tych statystyk mierzone Skalą przeżywane relacje do Boga zostały przedstawione w tabeli 32.

Tabela 32*Statystyki opisowe Skali przeżywane relacje do Boga (n = 399)*

PRB	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>S</i>	<i>K</i>	<i>S-W</i>	<i>p</i>
Zależność	1,00	7,00	3,96	1,78	-0,28	-1,06	0,94	< 0,001
Autonomia	1,00	7,00	4,13	1,53	0,04	-0,76	0,98	< 0,001
Buntowniczość	1,00	6,71	3,11	1,38	0,19	-0,87	0,97	< 0,001
Lęk	1,00	6,29	2,98	1,24	0,13	-0,73	0,97	< 0,001
Identyfikacja	1,00	6,86	3,71	1,57	-0,20	-0,88	0,96	< 0,001
Współhumanitarność	1,00	7,00	3,85	1,62	-0,22	-0,90	0,96	< 0,001
Norma etyczna	1,00	7,00	3,72	1,65	-0,23	-1,02	0,95	< 0,001
Akceptacja przekonań	1,00	7,00	4,52	1,81	-0,41	-0,88	0,94	< 0,001
Centralność religijności	1,00	7,00	4,28	1,30	-0,01	-0,63	0,99	0,002
Strach przed niepewnością	1,00	6,71	3,72	1,14	-0,11	-0,33	0,99	0,012
Autonomia-Zależność	-2,09	1,97	0,00	1,00	-0,23	-0,85	0,97	< 0,001
Negatywne emocje	-2,18	2,43	0,00	1,00	0,07	-0,69	0,99	0,002

Adnotacja. *Min* – wartości minimalne; *Max* – wartości maksymalne; *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *S* – skośność; *K* – kurtoza; *S-W* – wynik testu Shapiro-Wilka; *p* – istotność statystyczna

Zmienne badane Skalą przeżywanych relacji do Boga miały charakter odbiegający od rozkładu normalnego. Wszystkie badane zmienne charakteryzowały się ujemną kurtozą świadczącą o platykurtycznym rozkładzie tych zmiennych. W wynikach skośności zmienne charakteryzowały się niższymi wynikami o zróżnicowanym znaku. Zależność, identyfikacja, współhumanitarność, norma etyczna, akceptacja przekonań, strach przed niepewnością oraz wymiar autonomia-zależność charakteryzowały się niewielką lewoskośnością. Centralność religijności, autonomia i negatywne emocje charakteryzowały się skośnością bardzo bliską zera, co świadczy o symetrii rozkładu tych zmiennych. Podskale takie jak: buntowniczość oraz lęk charakteryzowały się lekką skośnością dodatnią.

Wyniki skośności oraz kurtozy w przypadku zmiennych zbadanych Skalą przeżywanych relacji do Boga nie przekroczyły przedziału pomiędzy -1,5 a 1,5 co pozwala na stosowanie statystyk parametrycznych w dużej próbie badanych.

Tabela 33 prezentuje porównanie wyników osób z podpisaną kartą narządów, skłonnyymi podpisać kartę dawcy narządów, niezdecydowanymi oraz nie chcącymi podpisać karty dawcy narządów w zakresie zmiennej religijność oraz przeżywane relacje do Boga.

Tabela 33

Test różnic pomiędzy osobami z podpisaną kartą narządów, skłonnyymi podpisać kartę dawcy narządów, niezdecydowanymi oraz nie chcącymi podpisać karty dawcy narządów a religijnością i przeżywanymi relacjami do Boga

	Mam podpisaną (n = 40)		Tak (n = 223)		Niezdeterminowany (n = 91)		Nie (n = 42)		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Zależność	3,47	1,96	3,85	1,86	4,39	1,39	4,05	1,83	3,21	0,023
Autonomia	4,51	1,56	4,11	1,64	4,04	1,17	4,04	1,57	1,07	0,363
Buntowniczość	3,01	1,51	2,92	1,36	3,51	1,27	3,34	1,39	4,65	0,003
Lęk	2,59	1,13	2,82	1,21	3,48	1,11	3,12	1,42	8,21	< 0,001
Identyfikacja	3,40	1,71	3,69	1,64	3,84	1,32	3,80	1,57	0,82	0,483
Współhumanitarność	3,67	1,81	3,74	1,70	4,12	1,31	4,01	1,53	1,53	0,205
Normy etyczne	3,39	1,78	3,64	1,69	4,04	1,46	3,77	1,63	1,92	0,126
Akceptacja przekonań	4,10	2,06	4,46	1,88	4,86	1,42	4,55	1,84	1,92	0,126
Centralność religijności	4,35	1,21	4,23	1,40	4,37	1,06	4,29	1,29	0,27	0,846
Strach przed niepewnością	3,64	1,24	3,69	1,18	3,89	0,99	3,65	1,10	0,90	0,443
Autonomia-Zależność	-0,23	1,10	-0,03	1,05	0,16	0,81	0,06	0,98	1,66	0,175
Negatywne emocje	-0,19	1,03	-0,16	1,00	0,40	0,89	0,15	0,98	7,82	< 0,001

Adnotacja. M – średnia; SD – odchylenie standardowe; F – wynik testu ANOVA;

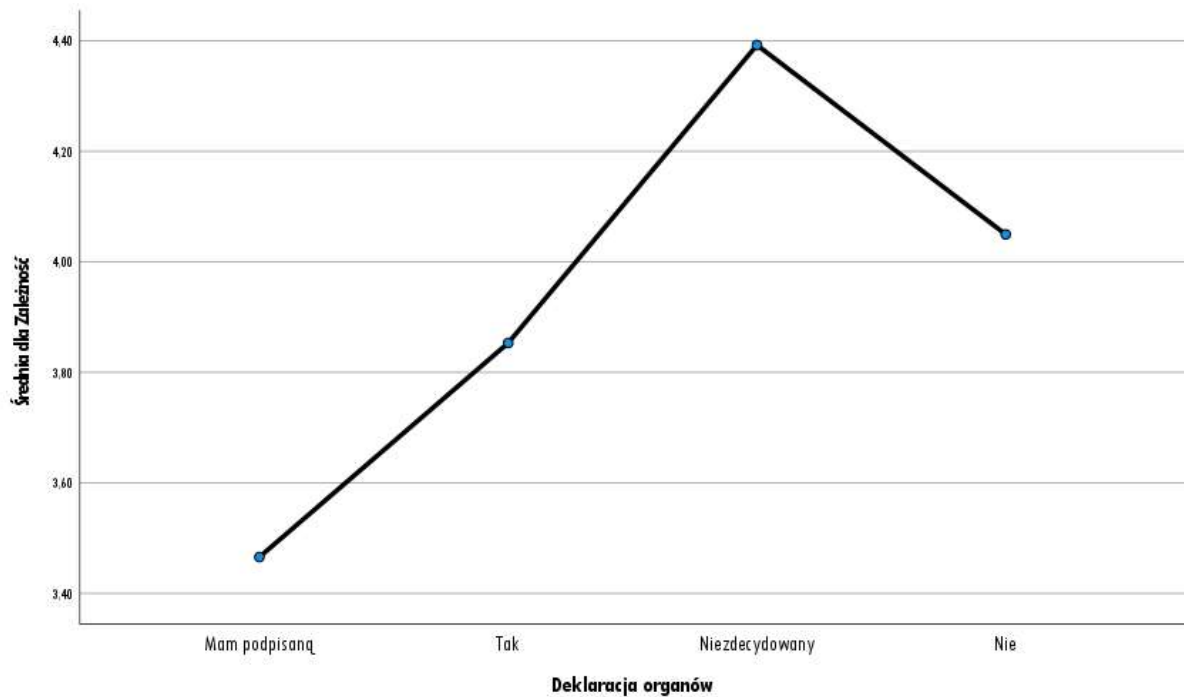
p – istotność statystyczna

Osoby o różnym statusie deklaracji organów różniły się od siebie w zakresie następujących relacji względem Boga: zależności, buntowniczości, lęku, oraz odczuwaniu negatywnych emocji w relacji z Bogiem.

Efekt relacji zależności względem Boga na deklarację oddania narządów okazał się istotny statystycznie ($\eta^2 = 0,024$). Przedstawiono go graficznie na rysunku 17.

Rysunek 17

Różnice pomiędzy osobami o różnym statusie deklaracji oddania organów do przeszczepu w zakresie relacji zależności względem Boga

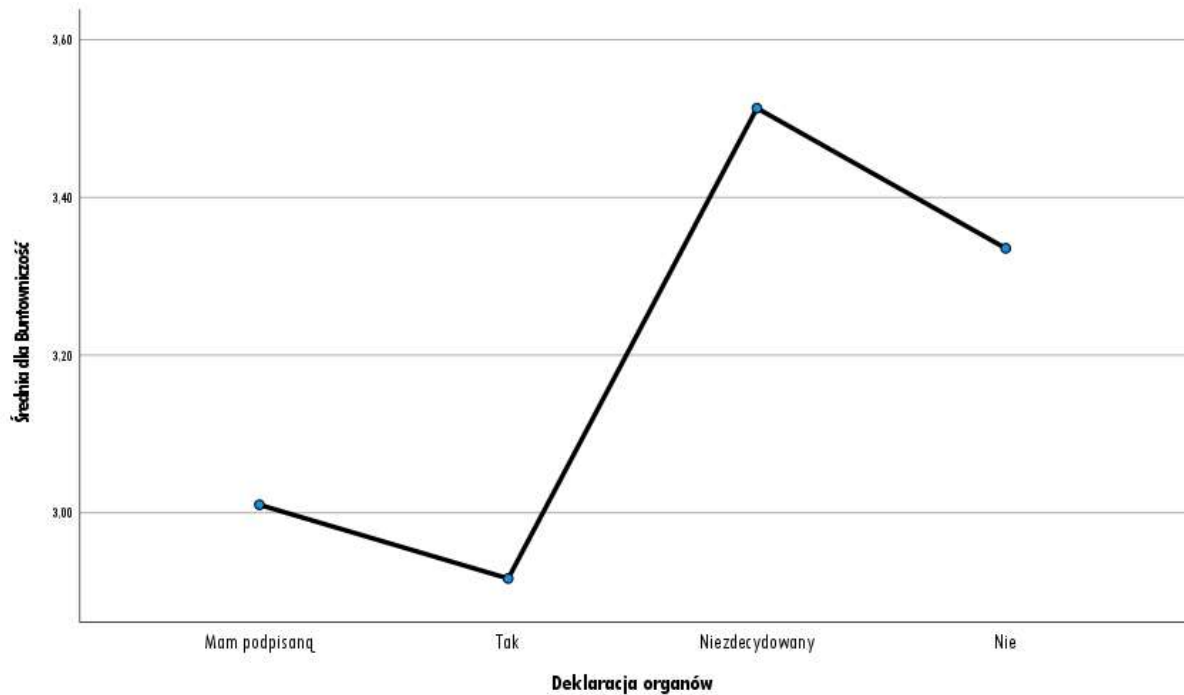


Osoby niezdecydowane w kwestii podpisania deklaracji organów posiadały istotnie wyższą relację zależności względem Boga od osób z podpisaną kartą dawcy narządów ($p = 0,044$) oraz skłonnych do podpisania karty dawcy narządów ($p = 0,031$).

Kolejnym istotnym statystycznie efektem okazała się relacja buntowniczości wobec działań Boga a deklaracją organów ($\eta^2 = 0,034$). Efekt został przedstawiony na rysunku 18.

Rysunek 18

Różnice pomiędzy osobami o różnym statusie deklaracji oddania organów do przeszczepu w zakresie buntowniczości wobec działania Boga

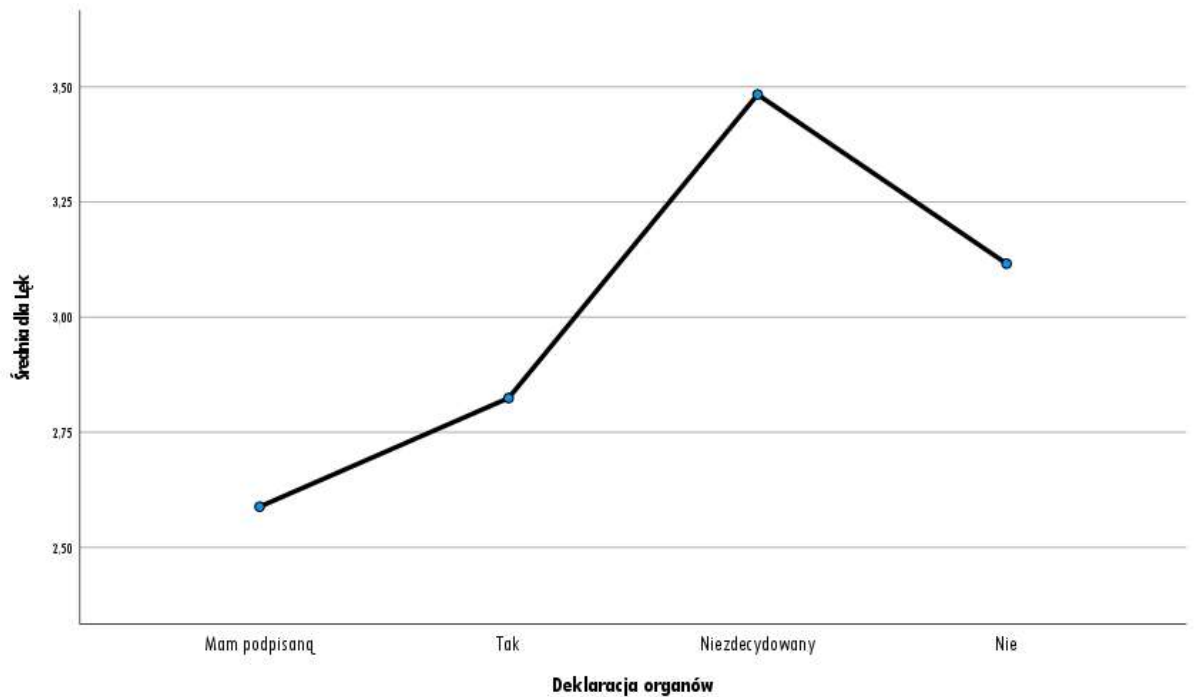


Osoby niezdecydowane charakteryzowały się istotnie wyższym poziomem relacji buntowniczości wobec Boga w porównaniu do osób skłonnych podpisać kartę dawcy narządów ($p = 0,002$).

Trzecim istotnym statystycznie efektem okazała się relacja nasycona lękiem przed Bogiem na deklarację organów ($\eta^2 = 0,059$). Efekt przedstawiono graficznie na rysunku 19.

Rysunek 19

Różnice pomiędzy osobami o różnym statusie deklaracji oddania organów do przeszczepu w zakresie odczuwanego lęku względem Boga

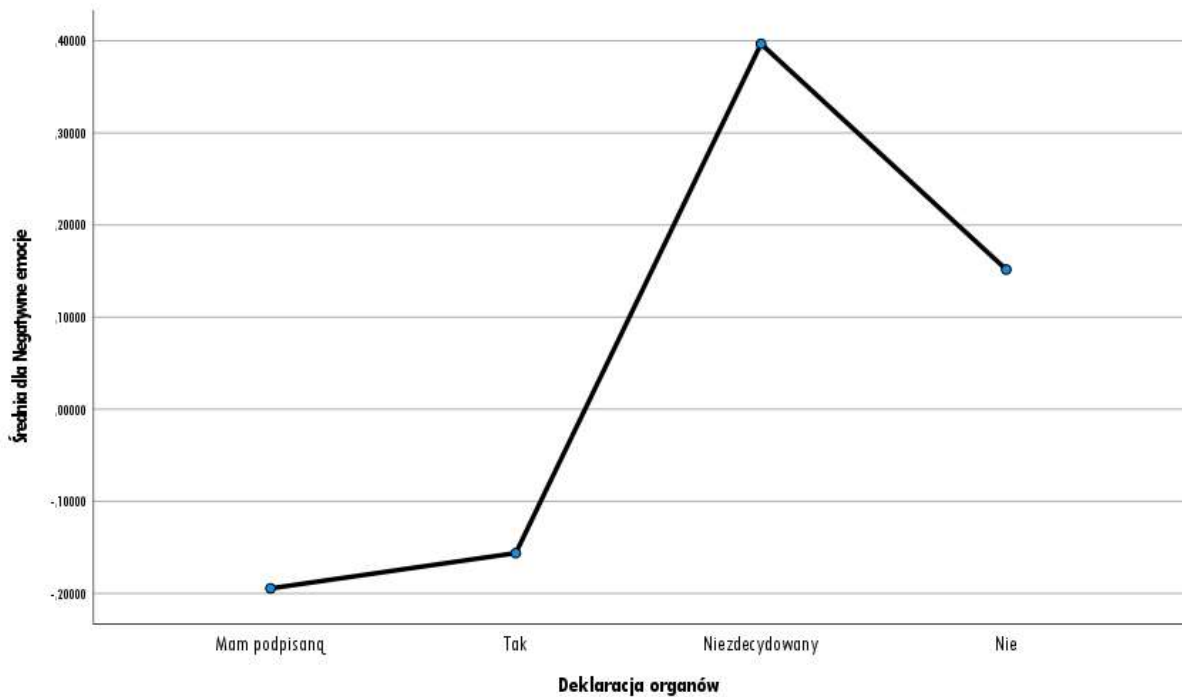


Osoby niezdecydowane w kwestii podpisania deklaracji oddania narządów do przeszczepu osiągnęły istotnie statystycznie wyższe wyniki od osób z podpisaną kartą dawcy narządów ($p < 0,001$) oraz skłonnych do podpisania karty dawcy narządów ($p < 0,001$).

Efekt relacji względem Boga nasyconej negatywnymi emocjami na deklarację organów również był istotny statystycznie ($\eta^2 = 0,056$). Został on przedstawiony graficznie na rysunku 20.

Rysunek 20

Różnice pomiędzy osobami o różnym statusie deklaracji oddania organów do przeszczepu w zakresie relacji do Boga nasyconych negatywnymi emocjami



Osoby niezdecydowane w kwestii podpisania karty dawcy narządów istotnie bardziej odczuwały negatywne emocje w relacji z Bogiem od osób z podpisaną kartą dawcy narządów ($p = 0,012$) oraz skłonnych do podpisania karty dawcy narządów ($p < 0,001$).

Można zatem stwierdzić, że niezdecydowanie w kwestii podpisania karty dawcy narządów jest podyktowane wyższym poziomem lęku wobec Boga, wyższą buntowniczością wobec jego działań, zależnością w relacji z Bogiem oraz wyższym odczuwaniem negatywnych emocji w relacji. W związku z tym niższy lęk wobec Boga, niższy bunt wobec jego działania, niższe odczucie zależności w relacji z nim oraz odczuwanie mniejszych emocji negatywnych w relacji z Bogiem będą sprzyjały podpisaniu karty dawcy narządów lub skłonności do podpisania takiej karty.

Kolejną wykonaną analizą była analiza korelacji wykonana za współczynnika korelacji r Pearsona. Tabela 34 przedstawia wyniki analizy związku między gotowością oddania narządów do przeszczepu a religijnością i relacjami przeżywanymi do Boga.

Tabela 34

*Korelacje pomiędzy gotowością oddania narządów do transplantacji a relacjami do Boga
(n = 399)*

	Narządy		Gotowość
	Życiowe	Peryferyczne	
Zależność	-0,09	-0,15**	-0,14**
Autonomia	0,11*	0,10	0,11*
Buntowniczność	-0,14**	-0,13**	-0,14**
Lęk	-0,23***	-0,23***	-0,25***
Identyfikacja	-0,07	-0,08	-0,08
Współhumanitarność	-0,09	-0,09	-0,10
Normy etyczne	-0,13*	-0,16**	-0,16**
Akceptacja przekonań	-0,06	-0,14**	-0,12*
Centralność religijności	-0,01	-0,04	-0,03
Strach przed niepewnością	-0,10*	-0,05	-0,07
Autonomia-Zależność	-0,10*	-0,12*	-0,13*
Negatywne emocje	-0,20***	-0,20***	-0,21***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Relacje do Boga nasycone negatywnymi emocjami korelowały istotnie statystycznie i ujemnie z ogólną gotowością oddania narządów do przeszczepu, gotowością oddania narządów życiowych oraz gotowością oddania narządów peryferycznych. Występowanie negatywnych emocji w relacji z Bogiem zmniejszało gotowość dawstwa narządów. Relacja zależności względem Boga zmniejszała gotowość dawstwa narządów do przeszczepu zarówno w wymiarze ogólnej gotowości jak i w wymiarach gotowości oddania narządów życiowych jak i gotowości oddania narządów peryferycznych. Relacja autonomii względem Boga sprzyjała gotowości dawstwa narządów.

Odczuwane relacje wobec Boga z wyjątkiem autonomii w relacji z Bogiem obniżają gotowość oddania narządów do przeszczepu. Buntowniczność wobec Boga oraz odczuwanie lęku obniżają gotowość oddania narządów do przeszczepu. Przyjmowanie Boga za normę absolutną (norma etyczna) oraz poczucie, że istnienie człowieka jest zależne od Boga (zależność) współwystępują z niższą gotowością oddania narządów do przeszczepu.

Aspekty formalne religijności mierzone za pomocą podskal akceptacji przekonań, centralności religijności oraz strachu przed niepewnością wiązały się z gotowością oddania

narządów w określonych podwymiarach. Uznawanie dogmatów religijnych za prawdziwe (akceptacja przekonań) sprzyjały niższej gotowości oddania narządów peryferycznych oraz ogólnej gotowości oddania narządów. Wątpliwości w wierze osoby (strach przed niepewnością) sprzyjał mniejszej gotowości oddania narządów życiowych. Centralność religijności nie wiązała się z gotowością oddania narządów do przeszczepu.

W trakcie analiz okazało się, że osoby wierzące różnią się od osób niewierzących w zakresie relacji z Bogiem dlatego jako moderator w związku między relacjami religijnymi a gotowością oddania narządów do przeszczepu wprowadzono akceptację dogmatów religijnych. Alternatywnie można było podzielić badanych na grupę osób wierzących i niewierzących, natomiast deklaratywność jest słabą miarą w psychologii religii dlatego zdecydowano się na zabieg moderacji przy pomocy akceptacji przekonań religijnych.

Następnie przeprowadzono hierarchiczną analizę regresji zmiennej wyjaśnianej ogólna gotowość oddania narządów do przeszczepu metodą standardową. Zastosowano cztery bloki wprowadzania do analizy. W pierwszym bloku do modelu wprowadzono istotne zmienne socjodemograficzne jak płeć i miejsce zamieszkania. W drugim bloku jako predyktor dodano formalne aspekty religijności tj. akceptację przekonań, centralność religijności oraz strach przed niepewnością. W trzecim bloku wprowadzono dwa rodzaje relacji względem Boga nazwane autonomia-zależność oraz negatywne emocje. W czwartym bloku wprowadzono interakcje pomiędzy relacjami do Boga a akceptacją przekonań. Model był istotny statystycznie, $F(9,389) = 4,76$; $p < 0,001$ i wyjaśniał 9,90% wariacji zmiennej ogólna gotowość oddania narządów do przeszczepu. Współczynniki standaryzowane i niestandaryzowane zmiennych wyjaśniających ogólną gotowość oddania organów do przeszczepu obecnych w modelu przedstawiono w tabeli 35.

Tabela 35

Współczynniki standaryzowane i niestandaryzowane predyktorów wyjaśniających zmienną ogólna gotowość oddania narządów do przeszczepu

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Stała	3,21	0,57		5,65	< 0,001
Płeć	-0,23	0,12	-0,10	-1,98	0,048
Miejsce zamieszkania	0,07	0,05	0,07	1,32	0,188
Akceptacja przekonań	0,00	0,08	-0,01	-0,05	0,963
Centralność religijności	0,09	0,09	0,10	1,03	0,305

Strach przed niepewnością	0,07	0,07	0,07	1,06	0,291
Autonomia-Zależność	-0,54	0,22	-0,47	-2,48	0,014
Negatywne emocje	-0,26	0,17	-0,22	-1,51	0,133
Aut-Zal x Akceptacja przekonań	0,08	0,04	0,31	2,10	0,036
Emocje x Akceptacja przekonań	0,01	0,03	0,06	0,40	0,686

Adnotacja. B – współczynnik niestandardyzowany; SE – błąd standardowy; β – współczynnik standaryzowany; t – wynik testu t Studenta; p – istotność statystyczna

Istotnymi statystycznie predyktorami wyjaśniającymi ogólną gotowość oddania narządów do przeszczepu okazały się: płeć, relacja autonomia-zależność oraz interakcja pomiędzy akceptacją przekonań a relacją autonomia-zależność co oznacza, że bycie kobietą i posiadanie relacji autonomii wobec Boga sprzyjały wyższej gotowości oddania narządów do przeszczepu.

Aby ukazać zależność pomiędzy interakcją przeżywania relacji autonomia-zależność wobec Boga oraz akceptacją przekonań na ogólną gotowość oddania narządów do przeszczepu przeprowadzono analizę moderacji przy wykorzystaniu zakładki makro PROCESS. Tabelę z istotnością predyktorów i efektu interakcji zamieszczono w aneksie.

Po wprowadzeniu moderatora zmiana R^2 wyniosła 0,03 i była ona istotna statystycznie, $F(1,393) = 15,29$; $p < 0,001$. W tabeli 36 przedstawiono efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora.

