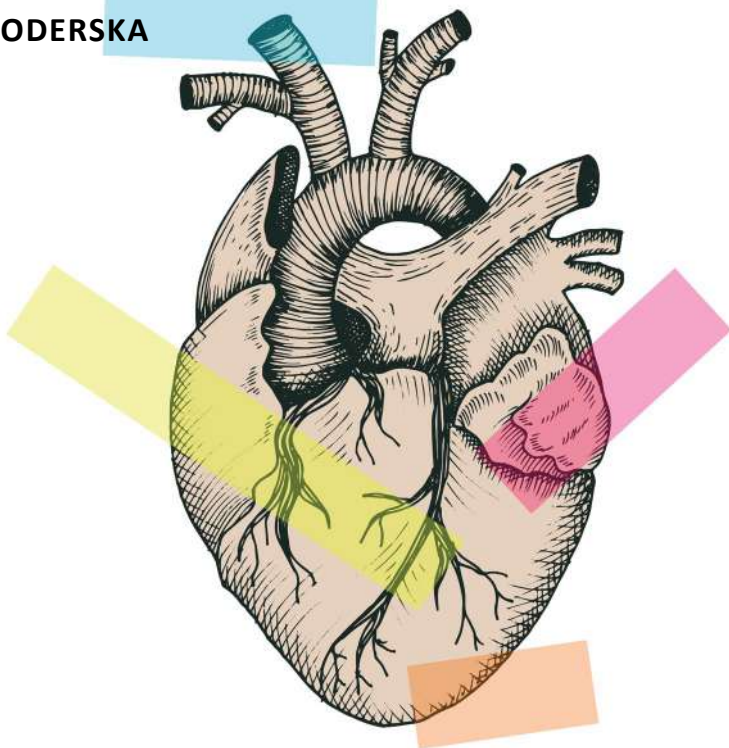


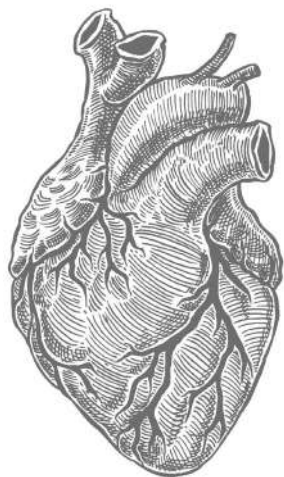
Wiedza i opinie młodzieży dotyczące dawstwa narządów do transplantacji

ASPEKTY EDUKACYJNE

NINA WODERSKA



Wiedza
i opinie młodzieży
dotyczące
dawstwa narządów
do transplantacji



Wiedza i opinie młodzieży dotyczące dawstwa narządów do transplantacji

ASPEKTY EDUKACYJNE

NINA WODERSKA

POZNAŃ 2018

Tytuł oryginalny dysertacji: **Recepcja idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów w aspekcie edukacyjnym**

Recenzenci: **dr hab. Katarzyna Borzucka-Sitkiewicz,**
dr hab. Mirosław Kowalski

Korekta: **Dorota Bauta**

Skład i projekt okładki: **Agnieszka Robakowska**



Publikacja współfinansowana z funduszy Kujawsko-Pomorskiego Stowarzyszenia na Rzecz Transplantacji

ISBN 978-83-948388-0-5

Druk:
Drukarnia Totem
ul. Jacewska 89, 88-100 Inowrocław

M

am wielką przyjemność podziękować wszystkim, dzięki którym powstała ta publikacja.

Dziękuję przede wszystkim moim Promotorom – profesorowi Romanowi Leppertowi i doktor Małgorzacie Rębiałkowskiej-Stankiewicz, którzy na każdym kroku tworzenia dysertacji doktorskiej wspierali mnie wiedzą, doświadczeniem i dodawali otuchy.

Jestem wdzięczna Recenzentom – dr hab. Katarzynie Borzuckiej-Sitkiewicz z Uniwersytetu Śląskiego oraz dr. hab. Mirosławowi Kowalskiemu, prof. Uniwersytetu Zielonogórskiego. Udzielili mi wielu cennych wskazówek i uwag, które uwzględniłam w niniejszej pracy.

Dziękuję Pracownikom Wydziału Edukacji i Sportu Urzędu Miasta w Bydgoszczy, którzy pomogli mi w dotarciu do szkół, w których realizowałam badania. Jestem wdzięczna Dyrekcji tychże placówek oraz Uczniom, którzy zgodzili się wziąć udział w badaniach. Dzieląc się swoją wiedzą i opiniami dotyczącymi idei pośmiertnego dawstwa narządów do transplantacji, umożliwili mi głębsze poznanie tego fascynującego obszaru wiedzy.

Najserdeczniejsze podziękowania kieruję do mojej Rodziny i Najbliższych. Nie istnieją słowa, którymi mogłabym wyrazić uznanie dla mojego Narzeczonego, Rodziców, Siostry. Dziękuję Wam za wsparcie i wyrozumiałość.

Dziękuję z całego serca także Przyjaciołom, którzy zmotywowali mnie i wspierali w tym, by moja praca doktorska została wydana i mogła trafić w Państwa ręce.

WSTĘP _____ 11

1. TEORETYCZNE PODSTAWY PRACY

- 1.1. Pojęcie transplantacji i jej rys historyczny _____ 19
- 1.2. Podstawy prawa transplantacyjnego _____ 22
 - 1.2.1. Regulacje prawne transplantacji narządów w Polsce _____ 23
 - 1.2.2. Prawa pacjenta w zakresie dawstwa narządów. Zgoda i sprzeciw pacjenta w kontekście dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji _____ 28
- 1.3. Miejsce bioetyki w kontekście dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo* _____ 33
- 1.4. Organizacja edukacji o transplantacji narządów w Polsce _____ 39
 - 1.4.1. Edukacja formalna _____ 43
 - 1.4.2. Edukacja pozaformalna _____ 51
 - 1.4.3. Edukacja nieformalna _____ 55
- 1.5. Recepcja idei dawstwa narządów *ex mortuo* w świetle dotychczasowych badań _____ 60
 - 1.5.1. Idea dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji w świetle danych statystycznych _____ 61
 - 1.5.2. Idea dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji w świetle badań empirycznych wśród adolescentów _____ 70
- 1.6. Charakterystyka okresu adolescencji _____ 76
 - 1.6.1. Okres adolescencji w periodyzacji życia ludzkiego _____ 77
 - 1.6.2. Biopsychospołeczne aspekty rozwoju adolescentów _____ 80
 - 1.6.3. Autonomia wyborów i decyzji jednostki w okresie adolescencji _____ 84
- 1.7. Rozwój moralny i jego teorie. Rozwój sądów moralnych w ujęciu L. Kohlberga _____ 89

2. METODOLOGICZNE PODSTAWY PREZENTOWANYCH BADAŃ

- Wprowadzenie _____ 97
- 2.1. Przedmiot badań i cele badawcze _____ 98
- 2.2. Pytania badawcze _____ 99

- 2.3. Zmienne i ich wskaźniki _____ 101
- 2.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze _____ 108
- 2.5. Metody statystyczne analizy uzyskanych wyników badań _____ 120
- 2.6. Dobór próby i organizacja badań _____ 122
- 2.7. Charakterystyka badanych osób _____ 127

3. REZULTATY I INTERPRETACJA WYNIKÓW BADAŃ

- Wprowadzenie _____ 135
- 3.1. Recepcja idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów _____ 136
 - 3.1.1. Wiedza młodzieży dotycząca idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji _____ 137
 - 3.1.2. Opinie młodzieży dotyczące idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji _____ 148
 - 3.1.3. Czynniki socjodemograficzne a wiedza i opinie młodzieży dotyczące idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji _____ 165
 - 3.1.4. Znajomość i akceptacja prawa transplantacyjnego przez młodzież _____ 173
- 3.2. Recepcja idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji a poziom rozwoju sądów moralnych u młodzieży _____ 183
- 3.3. Edukacja formalna, pozaformalna i nieformalna adolescentów dotycząca dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji _____ 194
 - 3.3.1. Uczestnictwo młodzieży w różnych rodzajach edukacji a ich wiedza i opinie na temat dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo* _____ 199
 - 3.3.2. Preferowane i opiniotwórcze źródła dotyczące dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez młodzież _____ 209

4. UOGÓLNIENIA I WNIOSKI _____ 223

- Literatura cytowana _____ 232
- Spis tabel i rycin _____ 245
- Aneks _____ 250



Wstęp

Transplantacja, uznana za jedną z najlepszych metod leczenia osób z niewydolnością organów, mimo restrykcyjnych uregulowań prawnych, mających chronić przed nadużyciami¹, nadal spotyka się ze znaczną nieufnością części społeczeństwa (Hartman, 2009). To zjawisko natury społecznej stało się przyczynkiem do głębszej analizy zagadnienia idei dawstwa narządów do transplantacji, a w konsekwencji do podjęcia badań mających na celu **poznanie i zgromadzenie danych dotyczących recepcji idei dawstwa narządów do transplantacji po śmierci (*ex mortuo*) przez adolescentów**.

Pojęcie recepcji zawarte w pracy rozumiane jest jako wiedza oraz opinie dotyczące omawianej idei. Termin „receptio” (łac.) oznacza bowiem przyjęcie, odbieranie; wg Lidii Wiśniakowskiej „przyjmowanie lub przyswajanie sobie czegoś, np. jakiś poglądów lub zwyczajów” (2004, s. 792). Idea to pojęcie, jakie człowiek tworzy w stosunku do czegoś i ma charakter intelektualny.

1 Od chwili wprowadzenia ustawy transplantacyjnej w 1995 r. ukazało się 46 innych aktów prawnych (ISAP.gov.pl).

Mimo znacznego rozwoju dyscypliny medycznej, jaką jest transplantologia, jeden z jej aspektów jest poza kontrolą lekarzy – liczba narządów do przeszczepu. Jak pisze zresztą Hołub, transplantacja „uzależniona jest radykalnie od zjawiska dawstwa, którego nie można zaplanować czy całkowicie nad nim zapanować” (2014, s. 254). Na fakt ten wskazują także sami transplantolodzy – transplantacja nieodłącznie wiąże się z dawstwem narządów. Bez nich ratowanie ludzkiego życia czy znaczna poprawa jego jakości nie byłaby możliwa. Czynnikiem limitującym wykonywanie zabiegów medycznych, jakimi są transplantacje, jest zbyt mała liczba narządów pobieranych od osób zmarłych. Mimo że najczęściej od potencjalnego dawcy pobieranych jest kilka organów, ich liczba jest niewspółmierna w stosunku do rosnącej grupy biorców. Warto także już na wstępie jasno wskazać, że zgodnie z literą prawa – za enigmatycznym „potencjalnym dawcą” stoi każdy z nas, każdy członek naszego społeczeństwa.

Kontynuując ten wątek, okazuje się, że niski poziom wiedzy owego społeczeństwa (nasz) o dawstwie i transplantacji narządów oraz zasada zgody domniemanej sprawiają, że w społeczeństwie nadal utrzymują się obawy oraz uczucie strachu przed dawstwem narządów (CBOS, 2012, s. 15, CBOS, 2016), czego konsekwencją jest niewystarczająca ilość organów, które można by transplantować potrzebującym ich biorcom. Również brak wiedzy dotyczącej koncepcji śmierci mózgu (tamże) może mieć znaczenie dla ograniczonego dawstwa narządów oraz prowadzić do kojarzenia transplantacji choćby z handlem narządami. Remedium na zaistniałą sytuację jest edukacja społeczeństwa, która może przyczynić się do zmiany zastanego stanu rzeczy.

Potrzebę działań naprawczych w tym zakresie także zauważa Hartman, wskazując, że „sprawa przeszczepów jest (...) tak poważna, że zaniedbanie starannej dyskusji którejkolwiek ze spornych kwestii będzie przejawem «publicznej nieodpowiedzialności». Pamiętajmy, że w każdym kraju umierają ludzie czekający w kolejce do przeszczepu, który mógłby uratować im życie. Śmierć każdego takiego pacjenta jest moralną porażką nie tylko systemu ochrony zdrowia w danym kraju, lecz całego społeczeństwa, w którym suma indywidualnych przesądów, egoizmów i nieudolności poniekąd przeważała, w danym przypadku, nad sumą cech przeciwnych” (Hartman, 2009, s. 119).

Kontynuując dociekania istoty rzeczy, podjęłam się analizy dotychczasowych wyników badań z tego zakresu, zrealizowanych zarówno przez polskich, jak i zagranicznych uczonych. Szukałam danych dotyczących prawnych regulacji wobec możliwości decydowania o pośmiertnym (*ex mortuo*) dawstwie narządów do transplantacji oraz sposobów edukacji społeczeństwa, szczególnie adolescentów, a więc tej grupy, która wkrótce uzyska prawo samostanowienia o sobie i rozpocznie samodzielne życie w społeczeństwie.

Zapotrzebowanie na narządy nadal (od lat) przewyższa podaż (Poltransplant, 2013). I tak, na liście oczekujących znajduje się w Polsce blisko 4500 pacjentów (Poltransplant, 2012, s. 26), prawie 63000 osób w całej Unii Europejskiej i ponad 100000 w Stanach Zjednoczonych (Scandroglio i inni, 2011, s. 158–166). „Liczby te wskazują, że powinno poświęcić się więcej czasu kształtowaniu świadomości społecznej, sprzyjającej postawie dawstwa” (Bołoz, 2007, s. 123). Poprawie sytuacji niedoboru narządów do przeszczepu niewątpliwie służy wprowadzona w 2005 r. ustawa transplantacyjna, która określa proces pobierania i transplantacji narządów, a wraz z nią wprowadza zasadę zgody domniemanej.

Zasada ta bazuje na tym, że każdy człowiek, który nie zastrzegł za życia sprzeciwu w dopuszczalnych trzech formach, zgodnie z prawem zostaje uznany po śmierci za potencjalnego dawcę narządów (Ustawa transplantacyjna, 2005), a jego organy mogą zostać pobrane w celu przeszczepienia potrzebującym biorcom. Jednak „opór społeczny wobec przyjętego rozwiązania zgody domniemanej sprawił, że ustawa ta stała się częściowo martwa, ponieważ rodziny często sprzeciwiają się oddaniu narządów zmarłych członków, a lekarze nie chcą postępować wbrew ich woli” (Duda, 1998, s. 74).

Jeszcze przed wprowadzeniem owej regulacji krytycznie względem niej wypowiadali się zarówno etycy (bioetycy), przedstawiciele Kościoła katolickiego, jak również część środowiska lekarskiego, wskazując, że tym sposobem odbierana jest ludziom możliwość decydowania o swoim ciele, stanowiącym integralny element człowieka. W tym miejscu warto przytoczyć choćby zdanie ks. Mirosława Wróbla, przestrzegającego, że „interpretacja milczenia jako wyraźnego znaku zgody” może wzbudzić społeczny sprzeciw i podważyć zaufanie społeczeństwa wobec tej metody ratowania

ludzkiego życia. Wskazywano także na brak szeroko rozpowszechnianych informacji na temat dawstwa narządów, które po dogłębnej analizie stałyby się podstawą do podjęcia świadomej decyzji o zgodzie lub sprzeciwie wobec oddania narządów *ex mortuo* oraz na fakt, że ustawa transplantacyjna, wprowadzająca zasadę zgody domniemanej, nie bierze pod uwagę uwikłania kulturowego potencjalnego dawcy (m.in. wyznania religijnego, woli pochowania własnych zwłok w całości).

Zarówno organizacje publiczne, pozarządowe, jak i kościelne we własnym zakresie podjęły się edukacji społeczeństwa na temat dawstwa narządów do transplantacji i szerzenia wiedzy z zakresu prawnych aspektów tego zjawiska. Przekazując najważniejsze dane z zakresu transplantologii, mają na celu zachęcenie do podjęcia autonomicznej i świadomej decyzji.

Taki stan rzeczy powoduje jednak, że – jak do tej pory – za głosami nawołującymi do edukowania nie zostały sformułowane zasady działania, propozycje metod, technik czy narzędzi. Brak także wskazania na konkretny wiek odbiorców tych treści.

Młodzież (adolescenci) zdobywa wiedzę i kształtuje pierwsze opinie o dawstwie i transplantacji narządów na długo, zanim temat ten pojawi się w edukacji formalnej, w ramach której wiedza przekazywana jest przez nauczycieli na etapie szkoły gimnazjalnej. Zadałam sobie wtedy po raz pierwszy pytania: Czy zatem źródła, z których młodzież czerpie informacje, są wiarygodne i nie fałszują wiedzy o dawstwie i transplantacji narządów? Czy młodzież, o ile podjęła już decyzję o pośmiertnym dawstwie narządów do transplantacji, zrobiła to świadomie? Na jakich przesłankach opierała się jej decyzja, z czyimi opiniami je konfrontowała? Jaka jest wiedza i opinie wobec dawstwa narządów przez adolescentów? Jakie są jej źródła? Jaki jest poziom akceptacji transplantacji *ex mortuo* przez adolescentów? Jakie czynniki mogą różnicować poziom recepcji (wiedzy i opinii) dawstwa narządów?

Z wielości zadawanych sobie pytań główne pytanie badawcze, na które w toku prowadzenia działań starałam się odpowiedzieć, sformuowałam następująco: **Jaka jest recepcja idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów?** Natomiast głównym celem badań stało się **poznanie i zgromadzenie danych dotyczących recepcji idei dawstwa narządów do transplantacji *ex mortuo* (pośmiertnego) przez adolescentów.**

Społeczny odbiór dawstwa i transplantacji narządów coraz częściej staje się obiektem badań naukowych, czego potwierdzeniem są prace magisterskie (Jakóbczyk-Muszka, 2013), dysertacje doktorskie (Rzym-ska, 2010; Majchrowicz, 2011) czy monografie (Gulla, 2010). Nadal jestem jednak zdania, że ten obszar badawczy nie leży w centrum zainteresowań pedagogów, socjologów czy psychologów. Badania dotyczące transplantologii prowadzone na gruncie polskim dotyczą ogółu społeczeństwa, rzadko jednak skupiając się wyłącznie na adolescentach. Do określenia ostatecznej koncepcji badań przyczyniły się zatem przede wszystkim wyniki badań zagranicznych (Hiszpania, Włochy, Stany Zjednoczone, Kanada, Turcja).

Badania umiejscowione zostały w subdyscyplinie pedagogicznej, jaką jest pedagogika zdrowia będąca zapleczem teoretycznym dla edukacji zdrowotnej, której dostarcza podstaw metodologicznych i pozwala rozwiązać problemy natury praktycznej (Woynarowska 2007, s. 99).

Przytaczając definicję Rezolucji Rady Wspólnoty Europejskiej, edukacja zdrowotna jest procesem opartym na naukowych zasadach, stwarzającym sposobność planowanego uczenia się, zmierzającym do umożliwienia jednostkom podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia i postępowania zgodnie z nimi. Odpowiedzialność za ten bardzo złożony proces ponosi rodzina, system edukacji i społeczeństwo (Rezolucja 89/c3/01/ przyjęta przez ministrów edukacji w 1989 r.).

Krzysztof Puchalski pisząc o kondycji edukacji zdrowotnej, zwraca uwagę, że „choć w aspekcie teoretycznym jest wszechstronnie rozwiniętą dziedziną, to w polskim systemie ochrony zdrowia dominuje raczej jednostronna praktyka oparta na paradygmacie biomedycznym. Odwołuje się ona bardziej do teorii funkcjonowania organizmu i leczenia chorób niż rozumienia ludzi oraz kształtowania ich działań” (Puchalski, 2012, s. 122). „Problemem jest też ignorowanie różnicowania kryteriów wiarygodności, jakimi posługuje się odbiorca (nie tylko autorytet eksperta, «wiedza oparta na dowodach», ale też zgoda ogółu, własne doświadczenie). Wiarygodność staje się tym bardziej istotna, im więcej sprzecznych i zmiennych opinii eksperta dociera do publicznej świadomości (...)” (tamże, s. 124).

Puchalski wskazuje ważny kierunek badań w obszarze edukacji zdrowotnej – „zamiast pytać, czy adresat wie, warto poznać, w jaki sposób

myśli i jak komunikować się z nim, by chciał korzystać z nowych informacji” (tamże, s. 123). Zgodnie właśnie z tą myślą zostały zaprojektowane przeze mnie prezentowane badania oraz ich cel.

Kontynuując myśl Puchalskiego, chciałam nie tylko dowiedzieć się, czy adolescenti wiedzą, czym jest dawstwo narządów *ex mortuo* do transplantacji, lecz także poznać, ich opinie, przekonania na ten temat, a w konsekwencji opracować wskazówki skutecznej edukacji w tym zakresie. Zamierzenie to obrałam jako kolejny cel pracy, który pozwolił ukazać mi adekwatny obraz recepcji idei dawstwa narządów do transplantacji *ex mortuo* przez adolescentów.

Przyjęcie przeze mnie powyższych założeń stało się pierwszym krokiem do zrealizowania szerszego projektu pedagogicznego, którego wymiaru nie uznaję jedynie za teoretyczny, lecz także praktyczny, czyli posiadający znaczenie dla współczesnej praktyki edukacyjnej. Przywołując bowiem myśl Schwaba: teoria pedagogiczna jest niekompletna tak długo, dopóki nie zostanie wdrożona (Schwab, za: Dylak, 2013).

Przechodząc do przedstawienia badań w kategoriach metodologicznych, trzeba podkreślić, że należą one do typu teoretyczno-eksploracyjnego, gdyż polegają na rozpoznaniu zjawiska i wykazaniu *ex post* jego zmienności z innym zjawiskiem. Do przeprowadzenia badań przyjąłam paradygmat normatywny i podejście obiektywistyczne. Oznacza to, że ich celem jest „stworzenie zrozumiałej teorii uniwersalnej, która byłaby w stanie wyjaśnić zachowanie człowieka i zachowanie zbiorowości” w kontekście omawianego problemu badawczego (Łuszczuk, 2008, s. 23). Podejmując próbę odkrycia prawidłowości, praw wyjaśniających i rządzących rzeczywistością, zastosowałam podejście nomotetyczne. Projekt oparłam na badaniach przekrojowych, są one bowiem zbudowane na obserwacjach prowadzonych w jednym punkcie w czasie (Rubacha, 2008).

W opisywanych badaniach wykorzystałam metodę zbierania danych ilościowych, jaką jest metoda ankiety (Rubacha, 2008). Do zebrania danych zastosowałam trzy ankiety autorskie oraz wykorzystałam jedną zapożyczoną, a do ich analizy posłużyłam się metodami statystycznymi.

W celu wykrycia zależności wyszczególniłam: zmienne pośredniczące – wiek, płeć; zmienne zależne – wiedzę oraz opinie dotyczące idei dawstwa narządów *ex mortuo*; a także zmienne niezależne – rodzaj edukacji formalnej, nieformalnej lub/i pozaformalnej, rodzaj szkoły, rozwój

sądów moralnych oraz znajomość norm prawnych dotyczących dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo*. Szczegółowy opis metod zbierania danych oraz zastosowanych przeze mnie narzędzi znajduje się w dalszej części pracy.

Badania przeprowadziłam w grupie młodzieży będącej na III i IV etapie kształcenia – uczniach szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych (ze szkół licealnych, techników, a także ze szkół zawodowych).

Wyboru takiej grupy badawczej dokonałam ze względu na czas wprowadzenia do edukacji formalnej (podstawy programowej) tematyki związanej z dawstwem narządów do przeszczepu (ostatnia klasa gimnazjum). Podzielałam także zdanie Skorka, że „najlepszymi dawcami są ofiary wypadków, ludzie młodzi, dla których śmierć, a zwłaszcza śmierć własna, jest zjawiskiem tak abstrakcyjnym, że z pewnością (w większości) nie czynią żadnych dyspozycji na jej wypadek” (Skorek, 2008, s. 341). Wydaje się, że rzadko lub wcale nie informują o swojej potencjalnej zgodzie lub sprzeciwie najbliższej rodziny i bliskich, na których w chwili przeżywania przez nich tragedii śmierci bliskiej osoby spada odpowiedzialność w postaci podjęcia decyzji (wynikającej z nieprzebrzegania przez lekarzy zasady zgody domniemanej), co do dalszego losu narządów potencjalnego przecież dawcy.

Przyjęcie przeze mnie definicji pojęcia adolescencji, według I. Obuchowskiej, umożliwiło mi dalszy podział przebadanej młodzieży na grupę wczesnej i późnej adolescencji:

/ I grupa – wczesna adolescencja (11–16 lat),

/ II grupa – późna adolescencja/młodzieńczość (17.–20. r.ż.), (Obuchowska, 2000).

Jak wspominałam wyżej, wyniki badań miały również na celu umożliwienie prowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie transplantacji (modyfikacji podstawy programowej, programów profilaktycznych, warsztatów), tak by działania w tym zakresie były bardziej efektywne i prezentowały problematykę transplantacyjną w sposób, który ukierunkuje młodzież do wyrażania swojej decyzji na pobranie własnych narządów po śmierci. Chodzi o skierowanie ku młodym ludziom jasnego przekazu, że tego rodzaju decyzje powinni podjąć samodzielnie i świadomie, opierając się na wiedzy pewnej, gruntownej (głębokiej/naukowej), poddanej krytycznej ocenie, a o swojej woli powinni poinformować rodzinę.

Tym sposobem zdejmą z najbliższych wielki ciężar moralny, który związany jest z odpowiedzialnością podjęcia decyzji o pobraniu narządów od osoby zmarłej w sytuacji głębokiego stresu, często bez znajomości stanowiska w tej sprawie zmarłego członka rodziny. Wydaje się to korzystne również z punktu widzenia potrzeb społecznych, gdyż prawdopodobnie może się przyczynić do wzrostu liczby transplantacji i tym samym uratowania życia wielu osobom oczekującym na przeszczep.

Podsumowując przytoczoną przeze mnie zasadność i potrzebę podjęcia badań dotyczących recepcji idei dawstwa narządów *ex mortuo* przez adolescentów w aspekcie edukacyjnym, uważam także, że etyka zawodu pedagoga obliguje do podejmowania badań dotyczących ważnych problemów bezpośrednio związanych z moralnymi wyborami człowieka. Edukacja zdrowotna niewątpliwie stanowi ważny element ogólnego wykształcenia człowieka, pomagający odpowiedzieć na pytanie: po co i jak żyć? Warto także przytoczyć słowa Stanisława Dylaka, wskazujące, że „jednym z podstawowych dzisiejszych zadań szkoły byłoby wspieranie uczniowskiego przechodzenia od potoczności do naukowości w myśleniu o świecie i w wiedzy o nim” (Dylak, 2013, s. 142).



1. Teoretyczne podstawy pracy

1.1. POJĘCIE TRANSPLANTACJI I JEJ RYS HISTORYCZNY

W medycynie transplantacją (z łac. *transplantare* – szczepić; *plantare* – sadzić) określany jest zabieg chirurgiczny, polegający na pobraniu organu (także jego części), tkanki lub komórki od dawcy (eksplantacji) i wszczępieniu ich biorcy (implantacji). Specjalizacją medyczną, która zajmuje się leczeniem metodą przeszczepu, jest transplantologia.

Przeszczepianie narządów to także niezwykle skomplikowana procedura, wymagająca spełnienia szeregu założeń i wykluczeń. Należą do nich przede wszystkim: stwierdzenie śmierci mózgu dawcy, brak patologii wykluczającej dany narząd do przeszczepu oraz wykluczenie istnienia krążenia przed pobraniem narządu. Istotny jest także czas pobrania. Rozpoznanie śmierci potencjalnego dawcy musi być na tyle wczesne, aby zapobiec obumarciu narządu przeznaczonego do pobrania. Tylko wtedy narząd może zostać przeszczepiony i jest w stanie podjąć funkcje w organizmie biorcy (Zembala, 2009, s. 407–411).

Transplantacja często jest jedyną szansą na przeżycie pacjenta. Oprócz tego najważniejszego zadania – ratowania ludzkiego życia – stwarza również szanse na poprawę jego jakości.

„Ten holistyczny wymiar transplantacji oznacza nie tylko przywrócenie pacjentom sprawności fizycznej, ale przede wszystkim umożliwia im powrót do funkcji społecznych, utraconych ze względu na znaczne defekty, deformacje lub oszpecenie ciała, powstałe na skutek wypadków czy wad wrodzonych. Jest to niezwykła szansa dla osób, które nie tylko utraciły zdolność do samodzielnej egzystencji, ale również zostały skazane na społeczną izolację” (Serdyńska, 2013, s. 10). Autorka na dowód przybliży przykład przeszczepu twarzy wykonanego w 2012 r. w Maryland (USA), w którym pacjentowi z licznymi obrażeniami odniesionymi w wyniku postrzału przeszczepiono fragment języka, kości szczęki, żuchwę wraz z zębami, nos oraz mięśnie i tkanki miękkie od podstawy szyi po szczyt czaszki, dając możliwość odzyskania funkcji fizjologicznych i ponownego funkcjonowania. Był to szczególnie trudny i skomplikowany przypadek przeszczepu allogenicznego.

Wyróżnić można także inne działania w obrębie przedsięwzięć transplantacyjnych. Literatura przedmiotu wskazuje na pięć typów przeszczepów (Hołub, 2014):

- 1. autoprzeszczep** (przeszczepy autogeniczne, autologiczne, autografy, własnopoходne) – przeniesienie tkanki w obrębie tego samego organizmu. Przykładem tego rodzaju przeszczepu jest przeszczep skóry czy fragmentu tkanki kostnej w celu zapewnienia stabilizacji kości w miejscu złamania (Duda, 2011);
- 2. izotransplantacja** (przeszczepy izogeniczne, syngniczne, isografy) – przeszczep organu dokonany pomiędzy jednostkami identycznymi pod względem genetycznym, np. bliźniętami jednojajowymi;
- 3. homotransplantacja** (przeszczepy allogeniczne, homologiczne, allografty) – przeszczep organów dokonany między jednostkami należącymi do tego samego gatunku, np. pomiędzy jednostkami ludzkimi;
- 4. heterotransplantacja** (przeszczepy heterologiczne, ksenogeniczne, heterografy, xenografy, ksenotransplantacja) – przeszczep organów dokonany między jednostkami dwóch różnych gatunków, tj. zwierzę – człowiek;

5. ALLOPLASTYKA – przeszczep sztucznego przedmiotu, np. zastawka, kłamra, implant.

Juliusz Duda wyróżnił powyższe rodzaje przeszczepów ze względu na kryterium zgodności genetycznej dawcy i biorcy. Autor rozróżnia przeszczepy, biorąc także za kryterium miejsce przeszczepienia. I tak, na tej podstawie, wyróżnił przeszczepy (2011, s. 20):

- 1. ortotopowe** – polegające na eksplantacji niewydolnego narządu i zastąpienie go wydolnym narządem w tym samym położeniu;
- 2. heterotropowe** – polegające na wszczępieniu wydolnego narządu w miejscu innym niż anatomiczne, pozostawiając niewydolny narząd biorcy w organizmie.

Kolejnym kryterium, godnym przytoczenia dla potrzeb mojej pracy, jest witalny stan dawcy (tamże, s. 21). Stąd też wyróżnia się przeszczepy:

- 1. ex vivo** – w których to od żywego człowieka eksplantowane są organy podwójne (parzyste), tzn. takie, które można pobrać z ciała dawcy bez narażenia go na trwałe kalectwo lub śmierć;
- 2. ex mortuo** – ze zwłok ludzkich (po stwierdzeniu komisyjnie śmierci człowieka) eksplantowane są organy zarówno podwójne (nerka, płuco), jak pojedyncze (serce, trzustka) i implementowane do organizmu potencjalnego biorcy.

Przechodząc do przedstawienia rysu historycznego transplantacji narządów wewnętrznych na świecie, ze szczególnym uwzględnieniem polskich dokonań, należy zaznaczyć, że jej początki sięgają pierwszej dekady XX stulecia. W 1902 r. U. Emerich dokonał próbnego przeszczepienia nerki. W 1933 r. J. J. Voronov jako pierwszy dokonał przeszczepu nerki pochodzącej ze zwłok ludzkich. Datą uznaną za początek ery transplantologii jest rok 1954, w którym J. Murray dokonał w Bostonie udanego przeszczepu nerki bliźniaczej. Pierwszy przeszczep wątroby przeprowadził T. Starzl w Denver w 1963 r., trzustki – W. D. Kelly i R. Lillehei w Minneapolis w 1966 r. Serce po raz pierwszy zostało przeszczepione przez Ch. Barnarda w 1967 r. w Kapsztadzie (Biały, 2006). Rok później D. Cooley podjął się przeszczepu serca i trzustki noworodkowi. W 1986 r. w Cambridge dokonano pierwszego potrójnego przeszczepu, natomiast rok później, w Pittsburghu w Stanach Zjednoczonych – przeszczepiono

biorcy pięć organów (wątrobę, trzustkę, jelito cienkie, żołądek oraz jelito grube) (Duda, 2011).

Nerki i serce były organami, które polscy transplantolodzy podjęli się przeszczepiać najwcześniej. W styczniu 1966 r. przeszczepiono po raz pierwszy nerkę od zmarłego dawcy. Dokonał tego J. Nielubowicz. Biorcą była kobieta chora na niewydolność nerek – Danuta, uczennica szkoły pielęgniarstwa. W tym czasie dokonano zaledwie 620 tego typu transplantacji na świecie (Serdyńska, 2013). W 1968 r. we Wrocławiu W. Bross przeprowadził transplantację nerki od dawcy spokrewnionego z biorcą. Pierwsza próba przeszczepu serca odbyła się natomiast w 1969 r. w Łodzi. Przeszczep się nie udał i pacjent zmarł. „Na pierwszą udaną operację polska medycyna czekała aż do 5 listopada 1985 r. Wówczas to w Zabrze prof. Zbigniew Religa (1938–2009) przeprowadził pierwszą zakończoną sukcesem operację przeszczepienia serca w Polsce. Prof. Religa kontynuował swoje prace i wraz z zespołem 28 października 1998 r. przeszczepił serce u najmłodszego dotychczas w Polsce pacjenta – 2,5-letniego dziecka. Poza sercem i nerkami polscy chirurdzy zaczęli przeszczepiać również inne narządy, w tym głównie wątroby” (Serdyńska, 2013, s. 75–76). W 1969 r. S. Zieliński podjął się próby przeszczepienia trzustki, a w 1987 r. – wątroby. Pierwszego rodzinnego przeszczepu wątroby dokonano pod kierunkiem M. Krawczyka i P. Kalicińskiego w 1999 r. Dwa lata później ci sami transplantolodzy przeprowadzili pierwszą w Polsce transplantację jelita cienkiego i wątroby u 11-miesięcznego niemowlęcia. Natomiast pierwszego udanego podwójnego przeszczepu serca i płuc dokonał w 2006 r. M. Zembala (Duda, 2011).

1.2. PODSTAWY PRAWA TRANSPLANTACYJNEGO

26 października 1995 r. to ważna data dla historii polskiej transplantologii. Pobieranie i przeszczepianie komórek, tkanek i narządów dokonywane jest w Polsce na podstawie przepisu ustawy właśnie z 26 października 1995 r., dotyczącej tej kwestii. Zgodnie z jej 23 art. – ustawa ta weszła w życie w marcu następnego roku. Jest pierwszym w Polsce aktem prawnym o randze ustawowej, który reguluje prawne proble-

my transplantacji. Na potrzeby pracy zdecydowałam się na szersze jej omówienie, co czynię w tym podrozdziale. Opisuje ją ze szczególnym uwzględnieniem przesłanek dopuszczających przeszczepy *ex mortuo*.

Podrozdział rozpoczynam od przybliżenia regulacji prawnych transplantacji narządów w Polsce (1.2.1.). Następnie przybliżam kwestię praw pacjenta w zakresie dawstwa narządów (1.2.2.) oraz omawiam zagadnienie związane ze zgodą i sprzeciwem pacjenta w kontekście dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji.

1.2.1. REGULACJE PRAWNE TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW W POLSCE

Komitet Ministrów Rady Europy 11 maja 1978 r. wydał Rezolucję mającą przełomowe (Guzik-Makaruk, 2008) znaczenie dla „harmonizacji ustawodawstw państw członkowskich związanego z pobieraniem i przeszczepianiem ludzkich tkanek i narządów” (Nesterowicz, 2009, s. 323). Rezolucja poprzedzona preambułą, w podzielonych na trzy części i przejrzyste sformułowanych 14 artykułach, „określa zasady pobierania organów, tkanek i przeszczepiania substancji pochodzących od osób żyjących oraz pobierania i przeszczepiania organów i tkanek pochodzących od osób zmarłych. (...) Zaleca państwu członkowskim Rady Europy dostosowanie rozwiązań prawnych uwzględniających postanowienia tych przepisów” (tamże). „Zasady przewodnie transplantacji zdrowia wydała również Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 1991 r.”. Do dokumentów promujących prawa człowieka należy także Europejska Konwencja Bioetyczna (Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny), która została przyjęta przez Komitet Ministrów 19 listopada 1996 r. (tamże). Na kształt polskiego prawa transplantacyjnego miały wpływ zalecenia z powyższych aktów, które dotyczyły między innymi zakazu osiągania zysku z wykorzystywania części ciała ludzkiego; anonimowości zarówno dawcy, jak i biorcy, wyrażenia świadomej zgody dawcy żywego czy „zakazu pobrania narządów od osób zmarłych, gdy istnieje wyraźny bądź nawet domniemany sprzeciw zmarłego, co może wynikać z rozważenia jego przekonań religijnych i filozoficznych” (Guzik-Makaruk,

2008, s. 86). Należy jednak zaznaczyć, że Konwencja została w Polsce podpisana, jednak nie jest ratyfikowana, a więc nie jest częścią polskiego porządku prawnego.

Przez wiele lat w Polsce aspekty prawne dotyczące pobierania i transplantacji narządów nie posiadały wystarczających uregulowań prawnych. Dla celów pracy podjęłam się przedstawienia krótkiego rysu ukazującego rozwój prawa transplantacyjnego w Polsce. Mimo wydania Rezolucji pierwszy udany przeszczep serca dokonany przez Z. Religę w 1985 r. odbywał się, gdy nadal nie było w Polsce przepisów prawnych regulujących transplantację *ex mortuo*.

W Polsce aż do 1991 r. pobierano narządy *ex mortuo* na mocy rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z 1928 r. (z nowelizacją w 1949 r.). Dzięki wytycznym Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w 1978 r. uregulowane zostały warunki, w których możliwe stało się pobranie nerek *ex vivo* oraz *ex mortuo*.

Kolejny krok porządkujący przeszczepianie narządów w polskim prawodawstwie nastąpił wraz z wejściem w życie „w 1991 roku ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, która dopuszczała pobieranie ze zwłok narządów i tkanek w celach leczniczych, o ile osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu”. Ustawa nie określała jednak sposobu i formy wyrażenia sprzeciwu oraz kryteriów i trybu stwierdzenia śmierci. Natomiast uchwalenie pierwszej ustawy transplantacyjnej, która przyjmowała postanowienia Rezolucji, nastąpiło w 1995 r.

Uchwalona 26 października 1995 r. ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. nr 138, poz. 682) była pierwszą taką ustawą transplantacyjną w Polsce (Rowiński, 2004). Ustawa ta poddana była dwukrotnie nowelizacji. Pierwszej dokonano ustawą z dnia 20 czerwca 1997 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw. Drugiej natomiast, w związku ze wstąpieniem Polski do Unii Europejskiej i koniecznością dostosowania ustawodawstwa transplantacyjnego do unijnych standardów, 1 stycznia 2006 r. (weszła w życie w lipcu).

Od tamtej chwili do czasów obecnych pobieranie i przeszczepianie narządów, tkanek i komórek reguluje w Polsce ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 1 lipca 2005 r. z późniejszymi zmianami (Dz.U. nr 169, poz. 1411;

dalej jako: Ustawa transplantacyjna). Wraz z dziesięcioma aktami wykonawczymi ustawa wprowadziła regulacje w przeszczepianiu narządów. „Ustawa reguluje zarówno przeszczepy *ex vivo*, jak i *ex mortuo*. Nie dotyczy pobierania i przeszczepiania komórek rozrodczych i gonad, tkanek zarodkowych i płodowych oraz organów rozrodczych i ich części, a także pobierania, przechowywania, przetaczania i dystrybucji krwi do celów jej przetaczania, oddzielania jej składników lub przetworzenia w leki. Stanowiąc one będą przedmiot odrębnych unormowań” (Nesterowicz, 2009, s. 324). Wprowadzając dwadzieścia cztery definicje legalne, dotyczące bezpośrednio transplantacji, ustala w sposób wiążący znaczenie określonych pojęć oraz zwrotów na użytek tego aktu prawnego.

Wśród definicji legalnych znalazły się pojęcia, które na potrzeby niniejszej pracy także szerzej zostaną przeze mnie omówione. Należą do nich pojęcia: dawcy, biorcy, narządu, pobierania narządu oraz niezwykle ważna i kluczowa przy transplantacjach *ex mortuo* – koncepcja śmierci mózgu.

1. DAWCA

Dawcą w myśl ustawy transplantacyjnej jest żywy dawca albo zwłoki ludzkie, od których pobiera się komórki, tkanki lub narządy. Mianem dawcy żywego określa się osobę, która za życia oddała organ, tkankę lub komórkę w celu przeszczepienia jej innej osobie.

Dawcą może zostać człowiek także po swojej śmierci. Potencjalnym dawcą staje się osoba, u której zespół lekarzy rozpoczął (ang. *possible death brain*) lub już ukończył procedurę rozpoznawania śmierci mózgu (ang. *confirmed death brain*) oraz gdy nie stwierdzono przeciwwskazań medycznych do pobrania narządów (Czerwiński, 2009).

Dawcą zmarłym rzeczywistym natomiast staje się już podmiot, z którego zwłok przynajmniej jeden narząd został pobrany celem przeszczepienia (dalej jako: dawca). Gdy narząd zostanie wykorzystany (przeszczepiony), mamy do czynienia z tak zwanym dawcą wykorzystanym (tamże).

Oprócz podziału na dawcę żywego i dawcę zmarłego istnieje również podział dawców zmarłych ze względu na przyczynę śmierci. Wprowadzono podział na dawców narządów zmarłych w mechanizmie śmierci mózgu – (śmierć mózgową) oraz na dawców narządów zmarłych wsku-

tek nieodwracalnego zatrzymania krążenia – (śmierć sercowa) (Paez, 2007, s. 52).

Dawcą wielonarządowym jest osoba, od której pobrano do przeszczepu więcej niż jeden narząd, komórkę czy tkankę.

Potencjalnym dawcą może stać się także zwierzę (transplantacja ksenogeniczna, ksenotransplantacja), choć w przypadku tego żywego dawcy przeszczepu z wykorzystaniem jego organów, narządów czy tkanek są cały czas w fazie eksperymentu (Petechuk, 2006, s. 97–106).

2. BIORCA

Biorcą staje się osoba, u której dokonano przeszczepienia narządu lub tkanki pobranej wcześniej od dawcy. Potencjalnym biorcą narządów, tkanek czy komórek jest natomiast chory, który dopiero oczekuje na przeszczep. Według prof. Mieczysława Lao, byłego kierownika Kliniki Medycyny i Nefrologii Akademii Medycznej w Warszawie, biorcy to pacjenci wieloletni, ludzie przewlekle chorzy, których stan, na ogół, stale się pogarsza (Bajer, 1998).

3. NARZĄD

Narząd to wyodrębniona i istotna część ludzkiego ciała, zbudowana z różnych tkanek, zdolna do utrzymywania swojej struktury, ukrwienia i możliwości pełnienia autonomicznych funkcji fizjologicznych (Ustawa transplantacyjna, art. 2).

W Polsce i na świecie to nerki są najczęściej przeszczepianymi narządami zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym (Rutkowski, Kaliciński, 2009). „Transplantacja tych narządów jako pierwsza z fazy eksperymentu naukowego stała się – jak stwierdza krajowy konsultant do spraw transplantacji prof. W. Rowiński – rutynową metodą leczenia schyłkowej niewydolności nerek” (Rowiński, 2006, s. 20). „Do narządów przeszczepianych *ex mortuo* należą także: wątroba, skóra, płuca, serce, jelita oraz trzustka” (Rutkowski, Kaliciński, 2009, s. 8–9). Komisja Europejska wielokrotnie sugerowała, że jako potencjalnych dawców w pierwszym rzędzie należy brać pod uwagę osoby zmarłe, a dopiero w ostateczności dokonywać eksplantacji *ex vivo*. Pobieranie narządów i tkanek od osób zmarłych, według Komisji Europejskiej, to podstawowa metoda uzyskiwania materiału transplantacyjnego (Skorek, 2008, s. 340).

4. POBIERANIE

W Ustawie transplantacyjnej (2005, art. 2) pobieranie zdefiniowano jako czynności, w wyniku których komórki, tkanki lub narządy są pozyskiwane w celach diagnostycznych, leczniczych, naukowych lub dydaktycznych.

5. KONCEPCJA ŚMIERCI MÓZGU

Komisja Europejska pozostawiła regulacji prawa krajowego ustalenie koncepcji stwierdzenia zgonu oraz podstawy przyzwolenia, które warunkują pobranie organów od osoby zmarłej. W większości państw Rady Europy przyjętą przez ustawodawstwo teorią stała się teoria śmierci mózgowej (Skorek, 2008). W Polsce ważnym aktem prawnym dotyczącym tego aspektu jest Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie kryteriów i sposobu stwierdzenia trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu. Jak podaje Ustawa transplantacyjna, pobranie narządów, komórek czy tkanek ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia lub nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu, ang. *death brain*), które jednoznacznie jest ze śmiercią człowieka (Iwańczuk, 2010, s. 287–289). „Śmierć mózgu jako całości, nawet przy zachowaniu krążenia krwi, determinuje śmierć organizmu jako całości; (...) a pobranie komórek, tkanek i narządów od osoby zmarłej jest możliwe dzięki temu, że śmierć ma charakter zdysocjowany – ogarnia tkanki i układy narządów w różnym czasie” (Kruszyna, 2009, s. 149).

Minister Zdrowia w wymienionym akcie szczegółowo ustala ściśle określone procedury stwierdzenia śmierci mózgu przez niezależną komisję lekarską, aby nie doszło do żadnej pomyłki, a stwierdzenie trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu było niewątpliwe i jednoznaczne z orzeczeniem zgonu. Procedura orzekania o śmierci mózgu składa się z dwóch etapów i poprzedzona jest okresem obserwacji wstępnej.

Tomasz Kruszyna w swoim artykule wyraźnie zaznacza, że „procedury stwierdzania śmierci mózgu nie należy kojarzyć wyłącznie z przeszczepianiem narządów (...) oraz nie mogą być brane pod uwagę jedynie w kontekście dawstwa narządów. Ma ona też na celu zaniechanie uporczywej terapii zmarłego” (2009, s. 151), którego układy (oddechowy,

krwionośny) są sztucznie podtrzymywane, gdy wszystkie funkcje w mózgu nieodwracalnie ustały.

Omawiając podstawy prawa transplantacyjnego, należałoby także zwrócić uwagę na prawa pacjenta w zakresie transplantacji oraz na kwestię jego zgody lub odmowy wobec oddania własnych narządów do przeszczepu. Czynnę to w poniższym podrozdziale.

1.2.2. PRAWA PACJENTA W ZAKRESIE DAWSTWA NARZĄDÓW. ZGODA I SPRZECIW PACJENTA W KONTEKŚCIE DAWSTWA NARZĄDÓW EX MORTUO DO TRANSPLANTACJI

„Podstawowym obowiązkiem wypływającym z odczytania godności jest szacunek dla wszystkich, którzy przynależą do grupy istnień obdarzonych immanentną wartością. Każda jednostka ludzka posiada osobową strukturę istnienia i towarzyszącą jej ontyczną wartość, stąd należy jej się poszanowanie. (...) Obowiązkiem wynikającym z uznania tej kategorii jest zobowiązanie do respektowania tych świadczących o doskonałości człowieka atrybutów, które odślaniają godność osoby. (...) Są to specyficzne cechy osobowościowe, czyli świadomość, samoświadomość, zdolność do racjonalnego myślenia bądź zdolność do dokonywania wolnych wyborów” (Hołub, 2014, s. 98). Prawo transplantacyjne także pozostawia decyzje jednostce w kwestii oddania swoich narządów za życia oraz po śmierci. Poniżej opisuję ten aspekt w rozróżnieniu na przeszczep *ex vivo* oraz *ex mortuo*.