Tabela 36

Efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora

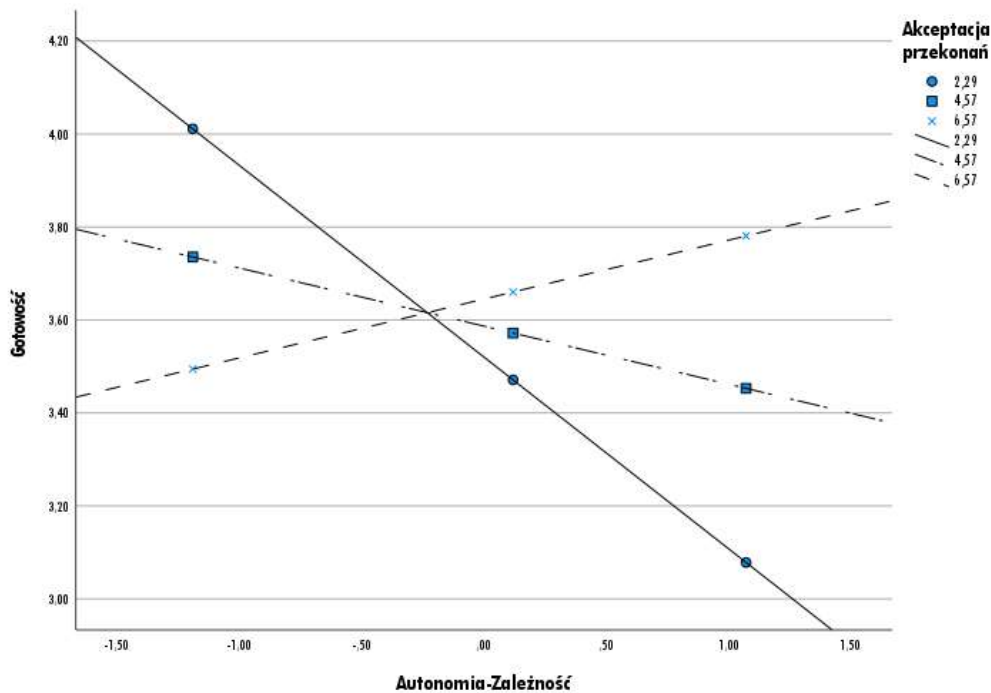
Centyl	Wartość	Efekt	SE	t	p	PU
16	2,29	-0,43	0,15	-2,81	0,005	-0,73; -0,13
50	4,57	-0,14	0,13	-1,07	0,284	-0,39; 0,12
84	6,57	0,12	0,14	0,82	0,414	-0,16; 0,39

Adnotacja. SE - błąd standardowy; t - wynik testu t Studenta; p - istotność statystyczna; PU - przedział ufności

Przy niskich wartościach moderatora efekt był ujemny i istotny statystycznie, natomiast wraz ze wzrostem wartości moderatora efekt zmieniał się na dodatni, choć nieistotny statystycznie. Graficzna prezentacja opisanego efektu przedstawia Rysunek 21.

Rysunek 21

Akceptacja przekonań jako moderator w związku pomiędzy relacją autonomii-zależności a ogólną gotowością oddania narządów



Przy niższym nasileniu akceptacji przekonań związek pomiędzy relacjami do Boga określanymi jako autonomia-zależność a gotowością oddania narządów do przeszczepu był wysoki i ujemny. Wraz z podwyższaniem się akceptacji przekonań związek ten zmniejszał się. Osoby żyjące obok Boga, będące autonomiczne w relacji z nim są bardziej gotowe oddać narządy do przeszczepu przy niskiej akceptacji przekonań. Wraz ze wzrostem akceptacji dogmatów religijnych związek przestaje być znaczący. Analogicznie osoby o wysokiej zależności w relacji z Bogiem są mniej gotowe oddać narządy do przeszczepu kiedy ich akceptacja dogmatów jest niska.

9.5. Ogólne modele wyjaśniające gotowość oddania narządów do przeszczepu z zastosowaniem wszystkich predyktorów

Niniejszy podrozdział prezentuje trzy ogólne modele wyjaśniające gotowość oddania narządów do przeszczepu. Pierwszy z nich został wykonany dla ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu, drugi z nich dla gotowości oddania narządów życiowych a trzeci dla gotowości oddania narządów peryferycznych.

Jako pierwszą wykonano hierarchiczną analizę regresji metodą krokową ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu. W pierwszym kroku wprowadzono zmienne

socjodemograficzne (płeć, miejsce zamieszkania oraz deklarację wiary), w drugim kroku wprowadzono altruizm, motywację endo-egzocentryczną oraz interakcję pomiędzy tymi zmiennymi, w trzecim kroku wprowadzono preferowane grupy wartości (zachowawczość, otwartość na zmiany, przekraczanie siebie i umacnianie siebie), natomiast w czwartym kroku wprowadzono zmienne związane z religijnością tj. akceptację przekonań, relacje wobec Boga w postaci autonomii-zależności i odczuwania negatywnych emocji w relacji z Bogiem, a na koniec interakcję pomiędzy akceptacją przekonań i relacją autonomii – zależności oraz akceptacją przekonań i relacją nasyconą przykrymi emocjami. Następnie zastosowano metodę zwrotnego wyrzucania z modelu zmiennych, które pogarszały jego jakość. W konsekwencji analiza została wykonana w dziesięciu krokach, a jej wyniki zostały przedstawione poniżej.

Model był istotny statystycznie, $F(8, 344) = 5,84$; $p < 0,001$ i wyjaśniał 12% wyników ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu. Tabela 38 przedstawia zmienne, które znalazły się w modelu wraz z ich współczynnikami standaryzowanymi i niestandaryzowanymi oraz istotnością statystyczną. Pozostałe kroki analizy zamieszczono w aneksie.

Tabela 37

Współczynniki standaryzowane i niestandaryzowane predyktorów istotnie i całościowo wyjaśniających zjawisko ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu

		<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
	Stała	1,26	1,12		1,12	0,265
	Miejsce zamieszkania	0,10	0,06	0,09	1,79	0,074
	Altruizm	1,57	0,74	0,37	2,13	0,034
	END-EGZ	3,79	1,91	0,50	1,99	0,048
Krok 10	Altruizm x END-EGZ	-2,94	1,27	-0,70	-2,31	0,021
	Zachowawczość	-0,76	0,19	-0,37	-4,05	< 0,001
	Otwartość na zmiany	-0,40	0,15	-0,22	-2,71	0,007
	Umacnianie siebie	-0,29	0,09	-0,21	-3,39	0,001
	Negatywne emocje	-0,15	0,06	-0,13	-2,49	0,013

Adnotacja. *B* – współczynnik niestandaryzowany; *SE* – błąd standardowy; β – współczynnik standaryzowany; *t* – wynik testu *t* Studenta; *p* – istotność statystyczna

Istotnymi statystycznie predyktorami wyjaśniającymi ogólną gotowość oddania narządów do przeszczepu był altruizm, endo-egzocentryczna motywacja do zachowań prospołecznych, interakcja pomiędzy altruizmem a endo-egzocentryczną motywacją do zachowań prospołecznych, preferencja wartości związanych z zachowawczością, otwartością na zmiany, umacnianiem siebie oraz relacja z Bogiem nasycona przykrymi emocjami. Altruizm oraz endo-egzocentryzm moralny pozytywnie przewidywały wartości gotowości oddania narządów do przeszczepu. Wyższy altruizm i wyższa egzocentryczna motywacja zachowań prospołecznych sprzyjały ogólnej wyższej gotowości oddania narządów. Niższa preferencja wartości związanych z zachowawczością, otwartością na zmiany oraz umacnianiem siebie, a także posiadanie relacji z Bogiem o mniejszym nasyceniu negatywnymi emocjami również sprzyjało wyższej gotowości oddania narządów do przeszczepu.

Jako drugą wykonano hierarchiczną analizę regresji metodą krokową gotowości oddania narządów życiowych. W pierwszym kroku wprowadzono zmienne socjodemograficzne (płeć, miejsce zamieszkania oraz deklarację wiary), w drugim kroku wprowadzono altruizm, motywację endo-egzocentryczną oraz interakcję pomiędzy tymi zmiennymi, w trzecim kroku wprowadzono preferowane grupy wartości (zachowawczość, otwartość na zmiany, przekraczanie siebie i umacnianie siebie), natomiast w czwartym kroku wprowadzono zmienne związane z religijnością tj. akceptację przekonań, relacje wobec Boga w postaci autonomii-zależności i odczuwaniu w relacji przykrych emocji, a na koniec interakcję pomiędzy akceptacją przekonań i relacją autonomii-zależności oraz akceptacją przekonań i relacją nasyconą przykrymi emocjami. Następnie zastosowano metodę zwrotnego wyrzucania z modelu zmiennych, które pogarszały jego jakość. W konsekwencji analiza została wykonana w dwunastu krokach, a jej wyniki zostały przedstawione poniżej.

Model był istotny statystycznie, $F(6, 346) = 6,39; p < 0,001$ i wyjaśniał 10% wyników gotowości oddania narządów życiowych. Tabela 39 przedstawia zmienne, które znalazły się w modelu wraz z ich współczynnikami standaryzowanymi i niestandaryzowanymi oraz istotnością statystyczną. Pozostałe kroki analizy zamieszczono w aneksie.

Tabela 38

Współczynniki standaryzowane i niestandaryzowane predyktorów istotnie i całościowo wyjaśniających zjawisko gotowości oddania narządów życiowych

		<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
	Stała	2,26	0,98		2,30	0,022
	Altruizm	1,30	0,65	0,35	1,99	0,048
	END-EGZ	3,87	1,69	0,58	2,29	0,023
Krok 12	Altruizm x END-EGZ	-2,69	1,12	-0,73	-2,39	0,017
	Przekraczanie siebie	0,37	0,10	0,21	3,88	< 0,001
	Autonomia-Zależność	-0,12	0,05	-0,12	-2,34	0,020
	Negatywne emocje	-0,14	0,05	-0,14	-2,55	0,011

Adnotacja. *B* – współczynnik niestandaryzowany; *SE* – błąd standardowy; β – współczynnik standaryzowany; *t* – wynik testu *t* Studenta; *p* – istotność statystyczna

Istotnymi predyktorami gotowości oddania narządów życiowych były następujące zmienne: altruizm, endo-egzocentryczna motywacja zachowań prospołecznych, interakcja pomiędzy altruizmem a endo-egzocentryczną motywacją do zachowań prospołecznych, preferencja wartości przekraczania siebie oraz relacje religijne: relacja autonomii-zależności oraz relacja nasycona negatywnymi emocjami. Altruizm, motywacja egzocentryczna oraz preferencja wartości przekraczania siebie sprzyjały wyższej gotowości oddania narządów życiowych. Bycie w relacji autonomii wobec Boga oraz relacji o niskim nasyceniu negatywnymi emocjami również sprzyjało gotowości oddania narządów życiowych.

Jako trzecią wykonano hierarchiczną analizę regresji metodą krokową gotowości oddania narządów peryferycznych. W pierwszym kroku wprowadzono zmienne socjodemograficzne (płeć, miejsce zamieszkania oraz deklarację wiary), w drugim kroku wprowadzono altruizm, motywację endo-egzocentryczną oraz interakcję pomiędzy tymi zmiennymi, w trzecim kroku wprowadzono preferowane grupy wartości (zachowawczość, otwartość na zmiany, przekraczanie siebie i umacnianie siebie), natomiast w czwartym kroku wprowadzono zmienne związane z religijnością tj. akceptację przekonań, relacje wobec Boga w postaci autonomii-zależności i odczuwaniu w relacji przykrych emocji, a na koniec interakcję pomiędzy akceptacją przekonań i relacją autonomii-zależności oraz akceptacją przekonań i relacją nasyconą przykrymi emocjami.

Następnie zastosowano metodę zwrotnego wyrzucania z modelu zmiennych, które pogarszały jego jakość. W konsekwencji analiza została wykonana w trzynastu krokach, a jej wyniki zostały przedstawione poniżej.

Model był istotny statystycznie, $F(5, 347) = 7,29$; $p < 0,001$ i wyjaśniał 9,5% wyników gotowości oddania narządów peryferycznych. Tabela 39 przedstawia zmienne, które znalazły się w modelu wraz z ich współczynnikami standaryzowanymi i niestandaryzowanymi oraz istotnością statystyczną. Pozostałe kroki analizy zamieszczono w aneksie.

Tabela 39

Współczynniki standaryzowane i niestandaryzowane predyktorów istotnie i całościowo wyjaśniających zjawisko gotowości oddania narządów peryferycznych

		<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Krok 13	Stała	3,56	0,24		14,67	< 0,001
	Zachowawczość	-0,81	0,23	-0,33	-3,55	< 0,001
	Otwartość na zmiany	-0,44	0,18	-0,20	-2,49	0,013
	Umacnianie siebie	-0,31	0,10	-0,18	-3,01	0,003
	Akceptacja przekonań	-0,08	0,04	-0,11	-1,90	0,059
	Negatywne emocje	-0,19	0,07	-0,14	-2,68	0,008

Adnotacja. *B* – współczynnik niestandaryzowany; *SE* – błąd standardowy; β – współczynnik standaryzowany; *t* – wynik testu t Studenta; *p* – istotność statystyczna

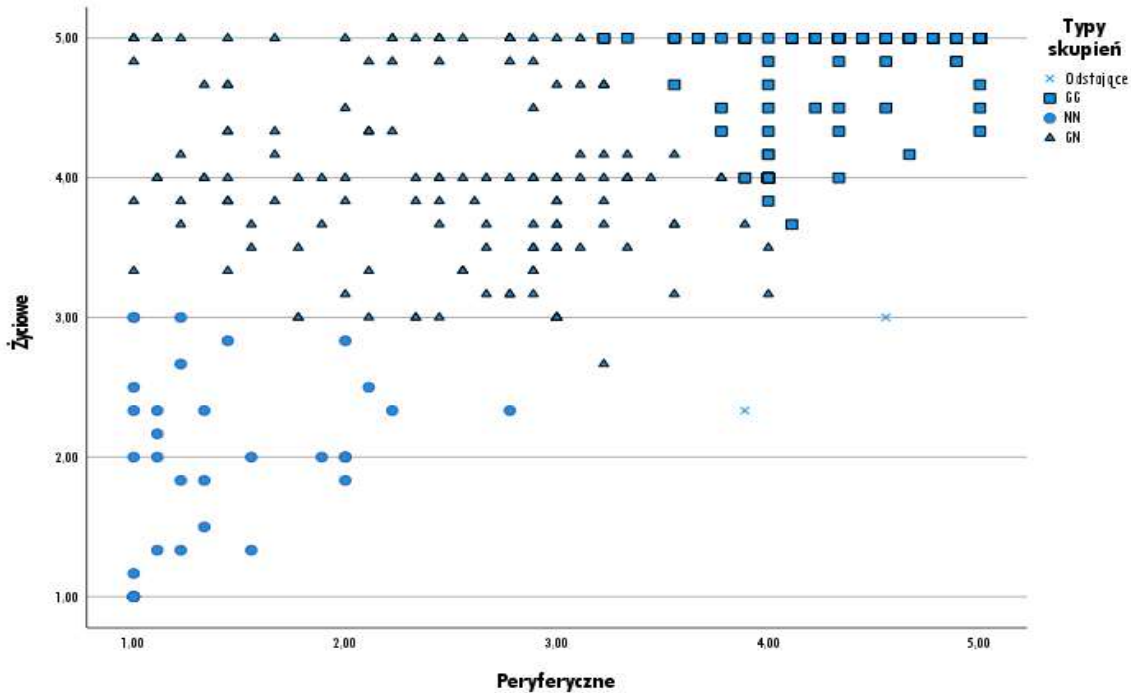
Istotnymi predyktorami gotowości oddania narządów peryferycznych były: preferowane wartości zachowawczości, otwartości na zmiany, umacnianie siebie oraz relacja do Boga nasycona negatywnymi emocjami. Niższe preferowanie wartości związanych z zachowawczością, umacnianiem siebie oraz relacja względem Boga w małym stopniu nasycona przykrymi emocjami sprzyjały gotowości oddania narządów peryferycznych.

9.6. Analiza skupień i różnice międzygrupowe

W celu wyodrębnienia typów osób o różnej gotowości oddania narządów życiowych i peryferycznych wykonano analizę skupień metodą k średnich, a następnie wyodrębnione typy osób porównano między sobą testem różnic międzygrupowych ANOVA w celu ustalenia różnic między nimi. Wyniki analizy skupień zostały przedstawione na rysunku 22.

Rysunek 22

Analiza skupień gotowości oddania narządów życiowych oraz peryferycznych



Analiza skupień wykazała istnienie trzech typów osób uzupełniających Skalę gotowości do transplantacji. Pierwszym typem są osoby GG (gotowe-gotowe) charakteryzujące się wysoką gotowością oddania narządów życiowych oraz narządów peryferycznych. Drugim typem są osoby NN (niegotowe-niegotowe) charakteryzujące się niską gotowością oddania (lub jej brakiem) zarówno narządów życiowych jak i peryferycznych. Trzecim wyróżnionym typem są osoby GN (gotowe-niegotowe) charakteryzujące się wysoką gotowością oddania narządów życiowych oraz niską gotowością lub jej brakiem oddania narządów peryferycznych. Osoby odstające oznaczone symbolem x charakteryzowały się odległością od centrum powyżej 1,5 odchylenia standardowego od centrum skupienia dlatego zostały pominięte w analizie.

Następnie przeprowadzono test różnic międzygrupowych ANOVA w celu ustalenia różnic w zakresie badanych zmiennych wyjaśniających między wyróżnionymi trzema typami skupień. Różnice w zakresie altruizmu i endo-egzocentrycznej motywacji altruistycznej zostały przedstawione w tabeli 40.

Tabela 40

Test różnic pomiędzy wyróżnionymi skupieniami w zakresie zmiennej altruizm i endo-egzocentryczna motywacja zachowań prospołecznych

Zmienna	Grupa	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	Post hoc
Altruizm	GG	1,54	0,27	1,32	0,269	0,007	n.i.
	NN	1,50	0,26				
	GN	1,49	0,29				
END-EZG	GG	0,53	0,15	2,29	0,103	0,012	n.i.
	NN	0,51	0,15				
	GN	0,56	0,15				

Adnotacja. *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *F* – wynik testu ANOVA; *p* – istotność statystyczna; η^2 – wielkość efektu; post hoc – istotność testu post hoc

Analiza nie wykazała istotnych różnic pomiędzy osobami gotowymi oddać narządy zarówno życiowe jak i peryferyczne, nie gotowymi na oddanie żadnych narządów oraz gotowymi oddać narządy życiowe lecz nie gotowymi oddać narządów peryferycznych w zakresie wyników altruizmu oraz endo-egzocentrycznej motywacji do zachowań prospołecznych.

Różnice w zakresie preferowanych wartości oraz grup wartości pomiędzy wyróżnionymi skupieniami zostały przedstawione w tabeli 41.

Tabela 41

Test różnic pomiędzy wyróżnionymi skupieniami w zakresie preferowanych wartości oraz grup wartości

Zmienna	Grupa	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	Post hoc
Przystosowanie	GG	-0,21	0,82	2,87	0,058	0,014	GN > GG*
	NN	-0,16	0,67				
	GN	-0,02	0,73				
Tradycja	GG	-0,94	0,90	10,26	< 0,001	0,049	NN > GG** GN > GG****
	NN	-0,52	0,73				
	GN	-0,53	0,98				
Życzliwość	GG	0,62	0,70	9,75	< 0,001	0,047	GG > NN**** GN > NN**
	NN	0,10	0,68				
	GN	0,53	0,68				
Uniwersalizm	GG	0,49	0,65	7,95	< 0,001	0,039	GG > NN* GG > GN**
	NN	0,13	0,70				
	GN	0,27	0,64				
Kierowanie sobą	GG	0,65	0,72	6,09	0,002	0,067	GG > GN**
	NN	0,42	0,63				
	GN	0,41	0,67				
Stymulacja	GG	-0,18	0,95	0,15	0,861	0,001	n.i.
	NN	-0,18	1,02				
	GN	-0,13	0,94				
Hedonizm	GG	-0,29	1,03	1,56	0,212	0,008	n.i.
	NN	0,00	0,91				
	GN	-0,22	0,98				
Osiągnięcia	GG	0,18	0,92	1,92	0,149	0,010	n.i.
	NN	0,31	0,77				
	GN	0,04	0,85				
Władza	GG	-0,88	0,93	5,02	0,007	0,025	NN > GG*
	NN	-0,35	1,19				
	GN	-0,78	1,02				
Bezpieczeństwo	GG	-0,01	0,68	0,05	0,947	0,000	n.i.
	NN	0,03	0,72				
	GN	0,01	0,64				
Zachowawczość	GG	-0,39	0,57	6,55	0,002	0,032	GN > GG**
	NN	-0,22	0,44				
	GN	-0,18	0,56				
Otwartość na zmiany	GG	0,06	0,64	0,25	0,777	0,001	n.i.
	NN	0,08	0,53				
	GN	0,02	0,63				
Przekraczanie siebie	GG	0,56	0,56	11,85	< 0,001	0,056	GG > NN**** GG > GN* GN > NN*
	NN	0,12	0,61				
	GN	0,40	0,54				
Umacnianie siebie	GG	-0,35	0,80	3,42	0,034	0,017	n.i.
	NN	-0,02	0,86				
	GN	-0,37	0,77				

Adnotacja. *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *F* – wynik testu ANOVA; *p* – istotność statystyczna; η^2 – wielkość efektu; post hoc – istotność testu post hoc

Analiza nie wykazała istotnych różnic pomiędzy osobami gotowymi oddać narządy zarówno życiowe jak i peryferyczne, nie gotowymi na oddanie żadnych narządów oraz gotowymi oddać narządy życiowe lecz nie gotowymi oddać narządów peryferycznych w zakresie preferencji wartości stymulacji, hedonizmu, osiągnięć, bezpieczeństwa oraz grup wartości związanych z otwartością na zmiany i umacnianiem siebie.

Osoby gotowe oddać narządy zarówno życiowe jak i peryferyczne charakteryzowały się niższą preferencją wartości stymulacji od osób gotowych oddać jedynie narządy życiowe ($p = 0,048$). Ponadto osoby gotowe oddać wszystkie narządy do przeszczepu charakteryzowały się istotnie niższą preferencją wartości tradycji od osób niegotowych na oddanie narządów ($p = 0,005$) oraz częściowo gotowych na oddanie narządów w postaci narządów życiowych ($p < 0,001$). Gotowi oddać wszystkie narządy mniej preferowali również wartość władzy względem niegotowych do oddania narządów ($p = 0,027$) oraz wartości związane z zachowawczością od gotowych oddać jedynie narządy życiowe ($p = 0,002$). Osoby gotowe oddać zarówno narządy życiowe jak i peryferyczne odróżniała wyższa preferencja wartości życzliwości ($p < 0,001$), uniwersalizmu ($p = 0,010$) oraz grupy wartości związanych z przekraczaniem siebie ($p < 0,001$) względem osób niegotowych do oddania narządów oraz wartości uniwersalizmu ($p = 0,007$), kierowania sobą ($p = 0,003$) i wartości związanych z przekraczaniem siebie ($p = 0,029$) od osób częściowo gotowych oddać swoje narządy. Osoby gotowe oddać jedynie narządy życiowe charakteryzowały się wyższą preferencją wartości życzliwości oraz wartości związanych z przekraczaniem siebie ($p = 0,025$) od osób niegotowych do oddania swoich narządów ($p = 0,002$). Można zatem stwierdzić, że osoby gotowe oddać wszystkie narządy do przeszczepu charakteryzują się wysoką preferencją wartości takich jak życzliwość, uniwersalizm, kierowanie sobą oraz wartości związanych z przekraczaniem siebie oraz niską preferencją wartości przystosowania, tradycji, władzy i grupy wartości związanych z zachowawczością.

Różnice w zakresie religijności oraz relacji religijnych pomiędzy poszczególnymi skupieniami zostały przedstawione w tabeli 42.

Tabela 42

Test różnic pomiędzy wyróżnionymi skupieniami w zakresie religijności oraz przeżywanych relacji do Boga

Zmienna	Grupa	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2	Post hoc
Akceptacja przekonań	GG	4,33	1,98	2,56	0,065	0,014	n.i.
	NN	4,84	1,35				
	GN	4,73	1,62				
Centralność religijności	GG	4,24	1,33	0,257	0,774	0,001	n.i.
	NN	4,39	1,08				
	GN	4,31	1,32				
Strach przed niepewnością	GG	3,67	1,18	0,76	0,471	0,004	n.i.
	NN	3,90	1,05				
	GN	3,75	1,10				
Zależność	GG	3,71	1,92	4,41	0,013	0,022	GN >GG*
	NN	4,25	1,36				
	GN	4,24	1,63				
Autonomia	GG	4,26	1,67	2,23	0,109	0,011	n.i.
	NN	3,79	1,22				
	GN	4,02	1,36				
Buntowniczość	GG	2,93	1,42	4,73	0,009	0,023	NN >GG*
	NN	3,54	1,29				
	GN	3,25	1,31				
Lęk	GG	2,73	1,25	12,05	< 0,001	0,057	NN >GG*** GN > GG**
	NN	3,58	1,10				
	GN	3,19	1,17				
Identyfikacja	GG	3,57	1,68	1,88	0,154	0,009	n.i.
	NN	3,88	1,16				
	GN	3,87	1,49				
Współhumanitarność	GG	3,68	1,75	2,26	0,105	0,011	n.i.
	NN	4,00	1,09				
	GN	4,04	1,51				
Norma etyczna	GG	3,47	1,74	5,38	0,005	0,027	GN >GG**
	NN	4,04	1,40				
	GN	4,00	1,53				
Autonomia-Zależność	GG	-0,12	1,08	3,48	0,033	0,017	n.i.
	NN	0,17	0,74				
	GN	0,13	0,93				
Negatywne emocje	GG	-0,19	1,03	9,62	< 0,001	0,046	NN >GG*** GN > GG**
	NN	0,43	0,86				
	GN	0,16	0,93				

Adnotacja. *M* – średnia; *SD* – odchylenie standardowe; *F* – wynik testu ANOVA; *p* – istotność statystyczna; η^2 – wielkość efektu; post hoc – istotność testu post hoc

Analiza nie wykazała istotnych różnic pomiędzy osobami gotowymi oddać narządy zarówno życiowe jak i peryferyczne, nie gotowymi na oddanie żadnych narządów oraz gotowymi oddać narządy życiowe lecz nie gotowymi oddać narządów peryferycznych w zakresie formalnych aspektów religijności tj. akceptacji przekonań, centralności religijności oraz strachu przed niepewnością oraz relacji względem Boga: relacji autonomii, identyfikacji, współhumanitarności, autonomii-zależności.

Osoby gotowe oddać zarówno narządy życiowe jak i peryferyczne charakteryzowały się niższą zależnością względem Boga wobec osób gotowych przekazać jedynie narządy życiowe ($p = 0,017$) niższym postrzeganiem Boga jako normy absolutnej ($p = 0,008$), niższym lękiem przed Bogiem ($p = 0,001$) oraz mniejszym nasyceniem relacji współwystępującej negatywnymi emocjami ($p = 0,003$) względem osób częściowo gotowych do oddania narządów. Ponadto osoby gotowe oddać wszystkie narządy do przeszczepu wykazywały istotnie niższy lęk przed Bogiem ($p < 0,001$), buntowniczość względem działań Boga ($p = 0,024$) oraz mniejsze nasilenie negatywnych emocji w relacji z Bogiem ($p < 0,001$) względem osób niegotowych oddać żadnych organów do przeszczepu. Można zatem stwierdzić, że osoby gotowe oddać do przeszczepu zarówno narządy życiowe jak i peryferyczne charakteryzują się niższą relacją zależności, buntowniczości, lęku, niższym postrzeganiem Boga jako normy absolutnej oraz niższym odczuwaniem negatywnych emocji w relacji z Bogiem.

10. Dyskusja wyników

W tym rozdziale została podjęta próba syntezy uzyskanych wyników oraz ich dyskusji w świetle dostępnej literatury psychologicznej. Uzyskane wyniki badań zaprezentowane w rozdziale 9 pozwalają na częściowe potwierdzenie postawionych hipotez. Omówiona zostanie kolejno rola czynników socjodemograficznych, altruizmu, wartości oraz religijności w pośmiertnym dawstwie narządów. Następnie przedstawione zostaną cechy charakteryzujące osobę gotową oddać narządy koniecznie potrzebne do życia oraz narządy polepszające jakość codziennego funkcjonowania, a na koniec cechy osób gotowych oddać wszystkie narządy do przeszczepu, gotowych oddać jedynie narządy ratujące życie i zdrowie człowieka oraz nie gotowych do oddania narządów do przeszczepu.

10.1. Znaczenie zmiennych socjodemograficznych w gotowości dawstwa narządów do przeszczepu

Pierwsza część analiz dotyczyła sprawdzenia związku pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi a pośmiertną gotowością oddania narządów. Przeprowadzone analizy wykazały znaczenie czynnika płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia, statusu zawodowego, deklaracji wiary i wyznania oraz podejścia do kremacji ciała po śmierci.

Kobiety są bardziej gotowe by oddać swoje narządy do przeszczepu oraz częściej podpisują kartę dawcy narządów. Uzyskany wynik koresponduje z dotychczasowymi badaniami wskazującymi na fakt wyższej gotowości, chęci do podpisania karty dawcy narządów czy pozytywniejszej postawy wobec donacji wśród kobiet (Alvaro i in., 2005; Chen i in., 2006; Reubsat i in., 2001). W literaturze dotyczącej altruizmu zwraca się uwagę na podobny poziom altruizmu u kobiet i mężczyzn, jednakże formy udzielania pomocy przez jednych i drugich różnią się. Kobiety częściej udzielają pomocy w sytuacjach, które wymagają opiekuńczości, zaangażowania, zobowiązania się nawet na dłuższy czas a mężczyźni w sytuacjach wymagających odwagi, zdecydowania i refleksu (Eagly i Crowley, 1986). Gotowość do pośmiertnego oddania narządów można zaliczyć do sytuacji, która nie następuje natychmiastowo. Podjęta decyzja lub deklaracja gotowości może przynieść konsekwencje po długim czasie stąd kobiety mogą być bardziej gotowe do podjęcia decyzji o dawstwie, które nastąpi dopiero po ich śmierci.

Osoby mieszkające w dużych miastach wyrażały większą gotowość oddania narządów niż osoby mieszkające w małych miastach. Zależność ta może być kwestią wiedzy na temat przeszczepów. Autorzy podkreślają, że posiadanie odpowiedniej wiedzy na temat przeszczepów jest ważnym aspektem w gotowości dawstwa narządów (Conesa i in., 2003; Conesa i in., 2004;

Demir i Kumkale, 2013; Feeley, 2007; Horton i Horton, 1990, 1991; Morgan i Miller, 2002; Morgan, 2006; Nijkamp i in., 2008; Reubsæet i in., 2001). Osoby mieszkające w większych ośrodkach takich jak Warszawa, Kraków czy Poznań w których prowadzone były badania mają większy dostęp do różnych kampanii społecznych promujących transplantację, w tych ośrodkach znajdują się kliniki transplantacyjne, które mogą wywoływać chęć poszerzenia wiedzy nt. przeszczepów, częściej organizowane są konferencje nt. transplantacji i jej promocji, zwłaszcza w środowiskach około medycznych, organizowane są spotkania z transplantologami oraz z autorami popularnonaukowymi promującymi wiedzę o transplantacji i dawstwie organów.

Osoby z wyższym i średnim poziomem wykształcenia były bardziej gotowe oddać swoje narządy do przeszczepu względem osób o wykształceniu podstawowym i zawodowym, a osoby z wykształceniem wyższym częściej posiadały podpisaną kartę dawcy narządów. Wyższe wykształcenie również może wiązać się z większą wiedzą na temat przeszczepów, co będzie sprzyjało wyższej gotowości oddania. Wśród studentów (wykształcenie średnie) i osób z wyższym wykształceniem znajdowała się też grupa osób ze środowiska około medycznego mająca większą wiedzę i kontakt ze środowiskiem transplantacyjnym. Inni badacze odnaleźli również powiązania wykształcenia wyższego z wyższą gotowością oddania narządów, chęcią podpisania karty dawcy narządów oraz pozytywniejszą postawą (Conesa i in., 2006; Romeso i in., 2001; Siminoff i in., 2006).

Osoby studiujące charakteryzowały się wyższą gotowością oddania narządów od osób uczących się i pracujących. W tym przypadku również można domniemywać efekt wpływu grupy ze środowiska medycznego mającego większą wiedzę na temat transplantacji. Studia odbywają się często w większych ośrodkach miejskich, gdzie osoba ma większą możliwość kontaktu ze środowiskami promującymi transplantację jak w przypadku osób mieszkających w dużych miastach. Na uczelniach często promuje się dawstwo szpiku czy krwi, a decyzja o oddaniu szpiku lub krwi wiąże się z wyższą gotowością dawstwa innych organów (Chen i in., 2006). Badania przeprowadzone przez Conesę i in. (2003) również potwierdziły większą gotowość do dawstwa właśnie w grupie studentów.

Osoby dopuszczające kremację po swojej śmierci są bardziej gotowe oddać narządy do przeszczepu niż te które nie dopuszczają takiej możliwości. Ta różnica może wiązać się z integralnością ciała po śmierci. Osoby wierzące i przyjmujące integralność ciała po śmierci jako ważną nie będą chciały zgodzić się na oddanie narządów oraz na spalenie własnego ciała. Badania pokazują, że ważność integralności ciała nie sprzyja dawstwu (Alden i Cheung, 2000; Chen i in., 2006).

10.2. Rola altruizmu i motywacji altruistycznej w gotowości oddania narządów do przeszczepu

Druga część analiz dotyczyła sprawdzenia związku pomiędzy altruizmem a gotowością oddania narządów do przeszczepu oraz różnic w zakresie altruizmu pomiędzy osobami o różnym statusie podpisania karty dawcy narządów. Hipoteza 1 wyrażała przewidywanie, że *poziom altruizmu wiąże się z gotowością oddania narządów do przeszczepu. Im wyższy poziom altruizmu tym wyższa gotowość oddania narządów*. Przeprowadzona analiza korelacji wykazała brak relacji pomiędzy poziomem altruizmu a ogólną gotowością oddania narządów, gotowością oddania narządów życiowych i peryferycznych. Ponadto osoby z podpisaną kartą dawcy narządów oraz skłonne do podpisania karty dawcy nie różniły się w poziomie altruizmu od osób niezdecydowanych i nie chcących podpisać karty dawcy narządów. Wynik tej analizy jest zgodny z wątpliwościami jakie pojawiają się w literaturze przedmiotu. W celu pogłębienia problematyki altruizmu i jego związku z gotowością oddania narządów do przeszczepu postanowiono poszukać tych powiązań z różną motywacją zachowań altruistycznych. Część z badaczy wskazywała na pozytywne znaczenie bycia altruistą w gotowości oddania narządów do przeszczepu (Alsalem i in., 2020; Cohen i Hoffner, 2013; Kahalaila, 2013; Mostafa i in., 2010; Ruggierii i in., 2022; Wu i in., 2013) inni natomiast nie potwierdzili istnienia tego związku (Bresnahan i in., 2010; Dopelt i in., 2022; Morgan, 2006) lub relacja altruizmu w tych samych badaniach w zależności od wskaźnika wykazywała niespójne wyniki (Milaniak, 2018). Być może bardziej jednoznacznych wyników dostarczyłyby analizy pogłębione o motywację altruistyczną. Pojęcie altruizmu bez uwzględnienia różnej motywacji altruistycznej może okazać się, przynajmniej w niektórych przypadkach, kategorią zbyt ogólną. Zastanawiający jest jednak fakt nie potwierdzenia znaczenia altruizmu jako ważnego korelatu zachowań prospołecznych wskazywanego przez badaczy zajmujących się różnymi rodzajami tych zachowań. Karyłowski (1982) oraz Śliwak (2001) mocno podkreślają duże znaczenie „jakości” altruizmu jakim kieruje się osoba udzielająca pomocy. Zgodnie z teorią Karyłowskiego dzielącą altruizm na ten motywowany własnym egoizmem i chęcią polepszenia własnego mniemania o sobie (endocentryczny), nazywanym przez Śliwaka altruizmem psychologicznym oraz „gorszym” rodzajem altruizmu oraz altruizm motywowany dobrem drugiego człowieka (egzoentryczny), nazywany przez Śliwaka altruizmem akcyjnym oraz „lepszym”, są ważnym aspektem podczas badania zachowań altruistycznych. Powyższe przesłanki teoretyczne oraz brak znaczenia poziomu altruizmu otworzył możliwość na zweryfikowanie hipotezy 4.1. zakładającej, że poziom motywacji altruistycznej jest moderatorem związku pomiędzy altruizmem a gotowością oddania narządów do przeszczepu. Hipoteza ta ma swoje potwierdzenie w uzyskanych wynikach. Wprowadzona do modelu regresji interakcja

wykazała, że zarówno altruizm, motywacja endo-egzocentryczna jak i interakcja pomiędzy nimi odgrywają ważną rolę w gotowości do dawstwa organów, a analiza moderacji potwierdziła tę zależność. Wyniki te sugerują zatem, że badanie zjawisk uznawanych powszechnie za działania podejmowane w celu niesienia pomocy drugiemu człowiekowi z pominięciem motywacji jaka działa na jednostkę, która to działanie podejmuje, może prowadzić badacza do wysnuwania błędnych wniosków na temat braku znaczenia altruizmu w zjawiskach prospołecznych, podczas gdy wyższy altruizm sprzyja oddawaniu organów do przeszczepu, zwłaszcza jeśli chodzi o organy ratujące ludzkie życie i zdrowie.

Ponadto wykonana analiza moderacji z wykorzystaniem jako moderatora endo-egzocentrycznej motywacji do zachowań prospołecznych, w związku między altruizmem a gotowością oddania narządów do przeszczepu, wskazuje na wagę tej motywacji zgodne z założeniami Karyłowskiego. Osoby zmotywowane do pomocy drugiemu człowiekowi przez swoje wewnętrzne pobudki i zaspokajanie własnego ego charakteryzują się wysokim altruizmem współwystępującym z wysoką gotowością oddania narządów do przeszczepu, natomiast osoby zmotywowane chęcią dobra drugiego człowieka wyrażają gotowość oddania narządów do przeszczepu przy niższym poziomie altruizmu. Można to wytłumaczyć tym, że osoby te skupiają się na tym by człowiek otrzymał pomoc, natomiast nie jest dla nich ważne kto tej pomocy mu udzieli. Mogą być to oni sami lub inny człowiek, natomiast dla osób motywowanych w swoim altruistycznym zachowaniu głównie przez swoje wewnętrzne pobudki ważnym jest osobiste udzielenie pomocy. Tylko osobiste udzielenie pomocy przez altruistę endocentrycznego nagradza go wewnętrznie i będzie on pomagał do momentu aż uzna, że jest wystarczająco dobry i moralny i uzyska wysoką samoocenę.

10.3. Rola preferowanych wartości w gotowości oddania narządów do przeszczepu

Trzecia część analiz dotyczyła sprawdzenia związku pomiędzy preferowanymi wartościami a gotowością oddania narządów do przeszczepu oraz różnic w zakresie preferencji wartości pomiędzy osobami o różnym statusie podpisania karty dawcy narządów. Hipoteza 2 zakładająca, że *preferencja wartości wiąże się z gotowością oddania narządów do transplantacji* została podzielona na dwie hipotezy szczegółowe, które zostały częściowo potwierdzone. Hipoteza 2.1. wskazując na fakt, że *preferencja wartości charakteryzujących się wyższą otwartością na zmiany i wyższym poziomem przekraczania siebie wiąże się z wyższą gotowością oddania narządów do transplantacji* została potwierdzona częściowo, natomiast hipoteza 2.2. zakładająca, że *preferencja wartości charakteryzujących się wyższą zachowawczością i wyższym poziomem umacniania siebie wiąże się z niższą gotowością oddania narządów do przeszczepu*

została potwierdzona. Wykonana analiza korelacji wykazała dodatni związek pomiędzy gotowością oddania narządów a przekraczaniem siebie oraz ujemny związek pomiędzy gotowością oddania narządów do przeszczepu a zachowawczością i umacnianiem siebie. Dodatkowo zachowawczość oraz przekraczanie siebie okazały się istotnymi predyktorami wyjaśniającymi gotowość oddania narządów.

Osoby preferujące wartości związane z troską o dobro drugiego człowieka oraz o przyjaźń i miłość, troską o dobro całego społeczeństwa i środowiska oraz ceniące sobie sprawiedliwość i pokój są bardziej gotowe oddać narządy do przeszczepu, natomiast osoby dla których bardziej znaczące jest kierowanie się doświadczeniem osobistego sukcesu, zdobywania statusu społecznego i prestiżu są w mniejszym stopniu gotowe oddać swoje narządy. Ponadto osoby ceniące wartość przystosowywania się do sytuacji by nie szkodzić innym, akceptujące rytuały i idee zarówno kulturowe jak i religijne oraz ceniące sobie poczucie bezpieczeństwa zarówno osobistego jak i społecznego również cechowały się niższą gotowością oddania narządów do przeszczepu. Porównanie osób o różnej deklaracji posiadania karty dawcy narządów również wykazało, że osoby silniej preferujące wartości społeczne i moralne związane z przekraczaniem siebie częściej miały podpisaną kartę dawcy narządów lub były skłonne do podpisania tej karty od osób niezdecydowanych lub nie chcących podpisać tej karty.

Uzyskane wyniki korespondują z doniesieniami z literatury na temat związku gotowości oddania narządów z wartościami życzliwości i uniwersalizmu, wartościami dotyczącymi troski o dobro drugiego człowieka i społeczeństwa oraz dóbr moralnych (Ryckman i in., 2005). Ponadto potwierdzają to badania orientacji na wartości prospołeczne wspierające rejestrację karty dawcy narządów (Manesi, 2019; Merz, 2017) oraz badania odnoszące się do korelatów osobowości altruistycznej podkreślające znaczenie wartości społecznych w zachowaniach na korzyść innych (Staub, 1975; 2013; Śliwak, 1995). Badania własne również wskazały na ważną rolę wartości moralnych w gotowości do dawstwa narządów (Bednarczyk i Zaleski, 2022). Zaskakujący wydaje się jednak brak powiązania gotowości oddania narządów do przeszczepu z wartościami otwartości na zmiany charakteryzującymi się autonomią w sposobie myślenia i działania, poszukiwaniu nowych doznań i ekscytacji a także dążeniu do zaspokajania swoich potrzeb. W przeprowadzonych badaniach pilotażowych zarówno autonomia jak i dążenie do zaspokajania swoich potrzeb, zwłaszcza tych fizycznych najsilniej wiązały się z gotowością oddania organów (Bednarczyk i Zaleski, 2022), a w badaniach Ryckman i in. (2005) poszukiwanie nowych doznań i ekscytacji wiązało się pozytywnie z gotowością oddania narządów do przeszczepu. Ponadto badania nad preferencją wartości u osób empatycznych przeprowadzonych przez Czerniawską i

Dolatę (2005) wskazywały na preferencję wartości utożsamianych z otwartością na zmiany w modelu Schwartza. Wydaje się zatem, że o ile rola wartości skupionych na dobru drugiego człowieka i społeczeństwa oraz wartości moralnych w gotowości oddania narządów jest niepodważalna i ważna to kierowanie się innymi wartościami zwłaszcza związanymi z otwartością na zmiany (hedonizmem, stymulacją oraz kierowaniem sobą) wymaga jeszcze potwierdzenia w kolejnych badaniach z powodu swojej niespójności.

Hipoteza 4.2. *brzmiała: Poziom motywacji altruistycznej jest moderatorem związku pomiędzy wartościami a gotowością oddania narządów do przeszczepu.* Postawiona hipoteza została potwierdzona częściowo. Analiza nie wykazała efektu moderacji w przypadku ogólnego oddania narządów do przeszczepu oraz oddania narządów peryferycznych, wykazała jednak efekt moderacyjny w przypadku związku między wartościami otwartości na zmiany, przekraczania siebie oraz umacniania siebie z gotowością oddania narządów życiowych.

Osoby o endocentrycznej motywacji zachowań prospołecznych (pomagające ze względu na podtrzymywanie własnego mniemania o sobie) preferujące wartości związane z osobistym sukcesem, posiadaniem kontroli nad innymi ludźmi oraz podtrzymywaniem swojego statusu społecznego i prestiżu wykazywały niższą gotowość oddania organów do przeszczepu podczas gdy osoby zmotywowane pomocą ze względu na dobro drugiego człowieka nie charakteryzowały się powiązaniem pomiędzy preferencją tych wartości a gotowością oddania narządów życiowych. Osoby zmotywowane egoistycznie (endocentrycznie) prawdopodobnie skupiają się bardziej na aspekcie własnego ja związanym z sukcesem, władzą czy statusem społecznym. Wartości te w połączeniu z motywacją skupioną na samym sobie stają się na tyle ważne, że dawanie gotowość oddania innym organów staje się mniej ważnym aspektem. Endocentryk preferujący powyższe wartości prawdopodobnie nie czuje potrzeby podwyższania własnej oceny w wyrażeniu gotowości oddania narządów istotnych w ratowaniu życia. Tak duże skupienie na sobie spowodowane zarówno preferencją wartości jak i motywacją jest dominującym aspektem wyboru.

Taką samą zależność zaobserwowano w przypadku osób o motywacji skupionej na podtrzymywaniu własnego mniemania o sobie, preferujących wartości związane z autonomią w myśleniu i działaniu, poszukiwaniem nowych doznań i ekscytacji oraz dążeniu do przyjemności. Osoby te również wykazywały niższą gotowość oddania narządów życiowych, natomiast osoby zmotywowane do pomocy drugiemu, ponieważ człowiek jest dla nich wartością samą w sobie, nie charakteryzowały się współwystępowaniem preferencji tych wartości z gotowością oddania narządów życiowych. Preferowanie wartości skupionych na przeżywaniu nowych doznań i dążeniu do przyjemności oraz autonomii w myśleniu i działaniu u endocentryków wydają się być

związane z niską gotowością prawdopodobnie z powodu większego skupienia na sobie i przeżywaniu nowych doznań czy przyjemności. Są połączeniem motywacji egocentrycznej z wartościami skupionymi na osobistym doświadczaniu, nie będą więc wspierały gotowości oddania narządów. U egzocentryków możemy zauważyć, że tendencja ta jest odwrotna choć nieistotna z punktu widzenia statystyki. Jednakże osoby skupione na pomocy drugiemu z powodu wartości jaką jest dla nich drugi człowiek wykazują wyższą gotowość do dawstwa wraz z preferencją autonomii, poszukiwaniem doznań i dążeniem do przyjemności. Może być to kwestia faktu, że sami ceniąc takie wartości uważają za słuszne, aby drugi człowiek również mógł ich w życiu doświadczyć dlatego traktując człowieka jako podmiot autoteliczny wykazują wyższą chęć by mógł on podobnie eksplorować życie.

Odwrotną zależność zaobserwowano w przypadku osób preferujących wartości związane z dobrem osobistym i społecznym oraz wartości moralnych. Przy motywacji powodowanej pobudkami wewnętrznymi skupionymi na realizacji siebie rosła u tych osób gotowość oddania narządów życiowych natomiast kiedy motywacja zmieniała się na tą powodowaną dobrem drugiego człowieka siła powiązania malała. Preferencja wartości związanych z przekraczaniem siebie wiąże się z preferencją wchodzących w jej skład wartości moralnych. Współwystępowanie preferencji tych wartości z wyższą gotowością oddania narządów może wskazywać na spoglądanie przez endocentryków z perspektywy moralnej. Skoro mam się za osobę moralną to chcę podtrzymać to zdanie na swój temat w związku z tym zachowuję się altruistycznie, gdyż jest to pożądane społecznie i świadczy o wypełnianiu obowiązku moralnego.

W związku z tym wprowadzenie interakcji pomiędzy wartościami a endo-egocentryczną motywacją zachowań prospołecznych wskazuje na duże znaczenie preferowanych wartości u osób, które pomagają w sposób egoistyczny chcąc zaspokoić własne potrzeby psychiczne. Prawdopodobnym jest, że osoby o motywacji wewnętrznej deklarują gotowość oddania narządów do przeszczepu, która współwystępuje z kierowaniem się przez nich wartościami dobra drugiego człowieka, ponieważ chcą w ten sposób zbudować swój wizerunek i móc myśleć o sobie jako o kimś kto jest bardziej moralny, polepszyć swoje mniemanie o sobie na myśl o tym, że w przyszłości przyczynią się do uratowania czyjegoś życia, być może nie jednego życia a w przypadku kierowania się w życiu wartościami bardziej egoistycznymi, spojrzenie na siebie staje się na tyle ważnym aspektem, że sam w sobie daje im gratyfikację wewnętrzną i nie czują one potrzeby wykorzystywania pomocy drugiemu człowiekowi do budowania mniemania o sobie. Budowanie na wartościach egoistycznych jest wystarczające.

Wydaje się, że preferencja wartości nie ma znaczenia w gotowości dawstwa organów przedłużających życie drugiego człowieka w przypadku, gdy osoba jest skupiona na tym by inny otrzymał potrzebną pomoc. Wynik ten jest trudny do wytłumaczenia w perspektywie teorii Karyłowskiego. Być może należy ująć wartości oraz motywację prospołeczną w kontekście szerszej ilości zmiennych by móc dostrzec głębszy sens tej relacji.

Dodatkowo relacje motywacji endo-egzocentrycznej i wartości w związku z gotowością oddania narządów życiowych mogą świadczyć o szczególnym znaczeniu motywacji do zachowań prospołecznych właśnie w kontekście oddania narządów ratujących życie drugiego człowieka (co potwierdzałby także fakt istotnej moderacji motywacji altruistycznej w związku altruizmu i narządów życiowych przy jednoczesnym braku tej relacji w przypadku narządów peryferycznych oraz ostatecznym modelu wyjaśniającym gotowość oddania narządów peryferycznych polepszających jakość życia człowieka, w którym altruizm i motywacja altruistyczna nie miały żadnego znaczenia⁵).

Na szczególne zauważenie zasługuje również fakt występowania relacji moderacyjnej pomiędzy endocentryczną motywacją zachowań prospołecznych, wartości i altruizmu z gotowością oddania narządów życiowych. Bardziej intuicyjne wydawało by się powiązanie motywacji skupionej na dobru drugiego człowieka z wartościami prospołecznymi i moralnymi oraz altruizmem sprzyjającej gotowości oddania narządów. Traktowanie drugiego człowieka jako podmiotu atotelicznego zdroworozsądkowo mogłoby wzmacniać relację między altruizmem i wartościami społeczno-moralnymi a gotowością oddania narządów do przeszczepu, podczas gdy relacja ta nie wystąpiła.

10.4. Rola religijności w gotowości oddania narządów do przeszczepu

Czwarta część analiz dotyczyła sprawdzenia związku pomiędzy religijnością i relacjami przeżywanymi względem Boga a gotowością oddania narządów do przeszczepu oraz różnic w zakresie tych zmiennych pomiędzy osobami o różnym statusie podpisania karty dawcy narządów.

Osoby niewierzące i bezwyznaniowe charakteryzują się wyższą gotowością oddania narządów od osób deklarujących się jako wierzące i określających swoje wyznanie. Wyniki te są spójne z występowaniem związku pomiędzy autonomią w relacji z Bogiem a wyższą gotowością oddania narządów omówionym poniżej.