Artykuł 12. Ustawy transplantacyjnej reguluje pobieranie komórek, tkanek i narządów od żywego dawcy w celu przeszczepienia ich potencjalnemu biorcy (*ex vivo*). Określa on warunki, w których może nastąpić eksplantacja organów.

Art. 12.1. Komórki, tkanki lub narządy mogą być pobierane od żywego dawcy w celu przeszczepienia innej osobie, przy zachowaniu następujących warunków:

1) pobranie następuje na rzecz krewnego w linii prostej, rodzeństwa, osoby przysposobionej lub małżonka oraz, z zastrzeżeniem art. 13, na rzecz innej osoby, jeżeli uzasadniają to szczególne względy osobiste;

2) w odniesieniu do pobrania szpiku lub innych regenerujących się komórek lub tkanek, pobranie może nastąpić również na rzecz innej osoby niż wymieniona w pkt. 1;

3) zasadność i celowość pobrania i przeszczepienia komórek, tkanek lub narządów od określonego dawcy ustalają lekarze pobierający i przeszczepiający je określonemu biorcy na podstawie aktualnego stanu wiedzy medycznej;

4) pobranie zostało poprzedzone niezbędnymi badaniami lekarskimi ustalającymi, czy ryzyko zabiegu nie wykracza poza przewidywane granice dopuszczalne dla tego rodzaju zabiegów i nie upośledzi w istotny sposób stanu zdrowia dawcy;

5) kandydat na dawcę został przed wyrażeniem zgody szczegółowo pisemnie poinformowany o rodzaju zabiegu, ryzyku związanym z tym zabiegiem i o dających się przewidzieć następstwach dla jego stanu zdrowia w przyszłości przez lekarza wykonującego zabieg oraz przez innego lekarza niebiorącego bezpośredniego udziału w pobieraniu i przeszczepieniu komórek, tkanek lub narządu;

6) kobieta ciężarna może być kandydatem na dawcę jedynie komórek i tkanek; ryzyko, o którym mowa w pkt. 4 i 5, określa się w tym przypadku również dla mającego się urodzić dziecka przy udziale lekarza ginekologa-położnika i neonatologa;

7) kandydat na dawcę ma pełną zdolność do czynności prawnych i wyraził dobrowolnie przed lekarzem pisemną zgodę na pobranie komórek, tkanek lub narządu w celu ich przeszczepienia określonemu biorcy; wymóg określenia biorcy przeszczepu nie dotyczy pobrania szpiku lub innej regenerującej się komórki i tkanki;

8) kandydat na dawcę został przed wyrażeniem zgody uprzedzony o skutkach dla biorcy wynikających z wycofania zgody na pobranie komórek, tkanek lub narządu, związanych z ostatnią fazą przygotowania biorcy do dokonania ich przeszczepienia;

9) kandydat na biorcę został poinformowany o ryzyku związanym z zabiegiem pobrania komórek, tkanek lub narządu oraz o możliwych następstwach pobrania dla stanu zdrowia dawcy, a także wyraził zgodę na przyjęcie komórek, tkanek lub narządu od tego dawcy; wymóg wyrażenia zgody na przyjęcie przeszczepu od określonego dawcy nie dotyczy szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek.

Jak wynika z powyższego artykułu ustawy, potencjalny dawca jest uświadomiony co do możliwych konsekwencji, ma możliwość zarówno zgody, jak i odmowy oddania narządu.

Przechodząc do przeszczepów *ex mortuo* i zgody na nie potencjalnego dawcy, na wstępie należy zaznaczyć, że pobranie komórek, tkanek lub narządów do przeszczepienia (ze zwłok ludzkich) jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) lub po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia (Ustawa transplantacyjna, art. 9–9a).

Przyglądając się regulacjom w kwestii zgody na pobieranie narządów z ludzkich zwłok (*ex mortuo*), zauważyłam, że są odmienne w różnych krajach. Spotyka się trzy różne formy zgody. Pierwsza polega na wyrażeniu formalnego przyzwolenia przyszłego dawcy. Stosuje się ją między innymi w Stanach Zjednoczonych, Holandii i Wielkiej Brytanii. Wymaga się w niej świadomej zgody wprost od potencjalnego przyszłego dawcy jeszcze za życia na to, by jego narządy, tkanki czy komórki zostały pobrane po śmierci w celu ich przeszczepienia. W przypadku jeżeli zmarły nie pozostawił żadnego oświadczenia, wymagana jest zgoda członka rodziny. Inną formą regulacji jest zgoda na pobranie narządów z ludzkich zwłok wyrażona przez rodzinę zmarłego.

Ostatnią jest regulacja polegająca na zgodzie domniemanej. Inaczej mówiąc, regulacja ta polega na możliwości wyrażenia sprzeciwu na oddanie narządów przez przyszłego dawcę (Nesterowicz, 1999, s. 63–73). Stosowana jest w Belgii, we Włoszech, Francji, w Austrii, Hiszpanii, Portugalii oraz w Polsce. „Nie wymaga się w niej formalnej zgody za życia potencjalnego dawcy narządów, lecz traktuje się każdego jako potencjalnego dawcę, którego organy w przypadku śmierci oraz braku zanotowanego za życia sprzeciwu stają się z mocy ustawy własnością państwa oraz instytucji medycznych” (Biesaga, 2006, s. 21) (nie dotyczy dzieci i młodzieży poniżej szesnastego roku życia). Zasada zgody domniemanej oznacza, że w przypadku braku zgłoszenia sprzeciwu za życia na oddanie narządów po śmierci w celu ich przeszczepienia każdy człowiek, na mocy prawa, traktowany jest jako potencjalny dawca. Jego narządy mogą zostać użyte do celów diagnostycznych, leczniczych, naukowych i dydaktycznych.

W art. 5 Ustawy transplantacyjnej stwierdza się wyraźnie, że „pobrania (...) narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można

dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu” w jednej z trzech form dopuszczalnych przez ustawę. Ustawa nie przewiduje uzyskania zgody rodziny zmarłego. Ma ona jedynie prawo do pochówku, natomiast nie do rozporządzania zwłokami. „Zwłoki ludzkie nie są rzeczą, nie powstaje więc na nich prawo własności ani inne prawo rzeczowe, nie należą do spadku, nie mogą stanowić przedmiotu obrotu prawnego (poza prawem nieodpłatnego ich przekazania na cele określone w ustawie” (Nesterowicz, 2009, s. 326).

W Polsce sprzeciw na bycie dawcą po śmierci można wyrazić w kilku formach, które szczegółowo opisuje art. 6 Ustawy transplantacyjnej. Jedną z możliwości jest pisemne oświadczenie zaopatrzone we własnoręczny podpis. Za równoznaczne uznaje się także oświadczenie ustne złożone w obecności przynajmniej dwóch świadków. Osoby te w krytycznej sytuacji (stwierdzenia zgonu pacjenta) na prośbę lekarzy zobowiązane są do pisemnego potwierdzenia usłyszanego oświadczenia sprzeciwu (Ustawa transplantacyjna, 2005). Inną możliwością, szczególnie ważną dla lekarzy w ustaleniu woli zmarłego wobec oddania własnych narządów po śmierci, jest zgłoszenie sprzeciwu do powołanego w tym celu przez pierwszą Ustawę transplantacyjną (1995) Centralnego Rejestru Sprzeciwu (CRS). Informacja z CRS o tym, czy jest zarejestrowany sprzeciw pacjenta, jest konieczna, aby lekarze, po stwierdzeniu śmierci mózgu i wykluczeniu sprzeciwu w dwóch opisanych wyżej formach, mogli zakwalifikować go jako potencjalnego dawcę (tamże).

Ustawa transplantacyjna (2005) określa dokładnie możliwość wyrażenia sprzeciwu, także w stosunku do osób małoletnich oraz innych osób niemających pełnej zdolności do czynności prawnych. W takich sytuacjach „sprzeciw może wyrazić za ich życia przedstawiciel ustawowy” (Ustawa transplantacyjna, 2005). Natomiast w przypadku małoletniego powyżej lat szesnastu sprzeciw do CRS-u może być wystosowany przez niego już osobiście (tamże, art. 5).

Zgodnie z Rozporządzeniem w Sprawie Rejestru Sprzeciwów (2006), osoba, w której imieniu sprzeciw zgłosił przedstawiciel ustawowy, otrzymuje po osiągnięciu pełnoletności informację z CRS-u o istnieniu takiego sprzeciwu wraz z informacją o możliwości cofnięcia sprzeciwu. Takie zawiadomienie z CRS przesyłane jest także do małoletniego, który ukończył szesnaście lat.

Za prowadzenie Centralnego Rejestru Sprzeciwu odpowiedzialne jest Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” z siedzibą w Warszawie. Poltransplant został powołany wraz z pierwszą Ustawą transplantacyjną w 1995 r. jako jednostka budżetowa, a podporządkowany jest Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej (zarządzenie w sprawie Poltransplantu, 2006). Do zadań Poltransplantu należy także koordynacja pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów na terenie całego kraju, prowadzenie krajowej listy osób oczekujących na przeszczep oraz prowadzenie rejestru żywych dawców (Kaliciński, 2009).

„Jeżeli zachodzi uzasadnione podejrzenie, że zgoda nastąpiła w wyniku czynu wzbronionego stanowiącego przestępstwo, pobrania komórek, tkanek i narządów można dokonać po uzyskaniu od właściwego prokuratora informacji, że nie wyraża on sprzeciwu, a gdy postępowanie jest prowadzone przeciwko małoletniemu – stanowiska sądu rodzinnego” (Nesterowicz, 2009, s. 328).

Reasumując, ustanowienie regulacji prawnych wraz z wprowadzeniem zasady zgody domniemanej miało na celu zwiększenie liczby pobieranych narządów. Zdaniem M. Nesterowicza, „konstrukcja zgody domniemanej jest przyszłościowa. Nie narusza ona praw osób zmarłych, a jednocześnie daje szansę ratowania życia chorym. (...) Lekarz nie musi więc uzyskiwać zgody rodziny, a nawet informować jej o pobraniu tkanek czy narządów od zmarłego. Z reguły chodzi bowiem o ratowanie życia innego człowieka, co nie powinno zależeć od stanowiska osób bliskich dawcy. Przy porównaniu wartości: integralności cielesnej zmarłego i ratowania życia chorego jest oczywiste, że to drugie powinno przeważać” (2009, s. 326–327). Potwierdzenia słów transplantologa upatruję w liczbie przeszczepionych organów w Walii, po tym jak w grudniu 2015 r. procedura pobierania została zmieniona, z wcześniej obowiązującego wyrażenia zgody za życia na pobranie narządów po śmierci na zasadę zgody domniemanej. W ciągu sześciu miesięcy od wprowadzenia nowych przepisów doszło do przeszczepienia 60 organów – połowa z nich została pobrana wskutek zgody domniemanej. Analogiczny okres rok wcześniej zakończył się przeszczepieniem 23 organów, a dwa lata temu było to 21 [<http://www.anglia.today/zdrowie/killkadziesiat-przeszczepow-w-walii-dzieki-wprowadzeniu-domniemanej-zgody> (data wejścia: 20.06.2016)].

Mimo że zapis w polskiej ustawie nie przewiduje zgody rodziny, jak wskazuje na to Nesterowicz, sytuacja w rzeczywistości przedstawia się jednak odmiennie. Lekarze w sytuacji braku jednoznacznych informacji o sprzeciwie potencjalnego dawcy pytają o zgodę rodzinę, a gdy ta odmawia oddania organów, odstępują od ich eksplantacji. Dzieje się tak często z obawy przed posądzeniem o uzyskanie korzyści (także majątkowych) z pobrania narządów, mimo sprzeciwu rodziny. Jak wskazuje ustawa, „za pobranie od żywego dawcy lub ze zwłok ludzkich komórki, tkanki i narządu nie można żądać ani przyjmować zapłaty, innej korzyści majątkowej, lub korzyści osobistej, a jedynie zwrot poniesionych kosztów. (...) Osoba, która w celu uzyskania korzyści majątkowych nabywa lub zbywa cudze komórki, tkanki i narządy, pośredniczy w ich nabyciu lub zbyciu bądź bierze udział w przeszczepianiu pozyskanych wbrew przepisom ustawy komórek, tkanek lub narządów, pochodzących od żywego człowieka lub ze zwłok ludzkich, podlega sankcjom karnym (art. 43–46 ustawy)” (tamże, s. 333).

Wnioskuje zatem, że problemy natury bioetycznej oraz dylematy moralne w kontekście dawstwa i transplantacji narządów pojawiają się u każdej ze stron zaangażowanych w ten proces. Aspekt moralny oraz bioetyczny przedstawiam szerzej w kolejnym podrozdziale.

1.3. MIEJSCE BIOETYKI W KONTEKŚCIE DAWSTWA I TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW EX MORTUO

„Oba tory myślenia: etyczny i prawniczy prowadzą wciąż naprzód i w jednym kierunku, zmierzając do udoskonalenia służby życiu i zdrowiu człowieka. Nie ma legislacji bez namysłu etycznego, a ten ostatni bez swego zwieńczenia w prawniczej deontologii pozostaje abstrakcyjny i nieskuteczny. (...) Są jednak sytuacje, w których trzeba wykazać się głębszym rozeznaniem i głębszą kulturą moralną niż polegająca na znajomości jednej tylko zasady «przestrzeganie prawa jest obowiązkiem moralnym». W sytuacjach szczególnych lekarz musi wziąć na siebie odpo-

wiedzialność za decyzje, których nie podyktują mu przepisy prawa, również takie, których skutki nie są wyłącznie dobroczynne. Właśnie tam, gdzie nie ma prostych rozwiązań dyktowanych przez literę prawa, gdzie występuje konflikt interesów i wartości, gdzie trzeba wybierać mniejsze zło, nie do końca wiedząc, które właściwie jest tym mniejszym, gdzie głos sumienia nie przemawia jednoznacznie, pomóc nam może (choć nigdy wyręczyć) etyka lekarska i jej młodsza siostra, bioetyka” (Hartman, 2009, s. 35).

Ze względu na grupę badawczą (adolescentów), a nie lekarzy, w dalszych rozważaniach skupię się na bioetyce. To ona bowiem wprost, według M. Kowalskiego i B. Kmiecika, odnosi się do praktyki wychowawczej (2016, s. 7).

Bioetyka, zdaniem Hartmana, „jest nakierowana na praktykę i pragnie realnie przyczynić się do poprawy uregulowań prawnych i proceduralnych w drażliwych, obciążonych znacznym ryzykiem moralnym obszarach medycyny i ochrony zdrowia” (2009, s. 37). W toku wywodu akcentuje mocno, że „bioetyka nie daje gotowych recept, a jedynie wskazuje ogólne zasady, czyli pomaga uzyskać orientację moralną komuś, kto ma podjąć trudną decyzję. Podejmie ją jednak w każdym przypadku na własną odpowiedzialność, kierując się własnym rozumem i sumieniem” (Kowalski, Kmiecik, 2016). Podobną definicję tego pojęcia przedstawia Hołub, wskazując, że „bioetyka jest sposobem rozwiązywania trudnych dylematów etycznych biomedycyny” (2014, s. 63). A o takich dylematach bezsprzecznie w dziedzinie transplantologii możemy mówić.

Na polu medycyny transplantacyjnej ścierają się między sobą aspekty dobra wspólnego i samostanowienia o sobie. Każde zagadnienie moralne w medycynie łączy w sobie dwa punkty widzenia i dwa stanowiska moralne: instytucjonalno-publiczne i indywidualno-osobowe. Jak wskazuje Hartman, „jednocześnie prawie zawsze jedno z nich przeważa” (2009, s. 38).

O tym ostatnim stanowisku mówić można w kontekście podejścia personalistycznego, które „przybliży nas do postawy szacunku względem każdego istnienia osobowego na każdym etapie jego życia. Służy ono skuteczną pomocą tym, dla których rzeczywistość osoby ludzkiej – w całym jej bogactwie, złożoności i wartości – jest czymś ważnym i god-

nym troski” (Hołub, 2014, s. 65). Jak jednak wskazuje Hartman, „tradycja medycyny starsza jest niż demokracja i historycznie zakorzeniona w kontekście kultury moralnej niepozostawiającej wiele miejsca dla osobistej wolności i samostanowienia jednostki” (2009, s. 99). Zatem po przeciwległej stronie do personalizmu sytuuje się bioetyczne podejście utylitarne. Jest to „pogląd, że o wartości moralnej czynu decydują jego następstwa, a więc ogólny bilans korzyści, do których się przyczynia” (Hartman, 2009, s. 31). Dla ukazania tego podejścia ponownie przytoczę słowa Nesterowicza, że zasada zgody domniemanej „nie narusza (...) praw osób zmarłych, a jednocześnie daje szanse ratowania życia chorym. (...) Lekarz nie musi więc uzyskiwać zgody rodziny, a nawet informować jej o pobraniu tkanek czy narządów od zmarłego. Z reguły chodzi bowiem o ratowanie życia innego człowieka, co nie powinno zależeć od stanowiska osób bliskich dawcy. Przy porównaniu wartości: integralności cielesnej zmarłego i ratowania życia chorego jest oczywiste, że to drugie powinno przeważać” (2009, s. 326–327).

Poruszając tematykę bioetyki w kontekście dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo*, nie mogę pominąć kwestii związanych z podejmowaniem trudnych decyzji, rozstrzygnięcia dylematów moralnych i bioetycznych przez lekarzy, potencjalnych dawców i ich rodziny. Ukazane przeze mnie badania (patrz CBOS, 2012, 2016 TNS Polska, 2015) potwierdzają istnienie powyższych dylematów w społeczeństwie.

Dylemat moralny, definiowany jako „sytuacja konfliktu dwóch moralnych wymagań, z których żadne nie przewyższa drugiego w sposób moralnie relewantny” (Rzyska, 2010, s. 13), dotyczy zarówno lekarzy, personelu medycznego, jak i każdego członka społeczeństwa. Przed dylematem moralnym/bioetycznym związanym z dawstwem narządów do transplantacji (ze względu m.in. na przepisy prawne obowiązujące w Polsce) może stanąć każdy.

W poniższych rozważaniach przedstawiam sytuacje trudne oraz dylematy moralne dotyczące dawstwa narządów *ex mortuo*. W odróżnieniu bowiem od przeszczepów *ex vivo* pojawiają się one w kontekście zasady zgody domniemanej oraz definicji śmierci mózgowej. Uważam, że pojęcia te i ich następstwa, jak żadne inne reguły/uregulowania w zakresie idei dawstwa narządów, wymagają od jednostki głębokiej refleksji, dojrzałości i rozwoju moralnego.

„Naruszenie autonomii pacjenta przez lekarza jest krzywdzące dla obu stron i zawsze zaciemnia obraz rozkładu odpowiedzialności za decyzje medyczne, co samo w sobie jest niesprawiedliwe i moralnie ryzykowne” (Hartman, 2009, s. 101). Te słowa ukazują, jak ważne jest świadome podjęcie decyzji wobec oddania swoich narządów po śmierci przez każdą jednostkę. W każdym przypadku bowiem będzie ona miała swoje konsekwencje.

W Polsce to przywoływana już wcześniej zasada zgody domniemanej reguluje i warunkuje, zgodnie z literą prawa, sposób pobierania narządów *ex mortuo*. Zdaniem Góralczyka, „stanowi ona akt nieuprawnionego moralnie upoważnienia lekarza do ingerencji w prywatną sferę życia obywatela” (Biały, 2006, s. 375). Czy bowiem brak decyzji można utożsamiać ze zgodą na pobranie narządu? Zdaniem Białego, „nie wydaje się, że odpowiedź, jaką tu można dostać, będzie zawsze twierdząca. Zmarły, gdy jeszcze żył, mógł być nieświadomy obowiązujących zasad prawnych. Co więcej, mógł on także odłożyć decyzję powiadomienia o swej woli na później. Zatem pobieranie organów na zasadzie zgody domniemanej jest działaniem w wątpliwości (...)” (2006, s. 376).

W takiej sytuacji mówić można o dylematach moralnych i bioetycznych, które dotyczą zarówno lekarzy, personelu medycznego odpowiedzialnego za eksplantację organu, jak i rodziny potencjalnego dawcy oraz jego samego. Już hipokratejska przysięga wypowiediana przez lekarzy zawiera w sobie etyczno-deontologiczne wskazania. „Zdaniem T. Biesagi, lekarz wypowiadając słowa przysięgi zobowiązywał się do samodoskonalenia moralnego oraz edukacyjnego. Owo zobowiązanie podejmował w głębi swego sumienia. Miał on świadomość, że działania, jakie będzie wykonywać, muszą być zgodne ze standardami wskazywanymi w przysiędze (Kowalski, Kmiecik, 2016, s. 12). Sama przysięga Hipokratesa, niemająca umocowania prawnego, a będąca jedynie dokumentem, leży, według Kowalskiego i Kmiecika, u podstaw formowania się postaw paternalizmu medycznego, w którym to lekarz staje się decydem w trakcie terapii i do niego należy decyzja o sposobie leczenia, praktykach medycznych oraz technikach i procedurach stosowanych w konkretnych przypadkach (tamże, s. 12).

Od strony lekarzy sytuacja związana z decyzją o eksplantacji narządów *ex mortuo* kształtuje się tak, że transplantolodzy, zgodnie z prawem,

nie mają obowiązku pytać rodziny o pozwolenie na pobranie narządów, jeśli wcześniej upewnią się, że potencjalny dawca nie złożył sprzeciwu do CRS-u bądź nie poinformował o sprzeciwie członków rodziny. W praktyce jednak lekarze nie przestrzegają tej zasady całkowicie. Po otrzymaniu informacji z Poltransplantu, że potencjalny dawca nie złożył sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, nie tylko informują o zamierzeniu eksplantacji organów, ale pytają o zdanie rodzinę i to jej opinię biorą pod uwagę – także kosztem odstąpienia od pobrania. Jak zauważa Hartman, „nie jest wcale jasne, czy uzależnianie pobrania narządów od zgody rodziny jest moralnie słuszne. W końcu może się zdarzyć, że odmowa będzie wynikała z niskich lub całkiem nieracjonalnych pobudek (na przykład nieuzasadnionej podejrzliwości albo wierzeń dotyczących życia pozagrobowego), a pośrednim skutkiem tej odmowy będzie śmierć kogoś, kto czekał na przeszczep” (2009, s. 116).

Rodzina także w tej sytuacji przeżywa dylemat moralny oraz bioetyczny, bazujący na podobnych przesłankach, które pojawiają się i u lekarzy – kolizja powinności, doświadczenie bezsilności, niezdecydowanie oraz poczucie winy, którego doznaje się po wyborze jednej z opcji na niekorzyść drugiej. Sprzeciwiając się oddaniu narządu zmarłego członka rodziny wbrew ustanowieniom prawnym, pozbawia bowiem potencjalnego biorcę (biorców) szansy na przedłużenie życia. Na trudną sytuację w relacji personel medyczny – rodzina zmarłego wskazuje Aleksandra Woderska, koordynator transplantacyjny z Bydgoszczy, która prowadzi rozmowy z rodziną potencjalnego dawcy. „Bliscy zmarłego znajdują się w sytuacji psychologicznie trudnej. Najtrudniejszej. Analiza informacji o śmierci bliskiej osoby i jej stanowiska wobec ewentualnego pobrania narządów jest paraliżowana przez silne emocje i rozwijające się mechanizmy obronne, przede wszystkim zaprzeczania. Stan emocjonalny członków rodziny warunkuje nie tylko zdolność przyswajania informacji, ale także ogranicza możliwości decyzyjne. Najbliżsi osób zmarłych zapytani o akceptację pobrania narządów i wolę zmarłego ze względu na jej nieznamość są w sytuacji granicznej, bo stoją przed wyborem ze świadomością, że decyzja, którą podejmą, zmieni życie ich i innych. To, co się wydarzy, będzie w ogromnej mierze konsekwencją tej jednej decyzji. Każde «tak» to szansa na życie dla innych ludzi. Co prawda ludzi anonimowych, przez to zapewne abstrakcyjnych. Ale każda z tych osób ma

imię, nazwisko, swoją rodzinę, marzenia i nadzieję, że doczeka. Natomiast niektórzy bliscy zmarłych mówią «nie». „Badania opinii publicznej w 2015 r. wykazały, że rodziny zmarłych najczęściej nie akceptują pobrania narządów ze względu na szok związany ze śmiercią bliskiej osoby i nieznamość jej woli w tej kwestii. (...) Zatem w społeczeństwie jest akceptacja wobec transplantacji, ale na drugiej szali jest deficyt informacji i komunikacji w rodzinach” [Sieradzka, 2016, www.prawowtransplantacji.pl/dr-aleksandra-woderska-koordynator-transplantacyjny-czyli-empatia-i-profesjonalizm/ (data wejścia 11.07.2016)]; (patrz także Trzczińska, Woderska, Włodarczyk, 2014).

Kolejną sytuacją, która może prowadzić do dylematów moralnych oraz bioetycznych, jest transplantacja serca. To ona budzi najwięcej wątpliwości etycznych spośród wszystkich transplantacji. Wątpliwość ta wynika z faktu, że trudno jest zaakceptować, że pobranie żywego serca odbywa się od zmarłej osoby. Mimo że serce nadal bije i może zostać wszczepione biorcy, a klatka piersiowa dawcy porusza się (wspomagana maszynami), dawca nie żyje. Osobę bowiem uznano się za zmarłą po stwierdzeniu (przez specjalnie powołaną komisję złożoną z lekarzy) wystąpienia u niej śmierci mózgowej. Polega ona na nieodwracalnym ustaniu wszystkich funkcji mózgu (Biały, 2006, s. 369). W przedstawionej powyżej definicji śmierci mózgowej zakłada się, że „organizm jako całość może być uznany za martwy, mimo że niektóre jego części będą nadal żywe. (...) Mamy zatem analogię do mechanizmu, który uznajemy za zepsuty, gdy jego najważniejsza część zostanie uszkodzona, tj. mimo że niektóre jego części nadal są sprawne” (tamże, s. 370).

Przy tak zdefiniowanym końcu życia człowieka mogą pojawić się wątpliwości. Jedną z nich jest to, czy w ogóle medycyna jest zdolna odpowiedzieć na pytanie, czym jest śmierć człowieka i czy ta problematyka nie wykracza poza jej zasięg (Biały, 2006).

Przedstawione powyżej zagadnienia powinny być zatem gruntownie przeanalizowane oraz przedyskutowane zarówno w gronie najbliższych, jak i z ekspertami z tej dziedziny, tak by decyzja zgody bądź sprzeciwu na oddanie narządów *ex mortuo* do transplantacji była decyzją świadomą. Także K. Szewczyk formułuje postulat konieczności ciągłego uświadamiania społeczeństwa w zakresie współczesnych wyzwań medycyny, a za taki transplantację *ex mortuo* można uważać. Twórca pojęcia obywatelstwa bio-

medycznego dostrzegając potrzebę aktywizowania obywateli do debaty na tematy z zakresu bioetyki, wskazuje na konieczność edukacji na jej temat wśród dzieci i młodzieży (Kowalski, Kmiecik, 2016). Co ważne, Szewczyk wskazuje na aktywną rolę edukatorów spoza kręgu medycyny, zatem szczególnie akcentuje rolę nauczycieli, rodziców w edukowaniu młodzieży w przestrzeni szkolnej oraz pozaszkolnej. Jak zostało to zatem ukazane przy podejmowaniu decyzji przez adolescentów dotyczących zgody, sprzeciwu na oddanie narządów po śmierci, nie należy zapominać o ważnym komponencie – wiedzy. Bez niej nie możemy mówić o świadomym podejmowaniu jakiegokolwiek decyzji. Co więcej, zdaniem Hartmana, „chory ma pełne prawo, a nierzadko realną możliwość nabyć pewien zasób wiedzy medycznej istotnej dla zrozumienia jego schorzenia, stając się przez to bardziej świadomym uczestnikiem procesu decyzyjnego” (2009, s. 99). Uważam więc za zasadne przedstawienie subobszarów oraz rodzajów edukacji, za pomocą których może dochodzić do recepcji idei dawstwa narządów przez adolescentów. Aspekt ten omawiam w kolejnym podrozdziale.

1.4. ORGANIZACJA EDUKACJI O TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW W POLSCE

Dla ukazania różnych aspektów edukowania społeczeństwa w zakresie dawstwa i transplantacji narządów wykorzystalam podział edukacji opracowany według Philipa Coombsa. Wyróżnił on trzy jakościowo odmienne subobszary: edukację formalną, pozaformalną i nieformalną (Malewski, 2000, s. 47–63). Za kształcenie formalne uznaje się hierarchiczny system instytucji oświatowych, który poprzez świadectwa, certyfikaty i dyplomy szkolne selekcjonuje uczniów do różnych ról społecznych i umiejscawia ich na różnych poziomach struktury społecznej. „Europejskie Centrum Kształcenia Rozwoju Zawodowego określa edukację formalną jako tę, która odbywa się w zorganizowanych warunkach przeznaczonych specjalnie do nauki i przeważnie prowadzi do przyznania kwalifikacji, zwykle w postaci świadectwa lub dyplomu. Zalicza się tu systemy kształcenia ogólnego, kształcenia zawodowego oraz szkolnictwa wyższego” (CEDEFOP, 2009, s. 17).

Edukacja pozaformalna to te aktywności edukacyjne, sytuujące się poza formalnym systemem oświaty, do których należą, między innymi, kursy, seminaria, odczyty, koła miłośników, postacie dokształcania, studia podyplomowe i inne. „Uczenie się pozaformalne dotyczy nauki, która odbywa się za pośrednictwem planowanych działań (pod względem celów nauki, czasu nauki), przy zapewnieniu jakiejś formy pomocy w nauce (np. relacje uczeń–nauczyciel). (...) Częstymi formami edukacji pozaformalnej są »kursy organizowane przez organizacje społeczeństwa obywatelskiego dla swoich członków, grup docelowych lub ogółu społeczeństwa«” (tamże).

„Za edukację nieformalną uznaje się procesy edukacyjne, w których osoba ucząca się przyswaja wiedzę, postawy, wartości, umiejętności z powszechnego doświadczenia, jak i zasobów i wpływów środowiska” (Malewski, 2000, s. 47–63). „Uczenie się nieformalne to nauka wynikająca z codziennej aktywności w pracy, w rodzinie lub w czasie wolnym. Nie jest zorganizowana pod względem celów, czasu lub pomocy w nauce. Uczenie się nieformalne może być niezamierzone ze strony osoby uczącej się. Przykładami efektów uczenia się nieformalnego są umiejętności zdobyte w wyniku doświadczeń życiowych i doświadczeń w pracy” (CEDEFOP, 2009, s. 17).

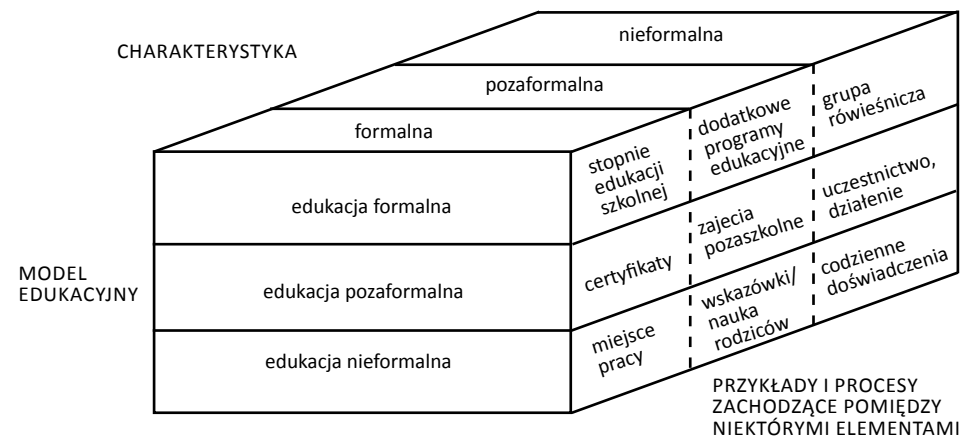
Tabela 1.

Koncepcja kształcenia formalnego, pozaformalnego i nieformalnego zgodnie z glosariuszem Terminologia polityki europejskiej w dziedzinie edukacji i szkoleń (CEDEFOP, 2008)

ŹRÓDŁO: EURYDICE, 2011, S. 18

KSZTAŁCENIE FORMALNE	KSZTAŁCENIE POZAFORMALNE	KSZTAŁCENIE NIEFORMALNE
<p>Prowadzone w zorganizowanym, ustrukturyzowanym środowisku</p> <p>Przygotowane wyraźnie jako działanie dydaktyczne</p> <p>Zazwyczaj prowadzi do poświadczenia kompetencji i wydania świadectwa</p> <p>Zamierzone</p>	<p>Odbývające się w ramach zaplanowanych działań nieplanowanych jako działania dydaktyczne</p> <p>Zamierzone</p>	<p>Nie jest organizowane ani ustrukturyzowane</p> <p>Wynikające z codziennych zajęć</p> <p>Zazwyczaj niezamierzone</p>

Dla potrzeb pracy wydaje mi się konieczne przedstawienie matrycy, ukazującej zależności pomiędzy wymienionymi rodzajami edukacji. Dochodzi bowiem do sytuacji, kiedy wiedza zdobyta w toku edukacji nieformalnej staje się podparta wiedzą uzyskaną w pozaformalny lub nieformalny sposób. Formy edukacji wspierają się, a co ważniejsze – uzupełniają. Niekiedy granice w rozróżnieniu rodzaju działalności edukacyjnej są płynne, bowiem wykorzystywane są te same narzędzia (np. odczyt, media społecznościowe), jednak sposoby działania są inne.



Ryc. 1.

Matryca przedstawiająca i charakteryzująca rodzaje edukacji

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE (TŁUMACZENIE) NA PODSTAWIE LA BELLE, 1982, S. 162

Słownik języka polskiego definiuje wiedzę jako „ogół wiadomości zdobytych dzięki uczeniu się; zasób wiadomości z jakiejś dziedziny; gałąź nauki; znajomość czegoś; uświadomienie sobie czegoś” (1981, s. 700). *Encyklopedia filozofii* (1996) definiuje wiedzę jako „całokształt wiadomości pozostających ze sobą w określonym (luźnym lub systemowym) układzie, będącym efektem poznania”. Dalej wymienia się kategorie wiedzy: „naukowa – obejmująca zakres informacji poprawnie uzasadnionych oraz druga i ostatnia kategoria – wiedza potoczna pojęta jako

suma informacji, zdobyta w oparciu o doświadczenie oraz naturalne funkcje psychiczno-poznawcze właściwe rozumowi, charakteryzuje ją słabe usystematyzowanie logiczne, niski poziom uteoretycznienia, niski stopień ogólności, pewności, prawdziwości, niewielka moc eksplanacyjna i prognostyczna” (s. 491) (Dylak, 2013, s. 138). „Myślenie potoczne [operujące głównie pojęciami wiedzy potocznej – N.W.] jest szczególnie podatne na emocje kierujące zbiorowościami, prowadzące do stereotypów, uprzedzeń itd.” (Dylak, 2013, s. 141, za: Durkheim, 1985, s. 164). Podążając dalej tokiem wyводу Dylaka, pragnę przywołać jego bardzo istotną dla tematu tych badań myśl, mówiącą o tym, że „potoczność jest w pewnym sensie koniecznym stanem rozwoju myślenia, swego rodzaju stadium przednaukowym. Uznanie i umieszczenie twierdzenia o potoczności w systemie twierdzeń dydaktycznych otwiera – może otwierać – nowe okno patrzenia na wiedzę w szkole, na wrastanie uczniów w wiedzę naukową w szkole. Potrzebę zajmowania się w szkole współczesnej także wiedzą potoczną, a przede wszystkim alternatywnymi źródłami wiedzy, poza tymi zatwierdzonymi oficjalnie, dostrzega również Zbyszko Melosik” (Dylak, 2013, s. 141). „Wiedza o świecie i życiu dostarczana przez popkulturę jest zdecydowanie bardziej atrakcyjna dla młodych ludzi niż wiedza «poważna». Występuje coraz większe uprawomocnienie form wiedzy alternatywnych wobec wiedzy akademickiej” (tamże, za: Melosik, 2008, s. 207).

Zgodnie z literaturą prwwołuję także podział wiedzy ze względu na jej poziom. Wyróżnić można **wiedzę głęboką** (ang. *deep knowledge*) oraz **plytką** (ang. *surface knowledge*) (Ferguson-Hessler, 1996). Za wiedzę głęboką uznaje się wiedzę umożliwiającą poznanie istoty rzeczy, dotyczącą idei, koncepcji. Kojarzona jest z rozumieniem, abstrakcyjnym myśleniem, umiejętnością krytycznej oceny. **Poddana strukturyzacji, zapamiętana może posłużyć do rozstrzygnięcia dylematów czy rozwiązywania problemów.** Wiedza plytką to wiedza fragmentaryczna, odtwórcza, powierzchniowa, ukazująca jedynie ogólne ramy obiektu, pozbawiona krytycznego myślenia, niepozbawionego jednak prób i błędów. Zapamiętywana najczęściej w formie informacji uzyskanych z zewnątrz (Ferguson-Hessler, 1996, s. 107).

Przy takim założeniu edukacja formalna powinna być odpowiedzialna za przekazanie wiedzy głębokiej. Wiedzę plytką natomiast szerzyć po-

winna edukacja nieformalna, w której to proces przekazywania wiedzy nie jest zaplanowany – często jest natomiast incydentalny i przypadkowy. Edukacja pozaformalna może zostać zakwalifikowana jako podmiot przekazujący wiedzę zarówno głęboką, ponieważ możliwe są działania zaplanowane, jak i plytką, gdyż obejmuje jednak mały wycinek wiedzy, bez odwołania się do szerszego kontekstu – koncepcji, idei. Wydaje mi się jednak, że należy poddać badaniu wiedzę adolescentów i ich udział w różnych rodzajach edukacji, by sprawdzić, czy założenia te są zasadne.

Poniżej przedstawione zostały przeze mnie przykłady działania edukacyjnego w kontekście szerzenia informacji na temat dawstwa i transplantacji narządów w Polsce – z podziałem na edukację formalną, pozaformalną i nieformalną.

1.4.1. EDUKACJA FORMALNA

Decyzją Ministerstwa Zdrowia i uchwałą Rady Ministrów z dnia 12 października 2010 r. ustanowiono program wieloletni na lata 2011–2020 pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”. Spośród wielu dyrektyw zakładających działania na rzecz rozwoju transplantacji w Polsce, dla celów projektu badania i tematyki badawczej jedna z nich jest szczególnie istotna. Zakłada się bowiem zwiększenie kampanii edukacyjnych dotyczących idei dawstwa narządów w szkołach do 2020 r. Oznacza to wsparcie dotychczasowych działań edukacji formalnej, która realizowana była w tym kontekście.

Zgodnie z rozporządzeniem MEN z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz.U. z dnia 15 stycznia 2009 r. Nr 4, poz. 17), wiedza dotycząca dawstwa i transplantacji narządów pojawia się w ramach edukacji zdrowotnej dwukrotnie podczas edukacji formalnej ucznia. Pierwszy raz w gimnazjum, a drugi – w liceum.

Umiejscowienie tej tematyki na poziomie pedagogiki zdrowia oraz edukacji zdrowotnej wydaje się zasadne, gdyż ukierunkowanie dyskursu pedagogicznego na problematykę zdrowia jest usytuowaniem go w przestrzeni aksjologicznej człowieka i uznaniem go za przedmiot odkrywa-

nia, poznawania i realizowania (Kowalski, Gawęł, 2007, s. 9). Edukacja zdrowotna „jest procesem opartym na naukowych zasadach, stwarzającym sposobność planowanego uczenia się, zmierzającym do umożliwienia jednostkom podejmowania **świadomych** decyzji dotyczących zdrowia i postępowanie zgodnie z nimi. Odpowiedzialność za ten bardzo złożony proces ponosi **rodzina, system edukacji i społeczeństwo**” (Rezolucja Rady Wspólnoty Europejskiej).

Uczeń w edukacji zdrowotnej nie jest traktowany jak *tabula rasa*. To posiadane przez niego wcześniejsze doświadczenia i zdobyta wiedza stają się podstawą do dalszego uczenia. Uczeń w toku edukacji zdrowotnej zachęcany jest do:

- / „samodzielnosci w uczeniu się, wzbogacania doświadczeń,
- / akceptowania własnej odpowiedzialności za uczenie się,
- / odnoszenia zdobywanej wiedzy i umiejętności do własnej sytuacji i potrzeb oraz
- / dokonywania ich transferu do codziennego życia” (Wojnarowska, 2011, s. 27).

Czynniki warunkujące skuteczność działań to:

- / działania edukacyjne powinny być dostosowane do wieku i poziomu intelektualnego osób edukowanych, jak również uwzględniać posiadany rozwój zasób wiedzy, również tej potocznej, oraz umiejętności nabyte w procesach socjalizacyjnych;
- / skuteczność edukacji zdrowotnej wymaga uwzględnienia kontekstu środowiskowego codziennego funkcjonowania człowieka, co oznacza konieczność profilowania edukacji pod kątem społecznych i środowiskowych uwarunkowań jego stylu życia;
- / proces edukacyjny nie powinien być nastawiony na przekaz informacji, ale na dialog i rozwiązywanie problemów; powinna go cechować symetryczność relacji między jego uczestnikami;
- / jednym z warunków trwałości efektów uzyskanych w procesie edukacyjnym jest dobrowolność udziału osoby edukowanej i jej aktywne uczestnictwo;
- / towarzyszący edukacji zdrowotnej klimat emocjonalny, oparty na zaufaniu, empatii, zrozumieniu, akceptacji i gotowości do współpracy (Kowalski, Gawęł, 2007, s. 176).

„Wiedza, z jaką uczeń spotyka się w szkole, musi reprezentować wszelkie przejawy wiedzy ludzkiej, bo tylko takie działanie jest właściwe edukacji i pozwala na unikanie w szkole indoktrynacji” (Dylak, 2013, s. 148). Analizując podstawę programową dla III i IV etapu edukacji, okazało się, że edukacja dotycząca dawstwa i transplantacji narządów przeprowadzana jest na zajęciach z biologii podczas omawiania tematu związanego z układem odpornościowym. Od ucznia będącego na III etapie edukacji (w gimnazjum), według szczegółowych treści nauczania w podstawie programowej, nauczyciel po zakończeniu zajęć na ten temat może wymagać, by ten wyjaśnił, na „czym polega transplantacja narządów. Uczeń powinien także podać przykłady narządów, które można przeszczepiać, oraz powinien przedstawić znaczenie przeszczepów, w tym rodzinnych, oraz zgody na transplantację narządów po śmierci” (podstawa programowa, s. 123).

Według wymagań ogólnych uczeń powinien znać uwarunkowania zdrowia człowieka, a więc „analizować związek pomiędzy własnym postępowaniem a zachowaniem zdrowia (prawidłowa dieta, aktywność ruchowa, badania profilaktyczne) oraz rozpoznać sytuacje wymagające konsultacji lekarskiej; rozumieć znaczenie krwiodawstwa i transplantacji narządów” (tamże, s. 119). Jak wskazuje Dylak, „nie powinniśmy oczekiwać od uczniów szkół ogólnokształcących formułowania naukowych twierdzeń, ale możemy i powinniśmy wymagać rozumienia – odpowiednio do wieku – twierdzeń naukowych oraz zasad ich budowania” (2013, s. 146).

Na IV etapie edukacyjnym w zakresie rozszerzonym przedmiotu biologia znajduje się druga, i ostatnia, wzmianka dotycząca umiejętności i wiedzy ucznia, którą powinien przejawiać po przeprowadzonych na tym etapie zajęciach. Uczeń „opisuje sytuacje, w których występuje niedobór odporności (immunosupresja po przeszczepach, AIDS itd.) i przedstawia związane z tym zagrożenia” (tamże, s. 137).

Osobami prowadzącymi edukację formalną dotyczącą dawstwa i transplantacji narządów są nauczyciele (zgodnie z podstawą programową – nauczyciele biologii), pielęgniarka szkolna lub zaproszeni specjaliści.

Może dochodzić do sytuacji, że nauczyciele potrzebują konsultacji w zakresie medycznych aspektów edukacji zdrowotnej. Wielu z nich może mieć poczucie braku wiedzy medycznej i z tego powodu nie re-

alizować zajęć z edukacji zdrowotnej. Pielęgniarka w takich sytuacjach powinna służyć radą, materiałami, a także – w porozumieniu z nauczycielami – prowadzić niektóre zajęcia (Woynarowska, 2011).

Wprowadzenie do szkół kampanii edukacyjnych może także okazać się wsparciem dla nauczycieli oraz dopełnieniem, uzupełnieniem wiedzy przez uczniów, nie należy jednak zapominać o słabych stronach tego typu przedsięwzięć. Analizy ich podjęła się Barbara Woynarowska, a wyniki zamieściła w poradniku dla dyrektorów szkół i nauczycieli. Wskazała, między innymi, na fakt, że „różnorodne programy edukacyjne adresowane do dzieci i młodzieży, przeznaczone do realizacji w placówkach nauczania i wychowania (...) dotyczące różnych aspektów zdrowia (...) opracowywane są przez różne instytucje i organizacje rządowe oraz pozarządowe, a także firmy (np. producentów żywności, produktów do higieny jamy ustnej, kosmetyków, banki) na poziomie krajowym, wojewódzkim, powiatowym i lokalnym.

✓ Często program oferowany przez firmy zawiera promocję własnych produktów;

✓ niektóre programy są polską adaptacją programów zagranicznych;

✓ większość programów ma charakter jednorazowy, akcyjny i nie są one powiązane z podstawą programową kształcenia ogólnego;

✓ w programach, przed przystąpieniem do ich realizacji, nie przeprowadza się diagnozy wyjściowej wiedzy, zachowań lub umiejętności uczniów (adresatów), co uniemożliwia ewaluację wyników programu” (Woynarowska, 2011, s. 61).

Warte przywołania są słowa psychologa społecznego Davida Ausubela, który – gdy zapytano go o najważniejszą zasadę w edukacji z punktu widzenia psychologii uczenia się – „odpowiedział, że gdyby wszystkie zasady wyjąć i pozostawić jedną, tę najważniejszą, to byłaby to zasada nawiązywania w nauczaniu do uprzedniej wiedzy uczniów” (Dylak, 2013, s. 182). Wprowadzenie koncentrycznego układu kształcenia w kontekście nadbudowywania wiedzy dotyczącej idei dawstwa narządów do przeszczepu, o którym wspomina Ausubel, wydaje mi się zasadne, a także możliwe, biorąc pod uwagę dalszą analizę podstawy programowej. Zapoznając się bowiem z wymaganiami wobec ucznia z innych przedmiotów kształcenia, dostrzegłam przestrzeń do realizacji jej tematyki. Warte przywołania są szczególnie wymagania z obszaru etyki

na poziomie IV etapu kształcenia. Przeczytać tam można, że do wymagań ogólnych wobec ucznia należy „I. Rozwijanie wrażliwości moralnej; umiejętność lepszego poznania siebie i rozwijania własnej tożsamości. II. Kształtowanie rozpoznawania wartości moralnych oraz zdolności odróżniania dobra od zła; dokonywanie trafnej oceny moralnej podejmowanych działań w życiu osobistym, w grupie, szkole, społeczności lokalnej; umiejętność dokonywania etycznej analizy i oceny działań i decyzji własnych oraz innych w świetle wartości moralnych i tworzenia hierarchii wartości” (podstawa programowa, 2008).

Przechodząc do wymagań szczegółowych z tego przedmiotu, chcę zaznaczyć, że poruszanie tematyki z zakresu transplantologii szczególnie wpisuje się w poniższe punkty: „1. Etyka a pozostałe dyscypliny filozoficzne i nauki szczegółowe. Moralność, etos, prawo, obyczaje i styl życia. (...) 6. Dobro moralne i wartości moralne. Hierarchia wartości. Wartości autoteliczne i instrumentalne. Konflikt wartości. Wartości wybierane i realizowane. (...) 8. Wymiar moralny życia człowieka. Zdolność rozpoznawania wartości i powszechne dążenie do dobra. Świadomość moralna. Rola sumienia w prawidłowym rozwoju wewnętrznym. Sądy i oceny moralne. Przykłady patologii w zakresie świadomości moralnej. Problem manipulacji. Obecność dobra i zła we współczesnej kulturze” (tamże, 2008).