Postawiona hipoteza 3 brzmiała następująco: *Relacje z Bogiem o różnym charakterze będą predyktorami różnego stopnia oddania narządów do przeszczepu.* Hipoteza 3 została

⁵ Model ten został omówiony w wynikach i w poniższych rozważaniach w pozrozdziale 10.5.

potwierdzona. To co jednak zauważalne to fakt, że relacje z Bogiem głównie obniżają gotowość osoby do oddania narządów do przeszczepu. Bycie z Bogiem w relacji zależności od niego, poczucie że jest on jedynym Stwórcą oraz traktowanie go jako normy absolutnej w swoim życiu i postępowaniu nie sprzyjało dawstwu narządów. Podobnie odczuwanie negatywnych emocji w relacji z Bogiem, lęk przed nim i buntowniczość na jego działanie zmniejszały u osoby gotowość oddania swoich narządów. Przeżywanie wątpliwości w wierze obniżało gotowość oddania narządów życiowych. Jedynie poczucie autonomii wobec Boga, życie obok niego wspierało gotowość oddania narządów. Osoby charakteryzujące się niższą akceptacją przekonań związanych z religią oraz zależnością w relacji względem Boga charakteryzowały się niższą gotowością oddania narządów do przeszczepu. Zatem osoby bardziej gotowe oddać swoje narządy by pomóc innym wykazują niższą zależność/wyższą autonomię w relacji do Boga, choć w małym stopniu akceptują dogmaty religijne. Człowiek bardziej autonomiczny, żyjący obok Boga, w mniejszym stopniu przywiązany do dogmatów religijnych jest bardziej gotowy oddać swoje narządy. Wyniki te częściowo korespondują z dotychczasowymi badaniami. Śliwak (1993) wskazywał na fakt, że odczuwanie negatywnych emocji w relacji z Bogiem w tym lęku i buntu charakteryzowały osoby, które w niskim stopniu cechował altruizm i chęć pomocy drugiemu. Wskazywał on również na autonomię, która w jego badaniach współwystępowała z odczuwaniem negatywnych emocji w relacji z Bogiem i nie charakteryzowała osób altruistycznych. W kontekście dawstwa organów autonomia zarówno ta preferowana jako wartość życiowa jak i ta w relacji względem Boga odgrywa rolę wspierającą dawstwo, co jasno pokazują przedstawione wyniki m.in. analiza regresji po wprowadzeniu interakcji relacji autonomia-zależność i akceptacja przekonań. W dzisiejszym świecie zmienia się podejście względem Boga oraz religijności. Przyspiesza proces sekularyzacji wśród społeczeństwa, zwłaszcza wśród młodych ludzi co pokazują choćby badania religijności przedstawione przez CBOS (2022). W grupie wiekowej 18-24 lata 24,8% osób deklaruje się jako niewierzące, a 42,7% są niepraktykujące religijnie, a w grupie wiekowej 25-34 lata 18,2% deklaruje się jako niewierzące, a 26,9% nie praktykuje. Tendencję tą dobrze odzwierciedlają przeprowadzone nadania własne w których ok. 1/3 osób badanych deklarowała się jako osoby niewierzące lub agnostycy co sugeruje, że w wielu przypadkach religijność przestaje być kluczowym aspektem w podejmowaniu decyzji moralnych i pomocowych służących innemu człowiekowi. Młodzi dorośli podejmują takie decyzje autonomicznie. Znaczenie wartości autonomii w gotowości dawstwa potwierdzają również powiązania z preferencją wartości kierowania sobą oraz autonomii (Bednarczyk i Zaleski, 2022). Być może dobrym pomysłem byłoby zbadanie duchowości człowieka w kontekście gotowości oddania narządów do przeszczepu. Osoby rezygnujące z przynależności do wybranego kościoła i wyznania oraz relacji

z Bogiem posiadają często wewnętrzny transcendentny świat inspirowany filozofią wschodu, który może pełnić swoistą funkcję w podejmowaniu decyzji związanych z moralnością. Wśród osób będących z Bogiem w relacji zależności i odczucia, że całe ich życie zależy od niego, relacja ta może czasem powodować oddawanie Bogu odpowiedzialności i wyrażanie zaufania, że Bóg zajmie się chorym i potrzebującym człowiekiem, co w konsekwencji mogłoby nieco zmniejszyć osobiste działanie człowieka w postaci oddania narządów. W przypadku relacji lęku wobec Boga i buntu wobec jego działań potwierdzają się dotychczasowe doniesienia naukowe (Śliwak, 1993) wskazujące na ich hamującą rolę w zachowaniach na korzyść drugiego człowieka, w tym przypadku również w gotowości oddania narządów do przeszczepu. Co ciekawe pozostałe relacje z Bogiem nie miały żadnego znaczenia w kontekście dawstwa organów. Można byłoby spodziewać się, że dostrzeganie Boga w drugim człowieku lub identyfikowanie się z Chrystusem jako autorytetem mogą przyczyniać się do zwiększania gotowości do dawstwa u osób wierzących, jednakże zebrane dane jednoznacznie na to nie wskazują.

Osoby z podpisaną kartą dawcy narządów charakteryzowały się mniejszą zależnością od Boga, niską buntowniczością w reakcji na jego działanie, nie występował u nich lęk przed istotą transcendentną oraz odczuwały mało negatywnych emocji w relacji z Bogiem względem osób niezdecydowanych lub nie gotowych do podpisania karty dawcy narządów co potwierdzają powyższe rozważania. Większa gotowość oddania narządów u osób niewierzących i agnostyków oraz osób bez wyznania religijnego dodatkowo potwierdza, że bycie w relacji autonomii wobec Boga podwyższa gotowość do dawstwa.

10.5. Cechy osób gotowych oddać narządy życiowe oraz cechy osób gotowych oddać narządy peryferyczne

Niniejsza rozprawa wykazała, że ludzie wykazują różną gotowość do dawstwa narządów życiowych i peryferycznych. W związku z tym, występują inne korelaty gotowości oddania wszystkich narządów, gotowości oddania narządów życiowych oraz gotowości oddania narządów peryferycznych. Jedne zmienne mają większe znaczenie w gotowości oddania narządów życiowych a inne peryferycznych.

Gotowość oddania narządów życiowych (ratujących życie i zdrowie ludzkie) współwystępowała z altruizmem osoby oraz motywacją prospołeczną skupioną na dobru drugiego człowieka, ponieważ jest on wartością samą w sobie. Osoby motywowane swoją wewnętrzną chęcią polepszenia dobrego mniemania o sobie również były gotowe do oddania narządów życiowych jednakże tylko w przypadku posiadania wysokiego poziomu altruizmu. Kierowanie się wartościami skupionymi na dobru drugiego człowieka, bliskich, środowiska i społeczeństwa a

także cenie sobie miłości, przyjaźni, sprawiedliwości czy spokoju również współwystępowały z gotowością oddania narządów życiowych. Życie bez poczucia zależności wobec Boga, funkcjonowanie jakby obok niego (Boga) sprzyjały oddaniu narządów życiowych, natomiast odczuwanie lęku wobec Boga czy bunt przeciwko jego działaniu hamowały gotowość oddania narządów życiowych.

Gotowość oddania narządów peryferycznych poprawiająca jakość życia, choć nie ratująca zdrowia nie współwystępowała ani z altruizmem ani z motywacją altruistyczną. Wydaje się, że kluczową rolę pełniły w niej wartości oraz religijność i relacje wobec Boga.

Preferencja wartości skupionych na dostosowaniu się do środowiska w celu nie szkodenia innym, akceptowaniu rytuałów i idei funkcjonujących w kulturze i religii oraz poczuciu bezpieczeństwa zmniejszały gotowość oddania narządów peryferycznych. Kierowanie się w życiu poszukiwaniem nowych doznań, zaspokajanie swoich potrzeb, zwłaszcza fizjologicznych oraz autonomia w myśleniu i działaniu również zmniejszają gotowość oddania narządów peryferycznych. Osoby ceniące sobie prestiż, status społeczny, kontrolujące swoje otoczenie i ceniące osobisty sukces również charakteryzowały się niższą gotowością oddania narządów peryferycznych. Odczuwanie negatywnych emocji w relacji z Bogiem, w tym lęku przed nim i buntowniczości na jego działanie zmniejszały gotowość oddania narządów do przeszczepu. Osoby nie odczuwające lęku przed Bogiem oraz te nie buntujące się wobec jego działania sprzyjały gotowości oddania mniej „ważnych” narządów ciała człowieka.

Kierowanie się w życiu różnymi wartościami hamuje dawstwo narządów poprawiających jakość życia człowieka, a wspiera dawstwo narządów wymaganych do życia i zdrowia. Niskie kierowanie się wartościami jest zatem sprzyjające w dawstwie narządów peryferycznych.

10.6. Cechy osób gotowych oddać wszystkie narządy, gotowych oddać jedynie narządy życiowe oraz niegotowych do oddania narządów

Postawiono hipotezę eksploracyjną (hipoteza 5) opartą na obserwacjach udzielanych odpowiedzi osób badanych Skali gotowości do transplantacji, która zakładała, że badani wypełniający Skalę gotowości do transplantacji utworzą trzy grupy osób: osoby gotowe oddać wszystkie narządy do przeszczepu, osoby wyrażające niską gotowość do oddania jakichkolwiek narządów do przeszczepu oraz osoby wyrażające wysoką gotowość do oddania narządów życiowych, ale niską gotowość do oddania narządów peryferycznych. Brzmiała ona następująco: *reprezentanci trzech grup o różnych poziomach gotowości do przeszczepu organów życiowych i peryferyjnych różnią się od siebie w poziomie altruizmu, endo-egocentrycznej motywacji do zachowań prospołecznych, preferowanych wartości oraz rodzajami relacji do Boga.*

Skalowanie wielowymiarowe potwierdziło, że ludzie dzielą się na trzy grupy osób: osoby gotowe oddać wszystkie narządy do przeszczepu (GG), osoby wyrażające niską gotowość do oddania jakichkolwiek narządów do przeszczepu (NN) oraz osoby wyrażające wysoką gotowość do oddania narządów życiowych, ale niską gotowość do oddania narządów peryferycznych (GN). Poniżej rozpisano cechy osobowe każdej z tych trzech powstałych grup.

10.6.1 Cechy osoby gotowej oddać narządy do przeszczepu (GG)

Osoba gotowa oddać wszystkie swoje narządy by poprawić stan funkcjonowania drugiego człowieka lub uratować jego życie nie charakteryzuje się wyższym altruizmem od osób mniej gotowych do oddania narządów, co może wskazywać na omawianą wcześniej relację pomiędzy altruizmem a motywacją do zachowań prospołecznych. Wyróżniają ją natomiast wartości, którymi kieruje się w swoim życiu. Zdecydowanie mocniej od pozostałych grup cechuje ją kierowanie się w życiu wartością dobra drugiego człowieka, swoich bliskich, dobra całego społeczeństwa i środowiska. Ceni sobie ona pokój i sprawiedliwość. Posiadanie kontroli nad innymi oraz prestiż czy status społeczny mają dla niej małe znaczenie. To co ją charakteryzuje to autonomia w myśleniu i w działaniu. Nie skupia się szczególnie na przystosowywaniu się do środowiska społecznego ani na kierowaniu się w życiu rytuałami i ideami zarówno religijnymi jak i kulturowymi. Autonomia w jej działaniu widoczna jest również w relacji względem Boga ponieważ nie pozostaje ona w relacji silnej zależności wobec niego w związku z tym przeżywa mniej negatywnych emocji w relacji z Bogiem, nie czuje wobec niego lęku, ani nie buntuje się z powodu jego działania. Raczej nie postrzega ona Boga jako normy absolutnej kierującej jej życiem.

10.6.2 Cechy osoby gotowej oddać narządy jedynie ratujące czyjeś życie (GN)

Osoba gotowa oddać narządy ratujące życie bez których drugi człowiek nie jest w stanie funkcjonować, choć niegotowa do oddania narządów jedynie polepszających jakość funkcjonowania charakteryzuje się kierowaniem się wartością przystosowania się do otaczającego środowiska i samodyscypliną. Charakterystyczne dla niej jest ceniecie sobie rytuałów i idei zarówno religijnych jak i kulturowych. Ważne jest dla niej dobro najbliższych, przyjaciół i rodziny oraz przyjaźń i miłość, a dobro społeczeństwa i środowiska oraz wartości moralne są dla niej ważne, choć umiarkowanie. Również umiarkowanie ceni sobie wartość autonomii w myśleniu, co można dostrzec także po budowaniu relacji z Bogiem opartych na wyższej zależności względem niego. Osoba ta odczuwa więcej negatywnych emocji w relacji z Bogiem, choć ciągle mniej niż

osoby nie chcące oddać swoich narządów. Odczuwa lęk przed Bogiem o średnim nasileniu oraz traktuje Boga jako normę absolutną w swoim życiu.

10.6.3 Cechy osoby niegotowej do oddania swoich narządów (NN)

Osoby nie wyrażające gotowości oddania jakichkolwiek narządów do przeszczepu w wysokim stopniu akceptują rytuały i idee związane z kulturą i religią którą żyją. Kierowanie się w życiu dobrem bliskich, przyjaciół czy społeczeństwa i środowiska nie jest dla nich szczególnie istotne podobnie jak moralność. Zdecydowanie bardziej cenią sobie kontrolę nad innymi ludźmi, nad tym co posiadają, cenią prestiż i status społeczny. Względem relacji z Bogiem cechuje ich wyższa niż u pozostałych buntowniczość na działania Boga w swoim życiu, odczuwają silniejszy lęk przed Bogiem oraz zdecydowanie częściej przeżywają negatywne emocje w relacji z istotą transcendentną.

Porównanie cech osób gotowych do oddania narządów względem osób częściowo gotowych oraz niegotowych do oddania własnych narządów pozwala na rozróżnienie przede wszystkim tych osób które są gotowe do oddania wszystkich narządów od tych niegotowych do oddania narządów. Występujące między nimi różnice pozwalają stwierdzić, że orientacja na wartości najmocniej różnicuje ludzi w kwestii gotowości oddania narządów do przeszczepu.

10.7. Podsumowanie

Reasumując osoby gotowe oddać swoje organy do przeszczepu charakteryzują się altruizmem oraz motywacją prospołeczną skupioną na chęci pomocy drugiemu człowiekowi, choć ta motywacja w połączeniu z altruizmem znacząco nie zwiększa gotowości oddania narządów. Motywacja skupiona na polepszeniu własnej samooceny przez pomaganie innym występująca wraz z wysokim altruizmem zwiększa gotowość oddania narządów do przeszczepu. Wartości prospołeczne oraz moralne są ważnym aspektem motywacyjnym w dawstwie organów, a poczucie autonomii w działaniu oraz wobec Boga wspiera większą chęć oddania narządów. Widoczne większe zindywidualizowanie się społeczeństwa dawałoby w tym kontekście nadzieję na zwiększenie ilości dawców w przyszłości, pod warunkiem, że przełożyłoby się na faktyczne zachowanie dawstwa i nie zatrzymało się na deklaratywności. Przeżywanie małej ilości relacji negatywnych wobec Boga takich jak bunt na jego działanie czy lęk przed nim również charakteryzuje osoby gotowe oddać narządy. Natomiast osoby nie gotowe do oddania narządów do przeszczepu charakteryzują się kierowaniem się w życiu wartościami skupionymi na sobie oraz spełnianiu własnych potrzeb. Przeżywają one bardziej negatywnie relacje wobec Boga odczuwając wobec niego lęk i buntując się na jego działanie. Są mniej autonomiczne w relacji z

Bogiem i bardzo mocno cenią sobie tradycję zarówno kulturową jak i religijną co może, choć wcale nie musi pokazywać pewną niechęć do zmian w społeczności. Preferowane wartości są kluczowe w braku gotowości do dawstwa narządów. Dodatkowo są one wspierane przez skupioną na sobie, dążącą do polepszenia swojej samooceny motywacji zachowań altruistycznych.

Świadomość cech osób gotowych i niegotowych do oddania narządów do przeszczepu otwiera możliwości prób wpływania na zwiększenie gotowości oddania narządów np. poprzez promowanie transplantacji odwołując się do określonych grup osób czy wychowując społeczeństwo w określonych wartościach czy wspieraniu rozwoju pewnych cech.

10.8. Ograniczenia badań i przyszłe badania

Przeprowadzone badania nie są pozbawione niedoskonałości. Jedną z nich jest niższa rzetelność kwestionariusza badającego altruizm, endo-egzocentryczną motywację do zachowań prospołecznych oraz preferowanych wartości (pojedyncze wymiary wartości). Z tego powodu uzyskane wyniki mogą być obciążone pewnym błędem. Wskazane byłoby powtórzenie badań w celu potwierdzenia zależności.

Kwestionariusz endo-egzocentryzmu moralnego Karyłowskiego okazał się w niektórych przypadkach nieco skomplikowany do wypełnienia. Kwestionariusz ten zakłada format wielokrotnego wyboru odpowiedzi co było problematyczne dla niektórych badanych, ponieważ część respondentów nie zrozumiała lub nie przeczytała informacji o sposobie wypełniania kwestionariusza, a dodatkowo mogła nie zostać o nim poinformowana w związku z tym uzupełniła go nierzetelnie wybierając tylko jedną z podanych 24 możliwości odpowiedzi. Sytuacja ta znacznie ograniczyła grupę badawczą wciągniętą do niektórych z analiz, ponieważ kwestionariusze te zostały uznane za uzupełnione nierzetelnie. W przyszłości należałoby zwrócić większą uwagę na dokładniejsze wytłumaczenie badanemu sposobu udzielania odpowiedzi lub spróbować stworzyć metodę bardziej intuicyjną dla osoby badanej.

Badania przeprowadzono na grupie młodych dorosłych ze względu na najwyższy potencjał oddania młodych i zdrowych organów. Niektóre z predyktorów w tym relacje religijne czy religijność nie są „popularne” w tej grupie respondentów, dlatego warto byłoby zweryfikować te zależności w szerszej grupie wiekowej, dla której religijność ma większe znaczenie. Zasadne byłoby również znalezienie większej grupy badanych przynależących do grup religijnych w obrębie swojego wyznania w celu porównania zależności, ponieważ przynależność do grup religijnych staje się coraz bardziej popularnym zjawiskiem wśród osób religijnych, co może choć nie musi pokazywać pewne różnice w znaczeniu niektórych predyktorów.

Wyniki korelacji preferencji wartości otwartości na doświadczenie okazały się nieistotne statystycznie, a w przypadku oddania narządów życiowych wprowadzenie otwartości na doświadczenie jako predyktora wykazało ujemną relację, która jest odwrotna niż przewidywano na podstawie literatury i dotychczasowych badań. Z tego powodu warto zweryfikować znaczenie wartości związanych z otwartością na doświadczenie by potwierdzić ich relację z gotowością oddania narządów do przeszczepu. Szczególnie ważnym wydaje się ustalenie relacji między gotowością oddania narządów a preferencją wartości autonomii, która jak dotąd wspierała dawstwo zarówno będąc preferowana jako wartość jak i w relacji względem Boga.

10.9. Aplikacje praktyczne

Przeprowadzone badania wykazały, że ludzie myślą o oddaniu swoich narządów na różne sposoby. Niektórzy z nich nie mają preferencji dotyczących tego jakie narządy chcieliby oddać, istnieją też tacy którzy takie preferencje posiadają. Zastosowanie wyboru narządów jakie ktoś chciałby oddać mogłoby wiązać się z większą ilością podpisanych kart dawcy narządów, ponieważ w takiej sytuacji potencjalny dawca czułby poczucie bezpieczeństwa, że zostaną pobrane tylko te narządy, na które jest gotowy. Wymagałoby to zmiany prawa, które w tym momencie zakłada domniemaną zgodę na dawstwo narządów i zastąpienia rejestru sprzeciwów rejestrem dawców, w którym byłaby możliwość wybrania swoich preferencji. Nie ułatwiłoby to procedury pobrania lecz mogłoby wpłynąć na wyższą rejestrację osób nieprzekonanych, a jednocześnie ograniczyło problemy z poszukiwaniem dawców w środowisku medycznym wynikające np. z niechęci czy nieprzekonania lekarzy do rozmowy z rodziną na temat pobrania organów, a rozmowa ta jest stosowana w większości przypadków.

Altruizm oraz rodzaj motywacji do zachowań prospołecznych są ważną cechą wspierającą gotowość oddania narządów do przeszczepu. Kształtowanie młodego pokolenia dając mu dobry przykład pomagania innym, uwrażliwiania na problemy społeczne, tworzenie kultury medialnej (Padilla-Walker i in., 2015), w której obecna jest prospołeczność czy kształtowanie odpowiednich postaw rodzicielskich (Batoool oraz Lewis; 2022; Sanjai i Gopichandran; 2018), gdyż mają one wpływ na kształtowanie się osobowości altruistycznej u dziecka wydają się ważnym elementem zapewnienia sobie w przyszłości potencjalnych dawców organów w społeczeństwie. Promowanie oraz nauczanie młodego pokolenia wartości prospołecznych i moralnych może okazać się ważnym aspektem w coraz bardziej zindywidualizowanym kulturowo społeczeństwie.

Zakończenie

W tym miejscu wymienione zostaną główne wnioski wyciągnięte z przeprowadzonych badań.

1. Badanie zachowań uznawanych powszechnie za prospołeczne powinno obejmować również aspekt motywacyjny prowadzący do tych zachowań.
2. Ludzie wyrażają różną gotowość do oddania narządów ratujących życie oraz narządów poprawiających jakość życia.
3. W przypadku gotowości oddania narządów peryferycznych poprawiających jakość życia osoby altruizm i motywacja altruistyczna nie mają większego znaczenia w odróżnieniu do gotowości oddania narządów koniecznie potrzebnych do życia.
4. Formalna religijność człowieka wydaje się nie mieć znaczenia w gotowości dawstwa narządów, jednakże jej połączenie z relacjami religijnymi staje się ważnym aspektem gotowości oddania narządów do przeszczepu.
5. Wartości społeczne i moralne pełnią ważną rolę wspierającą gotowość oddania narządów do przeszczepu. A wartości związane z szanowaniem idei i rytuałów związanych z kulturą i religią oraz dążenie do osobistych sukcesów i sprawowania kontroli nad drugim człowiekiem obniżają gotowość oddania narządów do przeszczepu.

Bibliografia

- Abramowicz, D. (2006). Objaw łazarza i pewność nadziei. <http://gdansk.naszemiasto.pl/archiwum/objaw-lazarza-i-pewnoscnadziei,1100080.art,t,id,tm.html>
- Afolabi, O. A., i Dennis, U. (2019). Reciprocal altruism: It's relationship to locus of control and dispositional optimism among Nigerian undergraduates. *Journal of Psychology in Africa*, 29(2), 155-158. <https://doi.org/10.1080/14330237.2019.1594652>
- Alden, D. L., i Cheung, A. H. (2000). Organ donation and culture: a comparison of Asian American and European American beliefs, attitudes, and behaviors. *Journal of applied social psychology*, 30(2), 293-314.
- Alkadi, R., Jiang, G., i Aldamer, S. (2019). A regression analysis of motivations for Saudi University male student volunteers. *Journal of Social Service Research*, 45(5), 701- 714.
- Allport, G. W., i Vernon, P. E. (1931). A test for personal values. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26(3), 231-248.
- Allport, G. W. (1966). The religious context of prejudice. *Journal for the scientific study of religion*, 5(3), 447-457.
- Allport, G. W., Ross, jM (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(4), 432-443. <https://doi.org/10.1037/h0021212>
- Allport, G. W. (1988). *Osobowość i religia*. Instytut Wydawniczy PAX.
- Alsalem, A., Fry, M.-L., i Thaichon, P. (2020). To donate or to waste it: Understanding posthumous organ donation attitude. *Australasian Marketing Journal (AMJ)*, 28(3), 87–97. <https://doi.org/10.1016/j.ausmj.2020.04.001>
- Alvaro, E. M., Jones, S. P., Robles, A. S. M., i Siegel, J. T. (2005). Predictors of organ donation behavior among Hispanic Americans. *Progress in Transplantation*, 15(2), 149-156. <https://doi.org/10.1177/152692480501500207>
- Argyle, M. (1999). *Psychologia stosunków międzyludzkich*, przeł. W. Domachowski, Warszawa.
- Amato, P. R. (1981a). The impact of the built environment on prosocial and affiliative behaviour: a field study of the townsville city mall. *Australian Journal of Psychology*, 33(3), 297-303. <https://doi.org/10.1080/00049538108254699>
- Amato, P. R. (1981b). Urban-rural differences in helping: Behavior in Australia and the United States. *The Journal of Social Psychology*, 114(2), 289-290. <https://doi.org/10.1080/00224545.1981.9922759>

- Amato, P. R. (1983). The effects of urbanization on interpersonal behavior: field studies in Papua New Guinea. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 14(3), 353-367.
<https://doi.org/10.1177/0022002183014003008>
- Amato, P. R., i Cook, J. (1983). The helpfulness of urbanites and small town dwellers: A test between two broad theoretical positions. *Australian Journal of Psychology*, 35(2), 233-243.
<https://doi.org/10.1080/00049538308255068>
- Andersen, P. A. (1993). Cognitive schemata in personal relationships. W: S. Duck (red.), *Individuals in relationships* (s. 1–29). Sage Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781483326283.n1>
- Anderson, M. A., O'Shea, T. M., Burda, J. E., Ao, Y., Barlatey, S. L., Bernstein, A. M., Kim, J. H., James, N. D., Rogers, A., Kato, B., Wollenberg, A. L., Kawaguchi, R., Coppola, G., Wang, C., Deming, T. J., He, Z., Courtine, G., i Sofroniew, M. V. (2018). Required growth facilitators propel axon regeneration across complete spinal cord injury. *Nature*, 561(7723), 396–400.
<https://doi.org/10.1038/s41586-018-0467-6>
- Aronfreed, J. (1968). *Conscience and conduct: The socialization of internalized control of behavior*. New York: Academic Press.
- Aronfreed, J. (1970). The socialization of altruistic and sympathetic behavior: Some theoretical and experimental analyses. In: Macaulay J, Berkowitz L, editors. *Altruism and Helping Behavior*. New York: Academic Press, 103-26.
- Aronfreed, J. (1979). The problem of imitation. W: *Advances in child development and behavior* (wyd. 4, s. 209-319). JAI.
- Aronson, E., Wilson, T., i Akert, R. (1997). Serce i umysł. *Psychologia społeczna, Zysk i S-ka*.
- Bar-Tal, D. (1976). *Prosocial behavior: Theory and research*. Hemisphere Publishing Corp.
- Bartczuk, R.P. (2022). Relacje religijne a przebaczenie u uczestników rekolekcji „Uzdrowienie wspomnień”. W: D. Gocół i in (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii religii. Funkcja i tożsamość*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie- Skłodowskiej.
- Batool, S. R., Sushkevich, V. L., i van Bokhoven, J. A. (2022). Correlating Lewis acid activity to extra-framework aluminum species in zeolite Y introduced by Ion-exchange. *Journal of Catalysis*, 408, 24-35. <https://doi.org/10.1016/j.jcat.2022.02.010>
- Batson, C. D., Cochran, P. J., Biederman, M. F., Blosser, J. L., Ryan, M. J., i Vogt, B. (1978). Failure to help when in a hurry: Callousness or conflict?. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 4(1), 97-101. <https://doi.org/10.1177/014616727800400120>
- Batson, C. D., Duncan, B. D., Ackerman, P., Buckley, T., i Birch, K. (1981). Is empathic emotion a source of altruistic motivation?. *Journal of personality and Social Psychology*, 40(2), 290.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.40.2.290>