Na powyższe obszary w nauczaniu przedmiotu etyka powołały się Tamara Olszewska oraz Joanna Cieślewska – autorki scenariuszy lekcji „Transplantologia – przekraczanie obowiązujących norm etycznych oraz moralnych”, zamieszczonych w pakiecie edukacyjnym BOGOWIE. Scenariusz zajęć, częściowo oparty na filmie „Bogowie” – opowiadającym o życiu chirurga, transplantologa Zbigniewa Religi – został przygotowany z myślą o uczniach szkół ponadgimnazjalnych. Jak wskazują autorki, zajęcia mogą być przeprowadzone zarówno na lekcji etyki, jak i historii i społeczeństwa, WOS-u oraz lekcji wychowawczej. Zakładanymi przez autorki celami lekcji „Transplantologia wczoraj” jest umiejętność przedstawienia przez uczniów historii transplantologii, rozumienie znaczenia transplantologii dla historii ludzkości, znajomość jej prekursorów, dostrzeganie zależności między etyką a transplantologią, rozumienie, czym jest bioetyka, umiejętność wskazania różnic między etyką a moralnością (Olszewska, Cieślewska, 2014, s. 34). Autorki proponują

przeprowadzenie zajęć na przedmiotach historia oraz WOS, opierając się także na podstawie programowej. Powołując się na zgodność z podstawą programową, przywołują jej punkty. W wymaganiach ogólnych z historii wskazują na punkt I – chronologię historyczną, gdzie uczeń porządkuje i synchronizuje wydarzenia z historii powszechnej oraz dziejów ojczystych; dostrzega zmienność i dynamikę wydarzeń w dziejach, a także ciągłość procesów historycznych. Ukazują także zgodność z podstawą programową przedmiotu historia i społeczeństwo w punkcie 4, gdzie mowa jest o umiejętności przedstawienia współczesnych sporów etycznych wokół uprawnień i granic poznawczych nauki (tamże, s. 34). Na umiejętnościach tych oparty jest także kolejny scenariusz zajęć „Transplantologia a etyka”, dzięki któremu uczeń powinien umieć podać przykłady lekarskiego kodeksu etycznego; rozumieć, dlaczego najczęściej kontrowersji budzi przeszczep serca; potrafić wskazać przyczyny negatywnego podejścia do transplantologii; wnioskować na podstawie danych statystycznych; umieć opracować system działań zmierzających do zmiany nastawienia ludzi w spornych kwestiach oraz rozumieć znaczenie transplantologii dla historii ludzkości i dostrzec dydaktyczny wymiar filmu „Bogowie” (tamże, s. 28).

Scenariusz zaproponowany przez jego autorki stanowi w moim przekonaniu wartościowe dopełnienie zajęć z wymienionych przedmiotów, stwarza warunki do korelacji międzyprzedmiotowej oraz tworzenia dedykowanych transplantologii ścieżek edukacyjnych. Pomimo zgodności z podstawą programową tematyka dawstwa i transplantacji narządów nie jest głównym tematem scenariuszy zajęć w książkach przeznaczonych do nauki etyki, historii czy WOS-u. Okazuje się, że tematy związane z eutanazją, klonowaniem, aborcją czy zapłodnieniem *in vitro* są tymi, które dominują w szkolnych podręcznikach z etyki, i to na te głównie tematy młodzież ma możliwość wypracować własny światopogląd oraz wobec tych kwestii spornych zająć własne stanowisko.

Podjmując się podsumowania analizy na trzech poziomach kształcenia obecności tematyki związanej z transplantacją, transplantologią, dylematami oraz szerszymi treściami z nią związanymi, mogę zauważyć, że pojawia się ona na poziomie ogólnym (podstawa programowa) takich przedmiotów, jak biologia, język polski, historia, etyka, historia i społeczeństwo czy WOS. Na poziomie pośrednim (program nauczania) oraz

dokładnym (konkretne zajęcia) pojawia się na przedmiocie biologia, zarówno na III, jak i IV etapie kształcenia. Na innym przedmiocie może pojawić się wtedy, kiedy zostanie świadomie wybrany i przeprowadzony przez wykładającego go nauczyciela lub zaproszonego specjalistę.

Przed przystąpieniem do omówienia edukacji pozaformalnej dotyczącej badanej kwestii uważam za zasadne przyrzeć się także katechetyzacji adolescentów w Polsce i tematom podejmowanym w ramach nauczania religii w szkołach.

Chcąc dokonać analizy założeń programowych nauczania religii z uwzględnieniem tematyki dawstwa narządów, należy, według ks. Pawła Mąkosy, odwołać się przede wszystkim do Podstawy programowej katechezy. Aktualnie jest ona głównym dokumentem normatywnym opisującym szczegółowo nauczanie religii na wszystkich etapach kształcenia, ponieważ obowiązuje we wszystkich diecezjach i stanowi „gwarancję podstawowej jednolitości nauczania religii i katechezy na terenie całego kraju” (2009, s. 203). Komplementarnym dokumentem jest przyjęty we wrześniu 2001 r. „Program nauczania religii” autorstwa Komisji Wychowania Katolickiego. Treści tam zawarte „rozstrzygają i ustawiają te wszystkie specyficzne problemy katechezy, w tym relacje do szkolnego nauczania religii, stanowi poniekąd dla *Podstawy programowej* zbiór założeń teologicznych, katechetycznych i pedagogicznych” (Mąkosa, 2009, s. 206).

Zgodnie ze wskazaniem w „Programie nauczania religii” tematyka związana z transplantacją pojawia się w trakcie zajęć katechezy w II klasie liceum. W trzecim dziale („Królestwo Boże w was jest”) stawiane są wymagania wobec ucznia, który to po zakończeniu katechezy „charakteryzuje zagadnienia etyki małżeńskiej i bioetyki (integracja seksualna, AIDS, aborcja, antykoncepcja, eutanazja, transplantacja, klonowanie, zapłodnienie *in vitro*)” (2009, s. 13).

Podstawa programowa nauczania religii w szkołach ponadgimnazjalnych uwzględnia także poruszenie na katechezie zagadnień bioetycznych związanych z transplantacją. W V rozdziale („Katecheza świadectwa wiary”) ukazany jest kontekst wprowadzenia tematyki transplantacji – wskazane zostają zadania katechezy skierowane na formację moralną i przygotowanie ucznia do podejmowania samodzielnych decyzji, opierających się na motywacji chrześcijańskiej. Jak wskazuje zapis w pod-

stawie – tematyka ta może być także omówiona w zasadniczych szkołach zawodowych, jednak z zaznaczeniem, że wymagania wobec ucznia powinny być zarazem dostosowane do jego możliwości intelektualnych [http://www.katecheza.episkopat.pl/ (data wejścia 7.07.2016)].

W poniższej tabeli przedstawiam zadania katechezy, nauczyciela religii oraz treści, w których pojawia się tematyka związana z transplantacją.

Tabela 2.

Tematyka transplantacji poruszana podczas katechezy

ŹRÓDŁO: PODSTAWA PROGRAMOWA KATECHEZY KOŚCIOŁA KATOLICKIEGO W POLSCE, HTTP://WWW.KATECHEZA.EPISKOPAT.PL/INDEX.PHP/MENU/NAUCZANIE-RELIGII-W-SZKOLE/DOKUMENTY-KOSCIELNE/32-PODSTAWA-PROGRAMOWA-2010

Zadania katechezy	Zadania nauczyciela religii	Treści – wymagania szczegółowe	
		Wiadomości	Uczeń
Formacja moralna	Doprowadzenie do odkrycia przez ucznia godności człowieka i powołania, którym obdarzył go Bóg; prowadzenie do odkrycia własnego powołania życiowego, przygotowanie do podejmowania samodzielnych decyzji opierających się na motywacji chrześcijańskiej, wypływającej z faktu przyjęcia chrztu i bierzmowania; integrowanie orędzia chrześcijańskiego z ludzkim doświadczeniem codzienności; ukazanie życia chrześcijanina jako drogi ku doskonałości (świętości); pogłębianie znajomości etyki małżeńskiej i rodzinnej.	Osoba i jej godność, wolność osoby. Wartość prawdy w życiu osoby i społeczności, w której dokonuje się jej rozwój. Powołanie chrześcijańskie. Przykłady osób powołanych (biblijne i z historii Kościoła). Rodzaje powołań w Kościele i sposoby ich realizacji. Realizacja powołania w Kościele lokalnym. Teologiczne rozróżnienie grzechów. Moralność i składowe czynu moralnego. Sumienie, jego rodzaje oraz zasady formacji.	Charakteryzuje zagadnienia etyki małżeńskiej i bioetyki (integracja seksualna, AIDS, aborcja, antykoncepcja, eutanazja, transplantacja, klonowanie, zapłodnienie in vitro).

Na III etapie kształcenia tematyka ta nie jest ujęta w żadnym z powyższych dokumentów. Zgodnie z zapisami w „Programie nauczania religii” na katechezie w gimnazjum pojawia się natomiast przestrzeń do dywagacji nad problemami moralnymi związanymi „z życiem małżeńskim i rodzinnym: sieroctwem i adopcją, niegodziwością zapłodnienia

in vitro; duchową adopcją, problemem zabijania nienarodzonych; ruchem hospicyjnym czy moralną oceną eutanazji” (2009, s. 13).

Wiedza na temat dawstwa i transplantacji narządów może być także zdobyta przez adolescenta na poziomie edukacji pozaformalnej, co szerzej opisuję w następnym podrozdziale.

1.4.2. EDUKACJA POZAFORMALNA

Rozwój mediów i cyfryzacji zapoczątkował wiele zmian w społeczeństwie. Dostępność informacji zwiększyła się, a wyzwaniem stało się ich wyselekcjonowanie, a nie zdobycie. Dzięki dualnej strukturze społeczeństwa osadzonego w świecie realnym i wirtualnym możliwy stał się transfer wiedzy do miejsc i osób, do których wcześniej dostęp był ograniczony. Działalność edukacyjna nigdy nie była tak rozległa i dostępna. Jak wynika z badań GUS-u dotyczących społeczeństwa informacyjnego w Polsce, „w 2012 r. w Polsce 58,7% osób w wieku 16–74 regularnie (co najmniej raz w tygodniu) korzystało z internetu (wobec 57,9% w roku poprzednim). W 2011 r. w Unii Europejskiej odsetek regularnych użytkowników internetu wynosił 68% i w porównaniu z 2010 r. wzrósł o 3 punkty procentowe” (GUS, 2012, s. 107).

W prowadzeniu zintegrowanych, zamierzonych działań w wirtualnym i rzeczywistym środowisku dostrzec można wiele zalet. Fundacje, stowarzyszenia, sektor publiczny także zdały sobie sprawę z korzyści wynikających z takiego działania. Do korzyści tych należy:

- / „rozszerzenie dostępu do osób o potrzebnych kompetencjach i umiejętnościach,
- / dostęp do kapitału ludzkiego poza granicami społeczności terytorialnej,
- / zbudowanie e-społeczności faktycznie zaangażowanej w misję oraz realizowane działania (znacznie wykraczające poza instrumentalne wykorzystanie społeczności internetowych jako biernych odbiorców treści informacyjno-promocyjnych),
- / możliwość budowania relacji społecznych wykraczających poza granice społeczności terytorialnej,
- / dostęp do dobrych praktyk z różnych krajów i kultur” (Łukasiak, Rokicka, b.d.w., s. 15).

Jednym z narzędzi wykorzystywanych do szerzenia wiedzy o dawstwie i transplantacji narządów jest **internet**. Za jego pomocą organizacje pozarządowe, szpitale, koordynatorzy transplantacyjni czy Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne ds. Transplantacji „Poltransplant” docierają do społeczeństwa, umożliwiając podjęcie świadomej decyzji wobec zgody bądź sprzeciwu na oddanie narządów do przeszczepu.

W wirtualnym świecie projektowane są strony internetowe poświęcone propagowaniu wiedzy o transplantacji. Aktywne działania prowadzone są także za pomocą portali społecznościowych. Profile na Facebooku są nie tylko źródłem zdobywania wiedzy, lecz także miejscem, w którym użytkownicy deklarują swoją wolę oraz informują o niej najbliższą rodzinę oraz znajomych.

Wyniki badań prowadzonych w 2012 r. na Johns Hopkins University School of Medicine w Stanach Zjednoczonych wykazały, że dzięki akcji umożliwiającej deklarację swojej woli na profilu Facebooka nastąpił nagły wzrost liczby osób, które zarejestrowały się jako dawcy narządów (Cameron, Massie, Alexander i inni, 2012).

Ze względu na otwarty charakter internetu (każdy może anonimowo wypowiedzieć swoje zadanie), zakładam, że transmituje on oba rodzaje wiedzy – głęboką oraz płytką.

Przykładem działalności szerzącej wiedzę głęboką w całości osadzoną w wirtualnym świecie jest kampania edukacyjna Dawca.pl – „Bądź świadomym dawcą narządów”. W ramach kampanii powstał pierwszy w Polsce kurs online, przygotowany przez specjalistów z dziedziny transplantologii. Szkolenie dedykowane jest w szczególności młodzieży szkół ponadgimnazjalnych i studentom, jednak ze względu na globalny charakter – dostępne jest dla każdego, kto chce poszerzyć swoją wiedzę z zakresu pobierania i transplantacji narządów. Projekt dofinansowany przez Ministerstwo Zdrowia, ze względu na poziom trudności, został podzielony na dwie części. Kurs podstawowy, przeznaczony dla ogółu odbiorców, konfrontuje użytkownika z takimi tematami, jak:

1. Co to jest transplantologia i jakie komórki, tkanki i narządy obejmuje.
2. Fizjologiczne i kliniczne znaczenie komórek, tkanek i organów, które można przeszczepiać.
3. Aspekty prawne i organizacyjne przeszczepiania komórek, tkanek i narządów w Polsce (Dawca.pl, s. 2).

Druga, zaawansowana, część kursu została stworzona z myślą o osobach pracujących i związanych z placówkami ochrony zdrowia, a także innych zainteresowanych, chcących pogłębić dotychczas zdobytą wiedzę. Kursant, aby zdobyć Certyfikat Świadomego Dawcy Narządów, powinien zaznajomić się z tematyką poniższych zagadnień oraz poprawnie odpowiedzieć na pytania kontrolne:

- / Uwarunkowanie przeprowadzenia przeszczepów – kwestia zgodności antygenowej oraz ryzyko związane z przeszczepianiem.
- / Najnowsze osiągnięcia transplantologii oraz jej przyszłość w medycynie.
- / Aspekty prawne, etyczne i religijne przeszczepiania tkanek i narządów w Polsce i na świecie (Dawca.pl, s. 2).

Klub Dawca.pl to kolejny projekt zespołu wolontariuszy chcących szerzyć idee dawstwa. Za cel postawiono kreowanie ruchu wolontariuszy na rzecz transplantologii. Jak wynika z regulaminu klubu, zrzesza on członków wspierających Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych (PTPZ).

Członkowie klubu uczestniczą w propagowaniu idei świadomego dawstwa narządów, w szczególności poprzez:

- / „noszenie przy sobie deklaracji oddania swoich narządów po śmierci,
- / noszenie karty dawcy,
- / popularyzację idei świadomego dawstwa narządów w swoich środowiskach,
- / wspieranie finansowe idei świadomego dawstwa poprzez darowizny i odpisy podatkowe” (www.dawca.pl).

Liczba członków klubu zwiększa się z dnia na dzień – przekroczyła ponad 30000 (stan na 13 maja 2013 r.). Jak informują organizatorzy kampanii – zdarzały się okresy, w których w ciągu tygodnia do klubu przyłączyło się 1200 osób.

Innymi rodzajami edukacji pozaformalnej w kontekście dawstwa i transplantacji narządów są:

- / wykłady otwarte – w których prelegentami są specjaliści z dziedziny transplantologii, m.in. lekarze, transplantolodzy, koordynatorzy ds. transplantacji. Jak podaje Poltransplant – obowiązkiem koordynatora jest wręcz szerzenie idei dawstwa, gdyż to „koordynator odpowiada za kształtowanie wizerunku transplantologii klinicznej w społeczeństwie w ogóle i w społeczności medycznej; naucza, prowadzi kampanie pro-

mocyjne oraz niezbędną sprawozdawczość i statystykę w tym zakresie” (Poltransplant, www.poltransplant.org.pl/kt.html);

✓ konferencje tematyczne związane z dawstwem i transplantacją narządów;
✓ kampanie i programy edukacyjne skierowane do uczniów szkół ponadpodstawowych. Jednym z programów edukacyjnych zaimplementowanym do określonych szkół (ochotników kampanii) był program edukacyjny „Transplantacja – jestem na Tak. Podziel się swoją decyzją”.

Również na tę metodę społecznej edukacji bioetycznej w zakresie transplantologii, szpiku i innych komórek oraz tkanek zdecydowało się Ministerstwo Zdrowia, finansując w ramach Narodowego Programu Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej na lata 2011–2020 kampanię „Zgoda na życie”. Działania związane z kampanią rozpoczęły się 18 października 2015 r. i potrwać do końca 2016 r. O potrzebie działań na rzecz edukacji społeczeństwa w tej dziedzinie wypowiada się Roman Danielewicz, dyrektor Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego ds. Transplantacji „Poltransplant”, akcentując, że „badania pokazują, jak istotne jest podejmowanie działań informacyjnych związanych z transplantologią. (...) Jest to dziedzina medycyny bardzo czuła w odbiorze społecznym, w równym stopniu wartościowa, co skomplikowana, dlatego tak istotną rolę odgrywa edukacja społeczeństwa w tym zakresie [<http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/kampania-zgoda-na-zycie/> (data wejścia: 7.07.2016)]. Na cele kampanii przed jej rozpoczęciem wskazywał także ówczesny minister zdrowia Marian Zembala, mówiąc, że „kampania «Zgoda na życie» będzie zachęcała do publicznego wyrażania swojego stanowiska w kwestii dawstwa narządów, tkanek oraz komórek, a także podkreślała rolę uszanowania woli zmarłego jako formy pielęgnowania pamięci o nim” (tamże). Ich realizacja została oparta na zróżnicowanych narzędziach i kanałach komunikacji – powstały trzy spoty telewizyjne i radiowe, strona internetowa oraz aplikacja umożliwiająca publiczne zadeklarowanie swojej woli na popularnych portalach społecznościowych. Aplikacja polega na wygenerowaniu przez system grafiki w formie oświadczenia woli, którą można udostępnić w mediach społecznościowych. Aplikacja dostępna jest pod adresem: deklaracja.zgodanazycie.pl. Kampanii reklamowej towarzyszy także szereg innych działań – ogólnopolskie wykłady, pogadanki, konkursy (m.in. „Przeszczep darem życia”), skierowane także do młodzieży, głównie uczącej się

w szkołach ponadgimnazjalnych [<http://zgodanazycie.pl/> (data wejścia 7.07.2016)].

Wyniki badań zamieszczonych w *Transplantation Proceedings* w 2004 r. ukazują, że młodzież biorąca udział w projekcie edukacyjnym dotyczącym transplantacji narządów w większości prezentuje pozytywną postawę wobec zostania żywym dawcą narządów (76,8%). Opinia dotycząca zostania dawcą narządów po śmierci znalazła jednak mniej zwolenników. Jak wskazują badania, to dzięki udziałowi w zajęciach doszło do zmniejszenia u młodzieży negatywnych opinii wobec tej formy dawstwa (z 33,7% na 16%). Autorzy wskazują na potrzebę dalszego rozwoju edukacji formalnej, w której to przedstawiciele medycyny będą wspierać edukację młodzieży – także w ramach wykonywania swoich zawodowych obowiązków. 95% uczestników biorących udział w badaniach wysoko oceniło udział w zajęciach i poleciłoby go do realizacji w innych placówkach (Piccoli i inni, 2004, s. 431–432).

Odpowiedzi na pytanie, dlaczego młodzież deklaruje mniejszą chęć oddania swoich narządów po śmierci niż za życia, mogą dostarczyć badania, z których wynika, że młodzież obawia się stwierdzenia śmierci mózgu (67%) oraz nie ufa systemowi opieki zdrowotnej obowiązującej w kraju (Włochy) (Sorgan i inni, 2004, s. 428–430). Jak wskazałam powyżej, działania z zakresu edukacji pozaformalnej umożliwiają zmianę postaw młodzieży wobec dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji.

1.4.3. EDUKACJA NIEFORMALNA

W edukacji nieformalnej (incydentalnej, wybiórczej) także internet jest narzędziem służącym do zdobywania wiedzy i kształtowania opinii dotyczących dawstwa i transplantacji narządów. Wyróżnić, moim zdaniem, można także subiektywne opinie, informacje, które znajdują się:

- ✓ na forach internetowych,
- ✓ na stronach internetowych,
- ✓ w komentarzach internautów (często anonimowych),
- ✓ na profilach społecznościowych.

W tym wątku warto moim zdaniem przywołać działania organizatorów kampanii Dawca.pl, którzy aktywnie prowadzą profil na Facebooku

– podejmują dyskusję, zachęcają fanów portalu do umieszczania zdjęć ukazujących ich działania w zakresie promowania idei świadomego dawstwa (znak rozpoznawczy to niebieska opaska na rękę) czy zachęcają do poruszenia tematu dawstwa w gronie rodziny. Profil tętni życiem, liczy blisko 440000 fanów (stan na lipiec 2016 r.), którzy prowadzą między sobą dyskusje, wymieniają się uwagami i doniesieniami na temat transplantologii na blogach, w artykułach.

Co interesujące, w lipcu 2013 r. prowadzący profil na Facebooku szczyli się posiadaniem blisko 60000 fanów. Widoczny jest zatem znaczny wzrost osób sympatyzujących z treściami pojawiającymi się na profilu Dawca.pl.

Gra „Trans-misja” to kolejna propozycja twórców kampanii Dawca.pl. Dedykowana internautom, ukazała się 26 października 2012 r. jako aplikacja na Facebooku (apps.facebook.com/trans_misja). Autorzy za cel postawili sobie zwrócenie uwagi, wywołanie dyskusji i namysłu nad życiem przy pomocy gry i zabawy. Celem gry jest zdobycie jak największej liczby punktów. Na początku rozgrywki uczestnik proszony jest o wytypowanie pięciu osób, które wsiądą z nim do samochodu i wybiorą się w podróż. Osobami tymi są znajomi z osobistych kont graczy (jest to możliwe dzięki zamieszczeniu gry na Facebooku). W krótkiej animacji wprowadzającej do gry uczestnik widzi, jak samochód z jego wirtualnymi znajomymi rozbija się o drzewo i unoszą się z niego duchy. Dopiero teraz rozpoczyna się właściwa rozgrywka. Zadaniem uczestnika jest spełnienie marzeń duchów, które związane są z życiem na ziemi lub w niebie. Największa liczba punktów zostaje zapisana na tablicy wyników.

Telewizja i radio są kolejnymi narzędziami wykorzystywanymi w edukacji nieformalnej. Według wyników badań (m.in. Morgan i inni, 2014; Koźlik i inni, 2014; Conesa i inni, 2004) to telewizja jest najczęstszym źródłem, z którego społeczeństwo (w tym także adolescenci) czerpie wiedzę dotyczącą dawstwa narządów do transplantacji.

Idea dawstwa narządów promowana za pośrednictwem telewizji, jak wskazują badania, może osiągnąć odwrotny niż zamierzony skutek i działać na niekorzyść tej terapii leczniczej. Autorzy badań przyczyn takiego stanu rzeczy upatrują w takich czynnikach, jak: różny status społeczny odbiorców treści za pośrednictwem telewizji, częstotliwość jej

oglądania oraz wybór konkretnych pozycji, w których ta tematyka jest poruszana (Conesa i inni, 2004, s. 1247).

Na temat dawstwa i transplantacji narządów adolescenci mogą dowiedzieć się bowiem z:

- / filmów fabularnych,
- / filmów animowanych, bajek,
- / dokumentów popularnonaukowych,
- / wiadomości,
- / audycji radiowych i reportaży.

Badania o wpływie mediów na opinie dotyczące dawstwa narządów do transplantacji ujawniające się w trakcie rodzinnych dyskusji opublikowano w 2005 r. w czasopiśmie „Clinical Transplantation”. Wynika z nich, że negatywne opinie dotyczące dawstwa narządów prawie zawsze wynikały i były kojarzone z informacjami, historiami czy obrazami pochodzącymi z mass mediów. Pozytywna opinia natomiast stanowiła najczęściej atrybut osobistych wartości i przekonań, okazjonalnie wspierana historiami o dawcach i biorcach, którzy wypowiadali się w mediach bądź byli przez nie opisywani (Morgan i inni, 2005, s. 676). Jak wskazują autorzy badań, pozytywne obrazy dawstwa narządów występują w mediach. Jednak nie są one tak dobrze zapamiętywane przez badanych, jak sytuacje negatywne, gdyż te wywołują strach i lęk, przez co częściej są powielane i szybciej trafiają do opinii publicznej (tamże, s. 679). Do najczęściej przytaczanych programów, filmów i kanałów poruszających temat dawstwa narządów respondenci zaliczyli: serial „Prawo i porządek” („Law and Order”), kanały – TLC (The Learning Channel), Discovery Channel, programy – „USA Today”, „The Oprah Winfrey Show”, „Dzień dobry Ameryko” („Good Morning America”) czy też filmy – „Dotyk Anioła” („Touched by an Angel”), „Śpiączka” („Coma”), „Wróć do mnie” („Return to Me”), „Sens życia według Monty Pythona” oraz „Stalowe magnolie” („Steel Magnolias”) (tamże, s. 676–677). Nie wszystkie te pozycje przedstawiają idee dawstwa narządów oraz aspekty transplantologii w negatywnym świetle, jednak – jak wskazują badania – respondenci zdobywając wiedzę dotyczącą tego zagadnienia, nie są w stanie rozróżnić rzetelnej wiedzy od fabularnej fikcji stworzonej na potrzeby konwencji filmu (niech przykładem będzie skecz związany z oświadczeniem woli stworzony przez Monty Pythona, w którym to

personel medyczny nachodzi człowieka w domu, by pobrać od niego w brutalny sposób serce – tym samym go uśmiercając. Swoje działania motywują tym, że człowiek ten podpisał oświadczenie woli, zarazem komentując, że pobierając narząd, spełniają wymagania prawne – nikt jeszcze nie przeżył tego zabiegu).

Brak możliwości czy też umiejętności rozróżnienia prawdziwości informacji z tej dziedziny przez respondentów (78 rodzin – małżonkowie, pary rodzic – dziecko, rodzeństwo) ujawnił się w badaniach pod postacią mitów, które wielokrotnie były przytaczane podczas ich rozmów na temat dawstwa i transplantacji narządów. Jak twierdzą autorzy badań, do najczęstszych mitów należały takie wypowiedzi, jak „Dawcy uznani za zmarłych nie zawsze są martwi”, „Istnieje czarny rynek narządów do transplantacji”, „Lekarze manipulują systemem alokacji narządów”, „Celebryci jako pierwsi otrzymują organ”.

Powyższe badania ukazują, jak wielka szkoda na rzecz pozytywnego szerzenia idei dawstwa narządów może wynikać z treści przekazywanych przez mass media, z drugiej strony potwierdzają także, że właśnie to telewizja jest głównym źródłem, z którego społeczeństwo tę wiedzę czerpie.

W prasie drukowanej na temat dawstwa przeczytać można w:

- / czasopismach publicystycznych (także bywają nierzetelne, przerysowane),
- / czasopismach branżowych,
- / dodatkach (wkładkach, ulotkach) dodawanych do gazet.

W kontaktach społecznych temat ten może być poruszany:

- / w czasie mszy św.,
- / podczas rozmowy w gronie rodziny,
- / w dyskusjach z rówieśnikami,
- / podczas bezpośredniego kontaktu z lekarzami, pielęgniarkami, personelem medycznym.

Badania prowadzone w Hiszpanii na próbie 2000 respondentów w wieku powyżej 15. roku życia potwierdzają wagę dyskusji w gronie rodziny, znajomych oraz z personelem medycznym, wskazując, że to właśnie te rozmowy mają największy wpływ na kształtowanie się postawy wobec dawstwa i transplantacji narządów do przeszczepu (Conesa i inni, 2004, s. 1245–1248). Wyniki te stanowią ważny głos w dyskusji nad

źródłem edukowania społeczeństwa i szerzenia idei dawstwa narządów. Okazuje się bowiem, że za deklaracją respondentów wskazującą telewizję jako główne źródło pozyskiwania wiedzy o transplantacji narządów (w tych badaniach aż 78% przebadanej populacji wskazało na to źródło, jednak wskazania te powtarzają się w innych pracach badawczych, np. Morgan i inni, 2014; Koźlik i inni, 2014; Piccoli i inni, 2004), to inny rodzaj edukacji nieformalnej (rozmowy ze znajomymi oraz z rodziną), a także edukacji pozaformalnej/nieformalnej (rozmowy z personelem medycznym) jest najistotniejszy. Co więcej, autorzy badań we wnioskach wskazują na potrzebę organizowania specjalistycznych spotkań, szkolnych kampanii z pracownikami medycznymi z tej dziedziny także w ramach realizacji przedmiotów w szkole (edukacji formalnej), by młodzież w ten sposób mogła wymieniać się argumentami, opiniami oraz punktem widzenia dotyczącym różnych aspektów dawstwa narządów zarówno z nauczycielami, rówieśnikami, jak i rodzinami po powrocie ze szkoły (Conesa i inni, 2004, s. 1248). Jak wskazują badania, pozytywna informacja przekazana ze strony pracowników medycznych w takich warunkach zachęca do przeniesienia tematu na poziom rodzinnych dyskusji, co pozytywnie wpływa na szerzenie idei dawstwa (tamże).

Wracając do innych form edukacji nieformalnej dotyczącej szerzenia idei dawstwa narządów, należy w moim przekonaniu także wymienić, że mają one miejsce:

- / w czasie lokalnych wydarzeń, obchodów uroczystości, koncertów, festiwali, akcji propagandowo-informacyjnych oraz imprez popularyzujących różne aspekty zdrowia z udziałem przedstawicieli społeczności lokalnej, na które zaprasza się rodziny uczniów i innych przedstawicieli okolicznych osiedli;
- / podczas turniejów rodzinnych popularyzujących wspólny ruch i zabawę, uczących zdrowego sposobu spędzania czasu wolnego, ale również ułatwiających budowanie dobrych relacji pomiędzy dziećmi i dorosłymi, pokazujących, jak rozładowywać negatywne emocje.

Jak widać, wielość możliwych form edukacji, metod oraz narzędzi powoduje chaos informacyjny, deformację poznawczą, której wynikiem może być lęk, sprzeciw wobec dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo*.

1.5. RECEPCJA IDEI DAWSTWA NARZĄDÓW W ŚWIELE DOTYCHCZASOWYCH BADAŃ

W celu prawidłowego sformułowania problemów badawczych badacz „powinien mieć jakąś wiedzę pewną na temat badanego faktu, zjawiska czy obiektu, czerpaną bądź z dotychczasowego dorobku wiedzy naukowej, bądź z obserwacji i analizy rzeczywistości” (Palka 2006, s. 13). Taką wiedzę dostarcza analiza wyników badań empirycznych poświęconych idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji prowadzonych w Polsce i na świecie. W tym odrozdziale podejmuje się przedstawienia jej, opierając się na dotychczasowych badaniach. Uwzględniłam zarówno dane uzyskane w badaniach całego społeczeństwa (1.5.1.), jak i wyróżnionej przeze mnie grupy – adolescentów (1.5.2.).

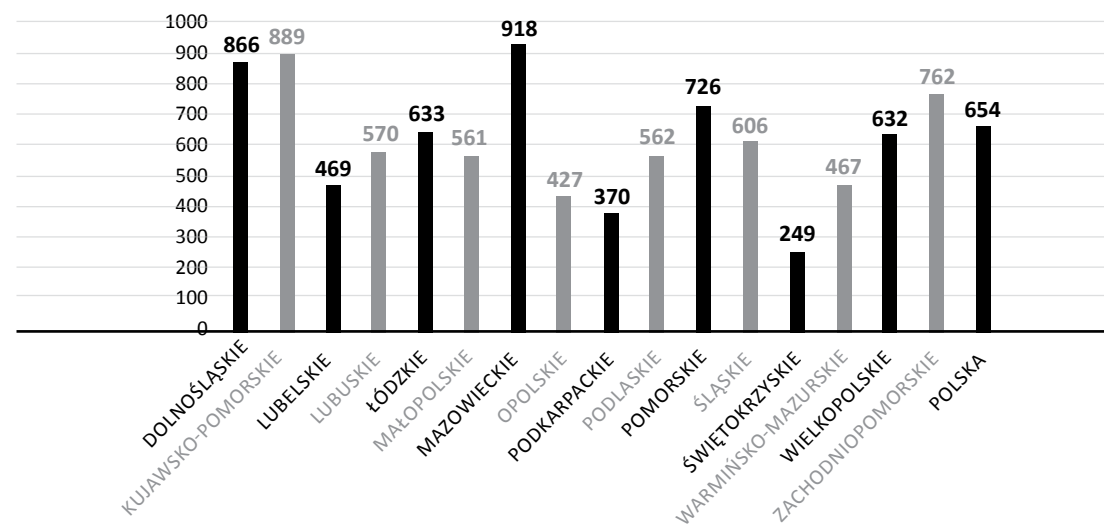
1.5.1. IDEA DAWSTWA NARZĄDÓW *EX MORTUO* DO TRANSPLANTACJI W ŚWIELE DANYCH STATYSTYCZNYCH

Badania na temat wiedzy Polaków, ich opinii oraz stosunku do pobierania i przeszczepiania narządów prowadzone są w Polsce już od 22 lat przez Centrum Badań Opinii Społecznej. Dotychczas badania odnośnie do wyżej wymienionych zagadnień miały miejsce w 1994, 1997, 2003, 2005, 2009, 2011, 2012 oraz 2016 r.

Według ostatnich badań opinii społecznej przeprowadzonych przez CBOS w 2016 r., większość Polaków (80%) wyraża zgodę na oddanie swoich narządów po śmierci. Należy jednak pamiętać, że są to deklaracje zgody. Przeciwnicy przeszczepiania narządów stanowią jedną siódmą ogółu społeczeństwa Polski (20%). W stosunku do wcześniejszych badań, z 2012 r., zanotowano wzrost w wyrażaniu deklaratywnej zgody na oddanie narządów po śmierci. Mimo że zróżnicowanie w poziomie sprzeciwu na oddanie narządów po śmierci w regionach jest niewielkie, to warto moim zdaniem podkreślić, że najwyższy odsetek deklaracji respondentów „niezgadzających się” odnotowano w badaniach CBOS w 2012 r. w województwie kujawsko-pomorskim (21%) oraz świętokrzyskim (20%). Badania Poltransplantu z 2015 r. potwierdzają utrzy-

mujący się na wysokim poziomie sprzeciw mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego (900 zarejestrowanych oświadczeń sprzeciwu w przeliczeniu na milion mieszkańców województwa plasuje je na drugiej pozycji pośród innych, tuż za województwem mazowieckim). Liczba zgłoszeń sprzeciwu zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Sprzeciwu według badań Poltransplantu wskazuje jednak, że w województwie świętokrzyskim jest ich najmniej (254 w przeliczeniu na milion mieszkańców województwa) (Poltransplant, 2006, s. 55). Jak podaje Poltransplant (2013, s. 39) w rocznym zestawieniu – w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów w 2012 r. – zostało zarejestrowanych najmniej sprzeciwów właśnie w województwie świętokrzyskim (265 w przeliczeniu na milion mieszkańców województwa).

Liczbę zarejestrowanych sprzeciwów w przeliczeniu na milion mieszkańców województwa ukazuje poniższy wykres (stan na dzień 31 grudnia 2015 r.).



Ryc. 2.

Liczba zarejestrowanych sprzeciwów w przeliczeniu na milion mieszkańców województwa

ŹRÓDŁO: POLTRANSPLANT, „BIULETYN INFORMACYJNY”, 2016, S. 56

Różnice w danych – deklaracyjnym wyrażeniu sprzeciwu przez respondentów w badaniach CBOS w porównaniu do rzeczywistej liczby zgłoszeń sprzeciwu zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Sprzeciwu – mogą mieć kilka przyczyn. Jedną z nich może być niska znajomość przepisów prawnych (potwierdzona w dalszych badaniach) lub powierzchność deklarowanych decyzji dotyczących dawstwa narządów do transplantacji *ex mortuo*.

Badania powyższych zagadnień metodą wywiadów bezpośrednich CAPI zostały przeprowadzone także w październiku 2015 r. przez TNS Polska na potrzeby kampanii społecznej „Zgoda na życie”, finansowanej ze środków Ministerstwa Zdrowia. Badania opinii publicznej zostały przeprowadzone na próbie 1001 Polaków w wieku 15 lat i więcej. Wyniki badań wskazują, że 55% Polaków wyraża zgodę, by po śmierci

pobrano ich narządy w celu przeszczepienia innym (TNS Polska, 2015). W porównaniu z badaniami CBOS z 2012 r. widoczny jest spadek deklaracji Polaków do dawstwa narządów.

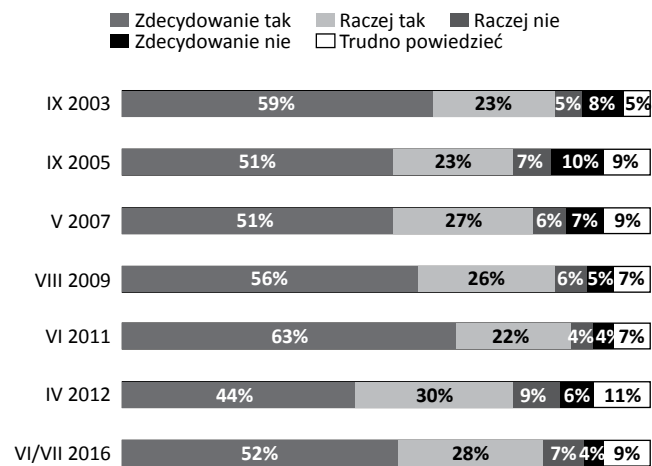
W badaniach CBOS z 2012 r. badany (25%) sprawiło trudność określenie przyczyn negatywnej decyzji wobec oddania narządów. Najczęściej pojawiały się kwestie związane z wiarą (23%), następnie wskazywano na niechęć do ingerowania w ciało zmarłego (17%), na potrzebę zachowania jego integralności, a także, co ważne dla przedmiotu badań, na brak wiedzy, niewielką świadomość społeczną (14%); natomiast przede wszystkim na szok związany ze śmiercią bliskiej osoby, następnie na nieznaną wolę zmarłego, uwarunkowania religijne, obawy przed ingerowaniem w ciało osoby zmarłej oraz na niską świadomość społeczną wskazują respondenci w badaniach realizowanych w 2015 r. (TNS Polska).

Potwierdzają to statystyki ukazujące wiedzę Polaków na temat uregulowań prawnych transplantacji narządów. Za deklarowaną powszechnie gotowością do oddania narządów nie podąża wiedza na ten temat.

O tym, że w Polsce panuje zasada zgody domniemanej – oznaczająca, że narządy można pobrać potencjalnie od każdego, kto wcześniej nie wniósł formalnego sprzeciwu poprzez wpisanie się między innymi do Centralnego Rejestru Sprzeciwu – wie jedynie 20% badanych. Reszta badanych (29%) błędnie wskazuje, że obowiązującą zasadą jest konieczność wyrażenia zgody za życia, lub przyznaje, że w ogóle nie wie, jakie są wytyczne ustalone przez prawo (51%). Za ideą zgody otwartej, wyrażonej za życia, opowiada się także więcej badanych (43%), a za obecnie obowiązującą zgodą domniemaną (milczącym przyzwoleniem, modelem francusko-belgijskim) nieznacznie mniej – 42% (CBOS, 2016). Warto wskazać, że w stosunku do badań CBOS z 2009 wzrosła o 3 punkty akceptacja wobec zgody domniemanej oraz niestety o 5 brak zdania społeczeństwa na ten temat.

Wyniki z 2015 r. wskazują na nieznaczny wzrost wiedzy z tego zakresu. 17% ma świadomość, że przepis obowiązujący w Polsce to brak wniesionego sprzeciwu za życia; 36% Polaków przyznaje, że nie orientuje się, jakie przepisy obowiązują w ich kraju. Co czwarty jest przekonany, że do pobrania narządów wystarczy zgoda za życia. Prawie połowa Polaków (45%) uważa, że lepszą regulacją prawną jest zgoda na odda-

Czy zgodził(a)by się pan(i) na to, aby po pan(i) śmierci pobrano z pana(i) ciała narządy w celu przeszczepienia innym?



Ryc. 3.

Deklaracyjna decyzja o oddaniu własnych narządów *ex mortuo* do transplantacji. Badania CBOS 2003–2016

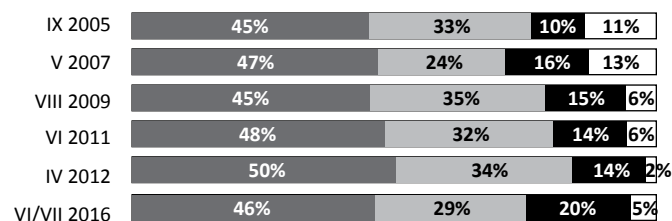
ŹRÓDŁO: CBOS, *POSTAWY WOBEC TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW. KOMUNIKAT Z BADAŃ*, WARSZAWA, SIERPIEŃ 2016, S. 3

nie narządów udokumentowana za życia, 29% pozostałoby przy braku wniesionego sprzeciwu, nic nie zmieniając w obecnym prawie. 68% Polaków także uważa, że każdy indywidualnie powinien decydować o pobraniu narządów w celu przeszczepienia (TNS Polska, 2015).

Zarówno badania CBOS z 2016 r., jak i te prowadzone przez TNS Polska w 2015 r. wskazują, że osoby z wykształceniem wyższym stosunkowo częściej odpowiadały prawidłowo, a wyraźnie rzadziej niż przeciętnie – respondenci z wykształceniem podstawowym. Wyniki te wskazują, że wykształcenie może warunkować prawidłową wiedzę i tym samym poprawną odpowiedź (tamże).

Jakie przepisy dotyczące pobierania narządów obowiązują według pana(i) wiedzy w Polsce?

- Nie orientuję się, jakie przepisy obowiązują w Polsce
- Konieczna jest zgoda za życia
- Wystarczy brak sprzeciwu za życia
- Trudno powiedzieć



Ryc. 4.

Wiedza respondentów na temat przepisów dotyczących pobierania narządów w Polsce – wyniki badań CBOS

ŹRÓDŁO: CBOS, *POSTAWY WOBEC TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW*. KOMUNIKAT Z BADAŃ, WARSZAWA, SIERPIEŃ 2016, S. 13

Interesujące są wyniki badań dotyczące sądów respondentów wobec ustalenia momentu śmierci człowieka. W 2012 roku z wybranych możliwości częściej wskazywano na ustanie akcji serca jako moment śmierci człowieka. Zatem 49% respondentów nie uznawało prawnie oraz me-

dycznie ustanowionego kryterium śmierci mózgu jako kryterium śmierci człowieka (CBOS, 2012). Badania CBOS w 2016 ukazują odwrócenie tendencji – teraz to 49% uznaje kryterium śmierci mózgu jako śmierć człowieka, 40% natomiast wskazuje, że śmierć człowieka następuje wtedy, gdy zatrzyma się jego serce. 18% badanych twierdzi, że rodziny nie godzą się na oddanie narządów zmarłych z powodu przekonania, że śmierć mózgu nie jest wystarczającym dowodem na zgon. Tylko co drugi Polak jest świadomy, że śmierć człowieka następuje wtedy, gdy w sposób nieodwracalny zniszczony jest jego mózg (TNS Polska, 2015). 18% respondentów deklaruje, że sprzeciwiłoby się pobraniu narządów od bliskiej osoby, nawet gdyby ta za życia nie miała nic przeciwko. Nieznacznie większa grupa osób (26%) sprzeciwiłaby się także w momencie, gdyby nieznaną była decyzja zmarłego. Natomiast 25% badanych deklaruje, że nawet w momencie sprzeciwu zmarłego byłaby w stanie zgodzić się na transplantację (tamże).

Wartościowe poznawczo w moim przekonaniu są także dane dotyczące rozmowy badanych z członkami rodziny na temat transplantacji oraz zgody na oddanie narządu jednego z członków rodziny. „Z deklaracji wynika, że trzy czwarte Polaków (75%) nie rozmawiało z bliskimi na temat przekazania swoich narządów po śmierci. Swoją decyzją w tej sprawie podzielił się z bliskimi mniej więcej co czwarty badany (24%). Częściej były to osoby najlepiej wykształcone, młode, mieszkańcy dużych miast, dobrze sytuowani, z kolei rzadko najstarsi oraz respondenci mający wykształcenie podstawowe” (CBOS, 2016 s. 1). Wątpliwe zatem wydaje się, że młodzież najczęściej zdobywa wiedzę i kształtuje opinie o dawstwie narządów w kontekście rodzinnych rozmów. Tezę tę potwierdzają deklaracje respondentów badań z 2015 r. Zaledwie co piąty badany (20%) rozmawiał na ten temat z bliskimi (TNS Polska, 2015).

Badania o zbliżonej tematyce przeprowadzone zostały przez Eurobarometr – międzynarodowy projekt Komisji Europejskiej służący do badania opinii publicznej. W 2002, 2006 i 2009 r. wśród respondentów zamieszkujących w 30 państwach Europy przeprowadzone zostały badania dotyczące wiedzy, opinii oraz podejścia do oddawania narządów do przeszczepu. Na podstawie wyników z 2009 r. stwierdzono, że 40% Europejczyków poruszyło temat pobierania i przeszczepiania narządów w swoich rodzinach. Wynik ten jest zbliżony do tego z 2006 r., który

wskazywał na 41% twierdzących odpowiedzi na pytanie: „Czy kiedykolwiek rozmawiałeś ze swoją rodziną na temat pobierania i przeszczepiania narządów?” (Eurobarometr, 2009, s. 8).

Z badań tych wynika także, że 32% polskich respondentów zadeklarowało, że w ich rodzinach doszło do takiej rozmowy (w badaniach z 2006 r. – 26%). Wynik ten stawia Polskę na 18. pozycji wśród 30 przebadanych państw (tamże, s. 8). Dla porównania – badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych i opublikowane w 2005 r. wskazują, że jedynie połowa przebadanych osób, która zadeklarowała posiadanie i podpisanie oświadczenia woli, poinformowała o swojej woli najbliższą rodzinę. Co ciekawe, ten sam procent respondentów (50%) nieposiadających tego formularza zadeklarował rozmowę z rodziną (Morgan i inni, 2005, s. 684).

Eurobarometr zbadał także wiedzę respondentów dotyczącą aktualnie obowiązujących regulacji prawnych odnośnie do pobierania i przeszczepiania narządów. W badaniach tych jedynie 27% polskich respondentów udzieliło poprawnej odpowiedzi na pytanie, czy wiedzą, jakie regulacje prawne obowiązują obecnie w ich kraju (tamże, s. 12).

Polska pod tym względem znalazła się na 13. miejscu wśród 30 europejskich państw. Jedynie respondenci z Holandii w zdecydowanej większości zadeklarowali, że znają obowiązujące przepisy (64%), co miało odzwierciedlenie w rzeczywistych przepisach prawnych. Odsetek deklaracji, które okazałyby się zgodne z obowiązującym prawem, w pozostałych państwach nie przekraczał 50%. Badania wykazały, że jedynie trzech na dziesięciu Europejczyków zna regulacje prawne związane z pobieraniem i przeszczepianiem narządów obowiązujące w ich państwie (Eurobarometr, 2009, s. 11).

Warte szczególnej uwagi wydają się w moim przekonaniu wyniki zależności między rozmową na temat transplantacji w gronie rodziny a pozytywną deklaracją wobec oddania własnych narządów po śmierci. Jak wynika z badań Eurobarometru z 2006 r., fakt odbycia przez respondenta rozmowy w gronie rodziny na temat pobierania i przeszczepiania organów ma duży wpływ na jego pozytywną deklarację wobec oddania swoich narządów po śmierci.

Zdecydowana większość respondentów (77%), która odbyła rozmowę z rodziną na temat transplantacji, zdecydowała się oddać narządy

do przeszczepu po swojej śmierci. Jedynie 12% zadeklarowało sprzeciw, a 11% badanych było niezdecydowanych.

Przyglądając się deklaracjom respondentów, u których taka rozmowa nie miała miejsca, zauważyłam, że różnice pomiędzy zgodą a sprzeciwem wobec oddania narządów po śmierci są znacznie mniejsze. 42% respondentów zadeklarowało chęć oddania narządów, 35% sprzeciw, a 23% respondentów nie wyraziło żadnej deklaracji.

Stwierdzono, że to dyskusja w rodzinie kształtuje opinie respondentów na temat transplantacji i znacząco wpływa na podjęcie pozytywnej decyzji co do oddania własnych narządów po śmierci (tamże, s. 10).

Zarówno CBOS (2016, 2009), jak i Eurobarometr zbadały opinie respondentów dotyczącą oświadczenia woli – pisemnej deklaracji ułatwiającej lekarzom, a przede wszystkim rodzinie, poznanie stosunku do pobierania organów osoby, do której to oświadczenie należy.

Dotychczasowe badania CBOS ujawniły, że „niezależnie od wiedzy o funkcjonowaniu oświadczenia woli, siedmiu na dziesięciu dorosłych (70%) deklaruje, że wypełniłoby taką deklarację, a co siódmy (14%) twierdzi, że nie zrobiłby tego” (CBOS, 2016, s.5). Trzech na stu (3%) już ma takie oświadczenie.

Badania Eurobarometru z 2006 r. wskazują także na niski odsetek (2%) badanych posiadających w Polsce podpisane oświadczenie woli. Średnia wśród przebadanych respondentów w Europie wynosi zaledwie 12%.

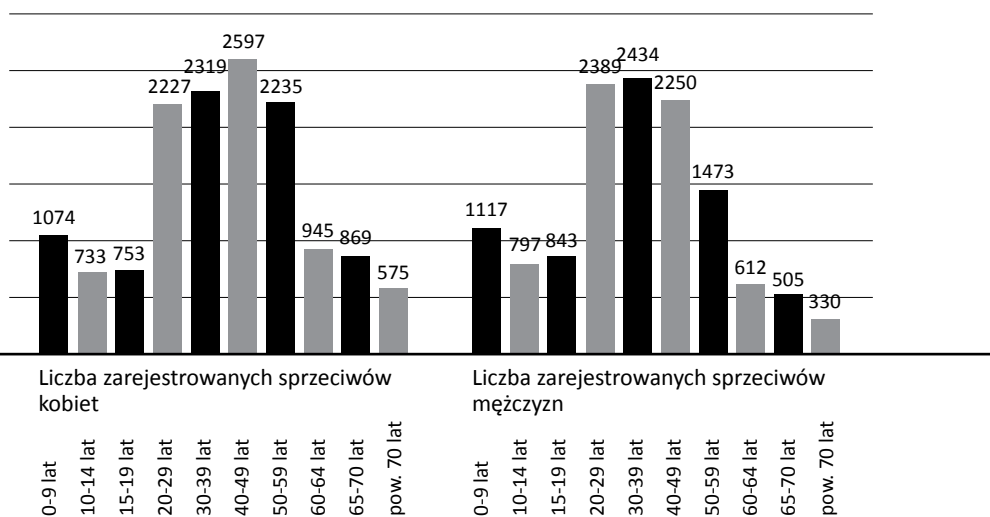
Widoczne jest także podobne podejście respondentów wobec wyrażenia samej opinii o oświadczeniu woli. 81% polskich respondentów uważa, że posiadanie oświadczenia woli ułatwia poznanie woli zmarłej osoby co do oddania własnych narządów po śmierci. Tylko 19% badanych sprzeciwia się temu pogładowi” (Eurobarometr, 2006, s. 15–18).

Odmienne podejście prezentują badania Poltransplantu, które dotyczą, między innymi, działalności Centralnego Rejestru Sprzeciwu w latach 1996–2015. Mimo powszechnej akceptacji dla transplantacji i pozytywnych deklaracji w kwestii oddania własnych narządów po śmierci, w Polsce pogłębia się niedobór narządów do transplantacji. Badania wykazały, że od początku istnienia rejestru, czyli od 1 listopada 1996 r., do końca grudnia 2015 r. zarejestrowanych było 27 077 zgłoszeń sprzeciwu.

Istotne dla tematu pracy są dane dotyczące sytuacji osób kończących 16 i 18 lat. W związku z nowelizacją Rozporządzenia Ministra Zdro-

wia w sprawie sposobu prowadzenia Centralnego Rejestru Sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze, Poltransplant jest zobligowany do zidentyfikowania osób, które ukończyły 16 i 18 lat, a w imieniu których zostały złożone sprzeciwy przez prawnych opiekunów. Ze względu na to, że osoby kończące 16. i 18. rok życia mogą już same podejmować decyzje, uznano za konieczne poinformowanie tych osób o istnieniu zastrzeżenia złożonego w ich imieniu i o możliwości podjęcia własnej – autonomicznej decyzji dotyczącej zgody lub sprzeciwu na pobranie komórek, tkanek i narządów po ich śmierci. W związku z powyższym w 2015 r. poinformowano łącznie 182 osoby. Jest to najmniejsza liczba osób od początku obowiązywania Rozporządzenia (1998 r.). Łącznie poinformowano 2391 osób (Poltransplant, 2016, s. 57).

W mojej ocenie warto przybliżyć dane dotyczące liczby zarejestrowanych sprzeciwów według płci i wieku. Dane te ukazuje poniższa rycina.



Ryc. 5.

Zgłoszenia zarejestrowane w Centralnym Rejestrze
Sprzeciwów wg podziału na wiek i płeć

ŹRÓDŁO: POLTRANSPLANT, „BIULETYN INFORMACYJNY”, 2016, S. 54

Wartościowe poznawczo są moim zdaniem także wyniki badań przeprowadzonych w 1991 r. przez Ośrodek Badań Opinii Publicznej na zlecenie autorów programu telewizyjnego „Prawo Wyboru”, które dotyczyły opinii o tym, kto powinien decydować o pobieraniu narządów człowieka po jego śmierci. Badaniami objęto 142-osobową próbę celową mieszkańców Warszawy, którzy zapoznali się z pierwszą częścią programu telewizyjnego „Prawo Wyboru”. Osoby do próby wylosowano z 12 poniższych grup społecznych: 1. wierzący i regularnie praktykujący katolicy o pełnym wykształceniu wyższym, 2. urzędnicy o wykształceniu średnim, 3. kobiety niepracujące zawodowo, mężatki o wykształceniu poniżej matury, przy czym ich mężowie również mają wykształcenie poniżej matury, 4. emerytki poniżej matury, żony mężczyzn (lub wdowy po nich) też o wykształceniu poniżej matury, 5. kierownicy MZK (sami mężczyźni), 6. inwalidzi (biologiczni, nie tylko prawni), 7. policjanci ze służby drogowej, 8. dziennikarze, 9. sportowcy – niewybitni, czynni członkowie klubów sportowych, 10. handlarze uliczni, 11. lekarze, 12. pielęgniarki. W przeprowadzonych badaniach 58% badanych respondentów uznało, że lekarz powinien mieć prawo pobrania jego narządów po śmierci bez niczyjej zgody, jeśli człowiek za życia nie wyraził sprzeciwu. Są zatem zwolennikami zgody domniemanej.

Według 42% badanych powinien obowiązywać model anglo-amerkański, w którym zgodę na pobranie narządów po śmierci powinien wyrażać człowiek jeszcze za swojego życia. Interesujące są także dane wskazujące, że jedynie 38% respondentów z najmłodszej kategorii wieku (16–29 lat) opowiada się za modelem uwzględniającym zasadę zgody domniemanej, gdzie w starszej grupie wiekowej (30–39 lat) zgadza się na ten model 70% badanych. Także w najstarszej grupie (50 lat i więcej) zgoda respondentów wobec zgody domniemanej plasuje się na poziomie 58%. Istotną zmienną staje się także wykształcenie. Z przeprowadzonych badań wynika, że osoby o wykształceniu co najmniej średnim częściej niż pozostałe preferują pogląd (67%), że jeśli człowiek za życia nie zgłosi wyraźnego sprzeciwu, to lekarze powinni mieć prawo pobierania jego narządów bez niczyjej zgody (Nasierowski, b.d.w., s. 2).

1.5.2. IDEA DAWSTWA NARZĄDÓW *EX MORTUO* DO TRANSPLANTACJI W ŚWIETLE BADAŃ EMPIRYCZNYCH WŚRÓD ADOLESCENTÓW

Dla przeprowadzonych badań dotyczących recepcji idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów istotne, według mnie, staje się także zapoznanie z wynikami badań empirycznych przeprowadzonych w tym zakresie z uwzględnieniem głównie tej grupy wiekowej. Analiza tych danych umożliwiła mi rzetelne przedstawienie problemu badawczego.

Już w badaniach opinii społecznej ta grupa wiekowa wyróżnia się na tle reszty społeczeństwa. Młodzi ludzie wykazują bowiem dużo większą otwartość na oddanie swych narządów niż osoby po 60. roku życia (64% respondentów w przedziale wiekowym 15–19 lat). Najwięcej zgód na oddanie swoich narządów po śmierci do transplantacji zadeklarowała grupa Polaków w przedziale wiekowym 20–29 lat (TNS Polska, 2015).

Warto w tym miejscu przytoczyć wyniki badań przeprowadzonych przez Patryka Wojciechowskiego i Monikę Szpringer w 2011 r., którzy za cel badań postawili „poznanie opinii i wiedzy uczniów szkół ponadgimnazjalnych oraz studentów kierunków medycznych i pedagogicznych z terenu Kielc na temat dawstwa narządów oraz barier społecznych w transplantologii, posilając się opinią specjalistów na ten temat” (Wojciechowski, Szpringer, 2012, s. 45). Badaniu zostało poddanych 304 respondentów – uczniów liceów, studentów kierunków medycznych oraz pedagogicznych. Skorzystano z sondażu diagnostycznego, stosując ankietę oraz wywiad. Badania dostarczyły ważnych danych w kontekście problematyki badawczej pracy, ponieważ dotyczyły nie tylko wiedzy oraz opinii dotyczącej dawstwa i transplantacji narządów (jak ma to najczęściej miejsce w badaniach na ten temat), lecz także poddano analizie deklaracje najczęstszych źródeł informacji na temat transplantologii oraz medycyny transplantacyjnej. Na pierwszym miejscu znalazła się telewizja jako źródło informacji o transplantacji (77%). Następnie prasa z około 38% poparciem badanych. Wskazywano także na programy edukacyjne na temat transplantologii (24,3%). „Najwięcej spośród całej badanej grupy, bo aż 30 studentów kierunków medycznych – co stanowi około 10% – zaznaczyło zajęcia na uczelni jako miejsce, w któ-

rym można zdobyć informacje na temat przeszczepiania. Dla studentów kierunków pedagogicznych oraz licealistów uczelnia bądź szkoła nie jest dobrym informatorem na temat transplantologii” (tamże, s. 47). Dokładne wyniki obrazuje tabela stworzona przez autorów badania.

Tabela 3.

Najczęstsze źródła informacji na temat transplantologii wśród licealistów oraz studentów kierunków medycznych i pedagogicznych

ŹRÓDŁO: WOJCIECHOWSKI, SZPRINGER, 2012, S. 49

	Liceum	Studia medyczne	Studia pedagogiczne	Ogółem
Zajęcia na uczelni	4 (1,3%)	30 (9,9%)	4 (1,3%)	38 (12,5%)
Prasa	26 (8,6%)	49 (16,1%)	40 (13,1%)	115 (37,8%)
Telewizja	81 (26,6%)	79 (26,0%)	74 (24,4%)	234 (77,0%)
Książki	5 (1,7%)	11 (3,6%)	11 (3,6%)	27 (8,9%)
Równieśnicy	4 (1,3%)	3 (1,0%)	0	7 (2,3%)
Rodzice	5 (1,7%)	1 (0,3%)	0	6 (2,0%)
Programy edukacyjne	22 (7,2%)	21 (6,9%)	31 (10,2%)	74 (24,3%)
Inne	7 (2,3%)	10 (3,3%)	1 (0,3%)	18 (5,9%)

Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ można było wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Analiza danych wskazuje, że media – telewizja i prasa – pojawiają się najczęściej w deklaracjach dotyczących opiniotwórczego wpływu na respondentów.

„Analizie poddano również to, kto powinien być odpowiedzialny za przekazywanie informacji na temat transplantacji. Spora część ankietowanych (70,4%) uważa, że to lekarze powinni propagować idee transplantologii. Z kolei 178 respondentów (58,6%) zaznaczyło mass media. Natomiast 49% osób badanych wskazało na grono nauczycieli” (tamże, s. 45). Zebrane dane także zostały przedstawione w formie tabeli.

Zapytano także o przyczynę sprzeciwu wobec oddania narządów do przeszczepu. Badana grupa licealistów za główną przyczynę uznała emocje wywołane śmiercią bliskiej osoby. „Wskazało ją 66 uczniów (21,7%).

Tabela 4.

Odpowiedzialność za rozprzestrzenianie informacji na temat transplantacji według licealistów oraz studentów

ŹRÓDŁO: WOJCIECHOWSKI, SZPRINGER, 2012, S. 49

	Liceum	Studia medyczne	Studia pedagogiczne	Ogółem
Pielęgniarki	23 (7,6%)	38 (12,5%)	25 (8,2%)	86 (28,3%)
Nauczyciele	47 (15,4%)	51 (16,8%)	51 (16,8%)	149 (49,0%)
Lekarze	72 (23,7%)	67 (22,0%)	75 (24,7%)	214 (70,4%)
Samorządy lokalne	29 (9,5%)	38 (12,5%)	33 (10,9%)	100 (32,9%)
Mass media	59 (19,4%)	65 (21,4%)	54 (17,8%)	178 (58,6%)
Księża/zakonnicy	22 (7,2%)	21 (6,9%)	12 (4,0%)	55 (18,1%)

Wyniki nie sumują się do 100%, ponieważ można było wybrać więcej niż jedną odpowiedź

Na drugim miejscu znalazły się przekonania religijne – ok. 21%. Z kolei 54 uczniów (17,8% ogółu) było zdania, że to nieznajomość problemów medycznych stoi na przeszkodzie w pobieraniu organów po śmierci” (tamże, s. 48). Badania te potwierdziły wyniki innych badań dotyczących wiedzy oraz opinii adolescentów opublikowanych przez zespół badaczy w „Cell Tissue Bank” w 2009 r. (Olender i inni, 2009, s. 173–181).

Wartościowe poznawczo są w moim przekonaniu także wyniki badań zamieszczone w „Tranplantation Proceeding” w 2014 r., ukazujące aktualny stan wiedzy studentów krakowskich uczelni, ich przekonań oraz postaw wobec dawstwa narządów. Badania przeprowadzone zostały na próbie 800 studentów z czterech krakowskich uniwersytetów. Zostali oni podzieleni na dwie grupy – (1) studentów medycyny (M) (n=400) oraz (2) studentów kierunków niemedycznych (NM) (n=400), przy czym w grupie tej po równo dobrano także respondentów z kierunków humanistycznych oraz ścisłych). Respondenci w przedziale wiekowym 18–28 lat, mieszkający w przeważającej większości w miastach (M 80%), (NM 67%) zostali w roku akademickim 2010/2011 i 2011/2012 poddani badaniu przy użyciu anonimowego kwestionariusza. Ankieta zawierała pytania dotyczące posiadania i stosunku wobec

oświadczenia woli, ogólnej i profesjonalnej wiedzy z zakresu transplantologii, jej źródeł, przekonań dotyczących dawstwa narządów, możliwych działań usprawniających szerzenie idei dawstwa narządów oraz pozytywnych postaw wobec niej (Nowak i inni, 2014).

Analiza wyników danych wykazała, iż studenci kierunków medycznych prezentują zdecydowanie wyższy poziom wiedzy niż studenci studiów niemedycznych, co więcej – poziom ten zwiększa się wraz z kolejnymi latami studiów. Wiedzę na dobrym poziomie (50–75% poprawnych odpowiedzi w kwestionariuszu) posiada ponad 56% studentów kierunków medycznych, a przeciętną 41% z nich. Zdecydowanie mniej, bo jedynie 29%, respondentów z grupy NM jest na poziomie dobrym, w większości reprezentując poziom przeciętny 60% (tamże, s. 2156). Biorąc pod uwagę ukierunkowanie studentów z pierwszej grupy i przygotowanie ich do pełnienia funkcji w obszarze ochrony zdrowia, taki wynik nie stanowi zaskoczenia. Autorzy badań natomiast taki wynik argumentują obecnością programów edukacyjnych na pierwszym i kolejnych latach studiów medycznych oraz dyskusji na ten temat w ramach zajęć uniwersyteckich. Więcej studentów z tej grupy (M) także deklaruje swój pozytywny stosunek wobec dawstwa narządów – zdecydowanie pozytywne podejście zanotowano u blisko 66% badanych, umiarkowanie pozytywne u blisko 27%, a neutralne zaledwie u 7%. W drugiej grupie wyniki te przedstawiają się następująco: 35,75% respondentów zadeklarowało zdecydowanie pozytywną postawę, 27,75% umiarkowanie pozytywną, 29,75% neutralną (tamże, s. 2517).

Sami respondenci studiów medycznych powołują się na wiedzę zdobytą w trakcie studiowania (71%). Na to źródło wiedzy powołało się zaledwie 17% badanych z drugiej grupy (NM). Jako główne źródło wiedzy o transplantologii respondenci (NM) wskazali media – 57%. Studenci z kierunków medycznych powołali się także na to źródło, jednak w mniejszej skali i stawiając je na trzecim miejscu (51%). Wysoko – u obu grup – został także wskazany internet jako źródło wiedzy. W grupie medyków było to ponad 62% respondentów, natomiast w grupie studentów niezwiązanych z medycyną 56%. Na trzeciej pozycji 27% respondentów wymieniło rodzinę oraz przyjaciół (tamże, s. 2514).

Podsumowując kwestię źródeł wiedzy, z których badani studenci deklarują zdobycie wiedzy o dawstwie i transplantacji narządów, warto

moim zdaniem zauważyć, że respondenci z pierwszej grupy na pierwszym miejscu ulokowali wiedzę uzyskaną w toku edukacji formalnej, następnie pozaformalnej i/lub nieformalnej. Studenci z kierunków humanistycznych i ścisłych deklarują natomiast uzyskanie wiedzy jedynie za pomocą edukacji pozaformalnej oraz nieformalnej.

Do najczęstszych odpowiedzi na pytanie: co jest głównym powodem obiektywności rodziny zmarłego wobec zgody na oddanie jego narządów, należy:

✓ niechęć, obawa wobec naruszania ciała zmarłego: 85% (M), 69% (NM),

✓ niezdolność do zaakceptowania śmierci bliskiego członka rodziny: 86% (M), 67% (NM),

✓ brak wiedzy o deklaracji zmarłego na oddanie narządów: 42% (M), 41% (NM) (tamże, s. 2514).

Badacze zapytali respondentów także o posiadanie oświadczenia woli i stosunek wobec niego. Wyniki badań wskazują, że osoby, które je podpisały mają wiedzę dotyczącą transplantacji i dawstwa narządów na dobrym (67,2%) i przeciętnym (31,7%) poziomie – przy czym poziom wiedzy określany jako „dobry” był prawie dwukrotnie wyższy niż w grupie studentów z kierunków niezwiązanych z medycyną (35,9%). W grupie tej (NM) przeważają respondenci z poziomem wiedzy określonej jako przeciętna (53,1%) (Nowak, Pfitzner i inni, 2014, s. 2522).

Także stosunek wobec transplantacji narządów i transplantologii u osób posiadających podpisane oświadczenie woli jest na wysokim poziomie. 80,1% respondentów z kierunków medycznych deklaruje bardzo przychylny stosunek (*extremely positive*) wobec transplantacji organów, u 16,7% jest to podejście pozytywne (*moderately positive*), jedynie u 2,7% odnotowano neutralny stosunek. Również w grupie studentów niezwiązanych z medycyną przeważają deklaracje zdecydowanie pozytywnego stosunku wobec dawstwa narządów (53,8%), po równo rozłożyły się deklaracje pozytywnego i neutralnego podejścia wobec transplantacji (20,7%) (tamże, s. 2525). Jak jednak ukazują badania, neutralne podejście do transplantacji u osób posiadających oświadczenia woli jest dziesięciokrotnie większe w grupie studentów z kierunków humanistycznych i ścisłych niż u studentów kierunków medycznych. Okazuje się zatem, że podpisują oni zdecydowanie częściej oświadczenia woli,

posiadając niską wiedzę (9,7%) i na średnim poziomie oraz neutralne podejście do dawstwa niż studenci kierunków medycznych.

Powody, ze względu na które respondenci deklarują brak oświadczenia woli, związane są przede wszystkim z tym, że rozmawiali z członkiem rodziny i poinformowali o swojej woli (25,4%) oraz ze względu na brak wiedzy dotyczącej istnienia takiego oświadczenia (21%). Rzadziej wskazywane są negatywne powody, takie jak strach przed niepodjęciem czynności ratujących życie przez personel medyczny posiadaczom takiego oświadczenia (15,2%) czy negatywnym podejściem wobec samej idei dawstwa (6,2%) (tamże, s. 2520).

Studenci zapytani o pomysły na zmianę sytuacji związanej z transplantacją w Polsce najczęściej wskazywali na edukację społeczeństwa. Różnica w takiej deklaracji między obiema grupami jest jednak znaczna. Aż 60% studentów z kierunków medycznych wskazuje na ten rodzaj działań, w drugiej grupie (NM) jedynie 25% respondentów.

Ciekawe różnice ujawniły się także w kolejnych deklaracjach. Na drugiej pozycji studenci kierunków medycznych (23%) wskazali na zmianę regulacji prawnych, natomiast podobne deklaracje w drugiej grupie wskazało 3% respondentów. Studenci kierunków humanistycznych i nauk ścisłych wskazali bowiem, że należy zwiększyć udział mediów (także 23% respondentów). Interesujące jest to, że nikt z pierwszej grupy (M) nie wskazał na tę odpowiedź. Na trzeciej pozycji respondenci kierunków medycznych umieścili edukację na ten temat w szkole (13%), natomiast studenci nauk humanistycznych i ścisłych wskazali na coroczne wydarzenia (11%). Zgodność ujawniła się w kolejnej propozycji – obie grupy na kolejnym miejscu wskazały, że by mogło dojść do zmian (zwiększenia dawstwa narządów do transplantacji oraz szerzenia jej idei), należy zwiększyć udział Kościoła w tym aspekcie (tamże, s. 2514).

Przedstawione wyniki badań warto w moim przekonaniu także szerzej uzupełnić danymi pochodzącymi z innych zagranicznych analiz badań dotyczących tej problematyki badawczej.

Istotne poznawczo są wyniki badań przeprowadzonych w Hiszpanii na respondentach w wieku 11–15 lat i opublikowanych w „Transplantation Proceedings” w 2010 r. Zastosowano sondaż diagnostyczny – kwestionariusz wywiadu, by dowiedzieć się – jak wskazuje tytuł artykułu:

„Skąd nasze dzieci czerpią wiedzę dotyczącą dawstwa i transplantacji organów” (Rios i inni, 2010, s. 3113). Wyniki wskazują, że dzieci zdobywają wiedzę o dawstwie i transplantacji narządów z audiowizualnych źródeł. Najczęściej wymieniano telewizję, filmy i czasopisma. Co więcej, wykazano zależność istotną statystycznie pomiędzy negatywną opinią wobec dawstwa i transplantacji narządów a negatywnymi informacjami otrzymanymi za pośrednictwem środków masowego przekazu (tamże, s. 3113–3115).

W tym samym czasopiśmie w 2013 r. został opublikowany artykuł przedstawiający dane dotyczące wiedzy adolescentów związanej z koncepcją śmierci mózgu i sposobami jej stwierdzenia. Wyniki badań wykazały, że przebadani adolescenty (n= 3547) – uczniowie z dziesięciu szkół ponadpodstawowych w Hiszpanii, w większości nie znają koncepcji śmierci mózgu (54%), 8% nie utożsamia stwierdzenia śmierci mózgu ze śmiercią człowieka. Deklaracje związane ze znajomością tej koncepcji, która jest wiążąca z uznaniem człowieka za zmarłego, pojawiły się u 38% przebadanych uczniów (Febrero i inni, 2013, s. 3586). Badania te wskazały także na związek pomiędzy wiekiem a wiedzą dotyczącą koncepcji śmierci mózgu. Starsi adolescenty mieli większą wiedzę w tym temacie. Opisano także zależność pomiędzy płcią a wiedzą dotyczącą koncepcji śmierci mózgu. Mężczyźni posiadali większą wiedzę niż kobiety biorące udział w badaniach (tamże, s. 3587).

Zasadne dla zrozumienia kontekstu badań wydaje się w mojej ocenie przedstawienie także charakterystyki młodzieży (adolescentów), których to recepcja była poddana badaniu.

1.6. CHARAKTERYSTYKA OKRESU ADOLESCENCJI

Jak wskazuje Irena Obuchowska, zainteresowanie badaczy młodzieżą zwiększyło się po II wojnie światowej ze względu na gwałtowny przyrost naturalny. Poświęcono jej więcej uwagi, a także wzmocniona została świadomość, że to właśnie młodzież jest znaczącą grupą społeczną (2000, s. 163). Także i w tej pracy stała się podmiotem badań. Wydaje się zatem konieczne ukazanie jej wielowymiarowego rozwoju, ponieważ

bez takiej wiedzy utrudnione, a nawet niemożliwe stałoby się zrozumienie zachowań, motywów postępowania, trudności, potrzeb (Mąkosa, 2009), a także recepcji idei dawstwa narządów *ex mortuo*.

1.6.1. OKRES ADOLESCENCJI W PERIODYZACJI ŻYCIA LUDZKIEGO

Przyjmując zdanie Pawła Mąkosa – by w pełni scharakteryzować okres adolescencji, należy poruszać się w obszarze psychologii rozwojowej, to ona bowiem bada przebieg zmian rozwojowych na różnych etapach rozwoju człowieka oraz ich wpływ na funkcjonowanie jednostki. Zmiany te najczęściej klasyfikuje się w trzech obszarach – jako uniwersalne, wspólne oraz indywidualne (tamże, s. 54–55). Zmiany uniwersalne związane są z wiekiem oraz uwarunkowane zachodzącymi w organizmie przemianami biologicznymi. Jak wskazuje Mąkosa, są to zmiany zaprogramowane genetycznie, będące pod wpływem „zegara biologicznego”, który ściśle związany jest jednak z „zegarem społecznym” – oczekiwaniami społeczeństwa i uniwersalnymi doświadczeniami społecznymi (2009, s. 54). „Zmiany wspólne dokonują się na skutek przynależności do tej samej grupy społecznej, kulturowej, w sposób szczególny dotyczy to przynależności pokoleniowej. Każde pokolenie ma swoją specyfikę, jest swoistym wytworem danej epoki, odzwierciedleniem jej głównych prądów i przemian społeczno-kulturowych. (...) Zmiany indywidualne dotyczą jednostki i kształtują się pod wpływem niepowtarzalnych doświadczeń doznanych wyłącznie przez daną osobę. Poznanie tego rodzaju zmian dokonuje się nie tyle dzięki wiedzy ogólnej, ile przez obserwacje i osobisty kontakt (...)” (tamże, s. 54).

Okres adolescencji jest zróżnicowany pod wieloma względami. Z tego powodu nie posiada on jednolitej periodyzacji. W literaturze z zakresu psychologii rozwojowej odnaleźć można różne podziały tego okresu. W Polsce zostały one dokonane m.in. przez S. Baleya, S. Szumana, M. Kreutza, M. Żebrowską, A. Brzezińską czy I. Obuchowską, poszerzając geograficznie obszar podejmowanych analiz; w Europie okres adolescencji wyróżniony został m.in. w koncepcji J. Piageta, H. Wallona. Takiego podziału dokonała także amerykańska psycholog Elisabeth Hurlock (Mąkosa, 2009).

Henri Wallon opisał sześć stadiów rozwojowych. Okres adolescencji został wyróżniony jako stadium V, obejmujące wiek od 11. do 15. roku życia jednostki. Stadium VI, określane jako wiek młodzieńczy, rozpoczyna się według Wallona od 16. roku życia. Adolescencja jest według niego okresem niezwykle burzliwym, w którym dochodzi do powstania nowej świadomości własnej osoby. „Zwłaszcza w początkowej fazie pojawia się zachwianie równowagi emocjonalnej u jednostki, ujawniają się sprzeczności w postawach wobec siebie i innych ludzi, co rodzi konflikty, ale też mobilizuje do aktywności intelektualnej prowadzącej do ich rozwiązywania. Wallon uważa, że pod koniec tego okresu następuje przekształcenie osobowości poliwalentnej w indywidualność mającą określone cechy osobowości. Pod koniec gimnazjum zaczyna kształtować się światopogląd i pojawiają się zainteresowania ogólnoludzkie, co jest charakterystyczne dla początku stadium młodzieńczego” (Mąkosa, 2009, s. 56–57). Inny pogląd na stadia rozwojowe prezentuje Jean Piaget. W wyróżnionych trzech okresach, podokresach i fazach okresu adolescencji sytuuje się w stadium III – operacji formalnych.

Elisabeth Hurlock dokonała natomiast periodyzacji adolescencji na fazy, uwzględniając przy tym różnice płci. „Przy rozważaniu zagadnień dorastania istotne jest bowiem podkreślenie tych różnic i wzięcie pod uwagę faktu, że dziewczęta dojrzewają wcześniej, gdyż ma to swoje konsekwencje w relacjach rówieśniczych, a także w obrazie konstruowanym w relacji do płci przeciwnej. Nieuwzględnienie tej czasowej przewagi dziewcząt nad chłopcami może przyczynić się do niezrozumienia nastolatków i błędów pedagogicznych” (tamże, s. 57). Adolescencja w tej koncepcji podzielona została na trzy fazy: (1) preadolescencję (u dziewcząt od 10. do 11. r.ż., u chłopców od 11. do 13. r.ż.); (2) wczesną adolescencję (u dziewcząt od 12. do 16. r.ż., u chłopców od 14. do 17. r.ż.) oraz (3) późną adolescencję (u dziewcząt od 17. do 20.–21 r.ż., u chłopców od 18. do 21. r.ż.) (tamże).

Na gruncie polskim warto w moim przekonaniu przybliżyć propozycję Stefana Baleya. Przyjął on biologiczny punkt widzenia, „upatrując kryterium różnicowania okresu dojrzewania w przemianach życia uczuciowego i stosunku do innych, i podzielił na trzy fazy: przedpokwitaniową (ok. 13.–14. r.ż.), pokwitaniową (faza pubertalna; do ok. 17. r.ż.) i wiek młodzieńczy (do ok. 20.–24. r.ż.). (...) Podobny podział, lecz

z zastosowaniem innej terminologii i mniej precyzyjny, podał S. Szuman. Według niego można wyróżnić trzy okresy: pierwsze dzieciństwo (od urodzenia do 7. r.ż.), drugie dzieciństwo (7.–14. r.ż.) oraz wiek dojrzewania i wiek młodzieńczy (14. do ok. 21. r.ż.). Jeszcze inną propozycję periodyzacji przedstawił M. Kreutz, który w wyodrębnionym okresie młodości (11.–21. r.ż.) wyróżnia następujące fazy: okres przekory (11.–14. r.ż.), okres dojrzewania (14.–17. r.ż.) oraz okres harmonizacji (17.–21. r.ż.). Przez wiele lat na gruncie polskiej psychologii rozwojowej dominowała periodyzacja przedstawiona przez Marię Żebrowską, uwzględniająca następujące kryteria:

1. Sposób i poziom świadomości dziecka co do otaczającej rzeczywistości.
2. Rodzaj działalności dziecka dominujący w danym okresie.
3. Metody i normy działalności wychowawczej specyficzne dla danego okresu.

Autorka ta w rozwoju człowieka wyróżnia m.in. młodszy wiek szkolny (od 7. do 11.–12. r.ż.) oraz wiek dorastania (od 12.–13. r.ż. do 17.–18. r.ż.). Trudność w wytyczeniu ostrej granicy między poszczególnymi fazami Żebrowska argumentuje tym, że wiele problemów wieku dorastania ma wyraźny związek ze sobą i wzajemnie się przenika, stąd przyporządkowanie ich poszczególnym podokresom bardziej komplikuje, niż rozjaśnia zagadnienie (tamże, s. 56–57).

Na potrzeby badań za istotny przyjął natomiast podział dokonany przez Irenę Obuchowską, która za okres adolescencji (z łac. *adolescere* – wzrastanie ku dojrzałości) przyjmuje ten, który „jest okresem przemian w życiu człowieka prowadzących go ku dorosłości i obejmuje on lata od około 10. do około 20. r.ż.” (Obuchowska, 2009, s. 166). Obuchowska wyróżnia także dwie fazy adolescencji, które w przybliżeniu oddziela 16. rok życia jednostki. W każdej z nich jednostka osiąga jedną ze zdolności istotnych dla dalszego rozwoju. W pierwszej z faz – wczesnej adolescencji pojawia się zdolność do dawania nowego życia, w drugiej natomiast – wieku młodzieńczym (zwanym także późną adolescencją) zdolność do kształtowania własnego życia (tamże). Terminy te wraz z takim podziałem periodycznym zostały przyjęte na potrzeby tych badań.

Obuchowska pierwszą fazę, w której dominują czynniki biologiczne, nazywa także „fazą poczwarki”, dorastania natomiast – „fazą motyla”. Psycholożka wskazuje także, że „kolejność następujących po sobie faz sta-

je się powodem wielu problemów tego okresu rozwoju człowieka, przy czym dotyczą one nie tylko samą młodzież, ale także jej rodziców oraz szersze społeczeństwo. Problemy oraz związane z nimi trudności są odmienne dla każdej z faz adolescencji, a na ich przełomie (około 16. r.ż.) występuje tzw. kryzys tożsamości. Jest on definiowany jako okres w rozwoju tożsamości, podczas którego młody człowiek musi dokonać wyborów między ważnymi dla niego alternatywami. Według Eriksona sposób pokonania kryzysu, rozwiązania pojawiających się wówczas problemów własnej tożsamości determinuje w znacznym stopniu dalszy rozwój młodego człowieka. Młodzieńczy kryzys tożsamości nie zawsze ma miejsce, a przechodzenie z jednej fazy w drugą może przebiegać niemal niezauważalnie. Dla jednych okresem burzliwym i trudnym jest wczesna adolescencja, inni przechodzą przez ten etap życia bez wstrząsów. Dla niektórych problemy niesie ze sobą dopiero późna adolescencja – trudno im znaleźć sobie miejsce wśród zastanych norm i układów społecznych. Adolescencja ma przebieg heterogeniczny. Młodzież stanowi grupę społeczną o dużym indywidualnym zróżnicowaniu, a wiedza dotycząca tego zróżnicowania jest wciąż niewielka. (...)

Niesłusznie w społecznej opinii, a także w opinii wielu autorów piszących na temat adolescencji, ten okres życia jest postrzegany przede wszystkim od strony trudności, jakie sprawia dorastającym, a także ich społecznemu otoczeniu. Jest to przecież, w głównej mierze, czas tworzenia samego siebie, czas, w którym na skutek nieznanych przedtem doznań uczuciowych i nowych sposobów intelektualnego ujmowania zjawisk kształtuje się osobowość – czas «smakowania» życia” (Obuchowska, 2009, s. 166–167).

1.6.2. BIOPSYCHOSPOŁECZNY ROZWÓJ ADOLESCENTÓW

Zmiany rozwojowe adolescentów dotyczą różnych dziedzin ich życia. Zmiany w jednej sferze warunkują zmiany w innej dziedzinie, nieustannie splatając się i rzutując na siebie. Chcąc scharakteryzować zmiany rozwojowe adolescentów, postanowiłam omówić je, uwzględniając trzy ważne obszary: biologiczny (*soma*) społeczny (*polis*) oraz psychiczny

(*psyche*) (Brzezińska i inni, 2016). Poniżej dokonuje przedstawienia każdego z tych obszarów, ze szczególnym uwzględnieniem kształtowania się autonomii moralnej.

Widoczne zmiany w obrębie ciała stają się pierwszymi sygnałami wchodzenia w okres wczesnej adolescencji. Jednak, jak zaznacza Obuchowska (2009), fizjologiczne przemiany organizmu rozpoczynają się wcześniej, niż staje się to zauważalne przez samego adolescenta czy przez jego otoczenie. Uwalniane sygnałami z podwzgórza gonadotropiny znajdujące się w szyszynce pobudzają gonady do zwiększonej produkcji estrogenu (u dziewcząt) i testosteronu (u chłopców). We wczesnej adolescencji dochodzi do tzw. skoku pokwitaniowego, który objawia się szybkim wzrostem ciała – szczególnie układu kostnego i mięśniowego. Skok pokwitaniowy występuje o obu płci, jednak u kobiet rozpoczyna się około dwóch lat wcześniej niż u chłopców. Różnice uwidaczniają się także w budowie ciała – u chłopców rozrastają się ramiona, u dziewcząt natomiast miednica, która wraz ze zwiększającą się ilością tkanki tłuszczowej wskazuje na przygotowanie kobiecego organizmu do macierzyństwa. Najpierw rozwijają się pierwszorzędne cechy płciowe, następnie drugorzędne cechy płciowe. Menstruacja pojawia się wkrótce po zakończeniu skoku pokwitaniowego, wskazując uzyskanie dojrzałości płciowej. U chłopców największe zmiany także dotyczą narządów płciowych – kończą się one w fazie późnej adolescencji (ok. 15.–17. r.ż.). Pojawia się także owłosienie na ich twarzach, rozwija się krtań, uwidaczniając „jabłko Adama”, zmniejsza się tempo przyrostu wysokości ciała.

Okres dojrzewania wpływa także na rozwój w sferze motorycznej. Mimo początkowej destrukuralizacji, objawiającej się niezgrabnością i nadpobudliwością ruchową, na nowo dochodzi do strukturalizacji motoryczności. Jest ona zróżnicowana pod względem płci i bardzo zindywidualizowana. Jak już zostało to zasygnalizowane – ciało adolescenta coraz bardziej przybiera kształty dorosłego człowieka. Nie zawsze młodzież jest jednak przygotowana na te zmiany. Zaczynają porównywać się (swoje ciało) do innych, często do wzorów kreowanych i lansowanych przez świat popkultury czy przez własne wyobrażenia. Rozbieżności w zakresie oczekiwań i stanu faktycznego mogą prowadzić do dużych napięć emocjonalnych. Zmiany w zakresie emocji u adolescentów nie są jedynie związane ze zmieniającym się obrazem własnej osoby. To pro-

cesy o podłożu neurohormonalnym skutkują zmianami zachodzącymi w organizmie pod względem biologicznym, lecz także przyczyniają się do zwiększonego **pobudzenia emocjonalnego** oraz **chwiejskości emocjonalnej** (Obuchowska, 2009, s. 163–174). Dochodzi także do nasilenia się u adolescentów (szczególnie na przełomie 13.–14 r.ż.) lęklności – ze szczególnym przejawem lęków społecznych (strach przed niepowodzeniem czy ekspozycją społeczną), poczucia niepewności oraz zakłopotania. Kolejną cechą charakterystyczną dla okresu adolescencji jest **ambiwalencja uczuć** – „niemal równoczesnego przeżywania uczuć przeciwstawnych, takich jak np. miłość i nienawiść” (tamże, s. 172). Jak zauważa Obuchowska, „dojrzewanie płciowe dziewczyny czy chłopca, jakkolwiek sterowane genetycznie i rozgrywające się w biologicznym wymiarze człowieka, jest bowiem nieodłącznie związane z psychiką oraz ze społecznym otoczeniem” (2009, s. 172).

Mąkosa, przyglądając się uwarunkowaniom adolescentów pod kątem rozwoju psychicznego, zauważa, że bardzo intensywnie rozwijają się w tym czasie wszystkie funkcje poznawcze (spostrzeganie, pamięć, myślenie). Także procesy informacyjne – mające swój udział w myśleniu i rozwiązywaniu problemów – na tym etapie rozwoju przebiegają znacznie szybciej, niż miało to miejsce w przeszłości. Wyostrza się percepcja, staje się bardziej wielostronna, szczegółowa, bogata w treść i ukierunkowana na przedmiot poznania. W okresie wczesnej adolescencji pojawia u nastolatka zdolność do **myślenia formalnego**, czyli hipotetyczno-dedukcyjnego. Dla adolescenta oznacza to nic innego jak zdolność do swobodnej i oderwanej od rzeczywistości refleksji, systematycznego i metodycznego rozwiązywania problemów i myślenia logicznego (Mąkosa, 2009). Pod wpływem nauki szkolnej zachodzą u młodych także zmiany w funkcji i strukturze języka. Zaczynają używać słów w znaczeniu potocznym i naukowym, dosłownym i przenośnym. Rozumieją także metafory i symboliczny sens wypowiedzi (Obuchowska, 2009). Autorka wskazuje także, że u młodzieży wzrasta umiejętność obserwacji i analizy aktywności własnego umysłu (tzw. monitoringu kognitywnego), umożliwiając tym samym krytyczną analizę wszelkich aktywności umysłowych oraz ich modyfikowanie. Umiejętności te sprzyjają tworzeniu koncepcji samego siebie. Pojawia się zwiększone zainteresowanie własną osobą oraz zgodnie z koncepcją J. Piageta (1975) dochodzi do osiągnię-

cia przez adolescenta stadium myślenia formalnego. To wszystko prowadzi do pojawienia się tzw. **młodzieńczego egocentryzmu**, a wraz z nim „**wyimaginowanej publiczności**”, przed którą młodzież prowadzi dysputy i prezentuje argumenty. Obuchowska przywołuje zdanie Elkinda, który uważa, że posiadanie „wymaginowanej publiczności” przyczynia się u młodzieży do porywów entuzjazmu, pragnienia czynów nadzwyczajnych (tamże, s. 174). Autorka dodaje jednak, że rozwój poznawczy jest ściśle związany ze środowiskiem społecznym, w którym wzrasta adolescent. Powołując się na koncepcje L.S. Wygotskiego (1971), wskazuje, że „**interakcje społeczne w okresie dzieciństwa i dorostania, w tym przede wszystkim rozmowy, wywierają głęboki wpływ na struktury poznawcze oraz na sprawność myślenia**”; autorka powołuje się także na badania innych badaczy (Perkins, Segal, Voss), którzy potwierdzają koncept, że adolescenti mający możliwość prowadzenia dyskusji uzyskują wyższą sprawność myślenia (Woynarowska, 2009, s. 175).

W okresie adolescencji dla młodych istotne stają się związki interpersonalne – zarówno rówieńnicze, jak i z osobami dorosłymi. Z tymi pierwszymi jednak spędzają większość swojego czasu, tworząc związki rówieńnicze (takie jak paczki, grupy czy związki przyjaźni). Charakterystyczny język, symbole, normy czy sposoby zachowania kreują tzw. zjawisko **kultury młodzieżowej**. Ważny z punktu widzenia prowadzonych badań może być fakt, że młodzież podporządkowuje się zasadom rówieśników w sytuacji, gdy dochodzi do konfliktu z normami wyznaczonymi przez rodziców. Co jednak istotne, liczne badania przytoczone przez I. Obuchowską wskazują, że adolescenti przyjmują wartości przede wszystkim od rodziców, natomiast rówieśników naśladowują w bardziej błahych sprawach. „W sprawach zasadniczych rodzice zachowują rolę modeli, niezależnie od wpływów rówieśników, jakkolwiek występują pod tym względem różnice zależne od przynależności do warstwy społecznej” (tamże, s. 177), jednak – jak przywołuje dalej autorka, młodzież jest przekonana, że „ona sama kształtuje swoje poglądy, rola szkoły nie istnieje, rola rodziców jest nieznaczna” (s. 191). Cechą młodości jest także nieustanne kształtowanie światopoglądu na podstawie ocen zarówno swoich działań, jak i postępowania innych. Światopogląd w tym okresie określanej jest jednak jako burzliwy czy zmienny. W okresie młodości dochodzi do stabilizacji uczuć, rozwoju tzw. uczuć wyższych

– m.in. moralnych i patriotycznych. Jednostka intensywnie poszukuje swojej tożsamości.

Uznaną właściwością jest także występowanie **idealizmu młodzieńczego** (rozumianego jako potrzebę czynienia dobra) oraz **rygoryzmu moralnego** (definiowanego jako przyjmowanie przez jednostkę powinności jako bezwzględnych, od których nie można odstępować). Wyniki badań prowadzonych przez A. Gołąb ukazują, że w okresie adolescencji rygoryzm ten stopniowo się zmniejsza, osiągając w ok. 20. roku życia minimalny poziom, co tłumaczone jest złożonością problemów przeżywanych przez adolescenta, umiejętnością elastycznego do nich podejścia. S. Szuman wyróżnia trzy fazy idealizmu młodzieńczego, do którego zalicza: (1) idealizm antycypacyjny – oczekiwanie dobra, (2) idealizm kompensacyjny – zachodzący w sytuacji w doznania złych doświadczeń, będący protestem oraz ucieczką od rzeczywistości, (3) idealizm normatywny, który to staje się przyjętą normą i świadomym wyborem (Obuchowska, s. 183).

Autorka przywołuje zdanie Oertera i Montanda, że „wraz z rozwojem młodzież poznaje, że ma w różnych dziedzinach życia inne motywacje i inaczej postępuje, kieruje się różnymi wartościami zależnie od sytuacji” (tamże, s. 185).

1.6.3. AUTONOMIA WYBORÓW I DECYZJI JEDNOSTKI W OKRESIE ADOLESCENCJI

Podejmując w pracy tematykę wyborów i decyzji adolescentów wobec dawstwa narządów do przeszczepu, pragnę także wskazać na samą istotę podejmowania decyzji (inaczej rzecz ujmując: postanowienia będącego wynikiem wyboru). Ważne w moim rozumieniu jest wskazanie na teorie, koncepcje ukazujące sposób dochodzenia do niej przez adolescentów, a także na założenia wobec edukacji formalnej (szkoły) i nieformalnej (rodziny), służącej wsparciu adolescenta w podejmowaniu autonomicznych postanowień.

Autor podręcznika dla szkół licealnych z przedmiotu etyka – ks. Andrzej Szostak – pisze, że „podejmowanie decyzji polega na szczególnym dialogu i niejako zmaganiu dwu władz umysłowych człowieka: rozumu

(władzy poznawczej) i woli (władzy pożądawczej). (...) Widać wyraźnie, jak przez wzajemny dialog rozum i wola «przeplatają się» w ten sposób, że każdy kolejny akt woli «nasycony jest» uprzednim aktem rozumu i vice versa. To dlatego tak chętnie mówimy o właściwej człowiekowi «rozumnej wolności». Wolność ludzka bowiem jest naprawdę wolnością, kiedy wyrasta z rozumności i nią jest «prowadzona». Z kolei rozum nie tylko poznaje prawdę (jako tzw. rozum teoretyczny), ale czyni ją zasadą postępowania, «adresuje ją» do woli (jako tzw. rozum praktyczny)” (Szostek, 2008, s. 14). Szostak wskazuje także na potrzebę odczytywania istoty wolności jako autodeterminacji, podając bardzo obrazowy przykład: „Wolność nie wyczerpuje się w tym, co tak nas skądinąd raduje: w swobodzie wyboru takiego lub innego działania. Nie stajemy się najbardziej wolni wtedy, gdy w swych aktach wyboru jesteśmy nieobliczalni. Nie nazwę szczególnie i po ludzku wolnym kogoś, kto odrzuciwszy wszelkie «za» i «przeciw» wyboru określonego kierunku studiów, zda się na los (np. otworzy na chybił trafił informator studiów i pójdzie na ten kierunek, który mu «się otworzył»). (...) Wolnym nie jest człowiek nieobliczalny. Przeciwnie: wolny to ten, kto podjąwszy dojrzałą decyzję, okazuje stałość swego rozumnie wolnego działania. Max Scheler mówił w związku z tym, że należy odróżnić konieczność od przymusu. Przymus pochodzi z zewnątrz i krępuje naszą wolę. Konieczność – to pełne i «własne» zdeterminowanie woli, czyli pełna autodeterminacja człowieka” (tamże, s. 14).