- Batson, C. D., i Ventis, W. L. (1982). *The religious experience: A social-psychological perspective*. Oxford University Press, USA.
- Batson, C. D., Bolen, M. H., Cross, J. A., i Neuringer-Benefiel, H. E. (1986). Where is the altruism in the altruistic personality?. *Journal of personality and social psychology*, 50(1), 212.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.1.212>
- Batson, C. D., i Shaw, L. L. (1991). Evidence for altruism: Toward a pluralism of prosocial motives. *Psychological inquiry*, 2(2), 107-122. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0202_1
- Batson, C. D. (1996). Empathy, altruism, and justice: Another perspective on partiality. *Current societal concerns about justice*, 49-66.
- Batson, C. D., i Weeks, J. L. (1996). Mood effects of unsuccessful helping: Another test of the empathy-altruism hypothesis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(2), 148-157.
<https://doi.org/10.1177/0146167296222004>
- Batson, C.D. (1997). Self-other merging and the empathy-altruism hypothesis W: Neuberg et al. (1997). *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 517-522.
- Batson, C. D., Sager, K., Garst, E., Kang, M., Rubchinsky, K., i Dawson, K. (1997). Is empathy-induced helping due to self–other merging?. *Journal of personality and social psychology*, 73(3), 495.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.3.495>
- Batson, C. D., i Powell, A. A. (2003). Altruism and prosocial behavior. W: T. Millon i M. J. Lerner (red.), *Handbook of psychology: Personality and social psychology*, wyd.5, (s. 463–484). John Wiley i Sons, Inc.. <https://doi.org/10.1002/0471264385.wei0519>
- Batson, C. D. (2010). Empathy-induced altruistic motivation. W: M. Mikulincer i P. R. Shaver (red.), *Prosocial motives, emotions, and behavior: The better angels of our nature* (s. 15–34). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12061-001>
- Batson, C. D. (2014). *The altruism question: Toward a social-psychological answer*. Psychology Press.
- Bednarczyk, A. A., Zaleski, Z. (2022). Attitudes Towards Body Organ Transplantation. *Journal for Perspectives of Economic Political and Social Integration*, 28(1), 89-109.
<https://doi.org/10.18290/pepsi-2022-0004>
- Bekkers, R. (2006). Traditional and health-related philanthropy: The role of resources and personality. *Social psychology quarterly*, 69(4), 349-366.
<https://doi.org/10.1177/019027250606900404>
- Berlyne, D. E. (1957). Conflict and information-theory variables as determinants of human perceptual curiosity. *Journal of experimental psychology*, 53(6), 399. <https://doi.org/10.1037/h0049194>
- Besser, A., Amir, M., i Barkan, S. (2004). Who signs an organ transplant donor card? A study of personality and individual differences in a sample of Israeli university students. *Personality and Individual Differences*, 36(7), 1709-1723. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.07.012>

- Bierhoff, H. W., Klein, R., i Kramp, P. (1991). Evidence for the altruistic personality from data on accident research. *Journal of personality*, 59(2), 263-280. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1991.tb00776.x>
- Biesaga, T. (2006a). Wobec zgody domniemanej i zawłaszczania zwłok do transplantacji. *Medycyna praktyczna*, 1(2006), 20-24.
- Biesaga, T. (2006b). Kontrowersje wokół nowej definicji śmierci. *Medycyna Praktyczna*, 2(2006), 22-23+28.
- Bolt, S., Venbrux, E., Eisinga, R., Kuks, J. B., Veening, J. G., i Gerrits, P. O. (2010). Motivation for body donation to science: More than an altruistic act. *Annals of Anatomy-Anatomischer Anzeiger*, 192(2), 70-74. <https://doi.org/10.1016/j.aanat.2010.02.002>
- Bolt, S., Eisinga, R., Venbrux, E., Kuks, J. B., i Gerrits, P. O. (2011). Personality and motivation for body donation. *Annals of Anatomy-Anatomischer Anzeiger*, 193(2), 112-117. <https://doi.org/10.1016/j.aanat.2011.01.005>
- Boulware, L. E., Ratner, L. E., Sosa, J. A., Cooper, L. A., LaVeist, T. A., i Powe, N. R. (2002). Determinants of willingness to donate living related and cadaveric organs: identifying opportunities for intervention. *Transplantation*, 73(10), 1683-1691. <https://doi.org/10.1097/00007890-200205270-00029>
- Bresnahan, M. J., Guan, X., Smith, S. W., Wang, X., i Edmundson, J. Z. (2010). Cultures of the soul: spiritual beliefs about organ donation in China and the United States. *Chinese Journal of Communication*, 3(2), 133-146. <https://doi.org/10.1080/17544751003740334>
- Bronk, A. (1996). *Nauka wobec religii:(teoretyczne podstawy nauk o religii)*. Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Bronowski, J. (1959) *The values of science* W: A. H. Maslow (red.). (1959). *New knowledge in human values*. Harper.
- Brug, J., Vugt, M. V., van Den Borne, B., Brouwers, A., i Hooff, H. V. (2000). Predictors of willingness to register as an organ donor among Dutch adolescents. *Psychology and Health*, 15(3), 357-368. <https://doi.org/10.1080/08870440008401998>
- Bryan, J. H., i Test, M. A. (1967). Models and helping: naturalistic studies in aiding behavior. *Journal of personality and social psychology*, 6(4 t.1), 400. <https://doi.org/10.1037/h0024826>
- Brzozowski, P. (2007). *Wzorcowa hierarchia wartości: polska, europejska czy uniwersalna?: psychologiczne badania empiryczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie- Skłodowskiej.
- Buber, M. (1992). *Ja i ty*. PWN
- Bykov, A. (2017). Altruism: New perspectives of research on a classical theme in sociology of morality. *Current Sociology*, 65(6), 797-813. <https://doi.org/10.1177/0011392116657861>

- Caballer, A., Rosel, J., i Guasch, J. (2000). Un modelo de ecuaciones estructurales del efecto de variables psicosociales en las actitudes hacia la donación. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(4), 633-640.
- Caballer, A. (2001). La actitud e intención de la donación de órganos en la población española: análisis mediante regresión logística multinivel. España: Universitat Jaume.
- Cakirpaloglu, S. D., Cakirpaloglu, I. B., Lemrová, S., i Kvapilová, B. (2023). The relationship between prosocial behaviour and emotional intelligence in teachers. *Pegem Journal of Education and Instruction*, 13(2), 262-268. <https://doi.org/10.47750/pegegog.13.02.31>
- Centrum Badania Opinii Społecznych. (2016). Postawy wobec transplantacji narządów. Komunikat z badań nr 119/2016. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_119_16.PDF
- Centrum Badania Opinii Społecznych. (2022). Polski pejzaż religijny – z dalekiego planu. Komunikat z badań nr 89/2022. https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2022/K_089_22.PDF
- Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant”. (2019a). Krajowa Lista Oczekujących na Przeszczepienie 2019 r. http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2019.html
- Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant”. (2019b). Liczba zmarłych dawców narządów w 2019 r. http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2019.html
- Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant”. (2020). Liczba zmarłych dawców narządów w 2020 r. http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2020.html
- Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant”. (2021). Liczba zmarłych dawców narządów w 2021 r. http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2021.html
- Chaim, W. (1991). Psychologiczna analiza religijności niespójnej. Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Chen, J. X., Zhang, T. M., Lim, F. L., Wu, H. C., Lei, T. F., Yeong, P. K., i Xia, S. J. (2006). Current knowledge and attitudes about organ donation and transplantation among Chinese university students. W: *Transplantation proceedings* (Wyd. 38, nr. 9, s. 2761- 2765). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2006.08.140>
- Chlewiński, Z. (1982). Rola religii w funkcjonowaniu człowieka W:Z. Chlewiński (red.), *Psychologia religii. Rozprawy Wydziału Nauk Społecznych*.
- Chmiel, S. (2014). Społeczne i kulturowe bariery martwego dawstwa narządów w opinii koordynatorów transplantacyjnych.
- Chou, K. L. (1998). Effects of age, gender, and participation in volunteer activities on the altruistic behavior of Chinese adolescents. *The Journal of genetic psychology*, 159(2), 195-201. <https://doi.org/10.1080/00221329809596145>
- Cialdini, R. B., Kenrick, D. T., i Baumann, D. J. (1982). Effects of mood on prosocial behavior in children and adults. *The development of prosocial behavior*, 339-359.

- Cieciuch, J. (2006). Nadzieja jako moderator związku poczucia koherencji z preferencjami wartości. *Sociologie*, 4(47), 929-968.
- Cieciuch, J. (2007). Relacje syntagmatyczne i paradygmatyczne między elementami systemu wartości młodzieży. W: Wystąpienie na XVI Ogólnopolskiej Konferencji Psychologii Rozwojowej, Poznań, Polska.
- Cieciuch, J., i Zaleski, Z. (2011). Polska adaptacja Portretowego Kwestionariusza Wartości Shaloma Schwartza. *Czasopismo Psychologiczne*, 17(2), 251-262.
- Cieciuch, J. (2012). The big five and big ten: Between Aristotelian and Galileian physics of personality. *Theory & Psychology*, 22(5), 689-696. <https://doi.org/10.1177/0959354311432904>
- Cieciuch, J. (2013). Kształtowanie się systemu wartości od dzieciństwa do wczesnej dorosłości. Wydawnictwo Liberi Libri.
- Cieciuch, J. (2017). Exploring the complicated relationship between values and behaviour. *Values and behavior: Taking a cross cultural perspective*, 237-247. https://doi.org/10.1007/978-3-319-56352-7_11
- Cieciuch, J., Schwartz, S. H. (2018) Pomiar wartości w kołowym modelu Schwartza. W: H. Gasiul (red.), *Metody badania emocji i motywacji*, Warszawa: Difin, s. 307–334.
- Clavien, C., i Chapuisat, M. (2013). Altruism across disciplines: One word, multiple meanings. *Biology & Philosophy*, 28(2013), 125-140. <https://doi.org/10.1007/s10539-012-9317-3>
- Cohen, E. L. (2007). " My Loss is Your Gain": Examining the Role of Message Frame, Perceived Risk, and Ambivalence in the Decision to Become an Organ Donor. <https://doi.org/10.57709/1061292>
- Cohen, E. L. (2010). The role of message frame, perceived risk, and ambivalence in individuals' decisions to become organ donors. *Health communication*, 25(8), 758-769. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521923>
- Cohen, R. (1972). Altruism: human, cultural, or what?. *Journal of Social Issues*, 28(3), 39-57.
- Coke, J. S., Batson, C. D., i McDavis, K. (1978). Empathic mediation of helping: A two-stage model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(7), 752–766. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.36.7.752>.
- Conesa, C., Ríos, A., Ramírez, P., Rodríguez, M. M., Rivas, P., Canteras, M., i Parrilla, P. (2003). Psychosocial profile in favor of organ donation. W: *Transplantation proceedings* (wyd. 35, nr. 4, s. 1276-1281). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0041-1345\(03\)00468-8](https://doi.org/10.1016/S0041-1345(03)00468-8)
- Conesa, C., Rios, A., Ramirez, P., Canteras, M., Rodríguez, M. M., i Parrilla, P. (2006, April). Attitudes toward organ donation in rural areas of southeastern Spain. In *Transplantation proceedings* (wyd. 38, nr. 3, s. 866-868). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2006.02.028>
- Córkom przeszczepiono macice ich matek. (b.d.) PolskieRadio24.pl. Pobrano 12.08.2021 z <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego.przeszczep-penisartykul,1721792.html>

- Cymerman, I. (2007). Doświadczenie jakości życia po przeszczepie. *Perspektywa fenomenologiczno-hermeneutyczna*.
- Czerniawska, M., i Dolata, E. (2005). Osobowościowe uwarunkowania systemów wartości. *Psychologia rozwojowa*, 10(2), 123-133.
- Darley, J. M., i Latane, B. (1970). Norms and normative behavior: Field studies of social interdependence. *Altruism and helping behavior*, 83-102.
- Darley, J. M., i Batson, C. D. (1973). "From Jerusalem to Jericho": A study of situational and dispositional variables in helping behavior. *Journal of personality and social psychology*, 27(1), 100. <https://doi.org/10.1037/h0034449>
- Demir, B., i Kumkale, G. T. (2013). Individual differences in willingness to become an organ donor: A decision tree approach to reasoned action. *Personality and Individual Differences*, 55(1), 63-69. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.02.002>
- Dopelt, K., Siton, L., Harrison, T., i Davidovitch, N. (2022). Revisiting the Relationship between Altruism and Organ Donation: Insights from Israel. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7404. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127404>
- Drabik W. (2003). Przetrwwały stan wegetatywny – trudny problem bioetyczny współczesnej medycyny, *Biuletyn OIL*, 6.
- Dreier, J. P., Fabricius, M., Ayata, C., Sakowitz, O. W., Shuttleworth, C. W., Dohmen, C., Graf, R., Vajkoczy, P., Helbok, R., Suzuki, M., Schiefecker, A. J., Major, S., Winkler, M. K., Kang, E. J., Milakara, D., Oliveira-Ferreira, A. I., Reiffurth, C., Revankar, G. S., Sugimoto, K., ... Hartings, J. A. (2017). Recording, analysis, and interpretation of spreading depolarizations in neurointensive care: Review and recommendations of the COSBID research group. *Journal of cerebral blood flow and metabolism : official journal of the International Society of Cerebral Blood Flow and Metabolism*, 37(5), 1595–1625. <https://doi.org/10.1177/0271678X16654496>
- Dyrektywa wykonawcza Komisji 2012/25/Y+UE z dnia 9 października 2012 r. ustanawiająca procedury przekazywania w związku z wymianą między państwami członkowskimi narządów ludzkich przeznaczonych do przeszczepienia. Dz. U. L 275 z 10.10.2012, str. 27-32. (2012) (Polska) <http://www.poltransplant.org.pl/201225eu.html>
- Eagly, A. H. i Crowley, M. (1986). Gender and helping behaviour A meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychological Bulletin*, 100-283.
- Eckert, R. M., i Lester, D. (1997). Altruism and religiosity. *Psychological Reports*, 81(2), 562- 562. <https://doi.org/10.2466/pr0.1997.81.2.56>
- Eisenberg, N., i Fabes, R. A. (1990). Empathy: Conceptualization, measurement, and relation to prosocial behavior. *Motivation and emotion*, 14(2), 131-149. <https://doi.org/10.1007/BF00991640>

- Eliasz H. (1980). Znaczenie obserwatora bólu doznawanego przez ofiarę dla regulacji agresywnego zachowania, W: A. Frączek (red.), *Z zagadnień psychologii agresji*.
- Emerson, A.E. (1959) Homeostasis and comparison of systems W: R. R. Grinker (1956). *Toward a unified theory of human behavior*.
- Emmons, R. A. (2006). Recent Progress. *A life worth living: Contributions to positive psychology*, 62.
- Epstein, S. (1990). Wartości z perspektywy poznawczo-przeżyciowej teorii „ja”. W: J. Reykowski, N. Eisenberg, E. Staub (red.). *Indywidualne i społeczne wyznaczniki wartościowania*, 11-32.
- Feeley, T. H. (2007). College Students' Knowledge, Attitudes, and Behaviors Regarding Organ Donation: An Integrated Review of the Literature 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(2), 243-271.
<https://doi.org/10.1111/j.0021-9029.2007.00159.x>
- Fehr, E., i Fischbacher, U. (2003). The nature of human altruism. *Nature*, 425(6960), 785-791.
<https://doi.org/10.1038/nature02043>
- Feigin, S., Owens, G., i Goodyear-Smith, F. (2014). Theories of human altruism: A systematic review. *Annals of Neuroscience and Psychology*, 1(1), 1-9.
- Ferrando, P. J., i Seva, U. L. (2017). 10 años del programa FACTOR: Una revisión crítica de sus orígenes, desarrollo y líneas futuras. *Psicothema*, 236-240.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2016.304>
- Ferrando, P. J., i Lorenzo-Seva, U. (2019). Robust Promin: a method for diagonally weighted rotation. *Liberabit*, 25(1), 99-106.
- Feshbach, N. D., i Roe, K. (1968). Empathy in six-and seven-year-olds. *Child development*, 39(1), 133-145. <https://doi.org/10.2307/1127365>
- Finkelstien, M. A. (2009). Intrinsic vs. extrinsic motivational orientations and the volunteer process. *Personality and Individual Differences*, 46(5-6), 653-658.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.01.010>
- Fishbein, M., i Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley.
- Fishbien, M., i Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*.
- Freud, Z. (1967). *Człowiek, religia, kultura*, tłum. J. Prokopiuk, Warszawa, 78.
- Gargano, G., Nagy, A. M., i Rowe, M. M. (2004). IDENTITY AND MOTIVATION PREDICT BEHAVIOR AND INTENTION OF ORGAN DONATION. *American Journal of Health Studies*, 19(4), 241-245.
- Gibek, K., Lickiewicz, J., i Srednicki, W. (2017). Osobowość i postawa religijna a gotowość do donacji narządów. *Anaesthesiology & Rescue Medicine/Anestezjologia i Ratownictwo*, 11(2).
- Golan, Z. (1992). Osobowość a zaangażowanie religijne. *Akademia Teologii Katolickiej*.

- Golding, S. E., i Cropley, M. (2017). A systematic narrative review of effects of community-based intervention on rates of organ donor registration. *Progress in Transplantation*, 27(3), 295-308. <https://doi.org/10.1177/1526924817715461>
- Gore, K. Y., Tobiasen, M. A., i Kayson, W. A. (1997). Effects of sex of caller, implied sexual orientation of caller, and urgency on altruistic response using the wrong number technique. *Psychological Reports*, 80(3), 927-930. <https://doi.org/10.2466/pr0.1997.80.3.927>
- Golan, Z. (2006) Pojęcie religijności, W:S. Głaz (red.). *Podstawowe zagadnienia psychologii religii*. Kraków: Wydawnictwo WAM.
- Gorsuch, R. L., i Shafranske, E. (1984). Factors associated with the perception of spirituality in psychotherapy. *The Journal*, 16(2), 231-241.
- Greiner, S. G. (2004). The “gift of life”: The role of gratitude in donating and receiving transplant organs. University of California, Davis.
- Grzegorzczak, K. (1971). O pojęciu wartości w antropologii kulturowej. *Studia socjologiczne*, 1, 21-34.
- Grzebiak, L., i Trzebińska, E. (1983). *Jak ludzie porozumiewają się?*. Nasza Księgarnia.
- Gulla, B. (2010). *Transplantacja serca: problemy adaptacji psychologicznej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Habashi, M. M., Graziano, W. G., i Hoover, A. E. (2016). Searching for the prosocial personality: A Big Five approach to linking personality and prosocial behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 42(9), 1177-1192.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. (wyd. 2). Guilford Press.
- Hartman, R. S. *The Science of Value*. W: A. H. Maslow (red.). (1959). *New knowledge in human values*. Harper.
- Hebb, D. O. (1969). *Podrecznik psychologii*. Wyd. Naukowe..
- Hebb, D. O., i Krebs, D. (1971). Comment on altruism: The comparative evidence: Infrahuman altruism. *Psychological bulletin*, 76(6), 409. <https://doi.org/10.1037/h0031898>
- Hessing, D. J., i Elffers, H. (1985). General and physical self-esteem and altruistic behavior. *Psychological reports*.
- Hill, P. C., i Pargament, K. I. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*, S(1), 3–17. <https://doi.org/10.1037/1941-1022.S.1.3>
- Hill, E. M. (2016). Posthumous organ donation attitudes, intentions to donate, and organ donor status: Examining the role of the big five personality dimensions and altruism. *Personality and Individual Differences*, 88, 182-186. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.09.021>

- Hirschberger, G., Ein-Dor, T., i Almakias, S. (2008). The self-protective altruist: Terror management and the ambivalent nature of prosocial behavior. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(5), 666-678. <https://doi.org/10.1177/0146167207313933>
- Hoffman, M. L. (1970). Moral development. *Carmichael's manual of child psychology*, 2, 261-359.
- Hoffman, M. L. (1975). Developmental synthesis of affect and cognition and its implications for altruistic motivation. *Developmental Psychology*, 11(5), 607–622. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.11.5.607>
- Hoffman, M. (1976). *Empathy, Role-Taking, Guilt, and Development of Altruistic Motives*. W: T. Lickona (red.), *Moral Development: Current Theory and Research* (s. 124- 143). New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Hoffman, M. L. (1982). Development of the motive to help others. W: D. Bar-Tal, J. Karyłowski, J. Reykowskii E. Staub (red.), *Development and maintenance of prosocial behaviour: International perspectives*, Plenum Press.
- Holmgren, R. A., Eisenberg, N., i Fabes, R. A. (1998). The relations of children's situational empathy-related emotions to dispositional prosocial behaviour. *International Journal of Behavioral Development*, 22(1), 169-193. <https://doi.org/10.1080/016502598384568>
- Hornstein, H. A. (1972). Promotive Tension: The Basis of Prosocial Behavior from a Lewinian Perspective 1. *Journal of Social Issues*, 28(3), 191-218. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1972.tb00039.x>
- Hornstein, H. A. (1976). Cruelty and kindness: A new look at aggression and altruism.
- Hornstein, H. A. (1978). Promotive tension and prosocial behavior: A Lewinian analysis. *Altruism, sympathy, and helping: Psychological and sociological principles*, 177-207.
- Horton, R. L., i Horton, P. J. (1990). Knowledge regarding organ donation: Identifying and overcoming barriers to organ donation. *Social science & medicine*, 31(7), 791-800. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90174-Q](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90174-Q)
- Horton, R. L., i Horton, P. J. (1991). A model of willingness to become a potential organ donor. *Social science & medicine*, 33(9), 1037-1051. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90009-2](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90009-2)
- Huber, S.. (2003). *Zentralität und Inhalt. Ein neues multidimensionales Messmodell der Religiosität*. Opladen: Leske+ Budrich.
- Hunsberger, B. (1995). Religion and prejudice: The role of religious fundamentalism, quest, and right-wing authoritarianism. *Journal of Social Issues*, 51(2), 113-129.
- Hutsebaut, D. (1980). Belief as lived relations. *Psychologica Belgica*, 20(1), 33–47.
- Hübner, G., i Kaiser, F. G. (2006). The moderating role of the attitude-subjective norms conflict on the link between moral norms and intention. *European Psychologist*, 11(2), 99-109.

- Hyde, M. K., i White, K. M. (2009). Disclosing donation decisions: the role of organ donor prototypes in an extended theory of planned behaviour. *Health Education Research*, 24(6), 1080-1092.
- Isen, A. M. (1970). Success, failure, attention, and reaction to others: The warm glow of success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15(4), 294– 301. <https://doi.org/10.1037/h0029610>
- Jarosz, M. (2003). Interpersonalne uwarunkowania religijności. Tow. Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Jarosz, M. (2011). Skala Personalnej Relacji do Boga. W: M. Jarosz (red.), *Psychologiczny pomiar religijności*, 113-129.
- Jarymowicz, M. (1976). Makiawelizm–osobowość ludzi nastawionych na manipulowanie innymi, W: *Osobowość a społeczne uczenie się ludzi*, praca zbiorowa pod redakcją J. Reykowskiego, Warszawa.
- Jarymowicz, M., i Rogala, J. (1976). Wgląd we własny egocentryzm a umiejętność dostrzegania problemów innych ludzi. W. *Studia Psychologiczne*, 15, 67-82.
- Jarymowicz, M. (1979). Modyfikowanie wyobrażeń dotyczących "ja" dla zwiększenia gotowości do zachowań prospołecznych. Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Jaworski, R. (1989). Psychologiczne korelaty religijności personalnej. RW KUL.
- Jaworski, R. (2020) Religijny rozwój osoby ludzkiej. Interpretacja psychologiczna. Płocki Instytut Wydawniczy.
- Jeong, H., i Park, H. S. (2015). The effect of parasocial interaction on intention to register as organ donors through entertainment-education programs in Korea. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 27(2), <https://doi.org/10.1177/1010539512472359>
- Johnson, R.C., Danko, G.P., Darvill, T.J., Bochner, S., Bowers, J.K., Huang, Y., Park, J.Y., Pečjak, V., Rahim, A., i Pennington, D. (1989). Cross-cultural assessment of altruism and its correlates. *Personality and Individual Differences*, 10, 855-868. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(89\)90021-4](https://doi.org/10.1016/0191-8869(89)90021-4)
- Karolkiewicz, M. (2006, 1 października). Bo nie spodobał się żonie. *Tygodnik Przegląd*. Pobrano 12.08.2021 z <https://www.tygodnikprzeglad.pl/bo-nie-spodobal-sie-zonie/>
- Karyłowski, J. (1982). O dwóch typach altruizmu: Badania nad endo-i egzocentrycznymi źródłami podejmowania bezinteresownych działań na rzecz innych ludzi. Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo.
- Kasper, Ł. (2022, 30 listopada). Kościół katolicki a transplantacja narządów. *Kai*. Pobrano 30.11.2022 z <https://www.ekai.pl/kosciol-katolicki-a-transplantacja-narzadow/>
- Katolickiego, K. K. (2002). II wydanie poprawione. Pallotinum,.