Posługując się ponownie słowami Szostka, by młodzież „mogła podjąć dojrzałą decyzję, okazując stałość swego rozumnie wolnego działania”, musi być do tego przygotowana i tego nauczona. Takiego zdania jest Barbara Woynarowska, która uważa, że jest to umiejętność życiowa, która powinna być rozwijana u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (2008, s. 456). Aby przygotować jednostkę do odpowiedzialnego podejmowania decyzji, należy rozwijać u niej umiejętność myślenia krytycznego oraz twórczego. „Myślenie krytyczne definiowane jest jako «myślenie ukierunkowane na podjęcie decyzji (...) w co wierzyć lub co robić»” (Woynarowska za: Dembo, 1997, s. 127). Autorka wskazuje, że decyzje podejmowane są na podstawie analizy argumentów, oceny wiarygodności źródeł informacji oraz logicznego myślenia. „Pomagając młodym ludziom podejmować możliwie najbardziej racjonalne decy-

zje, pozwalamy im dostrzec zarówno pozytywne, jak i negatywne strony konkretnego wyboru. (...) Tylko wszechstronna analiza całej sytuacji może umożliwić podjęcie racjonalnej decyzji” – stwierdza Woynarowska (2008, s. 458–459). Próbując odpowiedzieć na pytanie o to, jak nauczyciel może pomóc uczniowi w podejmowaniu decyzji, przestrzega przed dokonywaniem wyborów za niego czy manipulacją, wskazując zdecydowanie na potrzebę wsparcia, stworzenia klimatu zaufania, opartego na empatii i akceptacji, tak by jednostka miała przekonanie o podjęciu autonomicznej decyzji, nawet wtedy, kiedy nauczyciel ma inne zdanie oraz punkt widzenia. Autorka w swoim podręczniku proponuje scenariusz lekcji, opierający się na symulacji procesu podejmowania decyzji, w którym to brane są pod uwagę własne doświadczenia, argumenty rówieśników oraz osoby uznanej za autorytet (tamże).

Decyzje wymagają także zaangażowania myślenia twórczego. Woynarowska przywołuje definicję za Nęcą (2000), w myśl której to myślenie „charakteryzuje się odpornością na działanie czynników usztywniających (...), a ponadto obejmuje czynności dostrzegania i redefiniowania problemów. Przedefiniowanie problemu wymaga, żeby nie ulegać nastawieniom, przyzwyczajeniom i rutynie (2008, s. 461). Podsumowując, autorka wskazuje na potrzebę zaangażowania dwóch rodzajów przekazu społecznego: **transmisyjnego** – przekazującego gotowe treści oraz **transakcyjnego** – prowadzącego do konstruowania znaczeń. Tylko w takiej sytuacji możemy liczyć na odpowiednie wsparcie w podejmowaniu decyzji przez adolescentów (tamże).

Jak wskazuje dalej Woynarowska, to rodzice są pierwszymi i najważniejszymi „nauczycielami zdrowia dzieci i młodzieży”. To w domu rodzinnym dokonuje się w głównej mierze większa część procesu socjalizacji zdrowotnej, polegająca na kształtowaniu umiejętności i zachowań sprzyjających dobremu samopoczuciu oraz ochronie przed zagrożeniami dla zdrowia w dzieciństwie i w dalszym życiu. To właśnie w domu rodzinnym młody człowiek powinien:

✓ „(...) mieć możliwość kształtowania i praktykowania zachowań prozdrowotnych;

✓ **uczestniczyć i zdobywać doświadczenia w podejmowaniu decyzji, dokonywaniu wyborów dotyczących różnych spraw związanych ze zdrowiem oraz dokonywaniu zmian w organizacji i warunkach życia rodziny;**

✓ **uzyskiwać podstawową wiedzę** dotyczącą różnych spraw związanych ze zdrowiem (...);

✓ mieć możliwość **wyrażania swojej opinii i rozmawiania o sprawach**, które są dla niego ważne, **uzyskiwać wsparcie w swoich działaniach** bezpośrednio lub pośrednio związanych ze zdrowiem” (Woynarowska, 2008, s. 217).

Słowa autorki podręcznika akademickiego z obszaru edukacji zdrowotnej całkowicie wpisują się w moim przekonaniu w zakres edukacji o idei dawstwa narządów adolescentów, istotnego źródła jej recepcji oraz kształtowania się decyzji dotyczącej zgody lub sprzeciwu na oddanie swoich narządów po śmierci do transplantacji.

Pragnę w tym miejscu także przywołać **koncepcję etapów wychowania zdrowotnego M. Demela (1968)**, na wagę której również wskazuje Woynarowska. Demel biorąc pod uwagę aktywność człowieka i jego świadome zaangażowanie w sprawy zdrowia, wyróżnił cztery etapy wychowania: (1) heteroedukację, (2) etap pośredni, (3) **autoedukację**, (4) **heteroedukację odwróconą** – z czego dwa ostatnie mają miejsce w okresie adolescencji jednostki.

3. Autoedukacja (samowychowanie)

– „dziecko staje się świadomym (w różnym stopniu) współtwórcą swojego zdrowia. Ten etap jest charakterystyczny dla okresu dojrzewania, choć pewne elementy autoedukacji występują już we wcześniejszych etapach. U nastolatków rozwija się poczucie własnej tożsamości, zmienia się obraz własnej osoby i ciała, pojawia się potrzeba niezależności, intymności, próby zmieniania siebie, sprawdzenia siebie, samokrytycyzm. Większość nastolatków ma krytyczny stosunek do dorosłych, w tym także do zachowań rodziców, niechętnie przyjmuje, a nawet lekceważy ich uwagi, przestrogi, zakazy i zalecenia rodziców (co jest często źródłem konfliktów). Eksperymentuje z substancjami psychoaktywnymi, jest pod silnym wpływem rówieśników, reklam, korzysta z internetu, szuka informacji w czasopiśmie. Zadaniem rodziców jest rozsądne, cierpliwe i życzliwe towarzyszenie nastolatkowi w jego poszukiwaniach. Konieczne jest jednak wyznaczenie i uzgadnianie z dzieckiem granic dla jego zachowań. Rodzice powinni pogłębiać swoją wiedzę na temat procesu dojrzewania, aby rozumieć zachowanie dziecka, wiedzieć, gdzie w ra-

zie potrzeby szukać pomocy. Jest to dobry czas, aby rodzice krytycznie przyjrzeni się swoim zachowaniom zdrowotnym i podjęli próbę ich modyfikacji, **otwarcie rozmawiając o tym z dzieckiem**, a nawet korzystając z jego wsparcia. **Działania rodziców powinny być wspierane przez szkołę** (...). Wydaje się, że w okresie dojrzewania młodzież częściej uważa za bardziej wiarygodne (neutralne) źródło informacji nauczycieli lub inne osoby spoza rodziny niż rodziców. Niezbędna jest jednak aktywna postawa, zainteresowanie, uczestnictwo rodziców w realizacji szkolnych programów edukacji zdrowotnej i profilaktyki” (tamże, s. 2018–2019) .

4. Heteroedukacja odwrócona (inwersja)

– odwrócenie ról – „młody człowiek staje się świadomym wychowawcą dorosłych. Dotyczy to sytuacji, gdy dziecko «przenosi» do domu np. to, czego nauczyło się w szkole, zaobserwowało u innych znaczących dla niego osób, a co pozostaje w sprzeczności z tym, co jest praktykowane w domu. (...) **Heteroedukacja odwrócona jest ważnym elementem procesu socjalizacji zdrowotnej, w którym dziecko jest nie tylko odbiorcą, ale także inicjatorem działań związanych ze zdrowiem.** Rodzice nie powinni lekceważyć inicjatyw (...), lecz wspólnie z nim rozważyć potrzebę, możliwość i sposób wprowadzenia zmian. Jest to droga do rozwijania aktywności dziecka oraz jego kompetencji do działania. Elementy heteroedukacji odwróconej występują we wcześniejszych etapach, nawet u małych dzieci, ale nie jest to działanie świadome i polega na naśladowaniu pewnych zachowań dorosłych (np. 4-latek upomina ojca, aby nie palił, słysząc wielokrotnie podobne upominania matki”), (tamże, s. 2018–2019).

Koncepcja etapów wychowania zdrowotnego M. Demela wskazuje na potrzebę uświadomienia edukatorom, w jaki sposób młodzież zdobywa informacje dotyczące idei dawstwa narządów, z jakich źródeł korzysta, a także na rolę rodziców we wspieraniu adolescentów poprzez np. podejmowanie z nimi rozmów. Koncepcja ta odzwierciedla także postępowanie jednostki (często ucznia, uczestnika edukacji formalnej/pozaformalnej o transplantacji), która już podpisała oświadczenia woli, a więc powinna o tym poinformować najbliższą rodzinę o podjętej decyzji (heteroedukacja odwrócona).

Badania oparłam także na **teorii uzasadnionego działania M. Fishbeina i I. Ajzena** (1975), która zakłada, że jednostka zazwyczaj działa w sposób racjonalny, a działanie to poprzedzone jest procesami poznawczymi, w wyniku których podejmuje on pewną intencję (świadomy zamiar), by coś zrobić (np. zmienić swoje zachowanie). Owa intencja pozostaje pewną dyspozycją (gotowością) do czasu, gdy zaistnieje odpowiednia sytuacja (np. czas, miejsce), aby zamienić ją w czyn.

Intencja podjęcia danego zachowania zależy od:

/ **postaw wobec tego zachowania**, tzn. od tego, czy jednostka postrzega go jako dobre, korzystne;

/ subiektywnych **przekonań normatywnych**, czyli jak znaczące dla niej osoby oceniają to zachowanie, czy je akceptują, czy nie (spozostający nacisk społeczny, aby zachowywać się w pożądanym sposób) (Wojnarowska, 2008, s. 116).

W przełożeniu na temat prezentowanej koncepcji, teoria ta wskazuje, że decyzje adolescentów dotyczące dawstwa narządów *ex mortuo* będą podejmowane na podstawie swojego własnego stosunku do idei dawstwa, standardów oraz zdania innych – ważnych dla nich osób.

Chcąc dogłębniej zbadać recepcję idei pośmiertnego dawstwa narządów przez młodzież, badania oparłam także na koncepcji L. Kohlberga. Zostanie ona przeze mnie szerzej omówiona w dalszej części pracy, a poprzedzę ją treściami dotyczącymi pojęcia rozwoju moralnego i wybranymi teoriami rozwoju moralnego.

1.7. ROZWÓJ MORALNY I JEGO TEORIE. ROZWÓJ SĄDÓW MORALNYCH W UJĘCIU L. KOHLBERGA

Przywołując ponownie słowa Andrzeja Szostka, czyn to podstawowy przedmiot materialny etyki. Jego „rdzeniem” jest decyzja, która kształtuje się w szczególnym dialogu rozumu i woli ludzkiej. Przedmiotem zainteresowania etyki nie jest jednak czyn sam w sobie, a jego wartość moralna. „Etyk chce wiedzieć, które czyny – i dlaczego – są moralnie dobre, które

zaś złe. Inaczej mówiąc, pyta o normę moralności, przez którą rozumie źródło i kryterium wartości moralnej czynu” (Szostek, 2008, s. 15).

Rozwojem moralnym można natomiast nazwać proces, „(...) dzięki któremu dziecko przejmuje od otoczenia i uwewnętrznia reguły i standardy zachowania obowiązujące w społeczeństwie, w którym wzrasta. (...) Proces, dzięki któremu standardy i wartości stają się częścią systemu motywacyjnego i kierują jego zachowaniem, nawet w sytuacji braku nacisku ze strony innych ludzi” (Birch, Malim, 1995, s. 64).

Na pytanie, co jest normą moralności, czyli źródłem i kryterium wartości moralnej czynu, odpowiedzi zdają się różne – w zależności od przyjętej teorii. Do najczęściej wymienianych teorii związanych z kryterium moralności należą: (1) teorie konsekwencjonalistyczne, (2) teorie zorientowane na rozwijanie cnót oraz (3) teorie deontologiczne.

1. Teorie konsekwencjonalistyczne

„teorie, w których zachodzenie powinności moralnej zależy w całości od wartości rzeczywistych lub oczekiwanych skutków czynów, które ta powinność wyznacza” (Żylicz, 2010, s. 42 za: Kahn, 1991).

2. Teorie zorientowane na rozwijanie cnót (*virtue-based*)

– najistotniejsze jest tu pytanie o to, kim człowiek być powinien, jakie cechy nabywać powinien w ciągu swojego życia (tamże, 2010).

3. Teorie deontologiczne

„Człowiek moralny nie może czynić pewnych rzeczy, a z kolei jest zobowiązany czynić inne, niezależnie od ich użyteczności czy konsekwencji” (tamże, s. 42). Deontologizm (od gr. *deon* – to, co niezbędne, konieczne, obowiązkowe, *logos* – słowo, nauka) to pogląd, według którego postępowanie człowieka jest dobre jedynie wówczas, gdy jest wypełnieniem nakazów i zakazów właściwego autorytetu” (Jedynak, 1990) (tamże, s. 42).

Spośród wielości teorii moralności zdecydowałam się przedstawić tylko kilka, z wyszczególnieniem tej, na której opiera się rozwojowo-strukturalna teoria moralności Kohlberga. To na teoriach deontologicznych bazował bowiem Kohlberg przy tworzeniu poznawczo-rozwojowej koncepcji rozwoju sądów moralnych. Jego podejście poznawczo-rozwo-

jowe zostało wybrane do projektu badań w ramach pracy. Zostanie ono zatem szerzej omówione przeze mnie w kolejnej części. Warto jednak zaznaczyć, że prócz poznawczo-rozwojowych teorii wyróżnić można także teorie psychoanalityczne oraz teorie społecznego uczenia się. „Każde z tych trzech ujęć skupiło się na innym aspekcie rozwoju moralności. Odwołując się do tradycyjnego podziału zjawisk psychicznych na poznanie, uczucia oraz motywację i zachowanie, można zauważyć, że koncepcje poznawczo-rozwojowe (...) koncentrowały się na rozumowaniu moralnym, klasyczna psychoanaliza (...) akcentowała wymiar emocjonalny rozwoju moralnego, podobnie jak teorie (społecznego) uczenia się (...), które jednak przede wszystkim zajęły się postępowaniem moralnym oraz wpływem czynników sytuacyjnych na zachowanie. (...) W związku z tym pozostawał także fakt odmiennego rozumienia «natury» rozwoju moralnego oraz mechanizmów odpowiedzialnych za ten proces. Freudowska psychoanaliza oraz teorie społecznego uczenia się przyjmują, że w toku rozwoju jednostka uwewnętrznia moralność otoczenia społecznego (...) dzięki takim mechanizmom, jak identyfikacja i introjekcja (psychoanaliza) albo warunkowanie klasyczne, instrumentalne, uczenie się obserwacyjne, modelowanie itd. (teorie społecznego uczenia). Różnorodność oddziaływań środowiska wychowawczo-społecznego sprawia, że charakteryzując przebieg rozwoju moralnego, wskazuje się w tych ujęciach jedynie na ogólne prawidłowości” (Struś, 2012, s. 63–64).

Rozwój moralny po raz pierwszy został poddany analizie przez J. Piageta (1967). Stwierdził on, że w okresie adolescencji młodzież osiąga stadium autonomii moralnej, „w którym postępowanie uniezależnia się od opinii otoczenia, natomiast wyznacza intencje, wynikające z subiektywnej odpowiedzialności. Rzeczywistą siłą kształtującą rozwój moralny (...) jest współdziałanie z rówieśnikami, w wyniku którego powstaje wewnętrzna potrzeba traktowania innych ludzi w taki sam sposób, w jaki sami chcieliby być traktowani” (Obuchowska, 2009, s. 182).

Kohlberg natomiast centralnym przedmiotem swoich zainteresowań uczynił rozumowanie moralne (ang. *moral reasoning*). Badacz wychodził z założenia, że każda w pełni moralnie rozwinięta jednostka ostatecznie kieruje się bezwzględными zasadami ogólnoetycznymi, które mają substancjalny charakter, a należą do nich:

- / ochrona ludzkiego życia,
- / poszanowanie godności oraz sprawiedliwość.

Badacz uważał, że zanim jednak do tego dojdzie, musi rozpocząć się proces rozwoju moralnego, następujący poprzez przejście przez poszczególne poziomy – zwane w koncepcji stadiami rozwoju sądów moralnych.

Kohlberg wyróżnił trzy poziomy rozwoju sądów moralnych – poziom prekonwencjonalny, poziom konwencjonalny oraz poziom postkonwencjonalny. Każdy z poziomów podzielony został na stadia.

I. Poziom prekonwencjonalny:

1. Moralność unikania kary
2. Moralność własnego interesu

II. Poziom konwencjonalny

3. Moralność interpersonalnej harmonii
4. Moralność prawa i porządku społecznego

III. Poziom postkonwencjonalny (pokonwencjonalny)

5. Moralność umowy społecznej
6. Moralność uniwersalnych zasad etycznych (Trempeła, 1992, s. 46–47).

Kohlberg wskazuje, że to w okresie adolescencji dochodzi do burzliwych przemian i możliwy jest rozwój z niższego konwencjonalnego na pokonwencjonalny poziom rozwoju sądów moralnych. Potwierdzają to wyniki badań nad rozwojem rozumowania moralnego w ciągu życia człowieka, wskazują bowiem na wzrost w dzieciństwie i adolescencji moralności konwencjonalnej w kierunku moralności pokonwencjonalnej, który trwa nawet w dorosłości, oraz na pewien spadek tej tendencji w okresie starzenia się człowieka.

W tym miejscu ponownie przywołuję definicję adolescencji, która jest okresem życia między dzieciństwem a dorosłością. Okres ten dzieli się na dwie fazy: wczesną adolescencję (dorastanie) i późną adolescencję (młodzieńczość). „Wczesna adolescencja jest czasem intensywnych przemian zarówno organizmu, jak i psychiki; późna adolescencja jest czasem stabilizowania się zmian, wkraczania w szersze życie społeczne, kształtowania się autonomii psychicznej. (...) Adolescencja trwa od około 10. r.ż. do około 20. r.ż.” (Obuchowska, 2009, s. 197). Według teorii Kohlberga, konwencjonalny poziom rozwoju sądów moralnych przypada na wczesny okres dorastania. Jednostka kieruje się standardami należącymi

CHARAKTERYSTYKA STADIÓW MORALNYCH

POZIOM PRZEDKONWENCJONALNY

Stadium 1 – Egocentryczny punkt widzenia

Słuszne jest unikanie łamania reguł, za którymi stoją sankcje. Należy unikać czynienia szkód osobom lub ich własności z uwagi na posłuszeństwo wobec autorytetu i chęć uniknięcia kary. Nie uwzględnia się punktu widzenia innych osób, nie bierze się pod uwagę ich potrzeb i interesów.

Stadium 2 – Konkretny indywidualistyczny punkt widzenia

Słuszne jest dbanie o zaspokojenie własnych potrzeb i interesów, przy czym należy pamiętać, że inni mają prawo czynić to samo. Pojawia się świadomość, że każdy człowiek ma swoje potrzeby i interesy, a interesy różnych osób mogą być ze sobą w konflikcie. Słuszne jest to, co jest równą wymianą i wzajemną korzyścią.

POZIOM KONWENCJONALNY

Stadium 3 – Perspektywa osoby pozostającej w związkach z innymi osobami

Słuszne jest czynienie tego, czego oczekuje się od osób pełniących określone role: syna, ojca, przyjaciela itp. Ważne jest „bycie dobrym”, tzn. działanie z dobrych pobudek, okazywanie zainteresowania i troski o innych, utrzymywanie dobrych stosunków.

Według teorii Kohlberga konwencjonalny poziom rozwoju moralnego przypada na wczesny okres dorastania. Jednostka kieruje się standardami należącymi do innych, np. do rodziców. (Obuchowska, s. 182)

Stadium 4 – Społeczny punkt widzenia

Słuszne jest to, co przyczynia się do pomyślenia społeczeństw, grup lub instytucji. Należy wypełniać obowiązki i powinności, na które wyraziło się zgodę. Prawa należy zawsze przestrzegać, z wyjątkiem przypadków krańcowych. Powodem słusznego postępowania jest również nakaz sumienia mówiący o konieczności wywiązania się z określonych własnych zobowiązań.

POZIOM POKONWENCJONALNY

Stadium 5 – Perspektywa praw jednostki jako podstawy społecznego punktu widzenia

Pojawia się świadomość, że ludzie wyznają różne wartości i mają różne opinie, a większość wartości i reguł jest zrelatywizowana do grupy, do której się należy. Te zrelatywizowane reguły winny być przestrzegane, gdyż są wynikiem umowy społecznej. Pewne ogólne wartości i prawa, np. życie czy wolność, muszą być postrzegane w każdym społeczeństwie niezależnie od zdania większości.

Na okres młodzieńczości przypada wg. Kohlberga trzeci poziom rozwoju moralnego, na którym moralność jest zintermalizowana, nie oparta na cudzych standardach. Zasady moralne są ujmowane autonomicznie, niezależnie od autorytetu osób czy grup (Obuchowska, s. 188). Na tym poziomie pojawiają się kompetencje moralne.

Stadium 6 – Perspektywa uniwersalnego moralnego punktu widzenia

Słuszne jest przestrzeganie przyjętych przez siebie zasad etycznych. Pojawia się przekonanie o ważności powszechnych zasad etycznych i poczucie osobistego wobec nich zobowiązania. Poszczególne prawa lub społeczne umowy są ważne dlatego, że opierają się na tych zasadach. W przypadku niezgodności prawa z tymi zasadami należy działać zgodnie z ogólnymi zasadami moralnymi. Zasadami tymi są powszechne zasady sprawiedliwości, równości praw człowieka oraz szacunku dla godności istot ludzkich jako indywidualnych osób.

Ryc. 6.

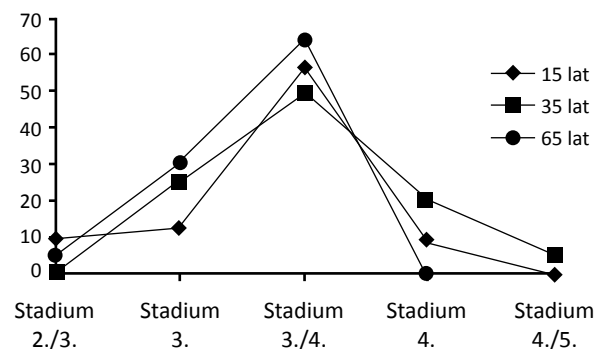
Umiejscowienie okresów dorastania (adolescencji) w stadiach moralnych według Kohlberga.

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE NA PODSTAWIE: CZYŻOWSKA, 2008, S. 67

do innych, na przykład do rodziców. Natomiast na okres młodzieńczy przypada, według Kohlberga, trzeci poziom rozwoju sądów moralnych, na którym moralność jest zinternalizowana, nieoparta na cudzych standardach. Zasady moralne są ujmowane autonomicznie, niezależnie od autorytetu czy grup (patrz Obuchowska, 2009).

Dokładną analizę poszczególnych poziomów wraz z umiejscowieniem okresu adolescencji prezentuję na rycinie nr 6.

Dla rzetelnego przedstawienia omawianego zagadnienia zasadnym wydaje mi się przedstawienie wyników badań dotyczących moralności oraz rozwiązywania dylematów moralnych i bioetycznych. Jak wynika z badań, uzasadnianie rozwiązań zadawanych dylematów, zgodne z preferowaną orientacją moralną, nie jest równoznaczne z przejawem takiego zachowania moralnego w rzeczywistości (Trempała, 1992).



Ryc. 7.

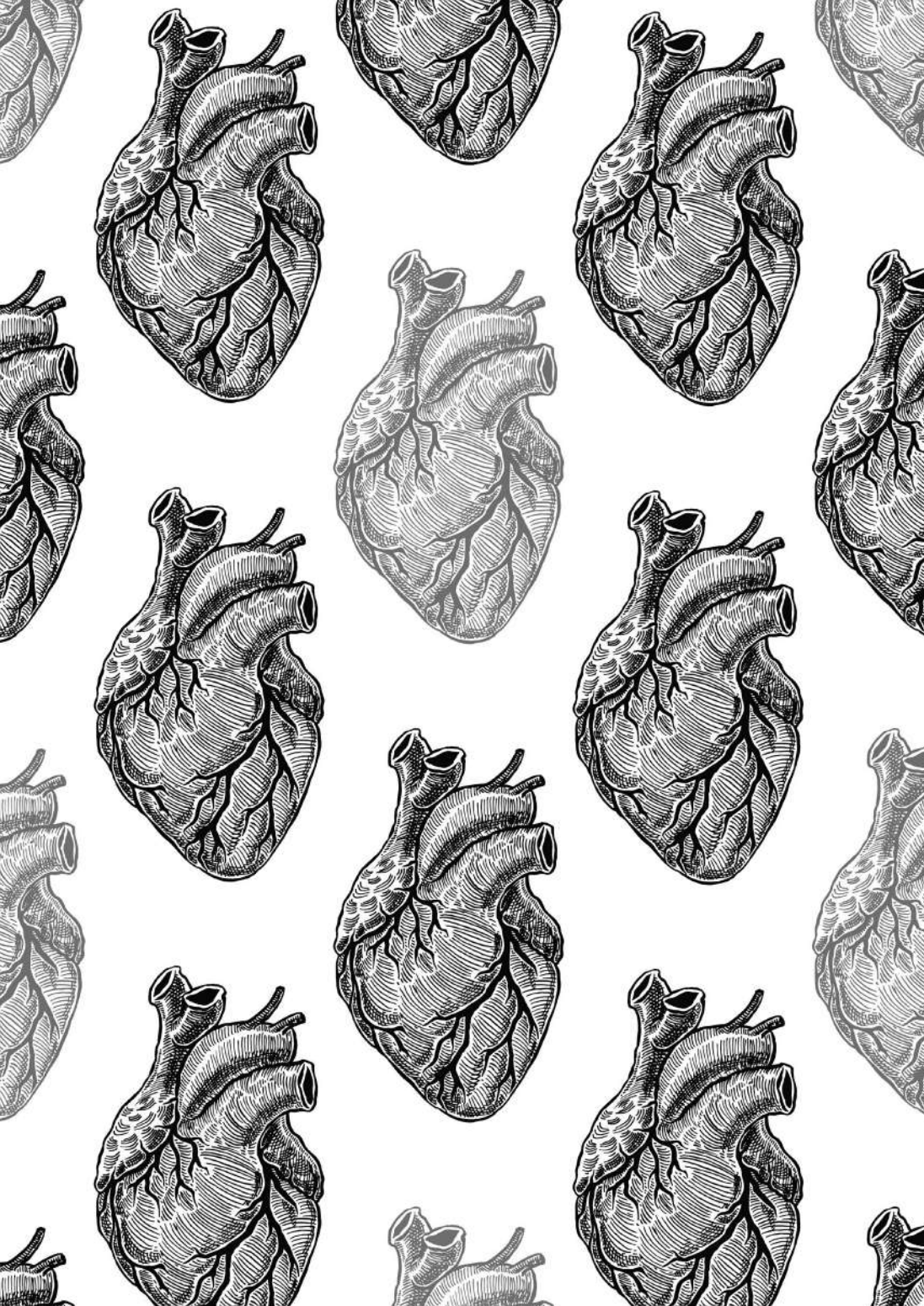
Procent osób badanych w różnym wieku przejawiających określone stadium rozwoju moralnego na skali Kohlberga

ŹRÓDŁO: D. CZYŻOWSKA, NA PODSTAWIE: CZYŻOWSKA, NIEMCZYŃSKI, 1996

lecz niewystarczającym dla rozwoju rozumowania moralnego. Wraz ze wzrostem rozumowania moralnego wzrasta zgodność kierunku sądów moralnych z kierunkiem wyborów moralnych oraz kierunkiem podejmowanych zachowań, co nie oznacza jednak, że na działania moralne nie wpływają czynniki sytuacyjne i przeżycia emocjonalne (Napierała i Trempała, 2002).

Mając na uwadze ograniczenia tej teorii, mimo to podjęłam decyzję o jej wykorzystaniu, ponieważ moje badania nie koncentrują się na określeniu zachowań czy przyjmowanych postaw w rzeczywistości i konkretnej sytuacji, lecz mają na celu zebranie danych o sposobie recepcji samej idei dawstwa narządów *ex mortuo*.

Badania te ponadto pozwalają mi sądzić, że stadia moralności pokonwencjonalnej osiągają nieliczne osoby, niezależnie od wieku badanych i w zależności od doświadczeń indywidualnych oraz kręgu kulturowego, co pozwala wątpić w uniwersalny charakter tych stadiów; poziom rozwoju rozumowania logicznego jest warunkiem koniecznym,



2. Metodologiczne podstawy prezentowanych badań

WPROWADZENIE

W tej części przedstawiam metodologię przeprowadzonych badań. „Badanie naukowe to połączenie doświadczenia i rozumowania. Uznaje się je za najlepszy sposób odkrywania prawdy w każdej dyscyplinie naukowej” (Łuszczuk, 2008, s. 14). Dlatego przeprowadzone badania stały się w moim przekonaniu swoistym narzędziem do poznania i zgromadzenia danych dotyczących recepcji idei dawstwa narządów do transplantacji *ex mortuo* przez adolescentów. Dla niniejszego rozdziału przyjął następujący układ treściowy. W podrozdziale 2.1. przedstawiam przedmiot i cel badań. Podrozdział 2.2. zawiera postawione pytania badawcze. Następnie w podrozdziale 2.3. opisuję układ zmiennych zależnych, niezależnych, pośredniczące oraz ich wskaźników, do których należą: poziom wiedzy badanych dotyczący dawstwa i transplantacji na-

rzędów, opinie adolescentów dotyczące dawstwa i transplantacji narządów, rodzaje edukacji dotyczącej idei dawstwa i transplantacji narządów i udział w nich adolescentów, poziom rozwoju moralnego oraz znajomość norm prawnych obowiązujących w Polsce. W kolejnym podrozdziale pracy (2.4.) prezentuję metodę zbierania danych ilościowych – metodą ankiety (Rubacha, 2008) oraz przedstawiam szczegółowy opis wykorzystanych narzędzi badawczych. Informacje o metodach zbierania danych przedstawiłam natomiast w podrozdziale 2.5. Ostatnie podrozdziały – 2.6. oraz 2.7. – omawiają przebieg badań, a także dotyczą prezentacji badanych zbiorowości.

2.1 PRZEDMIOT BADAŃ I CELE BADAWCZE

Pedagogika to „dyscyplina naukowa (lub dziedzina wiedzy) o procesach edukacyjnych i dyskursach edukacyjnych, czyli zadaniem jej jest wytwarzanie wiedzy o całości praktyki edukacyjnej – minionej i aktualnej” (Hejnicka-Bezwińska, 2008, s. 493), jest nauką społeczną, której prawdziwym zadaniem jest: „(...) dostarczanie „zwyczajnym ludziom” intelektualnych narzędzi, pozwalających im lepiej zrozumieć samych siebie, innych ludzi i świat, w którym wspólnie żyjemy...” (Krzemiński, za: Hejnicka-Bezwińska, 2008, s. 34). Wpisując się w definicję studiowanej przeze mnie nauki, obiektem badań i jego przedmiotem stała się wiedza i opinie (recepja) wobec idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez młodzież (adolescentów). Swoje zainteresowanie skupiłam wokół poznania i zgromadzenia danych jej dotyczących. Stało się to celem głównym przeprowadzonych badań.

Badanie było także próbą ustalenia zależności pomiędzy kształtowaniem się poglądów dotyczących transplantacji narządów *ex mortuo* a stopniem rozumowania moralnego i fazą okresu adolescencji, w której znajdują się badani. Ważnym dla celów badań stało się dla mnie również zebranie danych o źródłach opiniotwórczych oraz przekazujących badaniom wiedzę z zakresu tematyki dawstwa i transplantacji narządów.

Badania w moich założeniach służyć mają także określonym celom praktycznym. Ważnym dla mnie jest poznanie, w jaki sposób młodzież

myśli i jak się z nią komunikować, edukować, by chciała korzystać z nowych informacji.

Poznanie bowiem czynników warunkujących skuteczność procesu propagowania idei dawstwa rozumianego jako przekazywanie informacji umożliwiających ustosunkowanie się do dawstwa narządów po śmierci i w rezultacie do podjęcia decyzji o przeznaczeniu bądź nie swoich narządów do transplantacji w przypadku śmierci może okazać się koniecznym elementem wsparcia dla pokonywania problemów, jakie niesie za sobą niedobór narządów do transplantacji *ex mortuo*.

Badania poruszają zagadnienia z zakresu pedagogiki, medycyny, prawa, psychologii i etyki. Dzięki nadaniu badaniom takiego charakteru problematykę można ukazać z wielu stron, wyniki natomiast mogą posłużyć do dalszych badań naukowcom w wielu dziedzinach nauki. Zebrane dane, w wyniku przeprowadzonych badań, mogą moim zdaniem przyczynić się do stworzenia optymalnych, dostosowanych do dojrzałości emocjonalnej i moralnej adolescentów, zasad postępowania w prowadzonych działaniach edukacyjnych z zakresu propagowania idei transplantacji narządów.

2.2. PYTANIA BADAWCZE

Realizacja wytyczonych powyżej celów przybrała formę wieloetapowego procesu, dzięki któremu doszło do poznania różnych aspektów interesującego mnie problemu. Kierunek sposobu postępowania wytyczyły sformułowane pytania badawcze. Każde kolejne pytanie „określa, czego chcemy się dowiedzieć, i w ten sposób ukierunkowuje planowanie badania” (Konarzewski, 2000, s. 47). Jak pisze K. Rubacha (2008, s. 106), „pytania badawcze leżą u podstaw badań prowadzących do opisanego lub wyjaśnienia działalności edukacyjnej, wydobywania z niej regularności i wyjątków, oceniania różnych form działalności wychowawczej czy dydaktycznej...”. Postawienie hipotezy ma „sens tylko wtedy, gdy jest ona wnioskiem istniejącej teorii” (Konarzewski, 2000, s. 18). Z tego względu w badaniach zrezygnowałam z jej formułowania, zwalniając się dzięki temu z obowiązku powtarzania tej samej myśli „tylko, że innymi słowami”. A.W. Maszke (za: Palka, 2010, s. 163) pisze natomiast, że

„w badaniach mających na celu poznanie jakiegoś stanu rzeczy lub dokonanie jego opisu wysuwanie hipotez jest zbędne. (...) Kiedy prowadzi się badania sondażowe bądź badania mające na celu poznanie opinii społecznej na określony temat, nie ma potrzeby formułowania hipotez roboczych, gdyż nie tylko, że nie sprzyjają badaniom, lecz komplikują i zaciemniają tok postępowania badawczego”.

Przedstawione w części teoretycznej refleksje wytyczyły pole moich poznawczych eksploracji na zasadnicze pytanie: **Jaka jest recepcja idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów?**

Postawiłam także osiem pytań szczegółowych, które miały za zadanie pomóc mi scharakteryzować wiedzę i opinię (recepcję) młodzieży wobec idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji oraz relacje zachodzące między kształtowaniem się recepcji a ustalonymi zmiennymi.

PYTANIE SZCZEGÓŁOWE:

P1 Czy, a jeśli tak, to w jaki sposób, wiedza badanych na temat dawstwa i transplantacji narządów jest zróżnicowana ich płcią i wiekiem?

P2 Czy, a jeśli tak, to w jaki sposób, płeć i wiek badanych różnicuje ich opinie na temat dawstwa i transplantacji narządów?

P3 Czy, a jeśli tak, to jaka jest zależność między znajomością illub akceptacją norm prawnych przez badanych a ich wiedzą na temat dawstwa i transplantacji narządów?

P4 Jaka jest zależność między znajomością illub akceptacją norm prawnych przez badanych a ich opiniami dotyczącymi dawstwa i transplantacji narządów?

P5 Jaka jest zależność między rozwojem sądów moralnym adolescentów a ich wiedzą na temat dawstwa i transplantacji narządów?

P6 Jaka jest zależność między rozwojem sądów moralnym adolescentów a ich opiniami dotyczącymi dawstwa i transplantacji narządów?

P7 Jaka jest zależność między uczestnictwem badanych w edukacji a ich wiedzą na temat dawstwa i transplantacji narządów?

P8 Jaka jest zależność między uczestnictwem badanych w edukacji a ich opiniami dotyczącymi dawstwa i transplantacji narządów?

2.3 ZMIENNE I ICH WSKAŹNIKI

Mówiąc, że „cała nauka opiera się na założeniu, że podobne zdarzenia zachodzą w podobnych okolicznościach”, Wilson wskazuje na potrzebę sformowania zmiennych – konstytutywnych cech każdego zdarzenia, które w toku prowadzenia badań ilościowych zostają poddane analizie, obserwacji i opisowi. Rubacha wskazuje, że zmienne są logicznie pogrupowanymi wartościami, które stanowią własność cechy opisywanej (Rubacha, 2008), a także przypomina, że „etap przygotowania kwestionariusza należy rozpocząć od sformułowania pytań badawczych, sporządzenia listy i definicji zmiennych. Nigdy nie można rozpocząć od układania pozycji. Trzeba bowiem wiedzieć, co mają mierzyć” (2008, s. 173).

Wobec przedstawionego tematu, problemów i celów badawczych wyróżniłam następujące zmienne:

1. Zmienne niezależne – „to zmienne ustalone, a więc takie, których rozkład wartości w zbiorze badanych ustala sam badacz” (Rubacha, 2008, s. 45).

W pracy przyjąłam następujące zmienne niezależne:

/ znajomość i akceptacja dla norm prawnych

Określenie tej zmiennej na podstawie teorii uzasadnionego działania M. Fishbeina i I. Ajzena (1975), „która zakłada, że jednostka zazwyczaj działa w sposób racjonalny, a działanie to poprzedzone jest procesami poznawczymi, w wyniku których podejmuje on pewną intencję (świadomy zamiar), by coś zrobić (np. zmienić swoje zachowanie). Jak wcześniej wspomniano, intencja podjęcia danego zachowania zależy od: postaw wobec tego zachowania, tzn. od tego, czy jednostka postrzega je jako dobre, korzystne oraz **właśnie subiektywnych przekonań normatywnych, czyli jak znaczące dla niej osoby oceniają to zachowanie, czy je akceptują, czy nie (spozrzegany nacisk społeczny, aby zachowywać się w pożądanym sposób)**” (Woynarowska, 2008, s. 116).

/ poziom rozwoju sądów moralnych

Zmienna ta rozumiana jest jako właściwość rozwoju poznawczego człowieka wpisanego w teorię rozwoju moralnego Lawrence’a Kohlberga. Wyznaczają je dwa poddane pomiarowi aspekty: (1) deskryptywny – obejmujący akceptowane sądy moralne oraz (2) ewaluatywny – dotyczący sądów preferowanych.

✓ rodzaj edukacji formalnej, pozaformalnej, nieformalnej w kontekście dawstwa i transplantacji narządów, w której uczestniczy adolescent

W literaturze odnaleźć można podział wiedzy ze względu na jej poziom. Wyróżnić można wiedzę głęboką (ang. *deep knowledge*) oraz płytką (ang. *surface knowledge*) (Ferguson-Hessler, 1996). Za wiedzę głęboką uznaje się wiedzę umożliwiającą poznanie istoty rzeczy, dotyczącą idei, koncepcji. Kojarzona jest z rozumieniem, abstrakcyjnym myśleniem, umiejętnością krytycznej oceny. Poddana strukturyzacji i zapamiętana może posłużyć do rozstrzygania dylematów czy rozwiązywania problemów. Wiedza płytka to wiedza fragmentaryczna, odtwórcza, powierzchniowa, ukazująca jedynie ogólne ramy obiektu, pozbawiona krytycznego myślenia, niepozbawionego jednak prób i błędów. Zapamiętywana najczęściej w formie informacji uzyskanych z zewnątrz (Ferguson-Hessler, 1996, s. 107).

Przy takim założeniu edukacja formalna powinna być odpowiedzialna za przekazanie wiedzy głębokiej. Wiedza płytka natomiast upatrywana być powinna w edukacji nieformalnej, gdzie proces nie jest zaplanowany – często incydentalny i przypadkowy. Edukacja pozaformalna może zostać zakwalifikowana jako podmiot przekazujący wiedzę zarówno głęboką, ponieważ możliwe są działania zaplanowane, jak i płytką, gdyż obejmuje jednak mały wycinek wiedzy, bez odwołania się do szerszego kontekstu – koncepcji, idei. Wydaje mi się zatem szczególnie istotnym poddanie badaniu właśnie tej zmiennej, by sprawdzić, czy założenia te są zasadne i czy istnieje zależność poziomu wiedzy dotyczącej idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji a udziałem w różnych formach edukacji poruszającej to zagadnienie.

2. Zmienne zależne – „to zmienne losowe, a więc takie, których rozkładu wartości w zbiorze badanych obiektów badacz nie może przewidzieć” (Rubacha, 2008, s. 45).

Zmienną zależną globalną przyjętą przeze mnie w niniejszej pracy jest recepcja idei dawstwa *ex mortuo* w zakresie:

✓ opinii dotyczących dawstwa i transplantacji narządów

Powołuję się na definicję M. Szymańskiego, który wskazuje, że „(...) określeniem «opinia» posługujemy się w odniesieniu do codziennych

niemal praktyk, polegających na mniej lub bardziej konkretnych ocenach określonych zjawisk, aspektów rzeczywistości czy też poglądów i postaw poszczególnych osób lub grup społecznych. Takie doraźne uświadamiane sobie i wypowiedane przez różne osoby opinie nakładają się na siebie. Jeśli są podobne, kumulują się, wzajemnie wzmacniają i uzupełniają. Gdy są niespójne lub przeciwstawne, mówimy o kontrowersjach, sprzecznościach wypowiedanych sądów, trudności zajęcia jednorodnego stanowiska. W sumie w wyniku stykania się różnorodnych ocen i poglądów jednostek i grup społecznych kształtuje się opinia publiczna, która – jak wiadomo – stanowi istotny czynnik kontroli i regulacji życia społecznego” (Szymański 1998, s. 47).

✓ wiedzy dotyczącej dawstwa i transplantacji narządów

Przywołane w rozdziale 1.4 rodzaje edukacji o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji skłaniają mnie do rozpatrywania badanej wiedzy pod wieloma względami. Przyjęta przeze mnie definicja wiedzy zawiera bowiem w sobie nie tylko wiedzę naukową, ale także wyobrażenia, przekonania, poglądy, zafałszowania (Ziółkowski, 1989). Wiedza adolescentów dotycząca idei dawstwa narządów *ex mortuo*, umożliwiająca poznanie istoty rzeczy, umożliwiającą krytyczną analizę, a w konsekwencji podjęcie decyzji wobec zgody lub sprzeciwu na oddanie narządów po śmierci, sklasyfikowana zostanie jako wiedza głęboka (Ferguson-Hessler, 1996). Ta natomiast cechująca się fragmentarycznością, odtwórcza, powierzchniowa, ukazująca jedynie ogólne ramy obiektu, pozbawiona krytycznego myślenia, niepozbawionego jednak prób i błędów, nieniosąca za sobą zmian w recepcji idei dawstwa narządów – za wiedzę płytką (Ferguson-Hessler, 1996). Wiedza także poddana zostanie analizie ze względu na źródło jej uzyskania (edukacja formalna, pozaformalna, nieformalna), gdyż jak zostało to już przywołane, „wiedza o świecie i życiu dostarczana przez popkulturę jest zdecydowanie bardziej atrakcyjna dla młodych ludzi niż wiedza «poważna». Występuje coraz większe uprawomocnienie form wiedzy alternatywnych wobec wiedzy akademickiej” (Dylak, za: Melosik, 2008, s. 207).

3. Zmienne pośredniczące – są to najczęściej zmienne nieobjęte planowaną kontrolą podczas przeprowadzanych badań. Zazwyczaj umożliwiają dodatkowe wyjaśnienie współzależności między zmiennymi niez-

leżnymi i zależnymi, czy też wręcz zachodzącego między nimi jednokierunkowego związku przyczynowo-skutkowego (Łobocki, 1999, s. 135).

W pracy wyodrębniłam następujące zmienne pośredniczące:

/ **wiek**

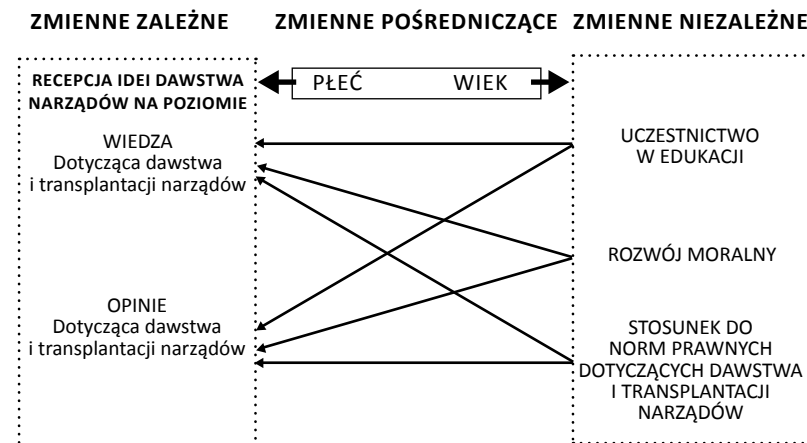
Może być on istotnym czynnikiem dla opinii na temat recepcji idei dawstwa narządów *ex mortuo*, jak i różnicowania się poziomu rozwoju sądów moralnych. Jak zostało to przytoczone w części teoretycznej, z wiekiem rozwijają się struktury poznawcze, ma miejsce przyrost wiedzy, który wyznacza zarówno jakość wyjaśniania, jak i sposoby rozumowania. Decyzje stają się bardziej złożone i dojrzałe.

/ **pleć**

Wzięcie przeze mnie pod uwagę zmiennej, jaką jest pleć (w tych badaniach rozumiana w kontekście biologicznym, jako różnice płciowe między kobietą a mężczyzną), wydaje się istotne ze względu na teoretyczne przesłanki dotyczące teorii rozwoju sądów moralnych L. Kohlberga. Może także być czynnikiem różnicującym spostrzeganie idei dawstwa narządów, a w konsekwencji proces decyzji wobec tej idei. Pragnę przypomnieć, że wyniki badań dotyczących różnic kobiet i mężczyzn pod względem płci wskazują zarówno na podobieństwa, jak i różnice między nimi. D.G. Myers (2003) przywołując wyniki badań dotyczących płci, wskazuje, że to pleć damska przejawia z reguły mniejszą agresję na rzecz zwiększonej wrażliwości i opiekuńczości i empatii. To kobiety przywiązują większą wagę do relacji społecznych, częściej też angażują się w działania dobroczynne. Kobiety częściej niż mężczyźni dzielą się swoimi przeżyciami, co może wskazywać, że częściej podejmują rozmowę z rodziną dotyczącą dawstwa narządów do przeszczepu po śmierci.

Przedstawione zmienne można pokazać za pomocą schematu prezentowanego na sąsiedniej stronie.

Do wyłonienia wskaźników w badaniach posłużyłam się także definicją przytoczoną przez Pilcha i Baumana (2001, s. 53, za: Nowak, 1970), która za wskaźnik uznaje „cechę, zdarzenie lub zjawisko, na podstawie zajścia którego wnioskujemy z pewnością, bądź z określonym prawdopodobieństwem, bądź wreszcie z prawdopodobieństwem wyższym od przeciętnego, że zachodzi zjawisko, które nas interesuje”. Rubacha natomiast stwierdza, że „wskaźnikiem pomiaru zmiennej będzie odpowiedź,



Ryc. 8.

Model badań z podziałem na zmienne

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE

którą badany wybierze spośród przedstawionych mu wariantów. Te warianty z kolei muszą się przekładać na wartości, które zmienna może przyjmować” (Rubacha, 2008, s. 173).

W takim rozumieniu wyróżniłam następujące wskaźniki i kategorie zmiennej zależnej:

- odpowiedzi badanych udzielone w autorskim kwestionariuszu ankiety dotyczącym wiedzy o dawstwie narządów *ex mortuo* oraz jej źródeł:
 - / poziom wysoki
 - / poziom średni
 - / poziom niski (brak wiedzy).
- odpowiedzi badanych udzielone w autorskim kwestionariuszu ankiety dotyczącym opinii wobec dawstwa narządów *ex mortuo* oraz ich źródeł:
 - / akceptujące
 - / odrzucające
 - / ambiwalentne.
- odpowiedzi badanych udzielone w autorskim kwestionariuszu ankiety dotyczącym znajomości prawa transplantacyjnego:
 - / poziom wysoki
 - / poziom średni
 - / poziom niski.

– odpowiedzi badanych udzielone w teście wyboru – kwestionariuszu autorstwa R. Lepperta, A. Splitta i J. Trempały (1989):

Kategoriami odpowiedzi stały się poziomy rozwoju akceptowanych sądów moralnych wyrażonych poprzez oceny wyrażające zgodność osoby badanej z treścią stwierdzenia szacowanego na skali typu likertowskiego oraz poziom rozwojowy preferowanych sądów moralnych określony według danych dotyczących wielości rang przydzielonych wybranym przez podmiot stwierdzeniom. Poziomy zgodnie z koncepcją L. Kohlberga określiłam na trzech stopniach:

- / przedkonwencjonalnym
- / konwencjonalnym
- / pokonwencjonalnym.

Wskaźniki, za Rubachą (2008, s. 58) określiłam jako inferencyjne, gdyż „zjawisko wskazywane jest nieobserwowalne, lecz posiada obserwowalne następstwa”.

Poniżej przedstawiam kategorie zmiennych wartości, które przyjmuje zmienna niezależna:

1. Uczestnictwo w edukacji dotyczącej idei dawstwa i transplantacji narządów

Rodzaj przyjętej edukacji:

- / formalna
- / pozaformalna
- / nieformalna.

Ze względu na uczestnictwo respondentów w II etapach kształcenia, w edukacji formalnej wyróżniłam także etap kształcenia oraz rodzaj szkoły, do której uczęszczali adolescenti:

Etap kształcenia w edukacji formalnej:

- / III etap kształcenia (szkoła gimnazjalna)
- / IV etap kształcenia (szkoła ponadgimnazjalna).

Rodzaj szkoły:

- / gimnazjum
- / technikum
- / zasadnicza szkoła zawodowa
- / liceum.

Tabela 5.

Poziomy i stadia rozwoju rozumowania moralnego

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE NA PODSTAWIE M. STACHOWICZ – PIOSTROWSKA (2015, S. 67–68), ZA: J. TREMPAŁA, (1992, S. 46–47) I R. VASTA, M.M. HAITH, S.A. MILLER (2004, S. 538)

POZIOMY I STADIA ROZWOJU ROZUMOWANIA MORALNEGO W KONCEPCJI L. KOHLBERGA		CHARAKTERYSTYKA STADIÓW MORALNYCH
POZIOM I – PRZEDKONWENCjonalNY	Stadium 1. Egocentryczny punkt widzenia Podmiot uzasadnia sądy z punktu widzenia strachu przed karą.	Oceny moralne są kategorięczne i uwzględniają głównie fizyczne i obiektywne cechy sytuacji. O moralności stanowią tylko osoby obdarzone autorytetem, tworząc reguły, których należy przestrzegać.
	Stadium 2. Konkretny indywidualistyczny punkt widzenia Podmiot uzasadnia sądy z punktu widzenia nagród i przewidywanych korzyści osobistych.	Zachowanie moralne jest spozstrzegane jako wartościowe, jeśli służy własnym interesom jednostki. Społeczne interakcje są traktowane jako transakcje i umowy dające konkretne korzyści. Dzieci przestrzegają reguły i współpracują z rówieśnikami, mając na uwadze to, co otrzymują w zamian.
POZIOM II – KONWENCjonalNY	Stadium 3. Perspektywa osoby pozostającej w związkach z innymi osobami Podmiot uzasadnia sądy z punktu widzenia przewidywanego braku aprobaty ze strony innych na podstawie wyobrażeń o „znaczących” i „grzecznych” osobach.	Podstawą jest konformizm – zachowanie właściwe to takie, które większość ludzi uważa za właściwe. Relacje interpersonalne opierają się na zasadzie „rób to, co inni”.
	Stadium 4. Społeczny punkt widzenia Podmiot uzasadnia sądy z punktu widzenia uznanych autorytetów, obowiązujących norm i pełnionych ról społecznych.	Moralność opiera się na ścisłym przestrzeganiu praw i wywiązywaniu się z obowiązków. Zasady obowiązują każdego w takim samym stopniu i są równe dla wszystkich. Uważa się je za najlepszy środek rozwiązywania konfliktów interpersonalnych.
POZIOM III – POKONWENCjonalNY	Stadium 5. Perspektywa praw jednostki jako podstawy społecznego punktu widzenia Podmiot uzasadnia sądy z punktu widzenia ogólnych norm, które są uznane i zweryfikowane przez ogół członków społeczeństwa przy uwzględnieniu relatywnej wartości osobistych opinii jednostki.	Moralność opiera się na obronie indywidualnych praw człowieka. Nacisk kładzie się na utrzymanie systemu społecznego, który zapewni tę obronę. Zachowanie oceniane jest jako złe, jeśli szkodzi społeczności, nawet jeśli jest legalne.
	Stadium 6. Perspektywa uniwersalnego punktu widzenia Podmiot uzasadnia sądy z punktu widzenia ustalonych i uogólnionych przez siebie zasad etycznych.	Przyjmuje się istnienie uniwersalnych zasad moralnych, takich jak: sprawiedliwość, poszanowanie godności człowieka, znajdujących się poza prawem. Życie ludzkie uznaje się za wartość najwyższą.

2. Rozwój sądów moralnych

Pozmiary tej wartości ustaliłam, przyjmując trzy poziomy rozwoju rozumowania moralnego (za teorią L. Kohlberga). Szczegółowo scharakteryzowałam je w tabeli na poprzedniej stronie.

3. Kolejnym pomiarem jest **znajomość i akceptacja norm prawnych**

a) Dotyczących poziomu wiedzy o przepisach prawnych z zakresu prawa transplantacyjnego:

- / poziom wysoki
- / poziom średni
- / poziom niski.

b) Dotyczących stosunku do obowiązujących w kraju norm prawnych z zakresu prawa transplantacyjnego:

- / akceptacja
- / odrzucenie
- / stosunek ambiwalentny.

Sposób wyodrębnienia poszczególnych kategorii wskaźników zmiennych zależnych i niezależnych przedstawiam w rozdziale 2.4.

2.4. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE

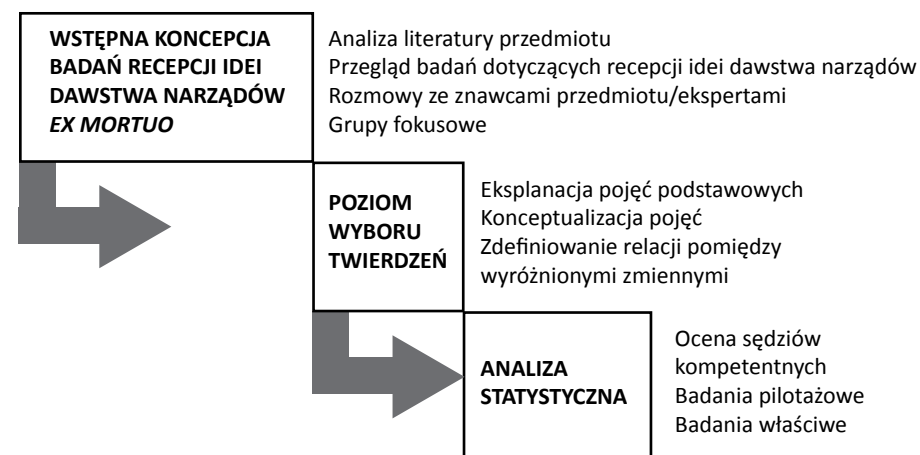
Wszystkie wykorzystane przeze mnie narzędzia miały formę ankiety, a więc zbiór zgromadzonych danych będzie cechował się matematycznym ujęciem – będą to dane ilościowe.

Do zbierania danych uzyskanych w wyniku zastosowanej metody i techniki posłużyły mi następujące narzędzia:

1. autorski kwestionariusz ankiety dotyczący wiedzy o dawstwie narządów *ex mortuo* oraz jej źródeł;
2. autorski kwestionariusz ankiety dotyczący opinii wobec dawstwa narządów *ex mortuo* oraz ich źródeł;
3. autorski kwestionariusz ankiety dotyczący znajomości i akceptacji prawa transplantacyjnego;

4. test wyboru – zapożyczony kwestionariusz autorstwa R. Lepperta, A. Splitta i J. Trempały (1989), umożliwiający określenie poziomu zaawansowania w rozwoju poznawczym, ujawnianym poprzez formułowane sądy moralne.

Trzy narzędzia badawcze były narzędziami autorskimi, jedno zapożyczonym. Poniżej przedstawiam wykres ukazujący etapy ich konstruowania.



Ryc. 9.

Etapy konstruowania narzędzi badawczych

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE NA PODSTAWIE R. SIGVA, SKALA POSTAW TWÓRCZYCH VERSUS ODTWÓRCZYCH, MINISTERSTWO EDUKACJI NARODOWEJ, KRAKÓW 2011

O pomoc w konstruowaniu ankiety dotyczącej wiedzy adolescentów na temat transplantacji *ex mortuo* poprosiłam sędziów kompetentnych. W skład zespołu weszło trzech lekarzy różnych specjalizacji oraz pielęgniarka, którzy biorą czynny udział w procedurze pobierania narządów do przeszczepów, a także nauczyciel biologii z zespołu szkół (gimnazjum oraz liceum). Zespół sędziów kompetentnych to:

- / lekarz anestezjolog
- / lekarz neurolog
- / lekarz nefrolog (będący w zespole orzekającym śmierć mózgową)
- / pielęgniarka
- / nauczyciel biologii.

Zwróciłam się z prośbą do sędziów kompetentnych o wskazanie tych obszarów wiedzy z zakresu transplantacji *ex mortuo*, które powinny być znane osobom w wieku adolescencji. Sędziowie wskazali następujące zagadnienia:

- / transplantacja i jej cel
- / definicja śmierci mózkowej i kryteria jej orzekania
- / rodzaje narządów, które można przeszczepiać
- / przeciwwskazania do wykonywania przeszczepów
- / oświadczenie woli oraz zasady zgody domniemanej
- / czas, w jakim narządy mogą zostać przeszczepione.

Na podstawie zagadnień wskazanych przez sędziów skonstruowałam ankietę, po czym ponownie przedstawiłam ją sędziom kompetentnym, w celu jej weryfikacji. Poprawki naniesione przez sędziów uwzględniłam w ostatecznej wersji narzędzia badawczego.

Trzecie narzędzie autorskie, dotyczące znajomości i akceptacji prawa transplantacyjnego, zostało skonstruowane przeze mnie w podobny sposób. Sędzią kompetentnym był prawnik znający prawo transplantacyjne, który zweryfikował poprawność konstruowanych przeze mnie pytań.

Po wprowadzeniu zmian w kwestionariuszu narzędzia poddałam je pre-pilotażowi. Przeprowadziłam go na przełomie lutego i marca 2015 r. Baterię ankiet przekazałam w wersji papierowej uczniowi gimnazjum (w wieku 15 lat – zatem znajdującemu się w okresie wczesnej adolescencji) oraz uczniowi liceum (17 r.ż. – w okresie późnej adolescencji). Obaj uczniowie wypełnili całkowicie wszystkie narzędzia. Uczniowi liceum zajęło to, według jego deklaracji, 40 minut. Uczeń gimnazjum nie pamiętał, jak długo wypełniał kwestionariusz. Miał on natomiast uwagę dotyczącą kwestii merytorycznej – napisał, że nie wie, co oznacza słowo *ex mortuo* stosowane wielokrotnie w narzędziu. Uzupełniłam kwestionariusze o definicję tego sformułowania.

Postanowiłam także przeprowadzić pilotaż w zespole klasowym. Dobór respondentów do pilotażu był celowy, poprosiłam bowiem o zgodę dyrekcję placówek, z którymi wcześniej już współpracowałam. 17 marca 2015 r. przeprowadziłam badania pilotażowe w Zespole Placówek Oświatowych w Tucznie. Wzięło w nich udział 21 uczniów z klasy I gimnazjum. 20 marca odbyło się natomiast badanie wśród 22-osobowej klasy maturalnej uczniów VI Liceum Ogólnokształcącego w Bydgoszczy. Badanie pilotażowe miało na celu wyeliminowanie błędów w konstrukcji twierdzeń, dzięki czemu poprawiła się jakość badania właściwego, a także sprawdzenie trafności diagnostycznej (przeprowadzonej za pomocą metody sędziów kompetentnych) i określenie optymalnego czasu na wypełnienie kwestionariuszy.

Przed przystąpieniem do badań respondenci (zarówno w gimnazjum, jak i w szkole ponadgimnazjalnej) mieli możliwość zapoznania się z informacją dla uczestników, zawierającą między innymi charakterystykę badań, ich cel oraz sposób wykorzystania uzyskanych wyników (pilotaż badań).

Respondenci poproszeni zostali o wypełnienie wszystkich kwestionariuszy (także narzędzia zapożyczonego), a następnie o podanie uwag zarówno co do budowy kwestionariuszy autorskich, jak i ich zawartości merytorycznej (zrozumiałości zamieszczonych sformułowań oraz poleceń). Kwestionariusze w zespole klasowym uczniów gimnazjum przekazałam i odebrałam od respondentów osobiście, natomiast w liceum pilotaż został przeprowadzony przez zaprzyjaźnionego badacza (doktorantkę pedagogiki, która została poinstruowana o sposobie jego przeprowadzenia). Taki krok podyktowany był przypuszczeniem, iż ten sposób można zastosować także w badaniach właściwych ze względu na dużą liczebność grupy badawczej. Jak się później okazało, tak rzeczywiście się stało.

Po zebraniu baterii ankiet rozpoczęłam analizę zawartych tam danych i informacji zwrotnych, mającą na celu przystosowanie narzędzia do przeprowadzenia badań właściwych.

Ostateczną wersję autorskich ankiet ustaliłam po dogłębnej analizie krytycznej wyników badania pilotażowego: pre- i pilotażu. Okazało się, że w klasie gimnazjalnej wielokrotnie pojawiły się głosy wskazujące na brak wiedzy, co kryje się pod pojęciem „oświadczenie woli”. Dzięki tej uwadze wzbogaciłam ostateczną wersję o wyjaśnienie definicyjne tego pojęcia. Za sugestią uczniów zmieniłam także czcionkę w całej bate-

rii narzędzia, co w efekcie zmniejszyło objętość kwestionariuszy, nie wpływając jednak na ich czytelność. Przeformowałam również polecenia w dwóch pytaniach (nr 8 w ankiecie dotyczącej wiedzy oraz nr 6 w ankiecie dotyczącej opinii), które zostały błędnie wypełnione przez 2 respondentów z gimnazjum oraz 8 uczniów z liceum. Gimnazjaliści wypełniali narzędzia podczas dwóch jednostek dydaktycznych, natomiast uczniowie liceum w trakcie jednej.

Poniżej zamieściłam szczegółowy opis każdego z trzech autorskich narzędzi oraz jednego zapożyczonego, całą baterię ankiet umieściłam natomiast na końcu pracy (ANEKS A). Narzędzia te spełniły warunki obiektywności, trafności oraz rzetelności. „Stopień obiektywności danego instrumentu pomiarowego wyraża, w jakim stopniu wyniki są niezależne od osoby go stosującej. (...) rzetelność oznacza stopień zgodności powtarzanych na tym samym przedmiocie pomiarów... (...) kryterium trafności opisuje korespondowanie wyników pomiaru z badanym teoretycznym stanem rzeczy” (Krüger, 2007, s. 176).

1. Autorski kwestionariusz ankiety dotyczący wiedzy wobec dawstwa narządów *ex mortuo* oraz jej źródeł

Za pośrednictwem tego autorskiego kwestionariusza ankiety postanowiłam uzyskać dane dotyczące wiedzy respondentów z zakresu dawstwa narządów *ex mortuo*. Zgodnie z zaleceniami sędziów kompetentnych twierdzenia skonstruowałam tak, by sprawdzać wiedzę z zakresu dawstwa i transplantacji narządów, definicji śmierci mózgowej oraz wiedzę o oświadczeniu woli i koncepcji zgody domniemanej.

Kwestionariusz składa się z puli ośmiu pytań. W większości pytań ankietowani mieli do dyspozycji pytania z tzw. kafeterią zamkniętą (Pilch, 1977, s. 142) (zad. nr 2, 4, 6, 7.), pojedyncze pytania zawierały kafeterię półotwartą (zad. nr 3, 5, 8), gdzie respondenci mieli możliwość wpisania innej niż proponowana w narzędziu odpowiedzi oraz kafeterię koniunktywną, pozwalającą na wybranie kilku możliwych odpowiedzi (zad. nr 1, 5, 8).

W kwestionariuszu zamieściłam pytania dotyczące źródeł pozyskiwania wiedzy o wyżej wymienionych zagadnieniach (pyt. 8) oraz uczestnictwie w różnych formach edukacji, dzięki czemu założyłam, że uzyskam wiedzę, skąd młodzież czerpie informacje dotyczące idei dawstwa i prze-

szczepiania narządów (pyt. nr 2, 3 oraz 6). Zamieściłam także pytania odnośnie do podjęcia decyzji o zgodzie lub sprzeciwie wobec oddania własnych narządów po śmierci oraz subiektywnej oceny wpływu wiedzy posiadanej z tego zakresu na podjęcie własnej decyzji (pyt. nr 4, 5).

Aby uzyskać dane o poziomie wiedzy uczniów (czy jest wysoka, średnia czy niska), umieściłam w ankiecie dziesięć twierdzeń (pyt. nr 1), do których respondent miał się ustosunkować, zaznaczając jedną z dwóch możliwych odpowiedzi – „prawda” lub „fałsz”.

Twierdzenia fałszywe znajdują się w podpunktach:

- 1.1. Każda osoba, która znajdzie się na Krajowej Liście Oczekujących, otrzymuje nowy narząd.
- 1.2. Lekarz przebywający na miejscu wypadku może stwierdzić śmierć mózgową (mózgu), która umożliwia wszczęcie procedury do pobrania narządów do przeszczepu.
- 1.3. Posiadanie tatuażu na ciele wyklucza możliwość oddania narządów po śmierci do przeszczepu, ponieważ w trakcie jego robienia mogło dojść do zakażenia wirusami (np. HCV, HIV, HBS).
- 1.6. W Polsce najczęściej przeszczepów dokonuje się od żywych dawców.
- 1.7. Podpisanie oświadczenia woli (informacji o chęci oddania narządów po śmierci wypisanej na formularzu za życia przez zmarłego) sprawia, że złożony wcześniej sprzeciw w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów traci ważność.
- 1.11. Narządy, które nie zostaną przeszczepione w ciągu godziny po pobraniu ze zwłok, obumierają.

Dane zebrane za pomocą tego narzędzia miały umożliwić mi uzyskanie danych dotyczących:

1. Poziomu wiedzy respondentów dotyczącej dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo*:
 - / wiedza na poziomie wysokim
 - / wiedza na poziomie średnim
 - / wiedza na poziomie niskim.

Założyłam, że procedura określenia poziomów będzie polegać na zebraniu wyników surowych, które następnie zamienię na punkty oraz umieszczę na skali stenowej. Będę umieszczać je w trzech przedziałach.

Te umieszczone w 12–9 stenie będą traktować jako wysokie, w 8–5 stenie za średnie, a w 4–0 stenie za niskie.

2. Rodzajów edukacji szerzących ideę dawstwa i transplantacji narządów:

- / formalna
- / pozaformalna
- / nieformalna.

Na podstawie analizy literatury oraz badań dotyczących tego zagadnienia stwierdziłam, że może być to uczestnictwo w jednej lub w każdej z form edukacji. Dodatkowo w trakcie analiz wyróżniłam w edukacji formalnej etapy kształcenia oraz typ szkół, do których uczęszczają badani.

W pytaniu 7. poprosiłam o próbę oceny własnej wiedzy dotyczącej aspektów dawstwa narządów do transplantacji po śmierci i wybranie jednej z czterech możliwych odpowiedzi (od deklaracji wiedzy na wysokim poziomie, po deklarację braku wiedzy na ten temat).

2. Autorski kwestionariusz ankiety dotyczący opinii wobec dawstwa narządów *ex mortuo* oraz ich źródeł

Do zdobycia danych dotyczących opinii w tym aspekcie skonstruowałam autorski kwestionariusz ankiety składający się z puli siedmiu pytań.

W pięciu pytaniach ankietowani mieli do dyspozycji pytania z kafeterią półotwartą, w których mogli wpisać inną niż proponowana w narzędziu odpowiedź (pyt. nr 2, 3, 4, 5, 7). Ponownie zastosowałam kafeterię koniunktywną, umożliwiając wybranie kilku możliwych odpowiedzi (pyt. nr 1, 7).

Pierwsze pytanie skonstruowałam na zasadzie przedstawienia respondentom dziesięciu stwierdzeń dotyczących dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo*. Poprosiłam ich następnie o udzielenie odpowiedzi na każde z twierdzeń przez wskazanie jednej z pięciu możliwości (na podstawie skali Likerta), gdzie: 1 to „zdecydowanie nie zgadzam się”, 2 to „raczej się nie zgadzam”, 3 to „nie mam zdania”, 4 to „raczej się zgadzam”, 5 to „zdecydowanie się zgadzam”. Dane zebrane za pomocą twierdzeń miały umożliwić mi uzyskanie danych dotyczących opinii adolescentów o dawstwie i transplantacji narządów. Wyróżniłam trzy przedziały, w których opinie te klasyfikowałam po zebraniu danych:

- / opinie akceptujące

/ opinie odrzucające

/ opinie ambiwalentne.

Kolejne pytania w kwestionariuszu dotyczyły określenia miejsca zetknięcia się z informacjami o idei dawstwa, możliwością zetknięcia się przez adolescenta ze sprzecznymi informacjami o transplantacji oraz zmianą opinii wobec idei dawstwa do transplantacji i powodu/przyczyny tej zmiany, o ile miała miejsce. W pytaniu piątym zadałam adolescentom pytanie, czy ich zdaniem temat idei dawstwa narządów po śmierci do transplantacji powinien być przedmiotem rozmów, zajęć dedykowanych osobom w ich wieku.

Do kwestionariusza postanowiłam wprowadzić jedno pytanie otwarte (pyt. nr 6), dzięki któremu mogłam uzyskać informacje, czy respondent jest „za” czy „przeciw” oddaniu swoich narządów po śmierci oraz poznać indywidualne uzasadnienie. Jest to o tyle istotne dla badania, że zamieszczone twierdzenia (skonstruowane przez badacza) mogą nie wyczerpywać puli powodów podjęcia przez respondenta pozytywnej lub negatywnej decyzji odnośnie do oddania swoich narządów po śmierci do przeszczepu oraz samej idei dawstwa narządów. Ostatnie pytanie w tej części narzędzia dotyczyło źródeł wpływających na wiedzę i opinię o dawstwie narządów. Poprosiłam w nim respondentów o wskazanie pięciu najważniejszych źródeł, za pośrednictwem których wiedza ta powinna być, ich zdaniem, przekazywana.

3. Autorski kwestionariusz ankiety dotyczący znajomości i akceptacji prawa transplantacyjnego

Skonstruowanie i wykorzystanie tego kwestionariusza w badaniach miało na celu zdobycie przede mną danych dotyczących znajomości i akceptacji przez badanych prawa dotyczącego dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo* ze szczególnym uwzględnieniem przepisów zawartych w Ustawie transplantacyjnej. Założyłam, że u adolescentów może wystąpić akceptacja lub odrzucenie norm prawnych obowiązujących w polskim prawie transplantacyjnym. Odrzucenie może wynikać, z jednej strony, z nieznaności prawa transplantacyjnego, z drugiej – z uznania obowiązujących norm za błędne lub niekorzystne.

Kwestionariusz składa się z dwóch zadań. W pierwszym umieściłam pulę sześciu twierdzeń odnoszących się do prawnych aspektów dawstwa

i transplantacji narządów obowiązujących w Polsce. Skala, na której respondent może ustosunkować się wobec każdego ze stwierdzeń, składa się z pięciu możliwych odpowiedzi – od zdecydowanej zgody, przez zgodę, brak zdania, brak zgody oraz zdecydowany brak zgody. Dzięki takim odpowiedziom w kafeterii założyłam, iż możliwe stanie się poznanie poziomu akceptacji respondenta wobec poszczególnych elementów prawa transplantacyjnego. „Brak zdania”, jako środkowa pozycja, stworzyłam dla tych respondentów, którzy nie byli w stanie określić swojej akceptacji bądź dezaprobaty wobec tych norm prawnych.

Kolejne zadanie zostało skonstruowane przeze mnie tak, by umożliwić uzyskanie odpowiedzi, czy respondenci znają normy prawne dotyczące dawstwa i transplantacji narządów. Aby uzyskać dane o poziomie znajomości norm prawnych, zamieściłam w ankiecie sześć stwierdzeń, do których respondent miał za zadanie ustosunkować się, zaznaczając jedną z dwóch możliwych odpowiedzi – „prawda” lub „fałsz”. Dwa stwierdzenia z sześciu były fałszywe (stwierdzenie 2.1., 2.3.).

Dzięki tak skonstruowanym narzędziom zaplanowałam otrzymanie danych ukazujących znajomość przez respondentów norm prawnych z zakresu prawa transplantacyjnego.

Na stronie obok przedstawiam podział twierdzeń ze względu na to, co mają za zadanie zmierzyć – stopień znajomości norm prawnych lub poziom ich akceptacji.

Skonstruowanie autorskiego narzędzia odbyło się na podstawie Kwestionariusza Postaw Wobec Prawa (Żylicz, Bednarczyk, 1997). Otrzymałam zgodę na wykorzystanie kwestionariusza od jego autora. Kwestionariusz, na którym wzorowałam się przy konstruowaniu narzędzia autorskiego, składa się z puli pytań odnoszących się do postaw wobec prawa i moralności. Wyróżnić w nim można cztery podskale: 1. Społeczne znaczenie prawa; 2. Poczucia winy i wstydu; 3. Indywidualne znaczenie prawa; 4. Prawo vs Moralność. Ostatnia podskala stała się dla mnie inspiracją do skonstruowania twierdzeń w autorskim kwestionariuszu, bowiem to podskala, „dla której wysokie wyniki świadczą o przeciwnym stawianiu prawa i moralności, przekonaniu, że prawo ma charakter głównie represyjny (związany z legitymizacją władzy jednych nad innymi) oraz braku wiary w skuteczność prawa jako środka, który służy uczestnikom życia społecznego” (Żylicz, 2012, s. 38–39).

Tabela 6.

Podział twierdzeń zamieszczonych w narzędziu badawczym ze względu na stwierdzenia dotyczące wiedzy o normach prawnych oraz akceptacji tych norm

ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE

STWIERDZENIA DOTYCZĄCE ZNAJOMOŚCI NORM PRAWNYCH	STWIERDZENIA DOTYCZĄCE AKCEPTACJI NORM PRAWNYCH
Oświadczenie woli (czyli formularz dotyczący oddania własnych narządów po śmierci poświadczony podpisem właściciela) ma moc prawną. STWIERDZENIE FAŁSZYWE	Polskie prawo powinno stać na straży godnego traktowania ludzkiego ciała i zapobiegać jego uprzedmiotowieniu po śmierci człowieka.
Każda osoba zmarła może być za życia i po śmierci uważana za potencjalnego dawcę tkanek i narządów, jeśli za życia nie wyraziła sprzeciwu.	Należy przestrzegać zapisów prawa transplantacyjnego dotyczącego pobrania narządów ze zwłok ludzkich, nawet gdy nie są one zgodne z wyznawanymi przez nas przekonaniem.
Sprzeciw na oddanie własnych narządów po śmierci ma moc prawną tylko wtedy, gdy zostanie złożony listownie lub osobiście w Centralnym Rejestrze Sprzeciwu. STWIERDZENIE FAŁSZYWE	Lekarze powinni bezwzględnie stosować się do procedur wskazanych w prawie transplantacyjnym.
Pobranie komórek, tkanek lub narządów do transplantacji jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) w wyniku dochowania ściśle określonej procedury prawno-medycznej.	Każdy obywatel w Polsce powinien znać obowiązujące prawo w zakresie dawstwa narządów do transplantacji po śmierci.
Jedną z możliwości wyrażenia pełnoprawnego sprzeciwu wobec oddania swoich narządów po śmierci do transplantacji jest ustne oświadczenie złożone w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzone.	Jeśli rodzina nie zgadza się na oddanie narządów zmarłego członka rodziny, lekarz powinien kierować się przepisami prawa (Ustawą transplantacyjną) i mimo to pobrać narządy.
Sprzeciw wobec oddania narządów po śmierci do transplantacji może być cofnięty w każdym czasie.	Przepisy regulujące pobieranie i transplantację narządów po śmierci powinny być jednakowe we wszystkich państwach Unii Europejskiej.

Do tej części narzędzia dołączyłam metryczkę, która zawierała pytania o wiek, płeć oraz szkołę, do której respondent uczęszcza.

4. Test wyboru (R. Leppert, A. Splitt, J. Trempała, 1989)

Poziom rozwoju sądów moralnych w grupie badanych adolescentów został przeze mnie zbadany za pomocą zapożyczonego narzędzia – Testu Wyboru autorstwa R. Lepperta, A. Splitta i J. Trempały (1989). Konstrukcja testu oparta jest na DIT J. Resty. Zgodnie z teorią L. Kohlberga, każde kolejne stadium rozwoju sądów moralnych ma swoje odbicie w kolejnym stwierdzeniu zawartym w dylemacie. J. Rest zakładał, że wyższy poziom rozwoju moralnego jednostki może zostać określony na podstawie wyborów stwierdzeń z coraz wyższego poziomu. Autorzy narzędzia uwzględnili uwagi J. Resty, które zredagował na podstawie badań własnych, i zminimalizowali je do jednego dylematu moralnego – „Heinza”. Dylemat ten stosunkowo szybko uaktywnia najbardziej zaawansowane rozwojowo formy rozumowania moralnego (Stachowicz-Piotrowska, 2015).

Dylemat Heinza jest jednym z hipotetycznych dylematów moralnych, opracowanym przez Kohlberga, służącym do określenia poziomu rozwoju rozumowania moralnego. Przywołując definicję dylematu moralnego według Sinnott-Armstronga, jest to „sytuacja konfliktu dwóch moralnych wymagań, z których żadne nie przewyższa drugiego w sposób moralnie relevantny” (Rzymska, s. 13).

Dylemat Heinza to historia, w której postawione są w opozycji różne wartości, a wybranie jednej z nich wymaga naruszenia drugiej (m.in. prawo do ochrony cudzej wartości, poszanowanie godności ludzkiego istnienia, życie jako wartość, prawa porządkujące współzycie społeczne, śmierć). Dochodzi do starcia z normami prawnymi, które zakazują kradzieży. Wydanie oceny moralnej oraz uzasadnienie jej przez osobę badaną daje informacje o „zakresie motywów działania moralnego, o przyjętej koncepcji dobra i zła i o podstawie respektowania autorytetu, domagającego się działań zgodnych z normami moralnymi” (Rzymska, 2003, s. 51).

Dylemat Heinza przedstawia historię mężczyzny, którego żona jest ciężko chora na raka. Dowiaduje się od lekarza, że istnieje lekarstwo, produkowane na bazie radu, które może uratować jej życie. Aptekarz, który jest twórcą lekarstwa, żąda za nie 10-krotnej wartości podstawowego skład-

nika – pierwiastka radu. Heinz stara się pożyczyć całą kwotę na zakup medykamentu, jednak udaje mu się zebrać tylko połowę. Prosi aptekarza o odstąpienie specyfiku za tę sumę lub możliwość późniejszej zapłaty. Ten odmawia, argumentując to odkryciem leku i chęcią wzbogacenia się na nim. Zrozpaczony mąż włamuje się do sklepu i kradnie lekarstwo.

Zgodnie z założeniami autorów narzędzia, badany, po przeczytaniu historii Heinza, proszony jest o zapoznanie się z czternastoma stwierdzeniami będącymi przykładowymi odpowiedziami popierającymi bądź przeciwstawiającymi się decyzji bohatera. „Dwanaście z tych stwierdzeń różni się między sobą:

✓ strukturą, ze względu na dominującą perspektywę rozumowania moralnego zgodnie z koncepcją sześciu stadiów L. Kohlberga,
✓ treścią, ze względu na kierunek sądu wyrażającego aprobatę lub dezaprobatę czynu.

Kombinacja tych kryteriów daje listę dwunastu stwierdzeń moralnych (6 stadiów x 2 kierunki = 12). Do owej listy dołączone są dwa stwierdzenia kontrolne (aprobujące i dezaprobuujące) w swej strukturze złożone językowo, lecz nieologicznie” (Splawska, 2008, s. 109).

Badany proszony jest o zaznaczenie na skali swojej opinii dla każdej z odpowiedzi. Ma możliwość zaznaczenia, że każde z czternastu stwierdzeń „bardzo mu nie odpowiada”, „nie odpowiada mu”, „jest obojętne”, „odpowiada” bądź „bardzo odpowiada”. Następnie proszony jest o wybranie i uporządkowanie czterech wypowiedzi, które prawdopodobnie sam wybrałby w odpowiedzi na pytanie o to, czy Heinz powinien ukraść lekarstwo, i uszeregowanie stwierdzenia w kolejności od 1 do 4.

Zastosowanie tego narzędzia w moim badaniu ma na celu uzyskanie danych dotyczących poziomu rozwoju rozumowania moralnego, który osiągnęli badani adolescenty z uściśleniem do jednego z konkretnych stadiów:

Poziom I – przedkonwencjonalny,

✓ stadium 1 – orientacja posłuszeństwa i kary,

✓ stadium 2 – orientacja naiwnie egoistyczna (relatywizm moralny),

Poziom II – konwencjonalny:

✓ stadium 3 – orientacja „dobrego chłopca/dziewczyny”,

✓ stadium 4 – orientacja prawa i porządku,

Poziom III – pokonwencjonalny:

/ stadium 5 – orientacja umowy społecznej i legalizmu,

/ stadium 6 – orientacja uniwersalnych zasad sumienia.

W zależności od stadium, w którym znajdują się respondenci (młodzież), ich proces decyzyjny oraz recepcja idei dawstwa narządów może się różnić od siebie.

Test Wyboru został przeze mnie tak wykorzystany, jak zaprojektowali to jego autorzy (1989) – w formie gotowego do indywidualnego wypełnienia kwestionariusza (Stachowicz-Piotrowska, 2015). Zamieściłam go na końcu pracy (ANEKS A).

2.5. METODY STATYSTYCZNE ANALIZY DANYCH

Do analizy materiału badawczego wykorzystałam metody statystyczne – statystykę opisową oraz wnioskowanie statystyczne, jak bowiem twierdzi T. Pilch (1977, s. 93): „w środowiskowych badaniach pedagogicznych statystyka służy do liczbowego wyrażania zależności między zjawiskami, stopnia natężenia pewnych tendencji, wielkości badanych cech i innych pojęć charakteryzujących badaną zbiorowość lub zjawisko”.

Procedura badawcza przebiegła następująco. Początkowo kwestionariusze zostały przeze mnie zakodowane i opracowane za pomocą dwóch programów – programu statystycznego SPSS 21 oraz programu STATISTICA 8.

Ustaliłam rozkłady częstości odpowiedzi dla poszczególnych pytań, kolejno dla całej populacji, następnie dla kolejnych podgrup wyróżnionych na podstawie zmiennych ubocznych. Dla zweryfikowania zakładanych związków oraz biorąc pod uwagę rodzaje skal, w poszczególnych pytaniach zastosowałam odpowiednie testy statystyczne:

/ Dla zmiennych mierzonych na poziomie przedziałowym: test t-Studenta dla zmiennych niezależnych.

/ Dla zmiennych mierzonych na poziomie nominalnym: test chi2.

/ Dla zmierzania zmiennych post hoc: Test Scheffego.

/ Analizę wariancji ANOVA.

Dane uzyskane za pomocą Testu Wyboru pozwoliły mi natomiast określić poziom zaawansowania w rozwoju poznawczym, ujawnianym

poprzez formułowane sądy moralne w reprezentatywnej grupie adolescentów. M. Stachowicz-Piotrowska w swojej dysertacji szczegółowo opisuje procedurę zbierania danych za pomocą tego narzędzia, wskazując, że „Test Wyboru odzwierciedla dwa wskaźniki poziomu rozwoju sądów moralnych. Wskaźnik pierwszy obejmuje oceny wyrażające zgodność osoby badanej z treścią stwierdzenia szacowanego na skali typu likertowskiego, przy czym tylko te, których wagi są wyższe niż 3. Wskaźnik ten określa poziom rozwoju akceptowanych sądów moralnych. Wskaźnik drugi obejmuje dane dotyczące wielkości rang przydzielonych wybranym przez podmiot stwierdzeniom, a określa poziom rozwojowy preferowanych sądów moralnych. Wielkości tych wskaźników obliczono za pomocą właściwych im wzorów i następnie porównano we wspólnej skali rozwoju sądów moralnych wyprowadzonych z teorii L. Kohlberga. Kolejne przedziały szeregu rozdzielczego umożliwiły wyodrębnienie kolejnych stadiów: stadium 1 (1,0–1,5), stadium 2 (1,6–2,5), stadium 3 (2,6–3,5), stadium 4 (3,6–4,5), stadium 5 (4,6–5,5), stadium 6 (5,6–6,0)”.

Wzór 1 pozwalający obliczyć wartość wskaźnika określającego poziom rozwoju akceptowanych sądów moralnych:

$$P_a = \frac{\sum(W_{xi} * P_{xi})}{\sum W_{xi}}$$

gdzie P_{xi} – poziom rozwoju akceptowanego przez podmiot stwierdzenia (od 1 do 6)

W_{xi} – waga akceptowanego przez podmiot stwierdzenia (+, ++, czyli 1 i 2)

Wzór 2 umożliwiający obliczenie wskaźnika określającego poziom rozwoju preferowanych sądów moralnych:

$$P_p = \frac{\sum(r_i * P_i)}{\sum r_i}$$

gdzie P_i – poziom rozwojowy wybranego przez podmiot stwierdzenia (od 1 do 6)

r_i – ranga wybranego przez podmiot stwierdzenia (od 4 do 1)

W obliczeniach nie uwzględnia się stwierdzeń ze skali kontrolnej (K). W przypadku ich wyboru przez osobę badaną, przydziela się im odpowiednie rangi, lecz pomija w obliczeniach, uwzględniając jedynie wielkości i sumę rang przydzielonych stwierdzeniom skali rozwojowej (od 1 do 6).

Arkusz wyników:

Stadium (Pi)		1		2		3		4		5		6		K	
Kierunek stwierdzenia (Z)		3 pro xi	5 con xi	9 pro xi	14 con xi	2 pro xi	11 con xi	1 pro xi	7 con xi	6 pro xi	10 con xi	13 pro xi	8 con xi	4 pro xi	12 con xi
Ocena stwierdzenia	++ 5														
	+ 4														
	0 3														
	- 2														
	-- 1														

pro – aprobujące con – dezaprobuujące

2.6. DOBÓR PRÓBY I ORGANIZACJA BADAŃ

Na etapie planowania badań empirycznych założyłam, że sondażowi diagnostycznemu poddana zostanie reprezentatywna próba uczniów publicznych szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych na terenie Bydgoszczy. Biorąc pod uwagę wprowadzenie zgodnie z postawą programową, w określonym zakresie edukacji zdrowotnej do każdego z rodzajów szkół, zdecydowałam się na poddanie badaniu:

✓ **uczniów szkół gimnazjalnych**, u których kształtowany jest zdrowy tryb życia i inspirowanie do harmonijnego rozwoju;

✓ **uczniów liceów ogólnokształcących, profilowanych, techników**, gdzie zadaniem działań edukacyjnych jest „pogłębienie wiedzy o reali-

zacji zachowań prozdrowotnych w ochronie, utrzymaniu i poprawie zdrowia jednostki i zdrowia publicznego; rozwijanie umiejętności życiowych sprzyjających rozwojowi fizycznemu, psychicznemu, społecznemu i duchowemu; kształtowanie aktywnej i odpowiedzialnej postawy wobec zdrowia własnego i innych ludzi; rozbudzanie potrzeby działania na rzecz tworzenia zdrowego środowiska;

✓ **uczniów zasadniczych szkół zawodowych**, u których działania z zakresu edukacji zdrowotnej mają „pogłębić podstawową wiedzę o zdrowiu (szczególnie psychicznym i społecznym), jego uwarunkowaniach i zagrożeniach oraz kształtować odpowiedzialność za zdrowie własne i innych ludzi; obejmować profilaktykę problemów młodzieży” (Wojnarowska, 2009, s. 235).

Respondentów postanowiłam zróżnicować ze względu na płeć, wiek, poziom kształcenia (gimnazjalne/ponadgimnazjalne) oraz placówkę, do której uczęszczają. Uczniowie ze względu na wiek zostali przeze mnie podzieleni na dwie grupy: (1) wczesną oraz (2) późną adolescencję. W założeniu do grupy wczesnej adolescencji mieli przynależać uczniowie uczęszczający do klas gimnazjalnych, do drugiej natomiast pozostali respondenci z badanych placówek. Jak się jednak okazało, 16. rok życia, a więc granica wiekowa ustanowiona jako końcowa dla okresu wczesnej adolescencji (zob. Obuchowska, 2009), został zadeklarowany także przez część młodzieży uczęszczającej do początkowych klas ponadgimnazjalnych.

Zaplanowałam dobrać respondentów, wykorzystując metodę losowo-warstwową (zob. Brzeziński 1999 i in.). Przy założeniu przeprowadzenia badań na reprezentatywnej grupie badanych kolejnym krokiem było ustalenie wykazu badanej populacji. Z prośbą o jej udostępnienie zwróciłam się do Wydziału Edukacji i Sportu Urzędu Miasta w Bydgoszczy. W końcowej części pracy zamieściłam (ANEKS B) otrzymaną listę szkół (gimnazjalnych, licealnych, techników oraz zasadniczych szkół zawodowych) prowadzonych przez miasto Bydgoszcz i zarządzanych przez oświatę (dane z dnia 30.09.2015 r.). Następnie na jej podstawie ustaliłam liczebność próby. W poniższej tabeli zamieściłam ustaloną liczebność próby przy zachowaniu proporcji w populacji. Do badania wzięto 5% liczebności populacji (błąd wynosi około 3%).

Tabela 7
Liczebność reprezentatywnej próby

RODZAJ SZKOŁY	LICZBA WYLOSOWANYCH PLACÓWEK	LICZBA KLAS	LICZBA BADANYCH	W SUMIE
Gimnazjum	7	3	20	420
Liceum	3	3	20	180
Technikum	3	3	20	180
Zasadnicza szkoła zawodowa	2	3	20	120

900
błąd około 3%

Jak wynika z zestawienia, by osiągnąć reprezentatywną próbę, należało wylosować 7 gimnazjów, 3 licea ogólnokształcące, 3 technika oraz 2 zasadnicze szkoły zawodowe (została zwiększona liczba tych ostatnich ze względu na niewielką liczebność grupy), a w każdej z nich należało przebadać po jednej z klas I, II oraz III. Zdecydowałam się na pominięcie badaniem respondentów z klas IV technikum, uznając ich potencjalne odpowiedzi za dane odstające. Informacja o prowadzonych badaniach i prośba udziału zostały przeze mnie rozesłane do wszystkich placówek publicznych za pośrednictwem Wydziału Edukacji i Sportu Urzędu Miasta w Bydgoszczy. Ten sposób wyłonienia szkół do losowania warstwowego wykluczył potencjalne tworzenie prób rezerwowych i uniemożliwił z góry brak zgody dyrekcji placówek, czego się szczególnie obawiałam. Obawy okazały się zasadne. Zgodę na wzięcie udziału w badaniu udzieliło 50% wszystkich szkół (także w poszczególnych ich typach). Nie ma powodu jednak przypuszczać, że odmowa udziału w badaniu była związana z jakąś zmienną zakłócającą. Liczba placówek wyrażających zgodę uznałam za wystarczającą, by umożliwiła dokonanie losowania warstwowego i wyłonienie reprezentatywnej próby podstawowej. Operatem losowania były zatem placówki, które wyraziły zgodę na udział w badaniu. Do badania wylosowałam następujące szkoły:

Gimnazja:

1. Gimnazjum nr 16 im. I.J. Paderewskiego (skrót nazwy jednostki GIM 16)

2. Gimnazjum nr 23 im. Szarych Szeregów (GIM 23)
3. Gimnazjum nr 28 im. Marii Skłodowskiej-Curie (GIM 28)
4. Gimnazjum nr 17 Zespołu Szkół nr 4 (ZS4)
5. Gimnazjum nr 52 Zespołu Szkół nr 9 (ZS9)
6. Gimnazjum nr 50 Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 6 (ZSO06)
7. Bydgoskie Gimnazjum Klasyczne przy Zespole Szkół Ogólnokształcących nr 1 (ZSO01)

Licea:

1. IX Liceum Ogólnokształcące (ZS4)
2. XI Liceum Ogólnokształcące Mistrzostwa Sportowego Zespołu Szkół nr 9 (ZS9)
3. VI Liceum Ogólnokształcące Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 6 (ZSO06)

Technika:

1. Technikum Elektroniczne Zespołu Szkół Elektronicznych im. Wojska Polskiego (ZSE)
2. Technikum Samochodowe Zespołu Szkół Samochodowych (ZSSAM)
3. Technikum Elektryczne nr 2 Zespołu Szkół Mechanicznych nr 1 (ZZM01)

Zasadnicze szkoły zawodowe:

1. Zasadnicza Szkoła Zawodowa Zespołu Szkół Mechanicznych nr 2 (ZSM02)
2. Zasadnicza Szkoła Zawodowa Samochodowa Zespołu Szkół Samochodowych (ZSSAM)

Dla ukazania rozkładu wylosowanych szkół dokonałam ich zestawienia pod kątem osiągniętych wyników uczniów w egzaminie gimnazjalnym oraz maturalnym w roku szkolnym 2014/2015, a także przedstawiłam zdawalność egzaminu zawodowego dla zawodów, do których przygotowują uczniowie wylosowanych placówek (ANEKS C-D).

Realizację badań rozpoczęłam od kontaktu z przedstawicielami placówek w celu ustalenia terminu spotkań z respondentami. Najczęściej oso-

bą wskazaną do kontaktu okazywał się pedagog szkolny. Mimo zgody na przeprowadzenie badań były one często umożliwiane (proponowane) jedynie podczas zajęć z religii czy wychowania fizycznego. Wypadkową tej sytuacji okazywała się częściowa absencja uczniów z badanych grup klasowych (część z nich nie uczęszczała na religię bądź miała zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego). Rezultatem tej decyzji było także pokrywanie się terminów badań w różnych placówkach.

Przeprowadzenie ich zatem przez jednego badacza (jedynie przeze mnie) okazało się niemożliwe, zdecydowałam się więc na zaangażowanie dodatkowo trzech osób – doktora nauk społecznych, doktorantkę na kierunku pedagogika oraz absolwenta studiów na kierunku antropologia kulturowa, którzy pomogli mi w przeprowadzeniu badań w wyznaczonych terminach.

Każda osoba została przeze mnie poinstruowana, w jaki sposób przeprowadzać badanie (m.in. jakim wstępem je rozpoczynać czy w którym momencie rozdawać ankiety) oraz jakich odpowiedzi udzielać w przypadku ewentualnych pytań.