- Kaur, S. (2020). Effect of religiosity and moral identity internalization on prosocial behaviour. *Journal of Human Values*, 26(2), 186-198. <https://doi.org/10.1177/0971685820901402>
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs. (wyd.1): A theory of personality.* WW Norton and Company.
- Kiani, I., Laroche, M., i Paulin, M. (2016). Development of market Mavenism traits: Antecedents and moderating effects of culture, gender, and personal beliefs. *Journal of Business Research*, 69(3), 1120-1129. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2015.08.027>
- Kluckhohn, C. (1951). Values and value-orientations in the theory of action: An exploration in definition and classification. W: *Toward a general theory of action* (s. 388-433). Harvard university press. <https://doi.org/10.4159/harvard.9780674863507.c8>
- Komunikat Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 29 października 1996 r. o wytycznych w sprawie kryteriów stwierdzania trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (śmierci mózgowej), (1996) (Polska) 3.3.2. DZ.U. Nr 138 poz. 682.
- Konieczna, J., i Tomkiewicz, A. (1994). Postawy religijne osób żyjących w małżeństwach pozasakramentalnych. *Roczniki Teologiczne*, 41(6), 97-123.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Dz.U. 1997, Nr 78, poz. 483.(1997) (Polska) <https://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/2.htm>
- Kopelman, R. E., Prottas, D. J., i Tatum, L. G. (2004). Comparison of Four Measures of Values: Their Relative Usefulness in Graduate Education Advisement. *North American Journal of Psychology*, 6(2), 205–218.
- Kornblit, A. L., i Mendes Diz, A. M. (2001). La donación de órganos; entre la solidaridad y la desconfianza. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 21.
- Krebs, D. L. (1970). Altruism: An examination of the concept and a review of the literature. *Psychological Bulletin*, 73(4), 258–302. <https://doi.org/10.1037/h0028987>
- Krok, D. (2009). Religijność a duchowość–różnice i podobieństwa z perspektywy psychologii religii.
- Kortko, D., i Watoła, J. (2008). *Na szczycie stromej góry: opowieści o transplantacjach.* Społeczny Instytut Wydawniczy Znak.
- Langford, B. J., i Langford, C. C. (1974). Review of the polls. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 13(2), 221–222. <https://doi.org/10.2307/1384381>
- Latané, B., i Rodin, J. (1969). A lady in distress: Inhibiting effects of friends and strangers on bystander intervention. *Journal of Experimental Social Psychology*, 5(2), 189-202. [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(69\)90046-8](https://doi.org/10.1016/0022-1031(69)90046-8)

- Lerner, M. J., Miller, D. T., i Holmes, J. G. (1976). Deserving and the emergence of forms of justice. W: *Advances in experimental social psychology* (wyd.9, s. 133-162). Academic Press.
[https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60060-X](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60060-X)
- Litvack-Miller, W., McDougall, D., i Romney, D. M. (1997). The structure of empathy during middle childhood and its relationship to prosocial behavior. *Genetic, social, and general psychology monographs*, 123(3), 303-325.
- London, P. (1970). The rescuers: Motivational hypotheses about Christians who saved Jews from the Nazis (s. 241-250). New York: Academic Press.
- Lu, C., Jiang, Y., Zhao, X., i Fang, P. (2020). Will helping others also benefit you? Chinese adolescents' altruistic personality traits and life satisfaction. *Journal of Happiness Studies*, 21, 1407-1425.
<https://doi.org/10.1007/s10902-019-00134-6>
- Lwin, M.O., Williams, J.D., i Lan, L.L. (2002). Social marketing initiatives: National kidney foundation's organ donation programs in Singapore. *Journal of Public Policy & Marketing*, 21(1), 66-77.
- Łukaszewski, W. (1974). *Osobowość: struktura i funkcje regulacyjne*. Państwowe Wydawn. Naukowe.
- MacLean, P. (1973). *A triune concept of the brain and behaviour: Hincks memorial lectures*. University of Toronto Press.
- Marshall, H. M., i Feeley, T. H. (2006). A normative approach to shaping college students' attitudes toward organ donation. *Communication Studies*, 57(4), 435-453.
<https://doi.org/10.1080/10510970600946343>
- Maslow, A. H. (1959). Psychological data and value theory. *New knowledge in human values*, 119-136.
- Manesi, Z., Van Lange, P. A., Van Doesum, N. J., i Pollet, T. V. (2019). What are the most powerful predictors of charitable giving to victims of typhoon Haiyan: Prosocial traits, socio-demographic variables, or eye cues?. *Personality and Individual Differences*, 146, 217-225.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.03.024>
- Matuszewicz, C. (1975). *Psychologia wartosci*. Państwowe Wydawn. Naukowe.
- Meadow, M. J., Meadow, M. J., i Kahoe, R. D. (1984). *Psychology of religion: Religion in individual lives*. Harper & Row.
- Merz, E. M., Van den Hurk, K., i De Kort, W. L. (2017). Organ donation registration and decision-making among current blood donors in the Netherlands. *Progress in Transplantation*, 27(3), 266-272. <https://doi.org/10.1177/1526924817715470>
- Midlarsky, E., i Bryan, J. H. (1972). Affect expressions and children's imitative altruism. *Journal of Experimental Research in Personality*, 6(2-3), 195-203.
- Midlarsky, E., i Kahana, E. (1994). *Altruism in later life*. Sage Publications, Inc.

- Midlarsky, E., Pirutinsky, S., Chakrabarti, D., i Cohen, F. (2018). Visualized prosocial behavior and emotion in late life. *The Journal of Positive Psychology*, 13(5), 485-493.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2017.1315646>
- Mika, S. (1969). Skuteczność kar w wychowaniu. Państwowe Wydawn. Naukowe.
- Mika, S. (1987). Psychologia Społeczna. Państwowe Wydawn. Naukowe.
- Milaniak, I., Wilczek-Rużyczka, E., i Przybyłowski, P. (2018, September). Role of empathy and altruism in organ donation decisionmaking among nursing and paramedic students. W: *Transplantation proceedings* (wyd. 50, nr. 7, s. 1928-1932). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2018.02.153>
- Moloney, G., i Walker, I. (2000). Messiahs, pariahs, and donors: The development of social representations of organ transplants. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(2), 203-227.
<https://doi.org/10.1111/1468-5914.00126>
- Morciniec, P. (red.). (2003). Ocalić obraz człowieka: antropologiczne podstawy moralności. Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego.
- Morciniec, P. (2009). Bioetyka personalistyczna wobec zwłok ludzkich. Redakcja Wydawnictw Wydziału Teologicznego Uniwersytetu Opolskiego.
- Morgan, S., Miller, J., i Arasaratnam, L. (2002). Signing cards, saving lives: An evaluation of the worksite organ donation promotion project. *Communication Monographs*, 69(3), 253- 273.
- Morgan, S. E. (2006). Many facets of reluctance: African Americans and the decision (not) to donate organs. *Journal of the National Medical Association*, 98(5), 695.
- Morgan, S. E., Stephenson, M. T., Harrison, T. R., Afifi, W. A., i Long, S. D. (2008). "Facts versus 'feelings': How rational is the decision to become an organ donor": Erratum. *Journal of Health Psychology*, 13(6), 844. <https://doi.org/10.1177/1359105308096418>
- Morse, C. R., Afifi, W. A., Morgan, S. E., Stephenson, M. T., Reichert, T., Harrison, T. R., i Long, S. D. (2009). Religiosity, Anxiety, and Discussions About Organ Donation: Understanding a Complex System of Associations. *Health communication*, 24(2), 156- 164.
<https://doi.org/10.1080/10410230802676755>
- Mostafa, M. (2008). Profiling organ donors in Egypt using intelligent modeling techniques. *Marketing Intelligence & Planning*, 26(2), 166-188. <https://doi.org/10.1108/02634500810860610>
- Mostafa, M. M. (2010). Altruistic, cognitive and attitudinal determinants of organ donation intention in Egypt: a social marketing perspective. *Health marketing quarterly*, 27(1), 97-115.
<https://doi.org/10.1080/07359680903519867>
- Mukerjee, R. (1964). The dimensions of values, a unified theory. Allen & Unwin

- Muthén, B., i Kaplan, D. (1985). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British journal of mathematical and statistical psychology*, 38(2), 171-189. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1985.tb00832.x>
- Muthén, B., i Kaplan, D. (1992). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables: A note on the size of the model. *British journal of mathematical and statistical psychology*, 45(1), 19-30. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1992.tb00975.x>
- Muszyńska, Ł. (1976). Altruizm i kolektywizm dziecięcy. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.
- Nesterowicz, M. (1999). Cywilnoprawne aspekty transplantacji komórek, tkanek i narządów. *Prawo i Medycyna*, 3, 65.
- Nijkamp, M. D., Hollestelle, M. L., Zeegers, M. P., van den Borne, B., i Reubsæet, A. (2008). To be (come) or not to be (come) an organ donor, that's the question: A meta-analysis of determinant and intervention studies. *Health Psychology Review*, 2(1), 20-40.
- Nockur, L., i Pfattheicher, S. (2021). The beautiful complexity of human prosociality: on the interplay of honesty-humility, intuition, and a reward system. *Social Psychological and Personality Science*, 12(6), 877-886. <https://doi.org/10.1177/1948550620961262>
- Norkowski, J. M. (2011). Medycyna na krawędzi: ewolucja definicji śmierci człowieka w kontekście transplantacji narządów. *Polwen Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne*.
- Nowak, L. (1973). Wartość—idealizacja-wartościowanie,,,. *Studia Filozoficzne*, (6).
- O'Brien, C. A., Tourigny, L., i Payne, E. H. M. (2021). Personality and responses to Covid-19 health and safety prevention. *Personality and individual differences*, 181, 111013. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.111013>
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2019 roku w sprawie sposobu i kryteriów stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, *Monitor Polski*, 2020, poz. 73. (2020) (Polska) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WMP20200000073/O/M20200073.pdf>
- Oleś, P. K. (2002). Z badań nad wartościami i wartościowaniem: niektóre kwestie metodologiczne. *Roczniki psychologiczne*, 5(1), 53-75.
- Oliner, S. P. (1992). *Altruistic personality: rescuers of Jews in Nazi Europe*. Simon and Schuster.
- Pandya, S. P. (2017). Effect of a spiritual education programme in developing altruism and prosocial behaviour among children. *International Journal of Children's Spirituality*, 22(3-4), 220-238. <https://doi.org/10.1080/1364436X.2017.1369012>
- Park, H. S., Shin, Y. S., i Yun, D. (2009). Differences between white Americans and Asian Americans for social responsibility, individual right and intentions regarding organ donation. *Journal of Health Psychology*, 14(5), 707-712. <https://doi.org/10.1177/1359105309104917>

- Pargament, K. I. (2001). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. Guilford press.
- Parsons, T. (1969). *Struktura społeczna a osobowość*. Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Parsons, T. (2013). *The social system*. Routledge.
- Perez-San-Gregorio, M. A., Blanco-Picabia, A., Murillo-Cabezas, F., Dominguez-Roldan, J. M., i Nunez-Roldan, A. (1992). Psychological profile of families of severely traumatized patients: relationship to organ donation for transplantation: IIInd congress of the Catalan Transplantation Society, Barcelona, Spain, February 18-20, 1991. W: *Transplantation proceedings* (wyd. 24, nr. 1, s. 27-28).
- Peteet, J. R. (1994). Approaching spiritual problems in psychotherapy: A conceptual framework. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 3(3), 237–245.
- Pijarowski K.A. (2000). Negocjowanie życia. *Wprost*, 937(46).
- Piliavin, I. M., Rodin, J., i Piliavin, J. A. (1969). Good Samaritanism: An underground phenomenon? *Journal of Personality and Social Psychology*, 13(4), 289–299.
<https://doi.org/10.1037/h0028433>
- Piliavin, J. A. (red.). (1981). *Emergency intervention*. Academic Press.
- Piliavin, J. A., Dovidio, J. F., Gaertner, S. L., i CLARK III, R. D. (1982). Responsive bystanders: The process of intervention. W: *Cooperation and helping behavior* (s. 279-304). Academic press.
- Pilonis, H. (2016, 3 czerwca). Kontrowersje wokół przeszczepu penisa. *Medonet*. Pobrano 12.08.2021 z <https://www.medonet.pl/zdrowie/zdrowie-dla-kazdego.przeszczep-penisa.artykul,1721792.html>
- Penner, L. A., Dovidio, J. F., Piliavin, J. A., i Schroeder, D. A. (2005). Prosocial behavior: Multilevel perspectives. *Annu. Rev. Psychol.*, 56, 365-392.
- Potocka-Hoser, A. (1971). *Wyznaczniki postawy altruistycznej: badania nad zachowaniami prospołecznymi*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Prężyna, W. (1967). Koncepcja postawy w psychologii. *Roczniki filozoficzne*, 15(4), 25-38.
- Prężyna, W. (1968). Skala postaw religijnych. *Roczniki Filozoficzne*, 16(4), 75-89.
- Prężyna, W. (1981). *Funkcja postawy religijnej w osobowości człowieka*.
- Rando, B., Blanca, M.J., i Frutos, M.A. (1995). Donacio'n de o' rganos y variables de personalidad y psicosociales asociadas. *Anales de Psicología*, 11(2), 121-127.
- Ratajska, A. (2011). *Tożsamość osób po transplantacji serca*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Reber, A. S., i Reber, E. S. (2000). *Słownik psychologii*, Wyd. Naukowe Scholar.
- Regan, J. W. (1971). Guilt, perceived injustice, and altruistic behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18(1), 124–132. <https://doi.org/10.1037/h0030712>

- Regan, D. T., Williams, M., i Sparling, S. (1972). Voluntary expiation of guilt: A field experiment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 24(1), 42–45.
<https://doi.org/10.1037/h0033553>
- Reubsaet, A., van den Borne, B., Brug, J., Pruyn, J., i van Hooff, H. (2001). Determinants of the intention of Dutch adolescents to register as organ donors. *Social science & medicine*, 53(3), 383-392.
[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00343-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00343-9)
- Reykowski, J. (1975). Zadania pozaosobiste jako regulator czynności ludzkich. *Studia nad teorią czynności ludzkich*, 103-144.
- Reykowski, J. (1976). Nastawienia egocentryczne i nastawienia prospołeczne. W: J. Reykowski (red.), *Osobowość a społeczne zachowanie się ludzi*. Książka i Wiedza.
- Reykowski, J. (1979). *Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość*. Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Reykowski, J., i Kochańska, G. (1980). *Szkice z teorii osobowości*: Warszawa.
- Rokeach, M. (1970). Faith, hope and bigotry. *Psychology Today*, 3(11), 33-37.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. Free Press.
- Rosel, J., Blanca, M. J., Frutos, M. A., i Elósegui, E. (1995). Variables influyentes sobre las actitudes hacia la donación de órganos. *Rev Esp Trasp*, 4, 19-27.
- Ruggieri, S., Boca, S., i Ingoglia, S. (2022). Willingness to Donate Organs After Death. *European Journal of Health Psychology*.
- Rumsey, S., Hurford, D. P., i Cole, A. K. (2003, December). Influence of knowledge and religiousness on attitudes toward organ donation. In *Transplantation proceedings* (wyd. 35, nr. 8, s. 2845-2850). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2003.10.078>
- Rushton, J. P., i Sorrentino, R. M. (1981). Altruism and helping behavior: An historical perspective. *Altruism and Helping Behavior: Social, Personality, and Developmental Perspectives*. Hillsdale, Erlbaum, 3-16.
- Rushton, J. P. (1982). Altruism and society: A social learning perspective. *Ethics*, 92(3), 425- 446.
- Rushton, J. P. (1984). The altruistic personality: Evidence from laboratory, naturalistic, and self-report perspectives. *Development and maintenance of prosocial behavior: International perspectives on positive morality*, 271-290.
- Ruszkowski, J., Heleniak, Z., Czaplńska, M., i Dębska-Ślizień, A. (2020). Stosunek do transplantacji i jego umotywowanie wśród gdańszczan—przekrojowe badanie kwestionariuszowe. In *Renal Disease and Transplantation Forum* (wyd. 13, nr. 4, s. 184-191).
<https://doi.org/10.7150/ijms.49648>

- Sanjai, S., i Gopichandran, V. (2018). Selfless giving in medicine: a study of altruistic attitudes among medical students. *Indian J Med Ethics*, 3(1), 28-34. <https://doi.org/10.20529/IJME.2017.082>
- Saleem, T., Ishaque, S., Habib, N. et al. Knowledge, attitudes and practices survey on organ donation among a selected adult population of Pakistan. *BMC Med Ethics* **10**, 5 (2009). <https://doi.org/10.1186/1472-6939-10-5>
- Scheibe, C. L., i Condry, J. C. (1984). Character Portrayals and Social Values in TV Commercials.
- Schroeder, D. A., i Graziano, W. G. (red.). (2015). The field of prosocial behavior: An introduction and overview. W: D. A. Schroeder i W. G. Graziano (red.), *The Oxford handbook of prosocial behavior* (s. 3–34). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195399813.013.32>
- Schwartz, S. (1976). Aktywizacja osobistych standardów normatywnych a zachowania prospołeczne, *Studia Psychologiczne*. 15, 5-33.
- Schwartz, S. H. (1977). Normative influences on altruism. W: *Advances in experimental social psychology* (wyd. 10, s. 221-279). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60358-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60358-5)
- Schwartz, S. H., i Howard, J. A. (1981). A normative decision-making model of altruism. *Altruism and helping behavior*, 189-211.
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. W: *Advances in experimental social psychology* (wyd. 25, s. 1-65). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60281-6](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60281-6)
- Schwartz, S. H. (2017). The refined theory of basic values. W: S. Roccas, L. Sagiv (red.), *Values and behavior. Taking a cross-cultural perspective* (s. 51-72), Springer International Publishing AG.
- Schwartz, S. H. (2007). Basic human values: Theory, measurement, and applications. *Revue française de sociologie*, 47(4), 249-288. <https://doi.org/10.3917/rfs.474.0929>
- Schwartz S. H. i Howard J. A. (2013). A self-based motivational model W: V. J. Derlega i J. Grzelak (red.), *Cooperation and helping behavior: Theories and research*. Academic press.
- Sharma, V., i Rosha, J. (1992). Altruism as a function of self-actualization and locus of control of benefactor. *Psychological Studies*, 37(1), 26–30.
- Sieradzka, A. (2017). *Tajemnice transplantacji*. PWN.
- Siminoff, L. A., Burant, C. J., i Ibrahim, S. A. (2006). Racial disparities in preferences and perceptions regarding organ donation. *Journal of general internal medicine*, 21(9), 995- 1000.
- Sikora, J. (2015). Endocentryzm i egzocentryzm moralny, aprobaty społeczna i empatia u wolontariuszy hospicyjnych. *Ogrody Nauk i Sztuk*, (5), 278-284. <https://doi.org/10.15503/onis2015.278.284>

- Skalski, J. (2003). Dawne dzieje resuscytacji i reanimacji Szlachetne Zdrowie, Kwartalnik Śląskiego Centrum Chorób Serca, 3(2).
- Skowronski, J. J. (1997). On the psychology of organ donation: Attitudinal and situational factors related to the willingness to be an organ donor. *Basic and Applied Social Psychology*, 19(4), 427-456. https://doi.org/10.1207/s15324834basp1904_3
- Skumanich, S. A., i Kintsfather, D. P. (1996). Promoting the organ donor card: A causal model of persuasion effects. *Social Science & Medicine*, 43(3), 401-408. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00404-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00404-1)
- Sorrentino, R. M. (1981). Derogation of an innocently suffering victim: So who's the "good guy". *Altruism and helping behavior*, 267-283.
- Stanisławski, P. (2018, 5 lutego). Miał być przeszczep głowy w 2017 roku. I co? *Crazynauka.pl*. Pobrano 12.08.2021 z <https://www.crazynauka.pl/mial-byc-przeszczep-glowy-w-2017-roku-i-co/>
- Staub, E., i Sherk, L. (1970). Need for approval, children's sharing behavior, and reciprocity in sharing. *Child Development*, 41(1), 243-252. <https://doi.org/10.2307/1127403>
- Staub, E. (1975). To rear a prosocial child: Reasoning, learning by doing, and learning by teaching others. W: D. J. De Palma i J. M. Foley (red.), *Moral development: Current theory and research*. Hillsdale.
- Staub, E. (1981). Promoting positive behavior in schools, in other educational settings, and in the home. *Altruism and helping behavior*, 109-136.
- Staub, E. (2013). *Positive social behavior and morality: Social and personal influences*. Elsevier.
- Stec, T. (2016). Donacja organów a logika daru. Chrześcijańskie spojrzenie na problem transplantacji. *Tarnowskie Studia Teologiczne*, 35(2), 125-140. <https://doi.org/10.15633/tst.2109>
- Sterkowicz, S. (2007). Historia Medycyny Czterdzieści lat później. *Transplantacja serca– wczoraj, dziś i jutro. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska*, 4(4), 423-427.
- Stotland, E., i Dunn, R. E. (1963). Empathy, self-esteem, and birth order. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 66(6), 532.
- Stotland, E. (1969). *Exploratory investigations of empathy*. W: *Advances in experimental social psychology* (wyd. 4, s. 271-314). Academic Press.
- Suchodolska, M. (2021, 4 października). W Polsce dokonano przeszczepu dwóch narządów naraz. Pionierski zabieg przeprowadzili lekarze z WUM. *Wprost Zdrowie*. <https://zdrowie.wprost.pl/strefa-pacjenta/innovacje-i-farmacja/10503430/pionierska-operacja-na-wum-przeszczepiono-dwa-narzady-na-raz.html>
- Sych, M. (1996). Granice intensywnej terapii–aspekty etyczne i prawne. W: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*. A. Biela (red.). KUL i Akademia Medyczna w Lublinie, 93.

- Snydei, M., i Dwyer, P. C. (2012). Altruism and prosocial behavior. *Handbook of Psychology*, Second Edition, 5. <https://doi.org/10.1002/9781118133880.hop205022>
- Stark, R., i Glock, C. Y. (1970). *American piety: The nature of religious commitment* (wyd. 1). Univ of California Press.
- Szczepański, J. (1970). *Elementarne pojęcia socjologii*. Państwowe Wydawn. Naukowe.
- Szymanska, A. (2000). *Spostrzeganie interpersonalne a poziom altruizmu*.
- Szustrowa, T. (1972). Zdolności do działania na rzecz celów pozaosobistych a niektóre właściwości rodzinnego treningu wychowawczego,,,. *Zeszyty Naukowe Instytutu Psychologii UW*, 1, 12-41.
- Szymoń, J. (1999). *Lęk i fascynacja: osobowościowe korelaty lęku i fascynacji w przeżyciu religijnym*. Red. Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Szymoń, J., i Bartczuk, R. P. (2011). *Skala Centralności Postawy Religijnej W. Prężyny*. W: M. Jarosz (red.), *Psychologiczny pomiar religijności*. Lublin: TN KUL JP II, 25-44.
- Śliwak, J., i Król, A. (1989). Poziom altruizmu a poczucie sensu życia. *Roczniki Filozoficzne*, 189-211.
- Śliwak, J. (1993). Altruizm a religijność człowieka: badania empiryczne. *Roczniki filozoficzne*, 53-78.
- Śliwak, J. i Leszczuk, P. (1994). Poziom altruizmu a obraz siebie: badania empiryczne dorastającej młodzieży. *Roczniki Filozoficzne*, 119-164.
- Śliwak, J. (1995). Altruizm a preferencja wartości – badania empiryczne. *Roczniki Filozoficzne* 4, 111-146.
- Śliwak, J. (2001). *Osobowość altruistyczna: Osobowościowe korelaty altruizmu; psychologiczne badania empiryczne*. Red. Wydawn. Katolickiego Uniw. Lubelskiego.
- Śliwak, J. (2005). Altruizm i jego pomiar. *Kwestionariusz AN. Roczniki Psychologiczne*, 8(1), 121-144.
- Śliwak, J., i Bartczuk, R. P. (2011). *Skala relacji religijnych–Przeżywane relacje do Boga D. Hutsebauta. Psychologiczny pomiar religijności*, 171-200.
- Śliwak, J., Zarzycka, B., i Partyka, J. (2018). Motivation for assistance activities among hospice, missionary and sport volunteers. *The Person and the Challenges. The Journal of Theology, Education, Canon Law and Social Studies Inspired by Pope John Paul II*, 8(1). <https://doi.org/10.15633/pch.2427>
- Śliwak, J. i Bartczuk, R. P. (2022). Altruism/Non-altruism Questionnaire – short version: The revision of the method based on bifactor analysis [Preprint]. *PsyArXiv*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/zt6ym>
- Tillich, P., Mech, K., i Zychowicz, J. (1994). *Pytanie o Nieuwarunkowane: pisma z filozofii religii*. Znak.
- Thornton, J. D., Wong, K. A., Cardenas, V., Curtis, J. R., Spigner, C., i Allen, M. D. (2006). Ethnic and gender differences in willingness among high school students to donate organs. *Journal of adolescent health*, 39(2), 266-274. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.028>

- Türk, H. J. (1996). Śmierć mózgową w aspekcie filozoficznym, W: A. Marcol (red.). Etyczne aspekty transplantacji narządów. Materiały z sympozjum w Kamieniu Śląskim. W dniach 15–16.04.
- Transplantacja, Encyklopedia PWN:.. (b. d.). Encyklopedia PWN: źródło wiarygodnej i rzetelnej wiedzy. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/transplantacja;3988774.html>
- Trivers, R. L. (1971). The evolution of reciprocal altruism. *The Quarterly review of biology*, 46(1), 35-57.
- Trnka, J., Jurek, T., Maksymowicz, K. (2003). Ustalanie śmierci człowieka dawniej i dziś, W: J. Kolbuszewski (red.), *Problemy współczesnej tanatologii*. Wrocławskie Towarzystwo Naukowe.
- Ustawa z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów ze zm.Dz. U. z 6.09.2005, Nr 169, poz. 1411 (2005) (Polska).
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20051691411/U/D20051411Lj.pdf>
- Walesa, Cz.(1992) Quasi – religijne zachowania dzieci 8-15 miesięcznych W: A. Januszewski T. Oleś T. Witkowski (red), *Wykłady z psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim*, Lublin
- Wasak A. (2009). *Transplantacje Dar życia*. Polskie Wydawnictwo Encyklopedyczne.
- Welte, B. (1996). *Filozofia religii*, tłum. G. Sowinski, Kraków.
- Wertag, A., i Bratko, D. (2018). In search of the prosocial personality. *Journal of Individual Differences*, 40(1), 55-56. <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000276>
- Wong, S. H., i Chow, A. Y. M. (2017). An exploratory study on university students' perceptions of posthumous organ donation base on the theory of reasoned action. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 75(3), 284-299. <https://doi.org/10.1177/0030222816633241>
- Wójcik A. (2018). Podmiotowe uwarunkowania osoby wobec transplantacji. [Nieopublikowana praca magisterska]. Katolicki Uniwersytet Lubelski w Lublinie
- Wrona-Polańska, H., Skotnicki, A., i Piątkowska-Jakubas, B. (2016). Psychologiczne predyktory zdrowia pacjentów po transplantacji szpiku kostnego 40 lat psychologicznych badań chorych z nowotworami krwi. *Przegląd Lekarski*, 73(5).
- Współtwórcy projektów Fundacji Wikipedia. (2001, 24 sierpnia). Przeszczepianie narządów – Wikipedia, wolna encyklopedia. Wikipedia, wolna encyklopedia.
https://pl.wikipedia.org/wiki/Przeszczepianie_narządów
- Wu, A. M., Tang, C. S., i Yogo, M. (2013). Death anxiety, altruism, self-efficacy, and organ donation intention among Japanese college students: A moderated mediation analysis. *Australian Journal of Psychology*, 65(2), 115-123. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12003>
- Wulff, D. M. (1991). *Psychology of religion: Classic and contemporary views*. John Wiley & Sons.
- Wulff, D. M., i Socha, P. (1999). *Psychologia religii: klasyczna i współczesna*. Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne Spółka Akcyjna.