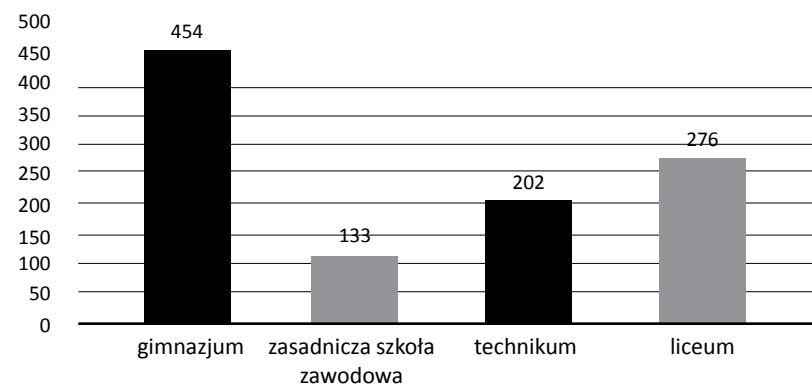
Badania właściwe zostały przeprowadzone w terminie 26.11.2015–7.12.2015. Dość odległy czas od przeprowadzenia badań pilotażowych spowodowany był długim oczekiwaniem na informacje zwrotne od dyrekcji szkół, dotyczące zgody lub sprzeciwu na udział w badaniu. Zgodnie z moimi przewidywaniami dokonany na podstawie analizy pilotażu, dwie jednostki dydaktyczne okazały się wystarczające, by respondenci anonimowo i dobrowolnie wypełnili baterię narzędzi. W przybliżeniu na piętnaście minut przed planowanym zakończeniem badań adolescenti raz jeszcze byli proszeni o sprawdzenie, czy dokładnie wypełnili wszystkie kwestionariusze. Mogę sądzić, że prośba ta okazała się skuteczna, ponieważ stopa zwrotu wypełnionych ankiet okazała się wysoka. W trakcie badań zdarzyła się jednak sytuacja, która zagroziła uzyskaniu odpowiedniej liczby wypełnionych ankiet od respondentów ze szkół zawodowych. Powodem okazał się strajk Miejskich Zakładów Komunikacyjnych w Bydgoszczy w dniu, w którym zaplanowałam przeprowadzanie badań w szkole właśnie tego typu. Potencjalnie utrudniony czy też zupełny brak możliwości dojazdu uczniów do szkoły spowodował, że absencja w badanej grupie klasowej tego dnia drastycznie wzrosła (na 30 uczniów na zajęcia przybyło 14). Aby zachować ustaloną li-

czebność próby, postanowiłam ponownie wylosować szkołę zawodową i przeprowadzić badanie na respondentach z tej grupy. Wylosowałam jednostkę klasową z Zasadniczej Szkoły Zawodowej przy Zespole Szkół Elektronicznych im. Wojska Polskiego w Bydgoszczy. Ostatecznie udało mi się zakodować i poddać analizie statystycznej 1045 ankiet.

2.7. CHARAKTERYSTYKA OSÓB BADANYCH

Na podstawie danych zebranych za pomocą pytań metryczkowych zostanie w tym podrozdziale przedstawiona przeze mnie charakterystyka badanej grupy adolescentów. Jak zaznaczyłam, badaniu poddano w sumie 1045 respondentów (N=1045). Poniżej przedstawiam wykres ukazujący podział respondentów ze względu na typ szkół, do których uczęszczają, z podziałem na szkoły gimnazjalne, licealne, techniczne oraz zasadnicze szkoły zawodowe. Następnie dokonam scharakteryzowania adolescentów pod względem wyróżnionych zmiennych – wieku, płci oraz aktualnego etapu kształcenia.

Jak widać, 454 respondentów uczęszcza do szkoły gimnazjalnej, co stanowi 43% badanej populacji. 591 respondentów jest na IV etapie



Ryc. 10

Rozkład liczby respondentów ze względu na typy szkół

kształcenia (szkoły ponadgimnazjalne) – w zasadniczej szkole zawodowej jest 113 respondentów, w technikum 202 i liceum 276 badanych. Mimo ponownego losowania w Zasadniczej Szkole Zawodowej przy Zespole Szkół Elektronicznych im. Wojska Polskiego w Bydgoszczy, nie udało mi się osiągnąć określonej liczebności 120 respondentów. Widać jednak, że zakładana liczba adolescentów do przebadania z pozostałych szkół została znacznie przekroczona (zakładaną liczbę respondentów ukazuje tab. 7). Badaniu poddałam uczniów na trzech pierwszych poziomach w każdym z typów szkoły. Rozkład liczbowy respondentów przedstawia się następująco:

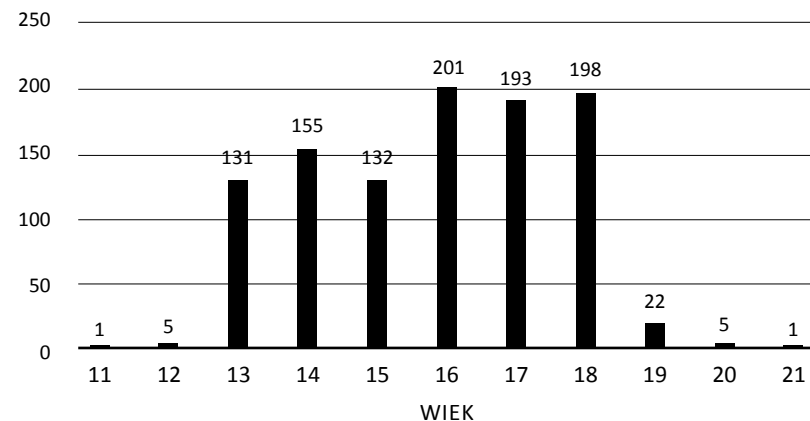
Tabela 8.

Zestawienie respondentów ze względu na klasę, do której uczęszczają

POZIOM	LICZBA RESPONDENTÓW	PROCENT	PROCENT WAŻNYCH
Klasa I	357	34,2	34,2
Klasa II	375	35,9	35,9
Klasa III	313	30,0	30,0
Ogółem	1045	100	100

Jedną z określonych w badaniu zmiennych jest wiek adolescentów. Stanowi on główną zmienną różnicującą poziom rozwojowy sądów moralnych oraz może mieć związek z opiniami oraz wiedzą dotyczącą idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji. Z wiekiem bowiem, jak zostało to już przeze mnie wskazane, rozwijają się struktury poznawcze, ma miejsce przyrost wiedzy, który wyznacza zarówno jakość wyjaśniania, jak i sposoby rozumowania. Decyzje stają się bardziej złożone i dojrzałe. Rozkład respondentów ze względu na wiek przedstawiam na poniższym wykresie.

Jak wynika z wykresu, rozpiętość wiekowa respondentów poddanych badaniu wynosi dziesięć lat. Deklarowany wiek adolescentów znajduje się w przedziale od 11. do 21. roku życia. Jedna osoba nie udzieliła od-

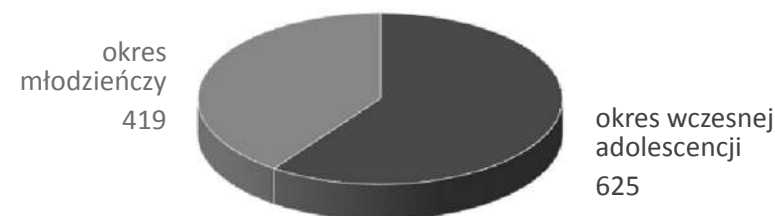


Ryc. 11.

Rozkład liczby respondentów ze względu na wiek

powiedzi na to pytanie. Największa liczba adolescentów (201) znajduje się w 16. roku życia.

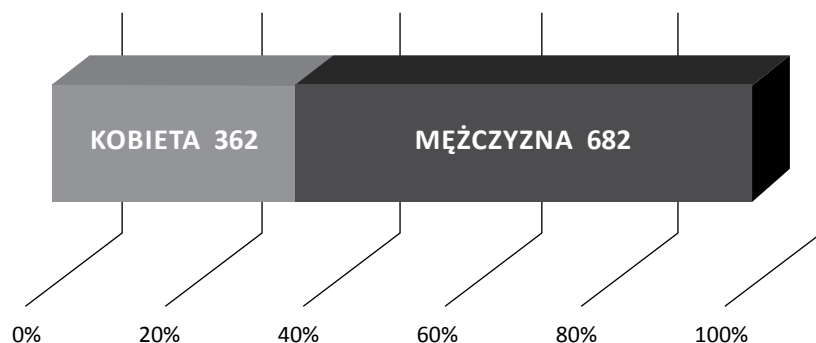
Przyjęcie przeze mnie definicji pojęcia adolescencji za I. Obuchowską, w której wyróżnia ona wczesną i późną adolescencję, oraz zebrane dane z 1044 ankiet umożliwiły dalszą klasyfikację respondentów. W (1) okresie wczesnej adolescencji znajduje się 625 osób, natomiast w drugiej grupie w wieku młodzieńczym (2) – 419 osób. Wiekami granicznymi stał się 16. rok życia. Wiek ten był podawany przez uczniów zarówno ostatniej klasy gimnazjalnej (29 osób), jak i I i II klas ponadgimnazjalnych. Jedna osoba z gimnazjum określiła swój wiek na 17. rok życia.



Ryc. 12.

Rozkład liczby respondentów ze względu na okres adolescencji

Kolejną zmienną uznaną przeze mnie za różnicującą opinie oraz poziom rozwoju rozumowania moralnego adolescentów jest płeć. Ponownie, powołując się na przesłanki teoretyczne, przewidywałam, że kobiety nieco inaczej niż mężczyźni będą oceniać i postrzegać zjawiska, zdarzenia, incydenty dotyczące dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo*, jak również dylematy moralne. Rozkład zmiennej zaprezentowałam na poniższym wykresie:



Ryc. 13.

Rozkład liczby respondentów ze względu na płeć

Na pytanie o płeć odpowiedzi udzieliło 1044 ankietowanych (N=1044). Jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi w tej części ankiety. Jak widać, w grupie ankietowanych adolescentów dominują mężczyźni, którzy stanowią 65% wszystkich badanych. Rozkład taki nie powinien budzić jednak większego zdziwienia z powodu faktu, że badania prowadzone były w placówkach (technikach oraz zasadniczych szkołach zawodowych), w których przeważają mężczyźni. Powołując się na słowa M. Tracz (2015, s. 155), „płeć jest istotnym czynnikiem wpływającym na wybór danego typu szkoły ponadgimnazjalnej. Występuje wyraźna tendencja do preferowania przez kobiety (uczennice) szkół o profilu ogólnokształcącym. W liceach ogólnokształcących liczba kobiet przewyższa liczbę mężczyzn (uczniów). (...) Z kolei szkoły o profilu zawodowym – technika i zasadnicze szkoły zawodowe – są znacznie częściej

wybijane przez mężczyzn niż przez kobiety”. Potwierdzają to także dane z Głównego Urzędu Statystycznego. W publikacji „Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2014/2015” zaprezentowano zestawienie ukazujące, że uczniowie płci męskiej w województwie kujawsko-pomorskim dominują w technikach oraz zasadniczych szkołach zawodowych. Jedynie w liceach (tendencja ta występuje w całej Polsce) odnotowano więcej uczennic.

Tabela 9.

Liczba uczniów w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w województwie kujawsko-pomorskim. Podział ze względu na płeć

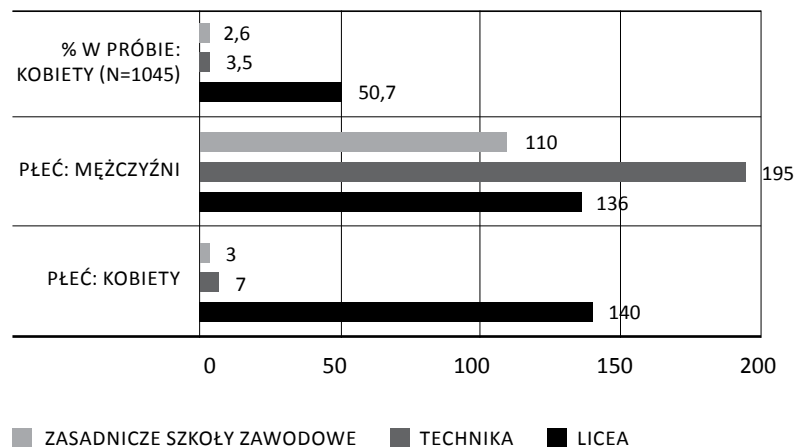
ŹRÓDŁO: OPRACOWANIE WŁASNE NA PODSTAWIE „OŚWIATA I WYCHOWANIE...”.

RODZAJ PLACÓWKI	LICZBA UCZNIÓW W WOJEWÓDZTWIE KUJAWSKO-POMORSKIM	
	CAŁKOWITA	POD WZGLĘDEM PŁCI: KOBIETY
Gimnazja	62 084	29 590
Licea	36 136	22 737
Technika	29 392	12 376
Zasadnicze szkoły zawodowe	12 082	4 257

Uczennice na etapie gimnazjum stanowią 46,6% respondentów podanych badaniu na tym etapie kształcenia (212 osób), a 20% na tle całej grupy. Chłopców w badaniu uczestniczyło natomiast 241 (brak jednej odpowiedzi respondenta deklarującego uczestnictwo w tym etapie kształcenia), co stanowi 23% próby. W szkołach ponadgimnazjalnych rozkład płci przedstawia zamieszczony wykres. Ukazuje on, że na poziomie liceum zostało przebadanych nieznacznie więcej kobiet, natomiast w kolejnych typach szkół respondenci płci męskiej zdecydowanie dominują w badaniach.

Przyczynę mniejszej liczby uczennic technikum, biorących udział w badaniu w porównaniu z danymi statystycznymi GUS-u, upatruję w specyfice wylosowanych szkół na poziomie technicznym – przygotowują one bowiem do zawodów, które uznane są za zawody zmaskulini-

zowane (technik pojazdów samochodowych, technik mechanik, technik elektroniki). Podsumowując, dysproporcję w badaniach pod względem płci uznaję za charakterystyczną dla badania adolescentów ze szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych.



Ryc. 14.
Rozkład zmiennej płeć u badanych respondentów
w szkołach ponadgimnazjalnych



3.

Rezultaty i interpretacja wyników badań

WPROWADZENIE

Rozdział ten poświęcony jest omówieniu wyników badań dotyczących recepcji transplantacji *ex mortuo* przez adolescentów. Przypomnę, że recepcję rozumiem jako wiedzę oraz opinie dotyczące omawianej idei. Analizowane w rozdziale zmienne zależne to wiedza i opinie adolescentów dotyczące recepcji problemu transplantacji *ex mortuo*, zmienne niezależne to: znajomość i akceptacja dla norm prawnych, poziom rozwoju sądów moralnych oraz udział w edukacji formalnej, pozaformalnej, nieformalnej w kontekście dawstwa i transplantacji narządów. Wśród zmiennych pośredniczących wyróżniłam płeć i wiek adolescentów. Można dodać, że „kiedy dwie zmienne się współzmienniają, to jedną z nich można wykorzystać do tego, aby przewidywać drugą” (Frankford – Nachmias, 2001, s. 414).

Analizy statystyczne, wykorzystujące metody statystyki opisowej oraz testy statystyczne, będą zmierzały do sformułowania odpowiedzi na pytania badawcze. W rozdziale 3.1. przedstawiłam poziom wiedzy adole-

scentów na temat idei dawstwa *ex mortuo* do transplantacji (3.1.1.) oraz przywołałam wyniki badań dotyczących opinii adolescentów na temat transplantacji (3.1.2.). W tym podrozdziale podejmuję się także odpowiedzi na kolejne pytanie badawcze, analizując na podstawie wyników badań, na ile znajomość i akceptacja prawa transplantacyjnego przez adolescentów różnicuje ich recepcję dotyczącą badanej idei (3.1.4.).

W kolejnych podrozdziałach poszukuję natomiast odpowiedzi na pytanie, jakie czynniki (w tym socjodemograficzne, jak płeć i wiek oraz rodzaj szkoły) mogą różnicować poziom wiedzy oraz opinii dotyczących pośmiertnego dawstwa narządów do transplantacji. Dalej przedstawiam wyniki badań dotyczące recepcji idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji z uwzględnieniem analizy poziomu rozwoju sądów moralnych u adolescentów. Zagadnienie to omawiam w podrozdziale 3.2. Ostatni podrozdział 3.3. zawiera wyniki analiz pomiędzy uczestnictwem adolescentów w różnych rodzajach edukacji (formalnej, pozaformalnej oraz nieformalnej) a ich wiedzą oraz opiniami dotyczącymi dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji (3.3.1.). Na końcu rozdziału umieściłam rezultaty badań wskazujące na preferowane i opiniotwórcze źródła dotyczące dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów (3.3.2.).

3.1. RECEPCJA IDEI DAWSTWA NARZĄDÓW EX MORTUO DO TRANSPLANTACJI PRZEZ ADOLESCENTÓW

„Obawa przed medykacją i dehumanizacją umierania wzmaga się, gdy umiera człowiek młody, mogący stać się dawcą organów do przeszczepu. Wciąż bardzo wiele osób nie życzy sobie, by pobierano organy z ciał ich bliskich, a uznaną praktyką stało się pozyskiwanie w tej kwestii zgody najbliższej rodziny, niezależnie od obowiązującej zasady domniemanej zgody pacjenta, który nie zgłosił zastrzeżenia” (Hartman, 2009, s. 116). Wydaje się, że podjęcie świadomej zgody lub sprzeciwu wobec oddania własnych narządów po śmierci i poinformowanie o tej decyzji najbliższej rodziny zapobiegłoby traumatycznym sytuacjom, w których to rodzina musi podjąć tak trudną decyzję. Decyzja ta może wiązać się

z moralną odpowiedzialnością za życie pacjenta, który czeka na narząd będący dla niego jedyną szansą na uratowanie zdrowia i życia.

Mając na uwadze nakreślony przez Hartmana problem, rozpoczęłam analizę materiału badawczego w poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie, co młodzież wie o dawstwie narządów po śmierci. Dzięki uwagom sędziów kompetentnych podjęłam się ustalenia poziomu wiedzy młodzieży z obszaru transplantacji, transplantologii, w tym także pośmiertnego dawstwa narządów. Zagadnieniu wiedzy jako jednemu z dwóch składowych elementów recepcji idei dawstwa narządów poświęciłam podrozdział 3.1.1. Następnie podjęłam się analizy danych statystycznych, z których wyłoniło się podejście adolescentów wobec dawstwa narządów, a także deklaracje o podjęciu bądź nie decyzji wobec pośmiertnego dawstwa własnych organów. W podrozdziale 3.1.2. zawarłam także autorskie wypowiedzi adolescentów, w których to argumentują swoje opinie wobec badanego zagadnienia. Starłam się zebrać i poddać analizie dane, które ukazą umiejętności krytycznego posługiwania się własną wiedzą, poddawania refleksji czy podejmowania decyzji przez adolescentów. W następnym podrozdziale – 3.1.3. – jak przedstawiłam we wstępie, podjęłam się poszukiwania odpowiedzi na postawione przeze mnie pytania szczegółowe, dotyczące zróżnicowania wiedzy i opinii adolescentów o idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji ze względu na czynniki socjodemograficzne. Analizie poddałam takie czynniki, jak płeć, wiek oraz uczestnictwo w edukacji (konkretnym typie szkoły). Rozdział zakończyłam, przedstawiając wyniki analiz ukazujące poziom znajomości i akceptacji prawa transplantacyjnego przez adolescentów (3.1.4.).

3.1.1. WIEDZA MŁODZIEŻY DOTYCZĄCA IDEI DAWSTWA NARZĄDÓW EX MORTUO DO TRANSPLANTACJI

Pierwszym obszarem moich zainteresowań badawczych stało się poszukiwanie odpowiedzi na pytanie o poziom wiedzy adolescentów na temat dawstwa narządów do transplantacji po śmierci. Odpowiedzi na to pytanie szukałam, poddając analizie statystycznej dane uzyskane z pierwszej części autorskiego kwestionariusza ankiety. Poprosiłam adolescentów

o zapoznanie się z 12 stwierdzeniami dotyczącymi dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo*, a następnie o zaznaczenie przy każdym z nich, zgodnie ze stanem wiedzy, czy jest to stwierdzenie prawdziwe czy fałszywe. Twierdzenia zamieściłam w zadaniu, opierając się na obszarach tematycznych oraz zagadnieniach, które sędziowie kompetentni wskazali jako ważne w aspekcie wiedzy u adolescentów. Przypomnę, że określili oni takie obszary wiedzy, jak:

✓ czym jest transplantacja i w jakim celu się ją przeprowadza – twierdzenia nr 1.1., 1.8.,

✓ dotycząca definicji śmierci mózgowej i kryteriów jej orzekania – twierdzenie nr 1.2.,

✓ dotycząca rodzajów narządów, które można przeszczepiać – twierdzenia nr 1.6., 1.9.,

✓ dotycząca przeciwwskazań do wykonywania przeszczepów – twierdzenia nr 1.3., 1.10.,

✓ dotycząca czasu, w jakim narządy mogą zostać przeszczepione – twierdzenia nr 1.4., 1.11.,

✓ dotycząca oświadczenia woli oraz zasady zgody domniemanej – twierdzenia nr 1.7., 1.12., 1.5.

W tabeli 10. umieściłam wartości procentowe odpowiedzi adolescentów.

Na podstawie danych liczbowych zawartych w tabeli można zauważyć, że zdecydowana większość respondentów udzieliła odpowiedzi na przedstawione stwierdzenia. Na dwa pierwsze stwierdzenia odpowiedzi udzielił wszyscy ankietowani (N=1045), nieznacznie mniej na kolejne.

Najwięcej prawidłowych odpowiedzi odnotowałam przy stwierdzeniach 1.1., 1.8. oraz 1.10. Aż 81% respondentów trafnie wskazało, że nie każda osoba, która znajduje się na Krajowej Liście Oczekujących, otrzymuje nowy narząd (1.1.). Oznaczać to może, że adolescenty zdają sobie sprawę, że jest więcej oczekujących biorców na narządy niż ich dawców, oraz to, że nie każdy potrzebujący organu doczeka się jego przeszczepienia. Równie wysoki odsetek respondentów (83%) zadeklarował, że wie, że od zmarłego dawcy zazwyczaj pobiera się kilka narządów do transplantacji, które wszczepiane są różnym biorcom (1.8.) oraz o tym, że zgodnie z etyką Kościoła katolickiego dawstwo narządów po

Tabela. 10.

Deklaracje respondentów dotyczące wiedzy o dawstwie i transplantacji narządów *ex mortuo*

LP.	TWIERDZENIE	N	ODPOWIEDŹ		% PRAWIDŁOWYCH ODPOWIEDZI
			PRAWIDŁOWA	BŁĘDNA	
1.1.	Każda osoba, która znajdzie się na Krajowej Liście Oczekujących, otrzymuje nowy narząd	1045	842	203	80,6
1.2.	Lekarz przebywający na miejscu wypadku może stwierdzić śmierć mózgową (mózgu), która umożliwia wszczęcie procedury do pobrania narządów do przeszczepu	1045	585	459	56
1.3.	Posiadanie tatuażu na ciele wyklucza możliwość oddania narządów po śmierci do przeszczepu, ponieważ w trakcie jego robienia mogło dojść do zakażenia wirusami (np. HCV, HIV, HBS)	1044	590	454	56,5
1.4.	Nerki pobrane ze zwłok ludzkich mogą przebywać poza organizmem dawcy maksymalnie dwie doby	1042	687	355	65,7
1.5.	W Polsce lekarz nie musi pytać rodziny o zgodę na pobranie narządów po śmierci od członka tej rodziny	1044	120	954	11,5
1.6.	W Polsce najczęściej przeszczepów dokonuje się od żywych dawców	1044	474	570	45,4
1.7.	Podpisanie oświadczenia woli (informacji o chęci oddania narządów po śmierci wypisanej na formularzu za życia przez zmarłego) sprawia, że złożony wcześniej sprzeciw w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów traci ważność	1043	285	758	27,3
1.8.	Od zmarłego dawcy zazwyczaj pobiera się kilka narządów do transplantacji, które wszczepiane są różnym biorcom	1044	870	174	83,3
1.9.	W Polsce pobiera się wątroby od zmarłych dawców	1038	528	510	50,5
1.10.	Zgodnie z etyką Kościoła katolickiego, dawstwo narządów po śmierci musi być dobrowolne i wyraźnie potwierdzone za życia człowieka	1044	865	179	82,8
1.11.	Narządy, które nie zostaną przeszczepione w ciągu godziny po pobraniu ze zwłok, obumierają	1042	653	389	62,5
1.12.	W Polsce można zostać dawcą narządów po śmierci, jeśli za życia nie zgłosi się sprzeciwu	1044	653	391	62,5

śmierci musi być dobrowolne i wyraźnie potwierdzone za życia człowieka (1.10.). Już zdecydowanie mniej respondentów, gdyż 56%, wie, że lekarz przybywający na miejsce wypadku nie ma uprawnień ani możliwości stwierdzenia śmierci mózgowej człowieka, która zgodnie z prawem umożliwia wszczęcie procedury do pobrania narządów do przeszczepu (1.2.). Niepokojący jest zatem fakt, że znaczny odsetek respondentów, gdyż 44%, nie wie, na czym polega procedura stwierdzania śmierci mózgowej. Brak wiedzy w tym zakresie może wzmocnić stereotyp panujący w społeczeństwie, że dla personelu medycznego ważniejsze jest pobranie narządów niż ratowanie człowieka, zatem lekarz nie będzie wystarczająco walczyć o jego życie jako potencjalnego dawcy. Zarówno obawy dotyczące stwierdzenia śmierci mózgu oraz nieufność w stosunku do służby zdrowia pojawiają się w licznych badaniach jako powód sprzeciwu wobec oddania narządów do transplantacji (patrz CBOS, 2016; TNS Polska, 2015).

Podobna liczba adolescentów (57%) błędnie stwierdziła, że posiadanie tatuażu wyklucza możliwość oddania narządów po śmierci (1.3.). Jest to kolejny stereotyp, który panuje w społeczeństwie. Jestem jednak zdania, że nie jest on tak szkodliwy, jak ten przytoczony wcześniej. Jego podstawa opierać się może na przeświadczeniu, że podczas robienia tatuażu doszło do zakażenia wirusami (np. HCV, HIV, HBS). Nieprawdziwość tego założenia potwierdza lub wyklucza szereg badań przeprowadzanych na potencjalnym dawcy na długo przed zabiegiem eksplantacji. Zatem posiadanie tatuażu nie jest samo w sobie wykluczeniem do bycia dawcą narządów.

Wysoka wiedza z zakresu technicznych i organizacyjnych kwestii eksplantacji i transplantacji narządów ujawnia się w kolejnym pytaniu, bowiem 66% respondentów potrafiło trafnie określić czas, w jakim nerki mogą przebywać poza organizmem dawcy (1.4.), a 63% adolescentów rozpoznało fałsz w stwierdzeniu, że narządy, które nie zostaną przeszczepione w ciągu godziny po pobraniu ze zwłok, obumierają (1.11.). Natomiast tylko 51% respondentów odpowiedziało poprawnie, że wątrobę pobiera się od zmarłych dawców. Błędne odpowiedzi respondentów mogą oznaczać, że prawie połowa adolescentów uważa, że narząd ten pobiera się jedynie od żywych dawców. Potwierdzeniem mogą być odpowiedzi na stwierdzenie 1.6., gdzie 55% respondentów błędnie uzna-

ło, że najwięcej narządów pobieranych jest właśnie od żywych dawców. Warto, moim zdaniem, w tym miejscu przytoczyć dane zamieszczone w biuletynie Poltransplantu (2016), wskazujące, że „w 2015 r. przeszczep otrzymało 1508 biorców narządów. Przeszczepiono 1017 nerek, 41 trzustek (w tym 29 jednocześnie z nerką), 332 wątroby, 99 serc, 24 płuca, w jednym przypadku przeszczepiono krtań. Razem wykonano 1556 przeszczepień narządów u 1508 biorców”. Z podanej liczby (1556) przeszczepień jedynie 60 narządów pochodziło od dawców żywych. Dane te ukazują, jak bardzo wiedza młodzieży w tym aspekcie jest niekompletna.

Zaskakujący – także ze względu na wyniki dotychczasowych badań – jest jednak fakt, że 653 adolescentów (co stanowi 63% badanych) prawidłowo odpowiedziało, że w Polsce można zostać dawcą narządów po śmierci, jeśli za życia nie zgłosi się sprzeciwu (1.12.). Wyniki te zestawiałam z najnowszymi doniesieniami TNS Polska (2015)², w których jedynie 25% respondentów poprawnie wskazało zgodną z literą prawa zasadę pobierania narządów w Polsce. W 2005 r. jedynie 10% respondentów wiedziało, jakie przepisy obowiązują w Polsce, w 2007 r. – 13%, respondentów, w 2009 r. – 15%, w 2011 i 2012 r. – 14%, a w 2016 r. – 20% (patrz CBOS, 2016). Warto w tym miejscu zadać pytanie o to, jakie czynniki sprzyjają tak wysokiemu poziomowi wiedzy badanych adolescentów w porównaniu z cytowanymi danymi. Być może dalsze analizy materiału badawczego pomogą w odpowiedzi na to pytanie.

Adolescenci udzielili najczęściej błędnych odpowiedzi na dwa stwierdzenia – 1.5. oraz 1.7. Aż 73% respondentów błędnie stwierdziło (1.7.), że podpisanie oświadczenia woli sprawia, że złożony wcześniej sprzeciw w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów traci ważność. Jeszcze więcej respondentów, gdyż aż 88%, uważa, że w Polsce lekarz nie musi pytać rodziny o zgodę na pobranie narządów po śmierci od członka tej rodziny (1.5.). Dane wskazujące na tak wysoki odsetek respondentów, którzy błędnie ustosunkowali się do powyższych stwierdzeń, są dla mnie zaskakujące. Tym bardziej że głównym celem wielu kampanii edukacyjnych skierowanych właśnie do młodzieży jest szerzenie wiedzy dotyczącej podpisywania oświadczenia woli i dzielenia się podjętą decyzją

2 Badania przeprowadzone były na próbie 1001 Polaków w wieku 15 lat i więcej metodą wywiadów bezpośrednich CAPI.

z rodziną (patrz kampania „Transplantacja jestem na Tak. Podziel się swoją decyzją”, „Zgoda na życie”). Warto zatem dłużej zastanowić się nad tą kwestią. Jeśli zatem adolescenty, zgodnie z deklaracjami, zdobywają wiedzę przede wszystkim dzięki mediom, może to właśnie one powinny wyjaśniać te zagadnienia tak, by były one klarowne i zrozumiałe dla młodzieży. Widać bowiem, że wiedza adolescentów w tym aspekcie jest powierzchowna i błędna. Możliwe zatem, że mimo poruszania jej w przestrzeni edukacyjnej, nie jest przekazywana w odpowiedni sposób lub przez młodzież jest niewłaściwie rozumiana. Można także domniemywać, że zarówno pojęcie, jak i sama procedura podpisywania i wykorzystywania oświadczenia woli oraz potrzeba czy też zasadność rozmowy personelu medycznego z rodziną i pytanie o jej zgodę na pobranie narządów, nie są kwestiami jasnymi i zrozumiałymi dla młodzieży. Już sama nazwa formularza „oświadczenie woli” może sugerować, że jest to dokument ważny i wiążący pod względem uregulowań prawnych, bo w nim zawarta jest już wola o chęci zostania dawcą. Utożsamiane może być z testamentem składanym za życia, w którym opisana jest wola wykonywana po śmierci człowieka. Także kwestia rozmowy z rodziną może nie być jasna, a nawet stać się kwestią sporną. Jak zostało to przedstawione w części teoretycznej, zgodnie z prawem lekarz nie powinien ani nie musi pytać rodziny o zgodę, gdyż to decyzja potencjalnego dawcy jest ważna, a wyrażona jest właśnie brakiem sprzeciwu za życia. Lekarze często jednak pytają rodzinę nie tylko o decyzję zmarłego, ale także o jej opinie wobec pobrania od niego narządów. Jeśli rodzina odmówi, lekarze najczęściej także odstępują od ich pobrania.

Niejednokrotnie w serialach telewizyjnych (patrz „Klan”, odcinek 2235) i filmach fabularnych („Sęp”, 2012) ukazywane są niezgodne z prawdą informacje dotyczące pobrań narządów, transplantacji czy też ich dystrybucji. Wydaje się, że potencjał mediów oraz zagrożenie płynące z przekazywania fałszywych informacji zostało nareszcie zauważone, gdyż jak można przeczytać na stronie Ministerstwa Zdrowia, szef tego resortu oraz prezes Telewizji Polskiej podpisali w sierpniu 2016 r. list intencyjny dotyczący poszerzenia współpracy obu instytucji. „Ministerstwo Zdrowia i TVP zobowiązały się do współpracy przy tworzeniu audycji związanych z profilaktyką zdrowia i kształtowaniem postaw prozdrowotnych oraz audycji promujących zdrowie. Dzięki tej zinten-

syfikowanej współpracy w scenariuszach filmów i seriali realizowanych przez TVP znacznie częściej niż dotychczas obecne będą wątki związane z profilaktyką chorób cywilizacyjnych oraz zachęcające do pozytywnych społecznie zachowań, takich jak honorowe krwiodawstwo czy dawstwo organów i tkanek do przeszczepów. (...) Problematyka prozdrowotna pojawi się nie tylko w programach publicystycznych i informacyjnych, lecz także w audycjach reprezentujących inne gatunki, takie jak serial fabularny, dokument czy atrakcyjne formaty rozrywkowe. [www.http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/wspolpraca-ministerstwa-zdrowia-i-telewizji-polskiej-nowe-otwarciem/ (data wglądu 13.08.2016)].

Podsumowując wątek analiz w tym obszarze, warto przyrzeć się raz jeszcze uzyskanym danym pod kątem obszarów i zagadnień, które obarczone są największym brakiem wiedzy, a jednocześnie zostały wskazane przez sędziów kompetentnych jako ważne w aspekcie wiedzy u młodzieży.

Na podstawie uzyskanych danych bezsprzecznie największą wiedzę adolescenty przejawiają w obszarze związanym z samym pojęciem transplantacji oraz celów, dla których jest ona przeprowadzana. Na oba pytania poprawnych odpowiedzi udzieliło ponad 80% respondentów. Kolejny obszar tematyczny związany z definicją śmierci mózgowej i kryteriami jej orzekania jest znany dla ponad połowy badanych (56% respondentów prawidłowo odpowiedziało na pytanie z tego obszaru wiedzy). Także średnio połowa adolescentów wykazuje się wiedzą dotyczącą rodzajów narządów, które można przeszczepiać. Także dość wysoki stopień wiedzy posiadają adolescenty z zakresu znajomości przeciwwskazań do wykonywania przeszczepów. Mimo utrzymującego się cały czas stereotypu związanego z tatuażami wiedzę z tego zakresu posiada (w zależności od specyfiki pytania) 56% i 83% adolescentów. Bliskie poziomem są wyniki wskazujące, że młodzież zna dane dotyczące czasu, w jakim narządy mogą zostać przeszczepione (twierdzenie nr 1.4. – 66%, 1.11 – 63% prawidłowych odpowiedzi).

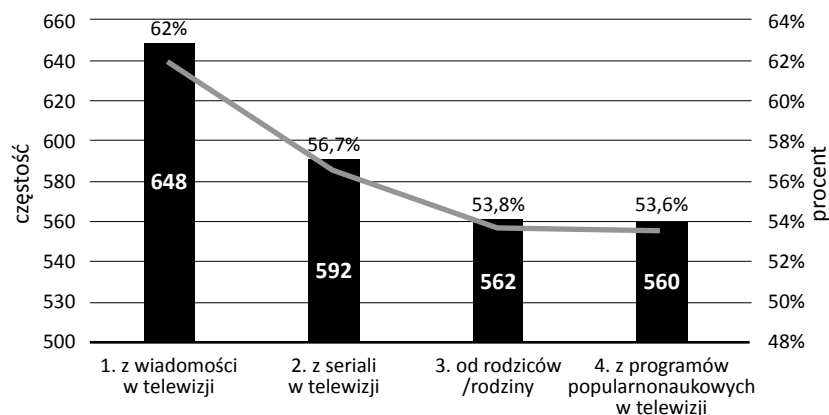
Obszar obarczony największym brakiem wiedzy dotyczy oświadczenia woli oraz zasady zgody domniemanej. Niewiele ponad 10% respondentów wskazało na poprawność stwierdzenia dotyczącego procedury pobrania narządów przy obowiązującej obecnie zasadzie domniemanej zgody. Błędna odpowiedź na stwierdzenie 1.5. (W Polsce lekarz nie musi pytać rodziny o zgodę na pobranie narządów po śmierci od członka tej rodziny) może także wskazywać, że adolescenty nie wiedzą, jakie

przepisy prawa obowiązują w Polsce. Zdecydowana mniejszość wiedziała także, na jakiej zasadzie działa „oświadczenie woli”.

Opierając się na powyższych analizach, wnioskuję, że to właśnie w tym aspekcie adolescenti przejawiają najmniejszą wiedzę, zatem wszelkie działania edukacyjne powinny zostać ukierunkowane na zmianę tego stanu rzeczy.

Warte przytoczenia w moim przekonaniu są wyniki dalszych analiz danych uzyskane w drodze kolejnych pytań kwestionariuszowych, w których badana młodzież wskazywała na źródła wiedzy o idei dawstwa narządów. Poniższy wykres zawiera wskazania na te właśnie najczęściej źródła, na które powołali się adolescenti.

Odsetki nie sumują się do 100, ponieważ ankietowani mogli podać więcej niż jedną odpowiedź.



Ryc. 15.

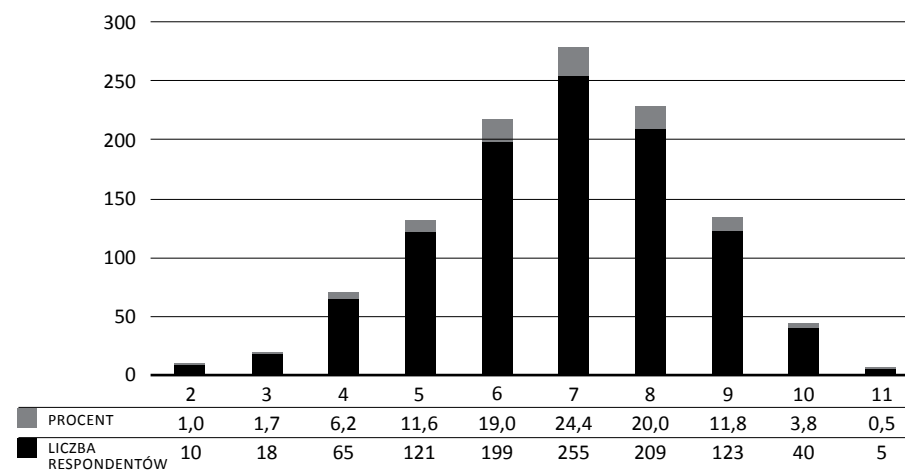
Źródła pozyskiwania wiedzy dotyczącej dawstwa narządów do transplantacji przez adolescentów

Na podstawie danych z wykresu można zauważyć, że adolescenti przede wszystkim, jako źródło wiedzy o transplantacji, wskazują seriale telewizyjne. Stwierdziło tak 62% respondentów. Dalej wymieniają seriale w telewizji (57% badanych), rodzinę, rodziców (po 54% badanych)

oraz programy popularnonaukowe. Można zatem wysnuć wniosek, że badana młodzież czerpie wiedzę o problemie transplantacji z przekazów telewizyjnych oraz od rodziny.

Więcej analiz dotyczących preferowanych i opiniotwórczych źródeł o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów zamieściłam w podrozdziale 3.5.3.

Na podstawie zebranych danych z zadania pierwszego obliczyłam także, ile średnio poprawnych odpowiedzi udzielali respondenci. Rozkład trafnych stwierdzeń udzielanych przez adolescentów został ukazany przeze mnie na poniższym wykresie.



Ryc. 16.

Liczba trafnych stwierdzeń dotyczących dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów

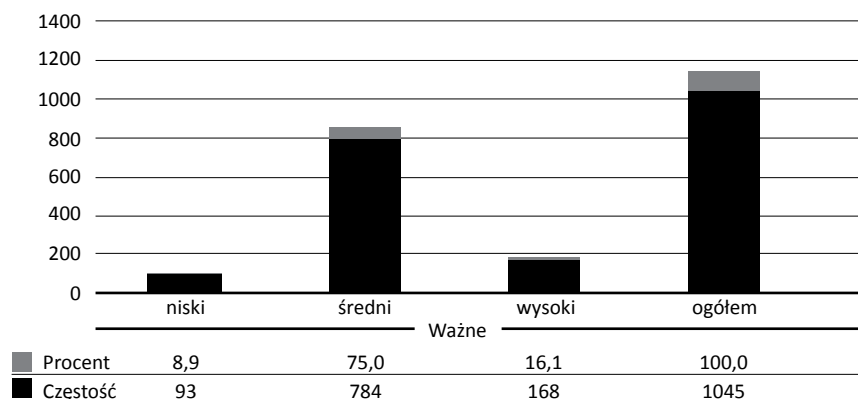
Powyższe dane informują, że najczęściej adolescenti (24%) zaznaczyli siedem poprawnych stwierdzeń – średnia wynosiła 6,84 poprawnych odpowiedzi. Nie było osoby, która by nie odpowiedziała na żadne stwierdzenie, ani takiej, która odpowiedziałaby na wszystkie. Najwyż-

szym uzyskanym wynikiem było 11 dobrych odpowiedzi – jedynie pięć osób zdobyło taki wynik. Dziesięciu respondentów uzyskało natomiast najniższy wynik – 2 poprawne stwierdzenia. Dane jednoznacznie wskazują na normalny rozkład.

Chcąc określić poziom wiedzy adolescentów dotyczący dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji, dokonałam podziału udzielonych odpowiedzi na trzy kategorie. Wyróżniłam:

- ✓ wysoki poziom wiedzy (12–9 poprawnych odpowiedzi),
- ✓ średni poziom wiedzy (8–5 poprawnych odpowiedzi),
- ✓ niski poziom wiedzy (4–0 poprawnych odpowiedzi).

Odpowiedzi wszystkich respondentów poddałam analizie statystycznej, opierając się na tym podziale. Wyniki osiągnięte przez adolescentów zostały przeze mnie umieszczone na poniższym wykresie.



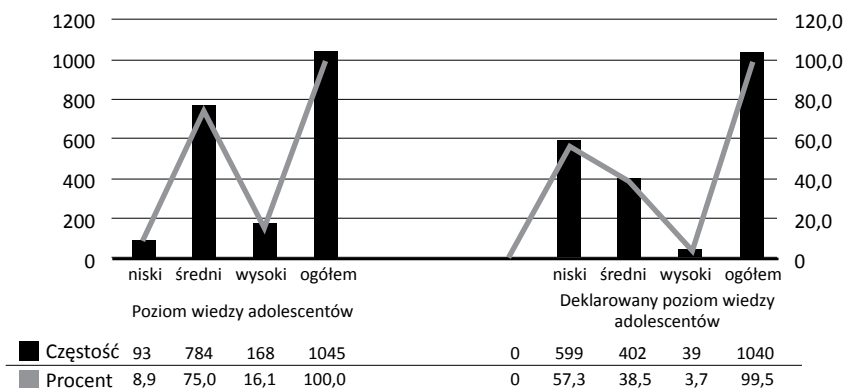
Ryc. 17.

Poziom wiedzy adolescentów o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji

Powyższe dane ukazują, że młodzież w zdecydowanej większości prezentuje średni poziom wiedzy dotyczącej dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji. Aż 75% odpowiedzi respondentów znajdowało się w przedziale 5–8 prawidłowych odpowiedzi. Analiza wykazała, że 9%

młodzieży ma niski poziom wiedzy, natomiast 16% wysoki, a więc liczba prawidłowych odpowiedzi mieściła się w przedziale 9–12 prawidłowych stwierżeń.

Po określeniu poziomu wiedzy warto wskazać wyniki uzyskane z analizy danych z pytania 7. Poproszono w nim adolescentów o próbę oceny poziomu swojej wiedzy dotyczącej omawianego zagadnienia. Na podstawie odpowiedzi respondentów (a. jest wysoka, szczegółowa, b. jest na poziomie średnim, zawiera szereg luk, c. jest niska, emelentarna, d. brak mi wiedzy na ten temat) przyjąłam analogiczne, jak w pytaniu 1, stopnie poziomu wiedzy: niski, średni i wysoki. Na poniższym wykresie dokonuję porównania subiektywnego poziomu wiedzy respondentów na temat transplantacji *ex mortuo* z ich stanem rzeczywistym.



Ryc. 18.

Poziom wiedzy adolescentów a ich subiektywną jej oceną

Analiza wykresu wskazuje, że rozkład procentowy deklarowanej wiedzy adolescentów znacznie różni się od tego, który wskazuje rzeczywisty poziom wiedzy młodzieży na temat dawstwa narządów do transplantacji po śmierci. Odpowiedzi udzieliło ogółem 1040 respondentów (N=1040). Przy porównaniu wykresów staje się widoczne, że adolescent

ci nie doszacowali poziomu swojej wiedzy bądź przeszacowali na swoją niekorzyść. Jedynie 39 adolescentów (4%) uważa, że ich wiedza jest wysoka i szczegółowa, choć w rzeczywistości 168 respondentów uplasowało się na tym poziomie. Na 784 młodych ludzi, którzy mają średni poziom wiedzy, jedynie 402 zadeklarowało, że ją posiada właśnie na tym poziomie. Stanowi to 39% respondentów. Pozostała część młodzieży określiła, że jej wiedza jest niska (478 osób/46%) bądź w ogóle jej nie posiada (12%).

Na podstawie zebranego materiału mogę sformułować wniosek, że młodzież w zdecydowanej większości posiada wiedzę o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji na średnim poziomie, deklarując zarazem, że jest ona zdecydowanie niższa. Świadczyć to może o braku możliwości jej weryfikacji, a także uznaniu, że zawiera szereg luk, które mogą być ważne w obszarze tego zagadnienia.

3.1.2. OPINIE MŁODZIEŻY DOTYCZĄCE IDEI DAWSTWA EX MORTUO DO TRANSPLANTACJI

Niniejszy podrozdział poświęcałam omówieniu opinii adolescentów na temat idei dawstwa narządów w recepcji tego zagadnienia.

W kwestionariuszu ankiety (pytanie nr 9) poprosiłam młodzież o ustosunkowanie się do twierdzeń, które dotyczyły idei dawstwa *ex mortuo*. Poniższa tabela ukazuje rozkład procentowy wypowiedzi adolescentów, które zostały przeze mnie przypisane następującym kategoriom odpowiedzi: (1) zdecydowanie nie zgadzam się, (2) raczej się nie zgadzam, (3) zdecydowanie się zgadzam, (4) raczej się zgadzam, (5) nie mam zdania. Z uwagi na to, że każde z twierdzeń zawartych w tabeli porusza w swojej treści ważne, dyskutowane społecznie zagadnienia, to dla jasności analizy uznałam, że uzasadnione jest analizowanie każdego z nich z osobna. Analizę uzupełniam wykresami.

Wyniki zostały przeze mnie także zaprezentowane na oddzielnych wykresach. Dokonałam ich interpretacji zgodnie z kolejnością twierdzeń.

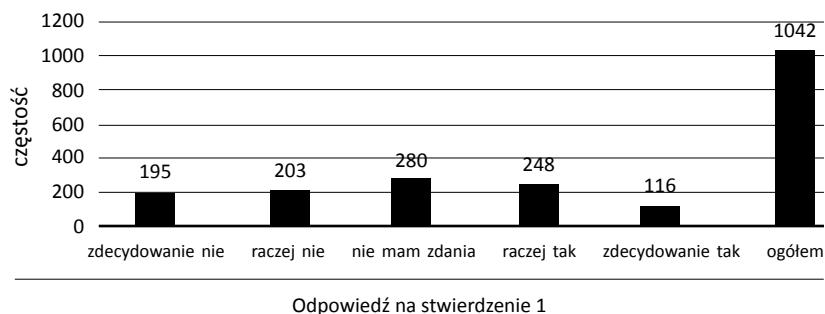
Pierwsze twierdzenie umieściłam w kwestionariuszu z myślą o poznaniu opinii młodzieży dotyczącej kontrowersyjnej publicznie koncepcji śmierci mózgu. Jak zostało to przedstawione bowiem w części teoretycz-

Tabela 11.