- Wynne-Edwards, V. C. (1962). Animal dispersion in relation to social behaviour.
- Zaki, J., i Mitchell, J. P. (2013). Intuitive prosociality. *Current Directions in Psychological Science*, 22(6), 466-470. <https://doi.org/10.1177/0963721413492764>
- Zalewski, Z. (2010). Problematyka „zgody domniemanej”, W: *Etyczne aspekty transplantacji*. S. Bednarz (red.), *Galiczyjska Gazeta Lekarska*.
- Załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2010 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia nieodwracalnego zatrzymania krążenia. M.P. 2010, Nr 59, poz. 784 (2010) (Polska). <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20100590784>
- Zdybicka, Z. J. (1993). *Człowiek i religia: zarys filozofii religii* (wyd. 61). Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Zimbardo, P. G., Gerrig, R. J., Czerniawska, E., Guzowska-Dąbrowska, M., Jaworska-Surma, A., Materska, M., i Radzicki, J. (2015). *Psychologia i życie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Spis tabel

Tabela 1 Ładunki czynnikowe zmiennych oraz przedziały ufności w modelu dwuczynnikowym hierarchicznym gotowości oddania organów do transplantacji obliczone na podstawie danych polichorycznych.....	86
Tabela 2 Charakterystyka Skali gotowości do transplantacji	87
Tabela 3 Charakterystyka Kwestionariusza PVQ-40	89
Tabela 4 Charakterystyka Kwestionariusza A-N.....	91
Tabela 5 Ładunki czynnikowe skali PRB.....	93
Tabela 6 Charakterystyka Skali przeżywane relacje do Boga.....	94
Tabela 7 Statystyki opisowe płci i wieku	97
Tabela 8 Rozkład liczbowy i procentowy zmiennych socjoekonomicznych w badanej grupie (n = 406) ..	99
Tabela 9 Rozkład liczbowy i procentowy religijności osób badanych (n = 406)	100
Tabela 10 Rozkład liczbowy i procentowy danych dotyczących kondycji zdrowotnej (n = 406)	101
Tabela 11 Rozkład liczbowy i procentowy danych związanych z transplantacją narządu i śmiercią (n = 406).....	102
Tabela 12 Statystyki opisowe Skali gotowości do transplantacji (N = 406)	107
Tabela 13 Test różnic pomiędzy osobami reprezentującymi określone grupy socjodemograficzne w zakresie gotowości oddania narządów do przeszczepu oraz deklaracji oddania organów.....	111
Tabela 14 Statystyki opisowe Skali A-N oraz Kwestionariusza endo-egzocentryzmu moralnego (N = 396)	115
Tabela 15 Test różnic pomiędzy osobami z podpisaną kartą narządów, skłonnyimi podpisać kartę dawcy narządów, niezdecydowanymi oraz nie chcącymi podpisać karty dawcy narządów a altruizmem i endo-egzocentryczną motywacją altruistyczną	115
Tabela 16 Korelacje pomiędzy gotowością oddania narządu a altruizmem i motywacją altruistyczną (N = 367).....	116
Tabela 17 Współczynniki standaryzowane i niestandaryzowane predyktorów wyjaśniających zmienną ogólną gotowość oddania narządów do przeszczepu	117
Tabela 18 Efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora	118
Tabela 19 Endo-egzocentryczna motywacja prospołeczna jako moderator związku między altruizmem a gotowością oddania narządów życiowych.....	120
Tabela 20 Efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora	120
Tabela 21 Statystyki opisowe Portretowego kwestionariusza wartości (N = 402)	122
Tabela 22 Test różnic pomiędzy osobami z podpisaną kartą narządów, skłonnyimi podpisać kartę dawcy narządów, niezdecydowanymi oraz nie chcącymi podpisać karty dawcy narządów a preferowanymi wartościami	124
Tabela 23 Korelacje pomiędzy gotowością oddania narządów do transplantacji a wartościami (N = 402)	126
Tabela 24 Współczynniki standaryzowane i niestandaryzowane predyktorów wyjaśniających zmienną ogólną gotowość oddania narządów do przeszczepu	127

Tabela 25 <i>Endo-egzocentryczna motywacja prospołeczna jako moderator związku między preferowaniem wartości zachowawczości a gotowością oddania narządów życiowych.....</i>	128
Tabela 26 <i>Endo-egzocentryczna motywacja prospołeczna jako moderator związku między preferowaniem wartości otwartości na zmiany a gotowością oddania narządów życiowych.....</i>	129
Tabela 27 <i>Efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora.....</i>	130
Tabela 28 <i>Endo-egzocentryczna motywacja prospołeczna jako moderator związku między preferowaniem wartości przekraczanie siebie a gotowością oddania narządów życiowych.....</i>	131
Tabela 29 <i>Efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora.....</i>	132
Tabela 30 <i>Endo-egzocentryczna motywacja prospołeczna jako moderator związku między preferowaniem wartości umacnianie siebie a gotowością oddania narządów życiowych.....</i>	133
Tabela 31 <i>Efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora.....</i>	134
Tabela 32 <i>Statystyki opisowe Skali przeżywane relacje do Boga (N = 399).....</i>	136
Tabela 33 <i>Test różnic pomiędzy osobami z podpisaną kartą narządów, skłonnyimi podpisać kartę dawcy narządów, niezdecydowanymi oraz nie chcącymi podpisać karty dawcy narządów a religijnością i przeżywanymi relacjami do Boga.....</i>	137
Tabela 34 <i>Korelacje pomiędzy gotowością oddania narządów do transplantacji a relacjami do Boga (N = 399).....</i>	142
Tabela 35 <i>Współczynniki standaryzowane i niestandaryzowane predyktorów wyjaśniających zmienną ogólna gotowość oddania narządów do przeszczepu.....</i>	143
Tabela 36 <i>Efekty warunkowe predyktora przy ustalonych wartościach moderatora.....</i>	144
Tabela 37 <i>Współczynniki standaryzowane i niestandaryzowane predyktorów istotnie i całościowo wyjaśniających zjawisko ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu.....</i>	146
Tabela 38 <i>Współczynniki standaryzowane i niestandaryzowane predyktorów istotnie i całościowo wyjaśniających zjawisko gotowości oddania narządów życiowych.....</i>	148
Tabela 39 <i>Współczynniki standaryzowane i niestandaryzowane predyktorów istotnie i całościowo wyjaśniających zjawisko gotowości oddania narządów peryferycznych.....</i>	149
Tabela 40 <i>Test różnic pomiędzy wyróżnionymi skupieniami w zakresie zmiennej altruizm i endo-egzocentryczna motywacja zachowań prospołecznych.....</i>	151
Tabela 41 <i>Test różnic pomiędzy wyróżnionymi skupieniami w zakresie preferowanych wartości oraz grup wartości.....</i>	151
Tabela 42 <i>Test różnic pomiędzy wyróżnionymi skupieniami w zakresie religijności oraz przeżywanym relacji do Boga.....</i>	154

Spis rysunków

Rysunek 1 <i>Koło Schwartza w modelu zmodyfikowanym (Schwartz i in, 2012)</i>	56
Rysunek 2 <i>Model addytywny zmiennych wyjaśniających i gotowości oddania narządów do przeszczepu</i>	76
Rysunek 3 <i>Model związku pomiędzy zmiennymi wyjaśniającymi a gotowością oddania narządów do przeszczepu moderowany przez motywację zachowań prospołecznych</i>	77
Rysunek 4 <i>Porównanie wyników uzyskanych przez osoby badane w zakresie zmiennej gotowości oddania narządów życiowych a przynależność do grupy osób z kartą dawcy narządów, skłonnych do podpisania karty dawcy, niezdecydowanych oraz nie chcących podpisać karty dawcy organów</i>	104
Rysunek 5 <i>Porównanie wyników uzyskanych przez osoby badane w zakresie zmiennej gotowości oddania narządów peryferycznych a przynależność do grupy osób z kartą dawcy narządów, skłonnych do podpisania karty dawcy, niezdecydowanych oraz nie chcących podpisać karty dawcy organów</i>	105
Rysunek 6 <i>Porównanie wyników uzyskanych przez osoby badane w zakresie zmiennej ogólnej gotowości oddania narządów a przynależnością do grupy osób z kartą dawcy narządów, skłonnych do podpisania karty dawcy, niezdecydowanych oraz nie chcących podpisać karty dawcy organów</i>	106
Rysunek 7 <i>Rozkład wyników gotowości oddania narządów życiowych do przeszczepu</i>	108
Rysunek 8 <i>Rozkład wyników gotowości oddania narządów peryferycznych do przeszczepu</i>	108
Rysunek 9 <i>Rozkład wyników ogólnej gotowości oddania narządów do przeszczepu</i>	109
Rysunek 10 <i>Rozkład wyników przynależności do grupy osób z podpisaną kartą dawcy narządów, skłonnych do podpisania karty dawcy narządów, niezdecydowanych oraz nie chcących podpisać karty dawcy narządów</i>	109
Rysunek 11 <i>Endo-egzocentryczna motywacja do zachowań prospołecznych jako moderator związku pomiędzy altruizmem a ogólną gotowością oddania narządów do przeszczepu</i>	118
Rysunek 12 <i>Endo-egzocentryczna motywacja do zachowań prospołecznych jako moderator związku pomiędzy altruizmem a gotowością oddania narządów życiowych</i>	121
Rysunek 13 <i>Różnice pomiędzy osobami o różnym statusie deklaracji organów w zakresie zmiennej przekraczanie siebie</i>	124
Rysunek 14 <i>Endo-egzocentryczna motywacja do zachowań prospołecznych jako moderator w związku pomiędzy preferencją wartości otwartości na zmiany a gotowością oddania narządów życiowych</i>	130
Rysunek 15 <i>Endo-egzocentryczna motywacja do zachowań prospołecznych jako moderator w związku pomiędzy preferencją wartości przekraczania siebie a gotowością oddania narządów życiowych</i>	132
Rysunek 16 <i>Endo-egzocentryczna motywacja do zachowań prospołecznych jako moderator w związku pomiędzy preferencją wartości umacniania siebie a gotowością oddania narządów życiowych</i>	134
Rysunek 17 <i>Różnice pomiędzy osobami o różnym statusie deklaracji oddania organów do przeszczepu w zakresie relacji zależności względem Boga</i>	138
Rysunek 18 <i>Różnice pomiędzy osobami o różnym statusie deklaracji oddania organów do przeszczepu w zakresie buntowniczności wobec działania Boga</i>	139

Rysunek 19 <i>Różnice pomiędzy osobami o różnym statusie deklaracji oddania organów do przeszczepu w zakresie odczuwanego lęku względem Boga</i>	140
Rysunek 20 <i>Różnice pomiędzy osobami o różnym statusie deklaracji oddania organów do przeszczepu w zakresie relacji do Boga nasyconych negatywnymi emocjami</i>	141
Rysunek 21 <i>Akceptacja przekonań jako moderator w związku pomiędzy relacją autonomii-zależności a ogólną gotowością oddania narządów</i>	145
Rysunek 22 <i>Analiza skupień gotowości oddania narządów życiowych oraz peryferycznych</i>	150

Aneksy

Aneks 1

Tabele oraz wykresy analiz statystycznych

Tabela A 1

Endo-egzocentryczna motywacja prospołeczna jako moderator związku między altruizmem a ogólną gotowością oddania narzędzi

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>PU</i>
Altruizm	1,31	0,67	1,96	0,051	-0,01; 2,64
END-EGZ	3,71	1,74	2,14	0,033	0,29; 7,13
Altruizm x END-EGZ	-2,50	1,15	-2,17	0,031	-4,77; -0,23
Płeć	-0,26	0,11	-2,40	0,017	-0,47; -0,05
Deklaracja wiary	0,33	0,12	2,79	0,006	0,10; 0,56
Miejsce zamieszkania	0,03	0,11	0,23	0,817	-0,19; 0,24
Stała	2,26	1,06	2,12	0,035	0,16; 4,35
$R^2 = 0,04$					
$F(1,393) = 15,56; p < 0,001$					

B - współczynnik niestandardyzowany, *SE* - błąd standardowy, *t* - wynik testu *t*, *p* - istotność testu *t*, *PU* - przedział ufności, R^2 - współczynnik determinacji

Tabela A 2

Efekty moderacji zależności między zmienną altruizm a ogólna gotowość oddania narzędzi przez endo-egzocentryczną motywację altruistyczną

END-EGZ	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	DGPU	GGPU
0,14	1,28	0,58	2,19	0,029	0,13	2,42
0,18	1,16	0,53	2,17	0,031	0,11	2,20
0,23	1,03	0,48	2,14	0,033	0,09	1,98
0,27	0,91	0,43	2,10	0,036	0,06	1,76
0,31	0,79	0,39	2,04	0,042	0,03	1,55
0,35	0,69	0,35	1,97	0,050	0,00	1,37
0,36	0,67	0,34	1,95	0,052	-0,01	1,34
0,40	0,55	0,30	1,80	0,072	-0,05	1,14
0,44	0,42	0,27	1,58	0,115	-0,10	0,95
0,48	0,30	0,24	1,25	0,212	-0,17	0,77
0,53	0,18	0,23	0,80	0,427	-0,26	0,62
0,57	0,06	0,22	0,26	0,798	-0,38	0,49

0,61	-0,07	0,23	-0,28	0,781	-0,53	0,39
0,66	-0,19	0,26	-0,73	0,467	-0,69	0,32
0,70	-0,31	0,29	-1,07	0,286	-0,88	0,26
0,74	-0,43	0,33	-1,32	0,189	-1,08	0,21
0,79	-0,55	0,37	-1,49	0,136	-1,28	0,18
0,83	-0,68	0,42	-1,62	0,106	-1,49	0,14
0,87	-0,80	0,46	-1,72	0,087	-1,71	0,12
0,91	-0,92	0,51	-1,79	0,075	-1,93	0,09
0,96	-1,04	0,57	-1,84	0,066	-2,15	0,07
1,00	-1,16	0,62	-1,89	0,060	-2,38	0,05

Tabela A 3

Efekty moderacji zależności między zmienną altruizm a gotowość oddania narządów życiowych przez endo-egzocentryczną motywację altruistyczną

END-EGZ	B	SE	t	p	DGPU	GGPU
0,14	0,96	0,52	1,86	0,064	-0,06	1,99
0,18	0,86	0,47	1,81	0,071	-0,08	1,79
0,23	0,75	0,43	1,75	0,082	-0,10	1,59
0,27	0,64	0,39	1,66	0,097	-0,12	1,40
0,31	0,53	0,34	1,55	0,122	-0,14	1,21
0,36	0,43	0,30	1,40	0,163	-0,17	1,03
0,40	0,32	0,27	1,19	0,237	-0,21	0,85
0,44	0,21	0,24	0,89	0,375	-0,26	0,68
0,48	0,10	0,21	0,48	0,628	-0,32	0,53
0,53	0,00	0,20	-0,02	0,985	-0,40	0,39
0,57	-0,11	0,20	-0,56	0,575	-0,50	0,28
0,61	-0,22	0,21	-1,05	0,294	-0,63	0,19
0,66	-0,33	0,23	-1,43	0,155	-0,78	0,12
0,70	-0,43	0,26	-1,69	0,093	-0,94	0,07
0,74	-0,54	0,29	-1,86	0,064	-1,12	0,03
0,79	-0,65	0,33	-1,97	0,050	-1,30	0,00
0,79	-0,65	0,33	-1,97	0,050	-1,30	0,00
0,83	-0,76	0,37	-2,04	0,042	-1,49	-0,03
0,87	-0,86	0,41	-2,09	0,038	-1,68	-0,05
0,91	-0,97	0,46	-2,12	0,035	-1,87	-0,07
0,96	-1,08	0,50	-2,14	0,033	-2,07	-0,09
1,00	-1,19	0,55	-2,16	0,031	-2,27	-0,11

Tabela A 4

Akceptacja przekonań jako moderator związku między relacją autonomia-zależność a gotowością oddania narzędzi do przeszczepu

	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>PU</i>
Autonomia-Zależność	-0,72	0,2	-3,56	< 0,001	-1,11; -0,32
Akceptacja przekonań	0,04	0,07	0,51	0,611	-0,11; 0,18
AUT-ZAL x AP	0,13	0,03	3,94	< 0,001	0,063; 0,19
Płeć	-0,27	0,14	-2,37	0,018	-0,50; -0,05
Miejsce zamieszkania	0,08	0,05	1,5	0,135	-0,03; 0,19
Stała	3,62	0,43	8,34	< 0,001	2,77; 4,48
$R^2 = 0,08$					
$F(5,393) = 15,56; p < 0,001$					

B - współczynnik niestandardyzowany, *SE* - błąd standardowy, *t* - wynik testu *t*, *p* - istotność testu *t*, *PU* - przedział ufności, R^2 - współczynnik determinacji

Tabela A 5

Wyniki analizy regresji dla zmiennej wyjaśnianej ogólna gotowość oddania narzędzi

	R^2	% wyj. wariacji	<i>F</i>	<i>p</i>
Krok 1	0,028	2,80%	5,06	0,007
Krok 2	0,048	4,80%	3,50	0,004
Krok 3	0,107	10,70%	4,58	< 0,001
Krok 4	0,132	13,20%	3,67	< 0,001
Krok 5	0,132	13,20%	3,97	< 0,001
Krok 6	0,132	13,20%	4,31	< 0,001
Krok 7	0,132	13,20%	4,71	< 0,001
Krok 8	0,129	12,90%	5,08	< 0,001
Krok 9	0,126	12,60%	5,49	< 0,001
Krok 10	0,120	12,00%	5,84	< 0,001

R^2 -współczynnik determinacji; *F* – wynik testu ANOVA; *p* – istotność statystyczna

Tabela A 6

Współczynniki standaryzowane i niestandaryzowane predyktorów wyjaśniających ogólną gotowość oddania narządów do przeszczepu

		<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Krok 1	Stała	3,87	0,24		16,14	< 0,001
	Płeć	-0,24	0,12	-0,10	-1,97	0,050
	Miejsce zamieszkania	0,13	0,06	0,12	2,32	0,021
Krok 2	Stała	1,32	1,19		1,11	0,268
	Płeć	-0,23	0,12	-0,10	-1,84	0,066
	Miejsce zamieszkania	0,15	0,06	0,13	2,55	0,011
	Altruizm	1,85	0,76	0,43	2,44	0,015
	END-EGZ	4,30	1,96	0,57	2,19	0,029
	ALT x END-EGZ	-3,21	1,31	-0,77	-2,46	0,014
Krok 3	Stała	1,19	1,18		1,01	0,311
	Płeć	-0,14	0,13	-0,06	-1,09	0,278
	Miejsce zamieszkania	0,11	0,06	0,10	1,85	0,065
	Altruizm	1,73	0,75	0,41	2,32	0,021
	END-EGZ	4,12	1,93	0,54	2,14	0,033
	ALT x END-EGZ	-3,19	1,28	-0,76	-2,49	0,013
	Zachowawczość	-1,04	0,52	-0,51	-2,02	0,045
	Otwartość na zmiany	-0,60	0,39	-0,34	-1,54	0,125
	Przekraczanie siebie	-0,21	0,43	-0,10	-0,49	0,626
	Umacnianie siebie	-0,46	0,30	-0,33	-1,53	0,126
Krok 4	Stała	1,77	1,25		1,42	0,158
	Płeć	-0,15	0,13	-0,06	-1,18	0,241
	Miejsce zamieszkania	0,08	0,06	0,07	1,37	0,171
	Altruizm	1,50	0,75	0,35	1,99	0,047
	END-EGZ	3,41	1,94	0,45	1,76	0,080
	ALT x END-EGZ	-2,74	1,29	-0,65	-2,12	0,035
	Zachowawczość	-0,68	0,55	-0,33	-1,25	0,213
	Otwartość na zmiany	-0,40	0,40	-0,22	-0,99	0,324
	Przekraczanie siebie	-0,03	0,44	-0,02	-0,08	0,939
	Umacnianie siebie	-0,28	0,31	-0,20	-0,90	0,369
Akceptacja przekonań	-0,02	0,08	-0,04	-0,28	0,781	

	Autonomia-Zależność	-0,21	0,25	-0,19	-0,83	0,410
	Przykre emocje	-0,12	0,16	-0,10	-0,73	0,464
	Aut-Zal x Akceptacja Przekonań	0,03	0,04	0,13	0,86	0,392
	Emocje x Akceptacja Przekonań	0,00	0,03	-0,01	-0,07	0,945
Krok 5	Stała	1,77	1,25		1,42	0,157
	Płeć	-0,15	0,13	-0,06	-1,18	0,241
	Miejsce zamieszkania	0,08	0,06	0,07	1,38	0,169
	Altruizm	1,49	0,75	0,35	2,00	0,047
	END-EGZ	3,40	1,93	0,45	1,76	0,079
	ALT x END-EGZ	-2,73	1,29	-0,65	-2,12	0,035
	Zachowawczość	-0,68	0,55	-0,33	-1,25	0,213
	Otwartość na zmiany	-0,40	0,40	-0,22	-0,99	0,324
	Przekraczanie siebie	-0,03	0,44	-0,02	-0,07	0,942
	Umacnianie siebie	-0,28	0,31	-0,20	-0,90	0,370
	Akceptacja przekonań	-0,02	0,08	-0,04	-0,27	0,785
	Autonomia-Zależność	-0,21	0,25	-0,19	-0,83	0,409
	Przykre emocje	-0,13	0,07	-0,11	-1,93	0,055
	Aut-Zal x Akceptacja Przekonań	0,03	0,04	0,13	0,87	0,387
Krok 6	Stała	1,77	1,24		1,42	0,155
	Płeć	-0,15	0,13	-0,06	-1,17	0,241
	Miejsce zamieszkania	0,08	0,06	0,07	1,39	0,166
	Altruizm	1,49	0,74	0,35	2,00	0,046
	END-EGZ	3,40	1,93	0,45	1,76	0,079
	ALT x END-EGZ	-2,73	1,28	-0,65	-2,12	0,034
	Zachowawczość	-0,64	0,19	-0,31	-3,30	0,001
	Otwartość na zmiany	-0,37	0,15	-0,21	-2,48	0,014
	Umacnianie siebie	-0,26	0,09	-0,18	-2,85	0,005
	Akceptacja przekonań	-0,02	0,08	-0,03	-0,27	0,790
	Autonomia-Zależność	-0,21	0,25	-0,19	-0,86	0,392
Przykre emocje	-0,13	0,07	-0,11	-1,93	0,055	
Aut-Zal x Akceptacja Przekonań	0,03	0,04	0,14	0,88	0,380	
Krok 7	Stała	1,66	1,17		1,42	0,157
	Płeć	-0,14	0,12	-0,06	-1,16	0,248
	Miejsce zamieszkania	0,08	0,06	0,07	1,40	0,164

	Altruizm	1,49	0,74	0,35	2,01	0,045
	END-EGZ	3,39	1,93	0,45	1,76	0,079
	ALT x END-EGZ	-2,73	1,28	-0,65	-2,13	0,034
	Zachowawczość	-0,65	0,19	-0,31	-3,32	0,001
	Otwartość na zmiany	-0,37	0,15	-0,21	-2,49	0,013
	Umacnianie siebie	-0,26	0,09	-0,18	-2,86	0,004
	Autonomia-Zależność	-0,26	0,16	-0,23	-1,59	0,113
	Przykre emocje	-0,12	0,07	-0,11	-1,91	0,057
	Aut-Zal x Akceptacja Przekonań	0,04	0,04	0,15	1,02	0,310
	Stała	1,62	1,17		1,38	0,168
	Płeć	-0,14	0,12	-0,06	-1,13	0,257
	Miejsce zamieszkania	0,08	0,06	0,08	1,47	0,143
	Altruizm	1,55	0,74	0,36	2,08	0,038
	END-EGZ	3,60	1,91	0,47	1,88	0,061
Krok 8	ALT x END-EGZ	-2,86	1,27	-0,68	-2,24	0,025
	Zachowawczość	-0,67	0,19	-0,32	-3,44	0,001
	Otwartość na zmiany	-0,39	0,15	-0,22	-2,64	0,009
	Umacnianie siebie	-0,27	0,09	-0,19	-3,04	0,003
	Autonomia-Zależność	-0,11	0,07	-0,10	-1,64	0,103
	Przykre emocje	-0,15	0,06	-0,13	-2,51	0,012
	Stała	1,24	1,12		1,10	0,271
	Miejsce zamieszkania	0,09	0,06	0,08	1,61	0,109
	Altruizm	1,63	0,74	0,38	2,21	0,028
	END-EGZ	3,82	1,91	0,50	2,01	0,046
Krok 9	ALT x END-EGZ	-3,00	1,27	-0,72	-2,36	0,019
	Zachowawczość	-0,68	0,19	-0,33	-3,53	0,000
	Otwartość na zmiany	-0,41	0,15	-0,23	-2,78	0,006
	Umacnianie siebie	-0,29	0,09	-0,21	-3,43	0,001
	Autonomia -Zależność	-0,10	0,07	-0,09	-1,58	0,116
	Przykre emocje	-0,15	0,06	-0,13	-2,52	0,012
	Stała	1,26	1,12		1,12	0,265
Krok 10	Miejsce zamieszkania	0,10	0,06	0,09	1,79	0,074
	Altruizm	1,57	0,74	0,37	2,13	0,034
	END-EGZ	3,79	1,91	0,50	1,99	0,048

ALT x END-EGZ	-2,94	1,27	-0,70	-2,31	0,021
Zachowawczość	-0,76	0,19	-0,37	-4,05	< 0,001
Otwartość na zmiany	-0,40	0,15	-0,22	-2,71	0,007
Umacnianie siebie	-0,29	0,09	-0,21	-3,39	0,001
Przykre emocje	-0,15	0,06	-0,13	-2,49	0,013

B - współczynnik niestandardyzowany, *SE* - błąd standardowy, *t* - wynik testu *t*, *p* - istotność testu *t*, *PU* - przedział ufności, *R*² - współczynnik determinacji

Tabela A 7

Wyniki analizy regresji dla zmiennej wyjaśnianej gotowość oddania narządów do przeszczepu

	<i>R</i> ²	% wyj. wariancji	<i>F</i>	<i>p</i>
Krok 1	0,019	1,90%	3,48	0,032
Krok 2	0,037	3,70%	2,65	0,023
Krok 3	0,085	8,50%	3,52	< 0,001
Krok 4	0,110	11,00%	2,98	< 0,001
Krok 5	0,110	11,00%	3,21	< 0,001
Krok 6	0,110	11,00%	3,49	< 0,001
Krok 7	0,109	10,90%	3,81	< 0,001
Krok 8	0,108	10,80%	4,15	< 0,001
Krok 9	0,107	10,70%	4,55	< 0,001
Krok 10	0,106	10,60%	5,08	< 0,001
Krok 11	0,103	10,30%	5,66	< 0,001
Krok 12	0,100	10%	6,39	< 0,001

*R*² -współczynnik determinacji; *F* – wynik testu ANOVA; *p* – istotność statystyczna

Tabela A 8

Współczynniki standaryzowane i niestandardyzowane predyktorów wyjaśniających gotowość oddania narządów życiowych

		<i>B</i>	<i>SE</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
	Stała	4,45	0,21		20,92	< 0,001
Krok 1	Płeć	-0,23	0,11	-0,11	-2,10	0,036
	Miejsce zamieszkania	0,07	0,05	0,07	1,40	0,162
Krok 2	Stała	2,24	1,06		2,12	0,035

	Płeć	-0,21	0,11	-0,10	-1,96	0,050
	Miejsce zamieszkania	0,08	0,05	0,08	1,51	0,131
	Altruizm	1,48	0,67	0,39	2,19	0,029
	END-EGZ	4,19	1,74	0,62	2,40	0,017
	ALT x END-EGZ	-2,84	1,16	-0,77	-2,45	0,015
	Stała	2,15	1,05		2,04	0,042
Krok 3	Płeć	-0,12	0,11	-0,06	-1,11	0,270
	Miejsce zamieszkania	0,05	0,05	0,06	1,04	0,301
	Altruizm	1,36	0,67	0,36	2,04	0,042
	END-EGZ	4,07	1,72	0,61	2,36	0,019
	ALT x END-EGZ	-2,83	1,15	-0,77	-2,47	0,014
	Zachowawczość	-0,40	0,46	-0,22	-0,86	0,388
	Otwartość na zmiany	-0,21	0,35	-0,13	-0,60	0,552
	Przekraczanie siebie	0,21	0,38	0,12	0,55	0,586
	Umacnianie siebie	-0,11	0,27	-0,09	-0,42	0,678
		Stała	2,23	1,12		1,99
Krok 4	Płeć	-0,12	0,11	-0,06	-1,09	0,275
	Miejsce zamieszkania	0,03	0,05	0,03	0,62	0,539
	Altruizm	1,20	0,67	0,32	1,79	0,075
	END-EGZ	3,54	1,74	0,53	2,03	0,043
	ALT x END-EGZ	-2,52	1,16	-0,68	-2,18	0,030
	Zachowawczość	-0,05	0,49	-0,03	-0,10	0,920
	Otwartość na zmiany	-0,01	0,36	-0,01	-0,02	0,981
	Przekraczanie siebie	0,40	0,40	0,22	1,01	0,312
	Umacnianie siebie	0,07	0,28	0,05	0,24	0,809
	Akceptacja przekonań	0,06	0,07	0,11	0,81	0,419
	Autonomia-Zależność	-0,30	0,22	-0,31	-1,35	0,179
	Przykre emocje	-0,09	0,14	-0,09	-0,61	0,544
	Aut-Zal x Akceptacja Przekonań	0,02	0,04	0,11	0,70	0,483
Emocje x Akceptacja Przekonań	-0,01	0,03	-0,03	-0,20	0,842	
	Stała	2,23	1,11		2,00	0,046
Krok 5	Płeć	-0,12	0,11	-0,06	-1,10	0,274
	Miejsce zamieszkania	0,03	0,05	0,03	0,62	0,535
	Altruizm	1,20	0,67	0,32	1,79	0,074

	END-EGZ	3,53	1,73	0,53	2,04	0,042
	ALT x END-EGZ	-2,52	1,15	-0,68	-2,19	0,029
	Zachowawczość	-0,04	0,13	-0,02	-0,29	0,771
	Przekraczanie siebie	0,41	0,15	0,23	2,79	0,006
	Umacnianie siebie	0,07	0,11	0,06	0,65	0,516
	Akceptacja przekonań	0,06	0,07	0,11	0,82	0,415
	Autonomia-Zależność	-0,30	0,22	-0,31	-1,38	0,169
	Przykre emocje	-0,09	0,14	-0,09	-0,61	0,542
	Aut-Zal x Akceptacja Przekonań	0,02	0,03	0,11	0,71	0,476
	Emocje x Akceptacja Przekonań	-0,01	0,03	-0,03	-0,20	0,842
	Stała	2,23	1,11		2,01	0,045
	Płeć	-0,12	0,11	-0,06	-1,09	0,278
	Miejsce zamieszkania	0,03	0,05	0,03	0,63	0,529
	Altruizm	1,19	0,67	0,32	1,79	0,075
	END-EGZ	3,50	1,72	0,52	2,03	0,043
	ALT x END-EGZ	-2,50	1,15	-0,68	-2,18	0,030
Krok 6	Zachowawczość	-0,04	0,13	-0,02	-0,29	0,776
	Przekraczanie siebie	0,41	0,15	0,23	2,82	0,005
	Umacnianie siebie	0,07	0,11	0,06	0,66	0,513
	Akceptacja przekonań	0,06	0,07	0,11	0,84	0,401
	Autonomia-Zależność	-0,30	0,22	-0,31	-1,38	0,169
	Przykre emocje	-0,11	0,06	-0,11	-1,91	0,056
	Aut-Zal x Akceptacja Przekonań	0,03	0,03	0,11	0,73	0,466
	Stała	2,22	1,11		2,00	0,046
	Płeć	-0,12	0,11	-0,06	-1,07	0,284
	Miejsce zamieszkania	0,03	0,05	0,04	0,65	0,513
	Altruizm	1,20	0,66	0,32	1,81	0,071
	END-EGZ	3,54	1,72	0,53	2,06	0,040
Krok 7	ALT x END-EGZ	-2,53	1,14	-0,68	-2,21	0,028
	Przekraczanie siebie	0,43	0,13	0,24	3,19	0,002
	Umacnianie siebie	0,09	0,09	0,07	0,97	0,331
	Akceptacja przekonań	0,06	0,07	0,11	0,85	0,397
	Autonomia-Zależność	-0,31	0,22	-0,31	-1,42	0,155
	Przykre emocje	-0,11	0,06	-0,11	-1,92	0,055

	Aut-Zal x Akceptacja Przekonań	0,03	0,03	0,11	0,73	0,468
Krok 8	Stała	2,36	1,09		2,18	0,030
	Płeć	-0,13	0,11	-0,06	-1,16	0,248
	Altruizm	1,16	0,66	0,31	1,76	0,080
	END-EGZ	3,46	1,71	0,51	2,02	0,044
	ALT x END-EGZ	-2,46	1,14	-0,67	-2,16	0,031
	Przekraczanie siebie	0,44	0,13	0,24	3,26	0,001
	Umacnianie siebie	0,10	0,09	0,08	1,07	0,284
	Akceptacja przekonań	0,06	0,07	0,11	0,84	0,402
	Autonomia-Zależność	-0,32	0,22	-0,32	-1,48	0,140
	Przykre emocje	-0,12	0,06	-0,12	-1,97	0,049
	Aut-Zal x Akceptacja Przekonań	0,03	0,03	0,12	0,77	0,441
Krok 9	Stała	2,44	1,08		2,26	0,025
	Płeć	-0,13	0,11	-0,06	-1,17	0,243
	Altruizm	1,19	0,66	0,32	1,80	0,073
	END-EGZ	3,58	1,70	0,53	2,10	0,036
	ALT x END-EGZ	-2,53	1,13	-0,69	-2,24	0,026
	Przekraczanie siebie	0,44	0,13	0,25	3,32	0,001
	Umacnianie siebie	0,10	0,09	0,08	1,05	0,296
	Akceptacja przekonań	0,04	0,07	0,08	0,63	0,531
	Autonomia-Zależność	-0,18	0,12	-0,19	-1,47	0,142
	Przykre emocje	-0,14	0,05	-0,14	-2,55	0,011
Krok 10	Stała	2,66	1,02		2,60	0,010
	Płeć	-0,14	0,11	-0,07	-1,23	0,219
	Altruizm	1,17	0,66	0,31	1,78	0,076
	END-EGZ	3,57	1,70	0,53	2,10	0,037
	ALT x END-EGZ	-2,50	1,13	-0,68	-2,21	0,027
	Przekraczanie siebie	0,43	0,13	0,24	3,28	0,001
	Umacnianie siebie	0,10	0,09	0,08	1,03	0,304
	Autonomia-Zależność	-0,11	0,05	-0,11	-2,15	0,033
	Przykre emocje	-0,14	0,05	-0,14	-2,58	0,010
	Krok 11	Stała	2,55	1,02		2,51
Płeć		-0,12	0,11	-0,06	-1,12	0,261
Altruizm		1,24	0,66	0,33	1,90	0,059

	END-EGZ	3,70	1,70	0,55	2,18	0,030
	ALT x END-EGZ	-2,60	1,13	-0,70	-2,31	0,022
	Przekraczanie siebie	0,35	0,10	0,19	3,46	0,001
	Autonomia-Zależność	-0,12	0,05	-0,13	-2,42	0,016
	Przykre emocje	-0,13	0,05	-0,13	-2,53	0,012
	Stała	2,26	0,98		2,30	0,022
	Altruizm	1,30	0,65	0,35	1,99	0,048
	END-EGZ	3,87	1,69	0,58	2,29	0,023
Krok 12	ALT x END-EGZ	-2,69	1,12	-0,73	-2,39	0,017
	Przekraczanie siebie	0,37	0,10	0,21	3,88	< 0,001
	Autonomia-Zależność	-0,12	0,05	-0,12	-2,34	0,020
	Przykre emocje	-0,14	0,05	-0,14	-2,55	0,011

B - współczynnik niestandardyzowany, *SE* - błąd standardowy, *t* - wynik testu *t*, *p* - istotność testu *t*, *PU* - przedział ufności, *R*² - współczynnik determinacji

Tabela A 9

Wyniki analizy regresji dla zmiennej wyjaśnianej gotowość oddania narzędzi peryferycznych

	<i>R</i> ²	% wyj. wariancji	<i>F</i>	<i>p</i>
Krok 1	0,028	2,80%	5,04	0,007
Krok 2	0,049	4,90%	3,54	0,004
Krok 3	0,104	10,40%	4,44	< 0,001
Krok 4	0,127	12,70%	3,51	< 0,001
Krok 5	0,127	12,70%	3,79	< 0,001
Krok 6	0,126	12,60%	4,09	< 0,001
Krok 7	0,125	12,50%	4,43	< 0,001
Krok 8	0,124	12,40%	4,82	< 0,001
Krok 9	0,121	12,10%	5,24	< 0,001
Krok 10	0,114	11,40%	5,53	< 0,001
Krok 11	0,109	10,90%	6,00	< 0,001
Krok 12	0,102	10%	6,54	< 0,001
Krok 13	0,095	9,50%	7,29	< 0,001

*R*² -współczynnik determinacji; *F* – wynik testu ANOVA; *p* – istotność statystyczna

Tabela A 10

Współczynniki standaryzowane i niestandardyzowane predyktorów wyjaśniających gotowość oddania narzędzi peryferycznych

		B	SE	β	t	p
Krok 1	Stała	3,48	0,29		12,08	< 0,001
	Płeć	-0,25	0,15	-0,09	-1,69	0,091
	Miejsce zamieszkania	0,18	0,07	0,13	2,53	0,012
Krok 2	Stała	0,71	1,43		0,49	0,621
	Płeć	-0,23	0,15	-0,08	-1,59	0,113
	Miejsce zamieszkania	0,19	0,07	0,15	2,80	0,005
	Altruizm	2,10	0,91	0,41	2,30	0,022
	END-EGZ	4,37	2,36	0,48	1,85	0,065
	ALT x END-EGZ	-3,46	1,57	-0,69	-2,21	0,028
Krok 3	Stała	0,56	1,41		0,39	0,695
	Płeć	-0,15	0,15	-0,05	-0,96	0,339
	Miejsce zamieszkania	0,14	0,07	0,11	2,05	0,041
	Altruizm	1,98	0,90	0,39	2,20	0,028
	END-EGZ	4,15	2,32	0,45	1,79	0,074
	ALT x END-EGZ	-3,42	1,54	-0,68	-2,22	0,027
	Zachowawczość	-1,47	0,62	-0,60	-2,36	0,019
	Otwartość na zmiany	-0,86	0,47	-0,40	-1,84	0,067
	Przekraczanie siebie	-0,49	0,52	-0,20	-0,95	0,345
	Umacnianie siebie	-0,69	0,36	-0,41	-1,92	0,056
Krok 4	Stała	1,46	1,50		0,97	0,333
	Płeć	-0,16	0,15	-0,06	-1,08	0,279
	Miejsce zamieszkania	0,11	0,07	0,09	1,59	0,112
	Altruizm	1,69	0,91	0,33	1,87	0,062
	END-EGZ	3,33	2,34	0,36	1,42	0,156
	ALT x END-EGZ	-2,88	1,56	-0,57	-1,85	0,065
	Zachowawczość	-1,11	0,66	-0,45	-1,68	0,094
	Otwartość na zmiany	-0,66	0,48	-0,31	-1,35	0,176
	Przekraczanie siebie	-0,32	0,53	-0,13	-0,61	0,543
	Umacnianie siebie	-0,51	0,37	-0,30	-1,36	0,174
Akceptacja przekonań	-0,08	0,10	-0,10	-0,78	0,433	

	Autonomia-Zależność	-0,14	0,30	-0,11	-0,47	0,635
	Przykre emocje	-0,14	0,19	-0,10	-0,71	0,476
	Aut-Zal x Akceptacja Przekonań	0,04	0,05	0,13	0,84	0,402
	Emocje x Akceptacja Przekonań	0,00	0,04	0,00	0,00	0,997
Krok 5	Stała	1,46	1,50		0,97	0,332
	Płeć	-0,16	0,15	-0,06	-1,09	0,277
	Miejsce zamieszkania	0,11	0,07	0,09	1,60	0,111
	Altruizm	1,69	0,90	0,33	1,88	0,061
	END-EGZ	3,33	2,33	0,36	1,43	0,153
	ALT x END-EGZ	-2,88	1,55	-0,57	-1,86	0,064
	Zachowawczość	-1,11	0,66	-0,45	-1,68	0,094
	Otwartość na zmiany	-0,66	0,48	-0,31	-1,36	0,175
	Przekraczanie siebie	-0,32	0,53	-0,13	-0,61	0,542
	Umacnianie siebie	-0,51	0,37	-0,30	-1,37	0,173
	Akceptacja przekonań	-0,08	0,10	-0,10	-0,79	0,430
	Autonomia-Zależność	-0,14	0,30	-0,11	-0,48	0,635
	Przykre emocje	-0,14	0,08	-0,10	-1,72	0,087
	Aut-Zal x Akceptacja Przekonań	0,04	0,05	0,13	0,84	0,400
	Krok 6	Stała	1,61	1,46		1,10
Płeć		-0,17	0,15	-0,06	-1,11	0,266
Miejsce zamieszkania		0,11	0,07	0,09	1,62	0,106
Altruizm		1,70	0,90	0,33	1,89	0,059
END-EGZ		3,42	2,32	0,37	1,48	0,141
ALT x END-EGZ		-2,92	1,55	-0,58	-1,89	0,060
Zachowawczość		-1,17	0,64	-0,48	-1,83	0,068
Otwartość na zmiany		-0,70	0,47	-0,33	-1,48	0,140
Przekraczanie siebie		-0,37	0,52	-0,15	-0,72	0,475
Umacnianie siebie		-0,54	0,36	-0,32	-1,50	0,135
Akceptacja przekonań		-0,11	0,07	-0,15	-1,73	0,084
Przykre emocje		-0,15	0,07	-0,11	-2,02	0,044
Aut-Zal x Akceptacja Przekonań	0,02	0,03	0,07	0,79	0,433	
Krok 7	Stała	1,68	1,46		1,15	0,250
	Płeć	-0,16	0,15	-0,06	-1,07	0,286
	Miejsce zamieszkania	0,12	0,07	0,09	1,68	0,093

	Altruizm	1,67	0,90	0,33	1,86	0,064
	END-EGZ	3,37	2,32	0,37	1,45	0,147
	ALT x END-EGZ	-2,88	1,54	-0,57	-1,86	0,063
	Zachowawczość	-0,75	0,23	-0,30	-3,20	0,002
	Otwartość na zmiany	-0,39	0,18	-0,18	-2,16	0,031
	Umacnianie siebie	-0,30	0,11	-0,17	-2,75	0,006
	Akceptacja przekonań	-0,12	0,07	-0,15	-1,77	0,078
	Przykre emocje	-0,15	0,07	-0,11	-2,04	0,042
	Aut-Zal x Akceptacja Przekonań	0,02	0,03	0,07	0,73	0,469
	Stała	1,47	1,43		1,03	0,304
	Płeć	-0,16	0,15	-0,06	-1,04	0,299
	Miejsce zamieszkania	0,12	0,07	0,09	1,70	0,090
	Altruizm	1,72	0,89	0,34	1,93	0,055
	END-EGZ	3,50	2,31	0,38	1,51	0,131
Krok 8	ALT x END-EGZ	-2,98	1,54	-0,59	-1,94	0,053
	Zachowawczość	-0,75	0,23	-0,30	-3,20	0,001
	Otwartość na zmiany	-0,40	0,18	-0,19	-2,28	0,023
	Umacnianie siebie	-0,30	0,11	-0,18	-2,86	0,005
	Akceptacja przekonań	-0,08	0,04	-0,11	-1,86	0,063
	Przykre emocje	-0,17	0,07	-0,12	-2,28	0,023
	Stała	1,04	1,37		0,76	0,449
	Miejsce zamieszkania	0,13	0,07	0,10	1,83	0,068
	Altruizm	1,82	0,89	0,36	2,05	0,042
	END-EGZ	3,75	2,30	0,41	1,63	0,103
Krok 9	ALT x END-EGZ	-3,14	1,53	-0,62	-2,05	0,041
	Zachowawczość	-0,77	0,23	-0,31	-3,29	0,001
	Otwartość na zmiany	-0,42	0,18	-0,20	-2,40	0,017
	Umacnianie siebie	-0,33	0,10	-0,20	-3,22	0,001
	Akceptacja przekonań	-0,08	0,04	-0,10	-1,78	0,076
	Przykre emocje	-0,17	0,07	-0,12	-2,29	0,023
	Stała	3,12	0,49		6,41	< 0,001
Krok 10	Miejsce zamieszkania	0,12	0,07	0,09	1,73	0,084
	Altruizm	0,46	0,32	0,09	1,45	0,148
	ALT x END-EGZ	-0,69	0,31	-0,14	-2,21	0,028

	Zachowawczość	-0,78	0,23	-0,32	-3,36	0,001
	Otwartość na zmiany	-0,42	0,18	-0,20	-2,38	0,018
	Umacnianie siebie	-0,33	0,10	-0,19	-3,17	0,002
	Akceptacja przekonań	-0,08	0,04	-0,10	-1,77	0,078
	Przykre emocje	-0,18	0,07	-0,13	-2,47	0,014
	Stała	3,61	0,35		10,22	< 0,001
	Miejsce zamieszkania	0,11	0,07	0,09	1,62	0,107
	ALT x END-EGZ	-0,44	0,26	-0,09	-1,69	0,092
Krok 11	Zachowawczość	-0,81	0,23	-0,33	-3,47	0,001
	Otwartość na zmiany	-0,45	0,18	-0,21	-2,52	0,012
	Umacnianie siebie	-0,33	0,10	-0,19	-3,18	0,002
	Akceptacja przekonań	-0,07	0,04	-0,09	-1,66	0,099
	Przykre emocje	-0,18	0,07	-0,13	-2,55	0,011
	Stała	3,88	0,31		12,41	< 0,001
	ALT x END-EGZ	-0,42	0,26	-0,08	-1,61	0,107
	Zachowawczość	-0,86	0,23	-0,35	-3,73	< 0,001
Krok 12	Otwartość na zmiany	-0,47	0,18	-0,22	-2,68	0,008
	Umacnianie siebie	-0,33	0,10	-0,20	-3,18	0,002
	Akceptacja przekonań	-0,08	0,04	-0,11	-1,86	0,064
	Przykre emocje	-0,19	0,07	-0,14	-2,70	0,007
	Stała	3,56	0,24		14,67	< 0,001
	Zachowawczość	-0,81	0,23	-0,33	-3,55	< 0,001
Krok 13	Otwartość na zmiany	-0,44	0,18	-0,20	-2,49	0,013
	Umacnianie siebie	-0,31	0,10	-0,18	-3,01	0,003
	Akceptacja przekonań	-0,08	0,04	-0,11	-1,90	0,059
	Przykre emocje	-0,19	0,07	-0,14	-2,68	0,008

B - współczynnik niestandardyzowany, *SE* - błąd standardowy, *t* - wynik testu *t*, *p* - istotność testu *t*, *PU* - przedział ufności, *R*² - współczynnik determinacji

Aneks 2

Arkusz osobowy

-Wiek

-Płeć: kobieta mężczyzna

-Miejsce zamieszkania: wieś miasto do 20 tys mieszkańców miasto od 20 do 100 tys mieszkańców
 miasto od 100 do 500 tys mieszkańców miasto powyżej 500 mieszkańców

-Stan cywilny: panna/kawaler w związku nieformalnym zameżna/żonaty
 rozwidziona/rozwidziony wdowa/wdowiec

-Wykształcenie: podstawowe zawodowe średnie wyższe

-Sytuacja zawodowa: uczę się studiuję pracuję pracuję i studiuję
 bezrobotny

-Jeśli studiujesz: na jakim kierunku i roku studiów jesteś?.....

- Jeśli pracujesz: jaki zawód wykonujesz?.....

- Czy jesteś wierzący/cy? TAK NIE

-Jeśli jesteś wierzący: Jakiego wyznania? katolik protestant prawosławny inne (jakie?)...

Czy należysz do wspólnoty religijnej? TAK NIE Jeśli tak: jaka to wspólnota?

-Jak oceniasz swoją sytuację finansową?
 bardzo słaba słaba średnia dobra bardzo dobra

-Jak określiłabyś/ określiłbyś swoją kondycję zdrowotną ?
 bardzo słaba słaba średnia dobra bardzo dobra

-Czy obecnie chorujesz na chorobę przewlekłą? TAK NIE

-Czy palisz papierosy? TAK NIE

-Czy ktoś z Twoich bliskich żyje z przeszczepionym narządem? TAK NIE

-Jaki to narząd?

- Czy byłabyś/ byłbyś skłonna/y w tym momencie podpisać deklarację oddania organów po Twojej śmierci?

 MAM PODPISANĄ TAK NIE NIE WIEM

-Czy dopuszczasz możliwość kremacji po swojej śmierci?

 TAK NIE NIE WIEM