Rozkład ocen akceptujących/negujących idee dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji

LP.	TWIERDZENIE	N	ODPOWIEDZI %				
			(1) Zdecydowanie nie zgadzam się	(2) Raczej się nie zgadzam	(3) Zdecydowanie się zgadzam	(4) Raczej się zgadzam	(5) Nie mam zdania
1.1.	Niebezpieczeństwo przeszczepu narządów po śmierci wiąże się z tym, że mimo stwierdzenia przez lekarzy śmierci mózgowej (mózgu), która uznawana jest za śmierć człowieka, nie ma pewności, że dawca nie żyje	1042	18,7%	19,5%	11,1%	23,8%	26,9%
1.2.	Każdy po swojej śmierci powinien oddać narządy do przeszczepu	1044	17,1%	18,7%	17,3%	26,0%	20,9%
1.3.	Przeszczep narządów pobranych ze zwłok ludzkich jest skuteczną metodą leczenia i ratowania życia osobom z niewydolnością organów	1033	2,0%	2,8%	56,7%	31,7%	6,8%
1.4.	Lekarz powinien na podstawie oświadczenia woli (czyli informacji o chęci oddania narządów po śmierci wypisanej na formularzu za życia przez zmarłego) pobrać narządy po śmierci w celu ich przeszczepienia niezależnie od woli zmarłego	1040	29,4%	20,2%	13,4%	14,3%	22,7%
1.5.	Każdy człowiek powinien zastanowić się i wypracować decyzję dotyczącą zgody lub sprzeciwu na oddanie własnych narządów po śmierci	1041	3,7%	3,3%	56,6%	28,2%	8,2%
1.6.	Szkola powinna uczestniczyć w przekazywaniu i rozpowszechnianiu informacji na temat dawstwa i transplantacji narządów po śmierci	1043	3,7%	5,5%	31,4%	36,2%	23,1%
1.7.	Każdy człowiek powinien poinformować rodzinę o swojej decyzji dotyczącej zgody lub sprzeciwu na oddanie własnych narządów po śmierci	1042	3,1%	4,6%	49,5%	31,3%	11,5%
1.8.	Lekarz powinien na podstawie oświadczenia woli (czyli informacji o chęci oddania narządów po śmierci wypisanej na formularzu za życia przez zmarłego) pobrać narządy po śmierci w celu ich przeszczepienia niezależnie od woli rodziny	1041	14,8%	15,6%	27,8%	22,5%	19,4%
1.9.	Decyzja o oddaniu własnych narządów po śmierci powinna być całkowicie bezinteresowna	1044	7,6%	9,6%	40,0%	22,1%	20,7%
1.10.	Osoba decydując się na oddanie narządów, gdy umrze, powinna mieć wpływ na to, do kogo trafią jej narządy po śmierci	1045	21,3%	22,8%	11,2%	16,5%	28,2%

nej – prowadzone wcześniej badania wskazują, że 18% badanych twierdzi, że rodziny nie godzą się na oddanie narządów zmarłych właśnie z powodu przekonania, że śmierć mózgu nie jest wystarczającym dowodem zgonu. Tylko co drugi Polak jest świadomy, że śmierć człowieka następuje wtedy, gdy w sposób nieodwracalny zniszczony jest jego mózg (TNS Polska, 2015).

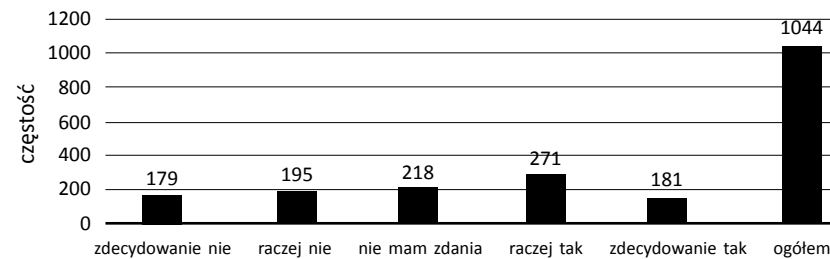


Ryc. 19.

Rozkład częstości oceny adolescentów wobec twierdzenia związanego z koncepcją śmierci mózgowej

Jak wynika z danych z tabeli oraz powyższego wykresu, stosunek wobec tego twierdzenia wyraziło 1042 adolescentów. Najwięcej z nich stwierdziło, że nie ma zdania na ten temat. Po skumulowaniu wszystkich odpowiedzi akceptujących oraz negujących można wysnuć wniosek, że zarówno liczba, jak i procent respondentów akceptujących powyższe stwierdzenie (34,9%) są tylko nieznacznie mniejsze niż osób, które je neguje – 38,2%. Oznacza to zatem, że młodzież nie ma wypracowanej jednoznacznej opinii wobec koncepcji śmierci mózgu, choć warto zwrócić uwagę na fakt, że większość respondentów – 398 osób – uznaje ją, a więc uznaje prawnie oraz medycznie ustanowione kryterium śmierci mózgu jako śmierci człowieka.

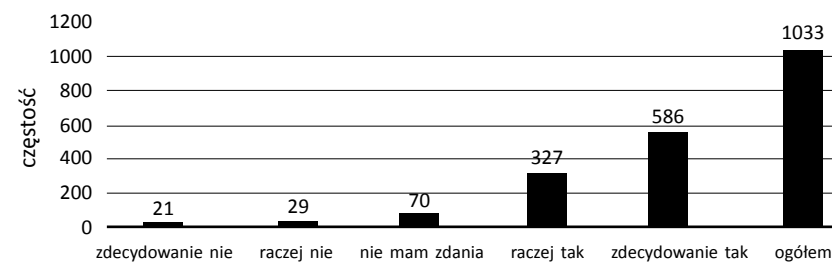
Następnie poprosiłam o ustosunkowanie się wobec stwierdzenia, że każdy po swojej śmierci powinien oddać narządy do przeszczepu. Twierdzenie zawiera w sobie element obowiązku – pewnego nakazu. Wyni-



Odpowiedź na stwierdzenie 2

Ryc. 20.

Rozkład częstości oceny adolescentów wobec twierdzenia związanego z obowiązkiem dawstwa narządów po śmierci



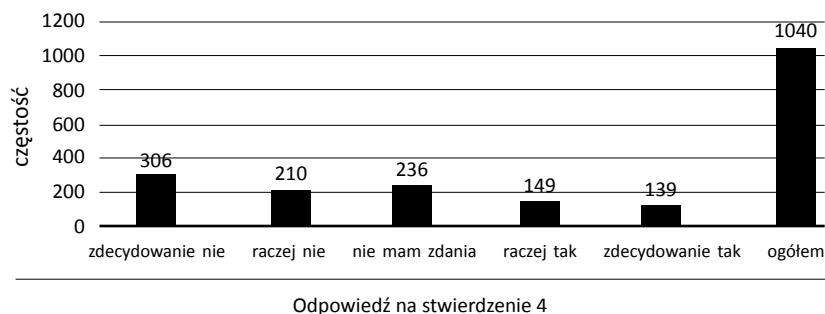
Odpowiedź na stwierdzenie 3

Ryc. 21.

Rozkład częstości opinii adolescentów wobec transplantacji jako metody ratowania życia

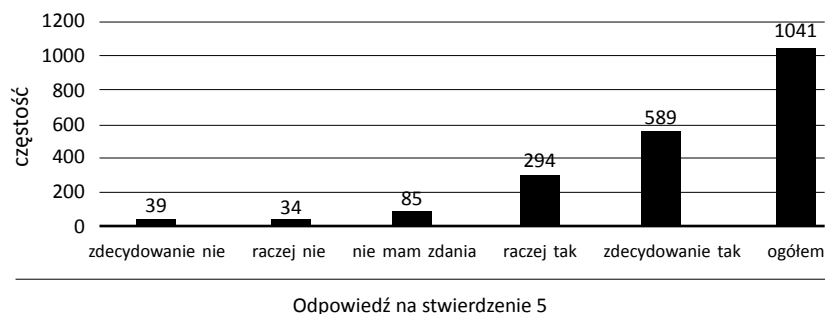
ki analiz także ukazują, że młodzież różni się opinią wobec tej kwestii. Swój osąd co do tego stwierdzenia wyraziło 1044 adolescentów. 35,8% młodych ludzi uznało, że nie każdy powinien po swojej śmierci być dawcą narządów, 43,3% stwierdziło, że tak. Także wysoki odsetek, gdyż na poziomie 20,9% respondentów, stwierdził, że nie ma opinii na ten temat. Wyniki analiz ponownie wskazują na pozytywny stosunek wobec idei dawstwa narządów.

Kolejne analizy pozwoliły na uzyskanie danych o opinii dotyczącej dawstwa narządów po śmierci jako metody leczenia i ratowania życia. Wykres wyraźnie wskazuje, że w tym aspekcie młodzież jest w większości jedno-myślna. Aż 87,4% adolescentów potwierdza, że zgadza się z tym twierdzeniem. Nieliczni są temu przeciwni – 4,8%, bądź nie mają zdania – 6,7%. To pierwsze twierdzenie, które jaskrawo uwidacznia przekonanie młodzieży o transplantacji jako skutecznej metodzie leczenia, a samo dawstwo narządów po śmierci za nieodłączny element tego procesu. Rozkład częstości



Ryc. 22.

Rozkład częstości opinii adolescentów wobec eksplantacji organów na podstawie oświadczenia woli



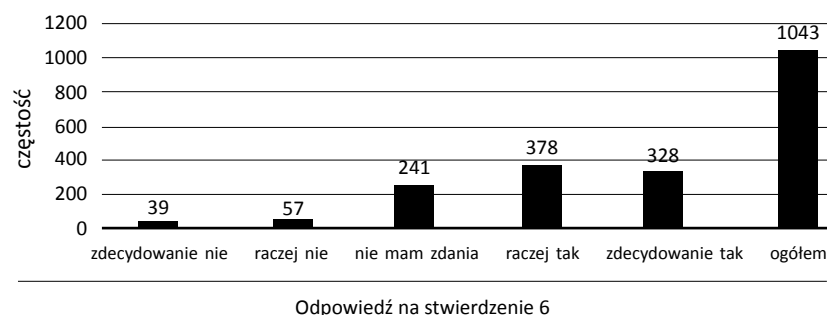
Ryc. 23.

Rozkład częstości opinii adolescentów wobec wagi podjęcia decyzji o dawstwie narządów po śmierci przez każdego człowieka

opinii adolescentów wobec transplantacji jako metodzie ratowania życia został przeze mnie zamieszczony na powyższym wykresie (ryc. 21.).

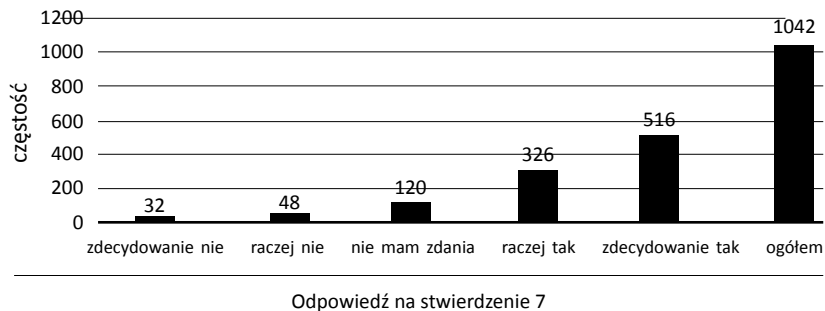
W kolejnej – czwartej pozycji zamieściłam twierdzenie mające na celu uzyskanie opinii adolescentów wobec oświadczenia woli (rozumianego jako informacja o chęci oddania narządów po śmierci do transplantacji). Zapytano młodzież, czy uważa, że lekarz właśnie na podstawie tego oświadczenia/formularza powinien pobrać narządy, nie biorąc pod uwagę już innych danych. Jak wskazuje tabela oraz rozkład ukazany na wykresie, zdecydowana większość adolescentów nie zgadza się z tym twierdzeniem. 49,6% adolescentów uważa, że oświadczenie woli nie może być jedyną informacją, którą lekarz powinien brać pod uwagę podczas decyzji o pobraniu narządów do przeszczepu. 288 respondentów (27,7%) uważa, że lekarz powinien brać pod uwagę jedynie oświadczenie woli, natomiast 22,7% adolescentów nie wyraziło swojej opinii.

Piąta pozycja pytania 9 dotyczyła opinii adolescentów odnośnie do wypracowania własnej decyzji wobec zgody bądź sprzeciwu na oddanie narządów po śmierci do transplantacji. Do stwierdzenia, że każdy człowiek powinien podjąć decyzję, ustosunkowało się 1041 adolescentów. Wyniki danych wyraźnie wskazują, że młodzież skłania się właśnie ku temu przekonaniu. Zdecydowana większość, gdyż 84,8% adolescentów, wyraziła opinię, że każdy powinien taką decyzję wypracować, co wska-



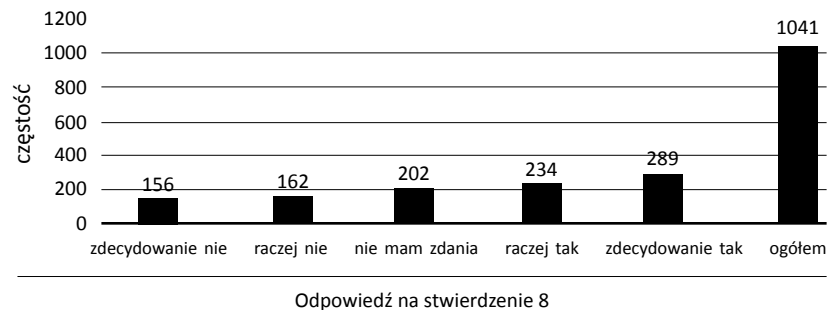
Ryc. 24.

Rozkład częstości opinii dotyczącej uczestnictwa szkoły w edukacji o dawstwie narządów *ex mortuo*



Ryc. 25.

Rozkład częstości opinii adolescentów wobec potrzeby prowadzenia rozmów w rodzinnym gronie i poinformowaniu rodziny wobec wypracowanej decyzji



Ryc. 26.

Rozkład częstości opinii adolescentów dotyczący pobrania przez lekarzy narządów na podstawie oświadczenia woli zmarłego niezależnie od woli rodziny

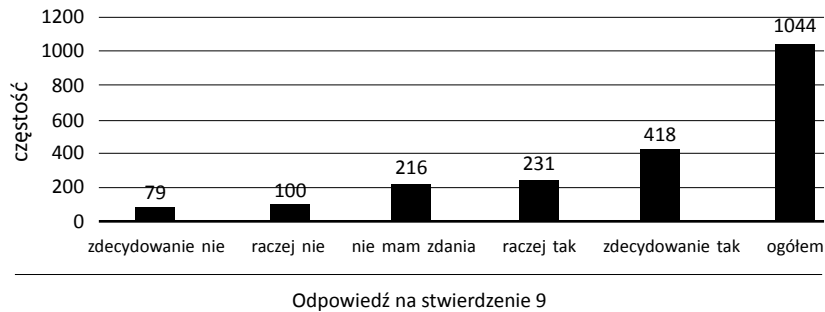
zuje na podejście do samego tematu dawstwa narządów jako do tematu ważnego i istotnego, nad którym należy się zastanowić. Jedynie 7% adolescentów było zdania, że nie każdy taką decyzję powinien podjąć. 8,2% respondentów nie miało zdania na ten temat. Poniższy wykres ukazuje rozkład częstości opinii adolescentów wobec wagi podjęcia decyzji o dawstwie narządów po śmierci przez każdego człowieka.

Następne twierdzenie – szóste z kolei – dotyczyło ustalenia opinii młodych ludzi wobec potrzeby lub jej braku zaangażowania się szkoły jako miejsca, w którym młodzież zdobywa wiedzę i kształtuje opinię wobec dawstwa narządów po śmierci do transplantacji. Jak wskazuje wykres oraz dane zamieszczone w tabeli, zdecydowana większość adolescentów uważa, że szkoła powinna uczestniczyć w edukowaniu młodzieży na ten temat. Tego zdania jest aż 67,7% adolescentów, choć przeważają adolescenty, którzy uważają, że „raczej tak” powinno być. Przeciwnego zdania jest 9,2% respondentów, natomiast 23,1% nie określiło swojego stosunku, zaznaczając na skali odpowiedź (3) – nie mam zdania. Wyniki te wyraźnie wskazują, że młodzież widzi miejsce szkoły, a więc głównego elementu edukacji formalnej, w przestrzeni edukacji o dawstwie narządów, w której chciałaby uczestniczyć i z której czerpałaby wiedzę. To ważna informacja w kontekście prowadzonych badań.

Następnie postawiłam przed młodzieżą stwierdzenie, które dotyczyło pobrania przez lekarzy narządów na podstawie oświadczenia woli zmarłego niezależnie od woli rodziny. O tym, czy lekarz powinien brać pod uwagę wolę rodziny, wyraziło swoją opinię 1041 adolescentów.

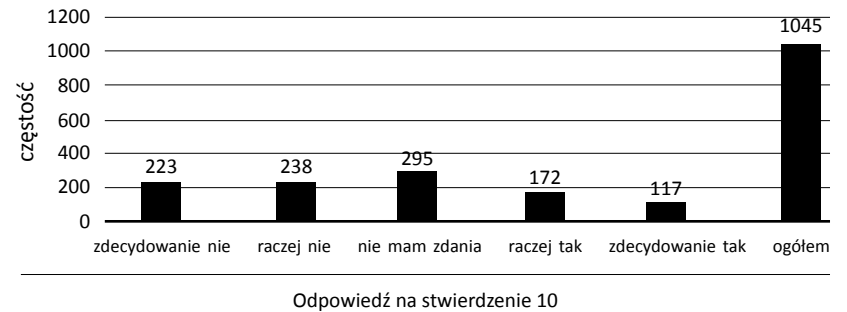
Jak ukazuje rozkład częstości opinii umieszczony na powyższym wykresie, najwięcej młodych ludzi uważa, że lekarz nie powinien brać pod uwagę woli rodziny. Sumując odpowiedzi „zdecydowanie tak” oraz „raczej tak” – 50,2% adolescentów jest takiego zdania, choć widać, że najwięcej adolescentów wybrało odpowiedź „zdecydowanie tak”. Zaskakująco dużo, gdyż 19,4%, respondentów nie ma zdania na ten temat. Warto zastanowić się, czy nie należałoby podjąć działań na rzecz zmiany tej sytuacji, by umożliwić wypracowanie młodym ludziom własnej opinii wobec tego zagadnienia. Warto wziąć pod uwagę także wyniki badań informujące, że rzadko w społeczeństwie dochodzi jeszcze do rodzinnych rozmów na ten temat. Pozostałe 30,4% respondentów jest zdania, że lekarz powinien brać pod uwagę wolę rodziny.

Z rozkładu częstości można wywnioskować, że adolescenty zgadzają się z opinią, że decyzja o oddaniu własnych narządów do transplantacji po śmierci powinna być całkowicie bezinteresowna. Uznało tak 62,2% adolescentów, z czego większość wybrała odpowiedź „zdecydowanie



Ryc. 27.

Rozkład częstości opinii adolescentów dotyczący kierowania się bezinteresownością przy podejmowaniu decyzji wobec oddania narządów po śmierci



Ryc. 28.

Rozkład częstości opinii adolescentów wobec możliwości wyboru biorcy przez dawcę narządów *ex mortuo*

tak”. Zaskakująco wysoki procent respondentów nie posiada opinii na ten temat, gdyż aż 20,7%. Niewiele mniej, bo 17% respondentów uważa, że oddanie narządów do transplantacji nie powinno być decyzją, za którą nie podążałoby wynagrodzenie (np. finansowe lub ekwiwalent innego rodzaju). Pozostając w temacie podejmowania decyzji, interesujący wydaje się stosunek młodzieży wobec kolejnego stwierdzenia.

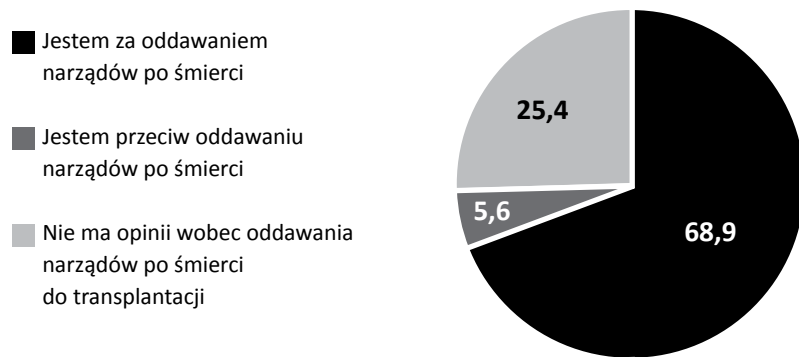
Ocenię adolescentów poddałam także stwierdzenie mówiące o tym, że osoba decydując się na oddanie narządów, gdy umrze, powinna mieć wpływ na to, do kogo po śmierci trafią jej organy. Przyglądając się rozkładowi danych, można wyraźnie dostrzec, że młodzież w przeważającej większości jest przeciwna decydowaniu o tym, do kogo powinny trafić narządy, co świadczy i potwierdza deklaracje o bezinteresownym podejściu do idei dawstwa. Zdecydowanie lub raczej nie zgadza się z tym stwierdzeniem 44,1% adolescentów. Wyraźnie ponownie uwiadcza się brak zdania młodych – aż 28,2% (295) respondentów nie ma wyrobionej opinii na ten temat. Natomiast 27,7% respondentów zgadza się z tym stwierdzeniem.

Uogólniając wyniki badań, warto spojrzeć na pewne procentowe różnice, które ujawniły się w opiniach wobec powyższych dziesięciu twierdzeń dotyczących idei dawstwa narządów *ex mortuo*. Widoczny staje się dość wysoki odsetek procentowy respondentów, którzy nie mają opi-

nii na przedstawione twierdzenia. Średnio jedna piąta adolescentów nie umie zająć stanowiska wobec tematu dawstwa i transplantacji narządów. Widoczny staje się jednak obecny w każdym twierdzeniu pozytywny stosunek wobec tej kwestii. Dane te są zatem potwierdzeniem innych badań z zakresu dawstwa i transplantacji narządów, wskazujących na pozytywne podejście młodzieży oraz społeczeństwa do dawstwa narządów *ex mortuo* (patrz TNS, 2015; CBOS, 2016).

Kontynuując analizę w kolejnym pytaniu, spytałam młodzież o jej opinię wobec oddawania narządów do transplantacji. Konstrukcja pytania dawała jej możliwość wybrania jednej z trzech możliwości oraz dopisania swojego uzasadnienia. Poprosiłam, by wzięto pod uwagę własne doświadczenia, religię, przekonania, obserwację, wiedzę lub inne ważne dla młodzieży aspekty. Dwie osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie (N=1043).

Dane z wykresu jasno wskazują na **akceptującą opinię** młodzieży wobec oddawania narządów po śmierci do transplantacji. Zdecydowana większość respondentów deklaruje, że chciałaby, żeby ich narządy zostały pobrane do transplantacji po śmierci. Zadeklarowało tak 720 adolescentów. **Opinię odrzucającą** zadeklarowało jedynie 6% adolescentów. Brak decyzji zadeklarowało w moim przekonaniu wielu, gdyż ¼ adolescentów.



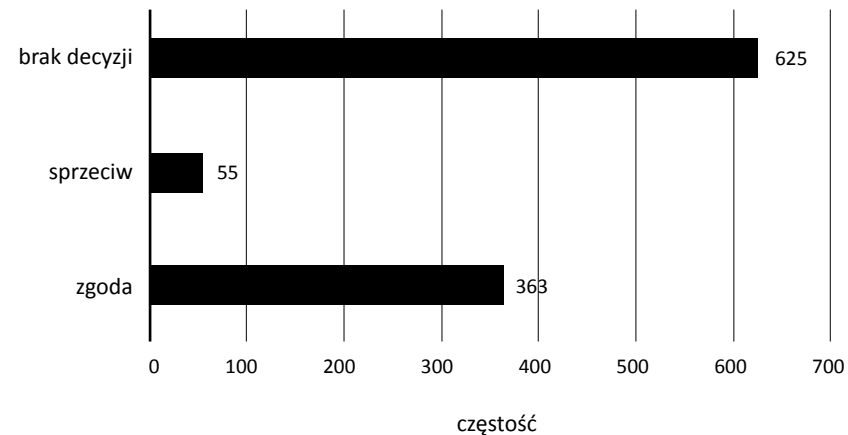
Ryc. 29.

Rozkład procentowy opinii adolescentów wobec oddania narządów po śmierci do transplantacji

Adolescentom, w kwestionariuszu ankiety, zadałam również pytanie o to, czy podjęli decyzję wobec oddania narządów po śmierci do transplantacji. Poprosiłam o wybranie jednej z trzech możliwości: a. Podjąłem/-łam decyzję o zgodzie na oddanie własnych narządów po śmierci, b. podjąłem/-łam decyzję o sprzeciwie na oddanie narządów po śmierci, c. Nie podjąłem/-łam jeszcze decyzji.

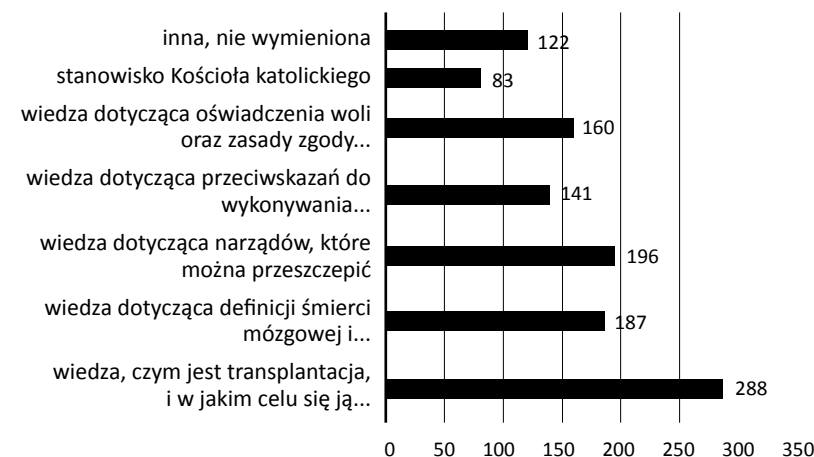
Z przeprowadzonej analizy wynika, że ponad połowa adolescentów, gdyż 60%, deklaruje, że nie podjęła jeszcze decyzji dotyczącej zgody bądź sprzeciwu na oddanie własnych narządów po śmierci do transplantacji. 363 respondentów zrobiło to, deklarując, że zgadza się na oddanie organów po śmierci. Stanowią oni 35% badanych. Sprzeciw wobec oddania własnych narządów do przeszczepu wyraziło 5% adolescentów – 55 osób. Tych, którzy podjęli decyzję (N=363), poproszono o wskazanie lub/i podanie informacji, które pomocne były przy jej podejmowaniu (pyt. 5). Zaproponowałam pięć możliwości oraz umożliwiłam podanie własnej argumentacji. Respondent mógł wybrać więcej niż jedną odpowiedź. Rozkład częstości deklarowanych kryteriów ważnych przy podejmowaniu decyzji o oddaniu narządów po śmierci do transplantacji umieściłam na poniższej rycinie.

Analizy danych wskazały, że wiedza o tym, czym jest transplantacja i w jakim celu się ją przeprowadza, stała się ważna i pomoc-



Ryc. 30.

Rozkład częstości deklaracji o podjęciu decyzji dotyczącej dawstwa narządów po śmierci do transplantacji (pytanie 14) (N=1043)



Ryc. 31.

Rozkład częstości deklarowanych kryteriów ważnych przy podejmowaniu decyzji o oddaniu narządów po śmierci do transplantacji (N= 363)

na przy podejmowaniu decyzji o oddaniu narządów po śmierci do transplantacji dla 79% adolescentów. Stwierdziło tak 288 respondentów, którzy deklarują, że podjęli już decyzję o zgodzie lub sprzeciwie na oddanie narządów po śmierci. Warto moim zdaniem przypomnieć, że wiedzę z tego zakresu posiada najwięcej badanych – ponad 80%. Na drugim miejscu 19% adolescentów wskazało na wiedzę dotyczącą organów, które można przeszczepiać (196 badanych) oraz wiedzę na temat kryteriów śmierci mózgowej (18% – 187 adolescentów). Swoją decyzję dotyczącą zgody na przeszczep narządów 15% młodzieży (160 osób) uzasadniło posiadaną wiedzą na temat oświadczenia woli oraz zasad zgody domniemanej, 141 badanych wiedzą na temat przeciwwskazań do wykonania przeszczepu, zaś dla 83 osób (8%) ważne w tej kwestii było przyzwalające stanowisko Kościoła. Warto, moim zdaniem, zatrzymać się na wypowiedziach 12% młodzieży, które znalazły się w kategorii „inne”, w której adolescentki licznie (122 osoby) uzasadniały swoje motywacje dotyczące zgody na przeszczep po śmierci. Do najczęściej wpisywanych argumentacji przez respondentów należały takie, jak: „świadomość tego, że mogę uratować komuś życie”, „wiedza, że narządy dane nie trafią w niepowołane ręce”, „wiedza o tym, że dzięki temu ktoś może żyć”, „świadomość, że moje organy mogą uratować życie drugiej osobie”, „ilość osób, które oczekują na narządy”, „wiedza o decyzji rodziców i bliskich, ich zdanie na temat transplantacji”, „wiedza, jak trudno jest o narządy do transplantacji dla chorych”, „zgoda rodziny” czy „zastanowienie się, czy nasze ciało jest potrzebne po śmierci”. Godne uwagi, chociażby ze zględu na omawiane już źródła danych, z których młodzież czerpie wiedzę dotyczącą omawianego zagadnienia, są dwie odpowiedzi, wyraźnie wskazujące na znaczenie edukacji nieformalnej osadzonej w przestrzeni seriali telewizyjnych. Dwóch respondentów wskazało bowiem, że istotne było „obejrzenie całego 4. sezonu „Doktora House’a” czy „oglądanie serialów i filmów typu «Dr House»”.

Warto, moim zdaniem, dokonać dalszej analizy uzasadnień młodzieży własnych deklaracji o podjęciu decyzji zgody bądź sprzeciwu na oddanie własnych narządów po śmierci, co czynię, przytaczając poniżej zarówno najczęstsze, jak i najbardziej istotne według mnie odpowiedzi młodych ludzi. Zachowałam oryginalną pisownię wypowiedzi.

Opinię akceptującą posiada zdecydowana większość adolescentów. Blisko 69% badanych jest za ideą oddawania narządów po śmierci, ponieważ, według ich opinii:

/ „mogą przydać się komuś innemu bardziej, a po śmierci dużo mi już nie pomagają”;

/ „tym gestem mogę pomóc wielu ludziom w ich utrapieniach, wiem, że dzięki temu taka osoba będzie szczęśliwsza oraz że znów dzięki swej sprawności będzie mogła żyć w 100%, a poza tym po co mi narządy po śmierci w piachu? skoro i tak nasze ciało zamieni się w proch, można komuś uratować życie”;

/ „jeśli będą się one nadawały do przeszczepu, będę miał okazję ocalić czyjeś życie”;

/ „może to uratować komuś życie, poza tym liczę, że kiedy będę potrzebować ja takiej pomocy, to ją otrzymam”;

/ „moja opinia opiera się na doświadczeniach rodziny i znajomych oraz zdaję sobie sprawę z tego, że mogę ocalić ludzkie życie, np. komuś z rodziny”;

/ „mogę uratować życie drugiej osobie i pomimo że umrę, zostawię jakiś ślad po sobie i część mnie będzie żyła w drugim człowieku”;

/ „chciałabym uratować życie komuś, niezależnie od tego kim jest, przecież to tylko tkanki, komórki, a jeżeli w tak prosty sposób mogę komuś pomóc, to dlaczego nie?”;

/ „jeżeli moje narządy będą dopuszczone do przeszczepu, mogą uratować komuś życie, a na pewno przesuną kolejkę i dadzą tym samym nadzieję oczekującym”;

/ „ratuje to życie innym osobom, aczkolwiek swoje narządy oddałabym tylko bliskim”;

/ „Kościół katolicki uczy, aby pomagać innym, a to jest forma pomocy po śmierci”.

W argumentacjach młodzieży najczęściej ujawnia się chęć pomocy innym ludziom. Zdecydowana większość adolescentów mówi bowiem o możliwości ratowania, ocalenia życia innych. W nielicznych deklaracjach młodzież wskazuje na konkretne osoby, którym zgodziłaby się oddać narząd (bliska rodzina/znajoma osoba). Odpowiedzi te mogą stanowić przykład idealizmu młodzieńczego, który charakterystyczny jest dla okresu adolescencji. Dla porównania, w badaniach przeprowa-

dzonych w 2015 r. przez TNS Polska na próbie 1001 Polaków w wieku 15 lat i więcej, 55% badanych zadeklarowało chęć oddania narządów do transplantacji.

Drugą co do częstości z zaznaczanych odpowiedzi była ta związana z deklaracją braku opinii na ten temat. Brak zdania deklaruje 25% adolescentów. Aby móc poczynić wnioski z takiego stanu rzeczy, poddano analizie argumentację młodzieży.

Część młodzieży nie ma określonej opinii wobec oddania narządów po śmierci do transplantacji. Nie podjęła ona decyzji o zgodzie lub sprzeciwie na oddanie pośmiertnie organów. Poniżej zamieszczam wypowiedzi, którymi argumentują swoje stanowisko:

- / „mam jeszcze zbyt małą wiedzę na ten temat”;
- / „nie rozmawiałem z nikim na ten temat”;
- / „jeszcze nie myślałem nad tą decyzją i nie mam swojego zdania”;
- / „z jednej strony ratuje życie innego człowieka, a z drugiej może być sprzeczna z wolą rodziny”;
- / „nie jestem przekonany do polskich lekarzy, stwierdzenia zgonu”;
- / „uważam, że każdy powinien podjąć indywidualną decyzję o tym, czy chce oddać organy, bez nacisku społeczeństwa”;
- / „za mało myślałam na ten temat. Po zajęciach (na których była mowa o transplantacjach, przeszczepie szpiku) i informacjach z TV skłaniam się bardziej ku oddaniu narządów po śmierci, jednak jest to poważna decyzja i trzeba ją należycie przemyśleć”;
- / „każda osoba ma swoje zdanie, a ja jeszcze się nad tym zastanawiam, jestem dopiero w drugiej klasie gimnazjum, więc nie myślę o śmierci”;
- / „nie było tematem żadnej lekcji, rodzina też nie wspominała, nie zastanawiałem się nad tym”.

Przytoczone powyżej argumenty mogą nakreślać powody braku podjęcia decyzji przez adolescentów. Wskazują oni najczęściej na brak wiedzy na ten temat oraz brak sytuacji, w których mogliby zacząć wypracowywać własne zdanie na temat dawstwa, a następnie decyzję wobec oddania własnych organów po śmierci.

Najrzadszą odpowiedzią był sprzeciw wobec eksplantacji organów po śmierci w celu ich transplantacji. **Odrzucającą opinię wobec idei dawstwa narządów deklaruje blisko 6% adolescentów (58 badanych).** Za sprzeciwem wobec oddawania narządów pojawiały się takie odpowiedzi, jak:

Jestem przeciwny idei oddania narządów, ponieważ:

- / „nie chcę napędzać monopolu lekarskiego swoim własnym organizmem”;
- / „dawca powinien wyrazić najpierw zgodę (po śmierci ciała nie powinno się okradać!)”;
- / „nie wiem, do kogo trafią w przyszłości, nie chcę być pochowana jako «niekompletna» osoba”;
- / „chciałbym zostać pochowany w takim stanie mojego wnętrza, z jakim się urodziłem”;
- / „boję się”;
- / „ponieważ lekarze na tym zarabiają, a nie powinni, bo gdy ktoś oddaje np. wątrobę, to powinno być za darmo, a nie sobie wymyślają ceny z kosmosu”;
- / „boję się, że lekarze mogą nie troszczyć się o moje zdrowie, aby otrzymać narządy. Mimo wszystko, oddanie narządów to piękny gest”;
- / „mój honor oraz godność osobista mówi mi od małego, by nie oddawać organów wewnętrznych, byłoby to zbezczeszczenie świątyni ciała”.

Przytoczone argumenty wskazują na strach oraz obawy wobec oddania własnych narządów po śmierci. Pojawia się stereotyp handlu narządami, uzyskiwania finansowych korzyści przez transplantologów, a także przedstawione już wcześniej argumenty dotyczące obawy przed ingerencją w organizm jednostki. Dane te mogą być ważne przy tworzeniu programów edukacyjnych, mających za zadanie zmienić negatywne opinie wobec tego tematu.

Kilka razy wśród argumentów o sprzeciwie wśród młodych ludzi pojawiła się opinia, w której powołano się na kwestie religijne/wyznaniowe. Brzmiały one: „jestem chrześcijaninem i uważam, że każdy powinien mieć własne narządy. Poza tym nie chciałbym, żeby np. ktoś po mojej śmierci nosił w sobie moją nerkę czy moje serce...”. Interesujący jest dla mnie sprzeciw motywowany właśnie takim uzasadnieniem. Także w badaniach CBOS w uzasadnieniu sprzeciwu najczęściej (23%) pojawiały się bowiem kwestie związane z wiarą, religią (2012). Do tej kategorii zaliczono również argumentację odnoszącą się do wizji życia po śmierci, zmartwychwstania, zbawienia (3%),

wypowiedzi wskazujące bezpośrednio na wpływ Kościoła katolickiego czy katolicyzmu jako takiego (1%), jak również krytyczne wypowiedzi odnoszące się do religii jako wiary w przesady, zabobony lub do błędów w interpretowaniu jej zasad. Odpowiedzi sklasyfikowane w ogólnej kategorii religijnej stosunkowo częściej pojawiały się wśród najlepiej wykształconych, a także niepraktykujących religijnie. Co ciekawe, także druga najbardziej liczna grupa (17%) obejmowała wypowiedzi dotyczące niechęci do ingerowania w ciało zmarłego, rozumianego jako coś niewłaściwego, jako beczczenie zwłok, a także ogólnej potrzeby zachowania ciała w całości (tamże). Jak podają autorzy, zakwalifikowane argumenty nie odnoszą się bezpośrednio do wiary religijnej są jednak w dużej mierze wynikiem religijnego myślenia o ciele jako czymś danym, czego integralność należy chronić nawet po śmierci. Podobny, ale i nieco różny, typ uzasadnień odnosi się do niechęci dzielenia się ciałem zmarłego z innymi, obcymi osobami – potencjalnymi biorcami (7%), a więc z jednej strony świadomość, że część bliskiej osoby dostanie ktoś obcy, a z drugiej – poczucie, że oddając narządy bliskiego, w pewnym sensie traci się tę osobę. Odpowiedzi z obu tych kategorii odnoszących się do problematyki ciała są relatywnie częstsze wśród najmłodszych respondentów – wskazują autorzy (CBOS, 2012, s. 8).

Wyniki przeze mnie przedstawione zdają się również stanowić potwierdzenie powyżej przytoczonych kwestii. Na tej podstawie wnioskuję, że postawa oraz stanowisko Kościoła katolickiego ma znaczenie w sposobie pojmowania przez adolescentów kwestii dawstwa narządów do transplantacji po śmierci. Biorąc pod uwagę pozytywny stosunek Kościoła wobec dawstwa, można wysnuć dalsze wnioski, że powinien on zatem odgrywać ważną oraz większą rolę w prawidłowym tworzeniu opinii oraz w podejmowaniu decyzji przez młodych ludzi wobec idei dawstwa narządów po śmierci do transplantacji.

3.1.3. CZYNNIKI SOCJODEMOGRAFICZNE A WIEDZA I OPINIE MŁODZIEŻY DOTYCZĄCE IDEI DAWSTWA NARZĄDÓW *EX MORTUO* DO TRANSPLANTACJI

Kontynuując analizę materiału badawczego, w dalszej kolejności szukałam odpowiedzi, w jaki sposób recepcja badanych dotycząca idei dawstwa narządów jest zróżnicowana płcią i wiekiem oraz rodzajem szkoły/edukacji. Celem kolejnego podrozdziału będzie zatem poszukiwanie związków zależnościowych między tymi zmiennymi socjodemograficznymi oraz odpowiedzi na następujące pytania badawcze.

P1. Czy, a jeśli tak, to w jaki sposób, wiedza badanych na temat dawstwa i transplantacji narządów jest zróżnicowana ich płcią i wiekiem?

P2. Czy, a jeśli tak, to w jaki sposób, płeć i wiek badanych różnicuje ich opinie na temat dawstwa i transplantacji narządów?

Na początku poczyniłam próbę odpowiedzi na pytanie o to, czy, a jeśli tak, to w jaki sposób, wiedza badanych na temat dawstwa i transplantacji narządów jest zróżnicowana wiekiem. Przypomnę, że przyjąłam podział wiekowy adolescentów na dwie grupy – wczesnej oraz późnej adolescencji. Jak zostało to wcześniej przeze mnie wyjaśnione, do grupy okresu wczesnej adolescencji, na podstawie literatury przedmiotu, zaklasyfikowałam młodzież w wieku 11–16 lat, do okresu późnej adolescencji młodzież w wieku 11–21 lat (Obuchowska, 2009). Następnie określiłam kolejną zmienną, jaką jest liczba prawidłowych stwierdzeń dotyczących wiedzy o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji, uzyskanych z zadania 1 (dalej jako zmienna wiedzy P1). Przy zastosowaniu testu T (T-TEST) otrzymałam następujące dane:

Tabela 12.

Poziom wiedzy adolescentów w różnych okresach adolescencji

OKRES ADOLESCENCJI		N	ŚREDNIA	ODCHYLENIE STANDARDOWE	BŁĄD STANDARDOWY ŚREDNIEJ
Prawidłowe odpowiedzi respondentów na 12 stwierdzeń dotyczących dawstwa narządów <i>ex mortuo</i> do transplantacji (zad. 1)	wczesne dorastanie	625	6,74	1,705	,068
	późne dorastanie	419	6,99	1,616	,079

Powyższe dane jasno wskazują, że wyższy poziom wiedzy przejawiają adolescenty w okresie późnej adolescencji, którzy udzielili w kwestionariuszu ankiety więcej prawidłowych odpowiedzi. Średni poziom wiedzy w tej grupie badanych przyjął wartość 6,99, zaś w młodszej grupie 6,74.

Na kolejnym wykresie ukazałam rozkład osiągniętej średniej oraz etap edukacji, na którym znajdują się adolescenty. Wykorzystując Test T dla prób niezależnych do porównania liczby prawidłowych odpowiedzi w pytaniu 1 oraz grup wiekowych, stwierdzono, że zależności te są istotne statystycznie (Test T równości średnich, Istotność (dwustronna) na poziomie $p=0,018$).

Aby stwierdzić, czy istnieje zależność między pytaniami o wiedzę (zmienna P1) a typami szkół, posłużyłam się jednoczynnikową analizą wariancji ANOVA. Jak ukazuje tabela poniżej, występują istotne zależności między wiedzą adolescentów ze szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych.

Tabela 13.

Zależność między zmiennymi: wiedzą a etapem kształcenia

	p>00,5	df	średni kwadrat	ODCHYLENIE STANDARDOWE	istotność
Prawidłowe odpowiedzi respondentów na 12 stwierdzeń dotyczących dawstwa narządów <i>ex mortuo</i> do transplantacji (zad. 1)	między grupami	3	24,400	8,917	,000
	wewnątrz grup	1041	2,736		
	ogółem	1044			

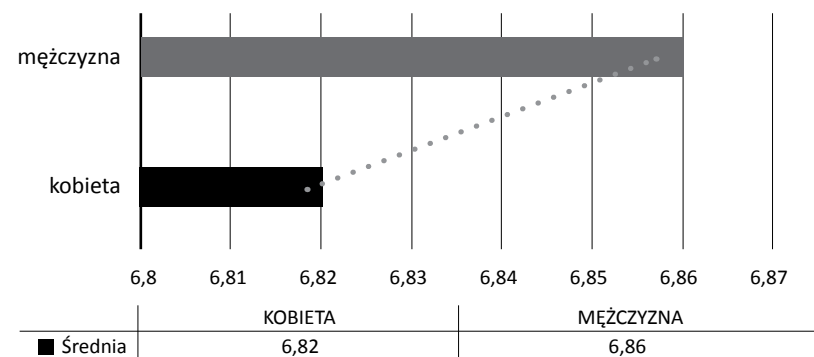
Przeprowadziłam także testy *post hoc*. Porównania wielokrotne ukazały istotność statystyczną zmiennej zależnej, jaką jest wiedza, a poziom szkoły, do jakiej uczęszczają respondenci.

Różnice ujawniły się na poziomie szkół gimnazjalnych oraz licealnych. W obu przypadkach istotność wynosi $p=0,00$. Na poziomie zasadniczej szkoły zawodowej i technikum testy nie wykazały istotnych zależności. Aby móc w pełni sformułować odpowiedź na pytanie badawcze P1 o to, w jaki sposób wiedza badanych na temat dawstwa i transplantacji narząd

Tabela 14.

Zależność między zmiennymi: wiedza adolescentów a typ placówki, do której uczęszczają

Test Scheffe	p>00,5					
Zmienna zależna		Różnica średnich (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
					Dolna granica	Górna granica
Wiedza (P1)	gimnazjum	-,153	,174	,856	-,64	,33
		-,355	,140	,092	-,75	,04
		-,638*	,126	,000	-,99	-,28
	zasadnicza szkoła zawodowa	,153	,174	,856	-,33	,64
		-,202	,194	,781	-,75	,34
		-,485	,185	,076	-1,00	,03
	technikum	,355	,140	,092	-,04	,75
		,202	,194	,781	-,34	,75
		-,283	,153	,334	-,71	,15
	liceum	,638*	,126	,000	-,28	,99
		,485	,185	,076	-,03	1,00
		,283	,153	,334	-,15	,71



Ryc. 32.

Rozkład średnich prawidłowych odpowiedzi dotyczących dawstwa narządów *ex mortuo* a płę badanych

dów jest zróżnicowana płcią i wiekiem, postanowiłam przeprowadzić dalsze analizy, skupiając się na zmiennej, jaką jest płeć adolescentów.

Do obliczeń statystycznych zastosowałam Test T, którego wyniki pozwoliły mi na sformułowanie odpowiedzi na pytanie o zależność między tymi zmiennymi. Na początku podjęłam się obliczeń średnich poprawnych odpowiedzi na twierdzenia związane z dawstwem narządów, udzielonych przez kobiety i mężczyzn. Rozkład średnich umieściłam na powyższej rycinie.

Jak widać, prezentowane średnie są prawie na tym samym poziomie. Średnia kobiet wynosi bowiem 6,82 (odchylenie standardowe 1,611), natomiast średnia u mężczyzn wynosi 6,86 (odchylenie standardowe 1,707).

Wykorzystując test T dla zmiennych wiedza oraz płeć, nie stwierdzono różnic między kobietami a mężczyznami. Szczegółowe dane przedstawiam w tabeli poniżej.

Na podstawie danych zawartych w powyższym wykresie oraz tabeli można zatem wnioskować, że nie płeć, lecz wiek jest zmienną różnicującą stan wiedzy adolescentów o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji. Wyższy poziom wiedzy przejawia bowiem młodzież w okresie późnej adolescencji (różnica istotnie statystyczna ujawniła się także dla

Tabela 15.

Test T dla zmiennych wiedza oraz płeć

		Test Levene'a jednorodności wariancji	Test równości średnich							
			Istotność	t	Df	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich	Błąd standardowy różnicy	95% przedział ufności dla różnicy średnich	
									Dolna granica	Górna granica
Wiedza (prawidłowe odpowiedzi P1)	Założono równość wariancji	,470	- ,32 9	1042	,742	-,036	,109	-,250	,178	
	Nie założono równości wariancji		- ,33 5	773, 579	,738	-,036	,107	-,246	,174	

uczniów uczęszczających do gimnazjum i liceum). Opowiadając zatem na pytanie badawcze o to, w jaki sposób wiedza badanych na temat dawstwa i transplantacji narządów jest zróżnicowana płcią i wiekiem, można udzielić odpowiedzi, że wraz z wiekiem wiedza adolescentów dotycząca idei dawstwa narządów do transplantacji zwiększa się.

Na poziomie kolejnych analiz na zmiennej zależnej – opiniach oraz pośredniczącej – wieku adolescentów, istotnie statystycznie zależności wykazano wobec dwóch prezentowanych adolescentom pozycji. Do obliczeń statystycznych zastosowałam test T, który ujawnił różnice pomiędzy młodszymi i starszymi adolescentami w dwóch pozycjach – pytaniu

Tabela 16.

Zależności istotne statystycznie zmiennych – opinia wobec dawstwa narządów *ex mortuo* a wiek adolescentów

		Test Levene'a jednorodności wariancji	Test równości średnich								
			F	Istotność	t	Df	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich	Błąd standardowy różnicy	95% przedział ufności dla różnicy średnich	
										Dolna granica	Górna granica
8. Lekarz powinien na podstawie oświadczenia woli pobrać narządy po śmierci w celu ich przeszczepienia niezależnie od woli rodziny	Założono równość wariancji	,786	,375	-3,920	1038	,000	-,346	,088	-,519	-,173	
	Nie założono równości wariancji			-3,948	910, 947	,000	-,346	,088	-,518	-,174	
9. Decyzja o oddaniu własnych narządów po śmierci powinna być całkowicie bezinteresowna	Założono równość wariancji	3,090	,079	-2,066	1041	,039	-,166	,080	-,324	-,008	
	Nie założono równości wariancji			-2,083	919, 634	,037	-,166	,080	-,322	-,010	

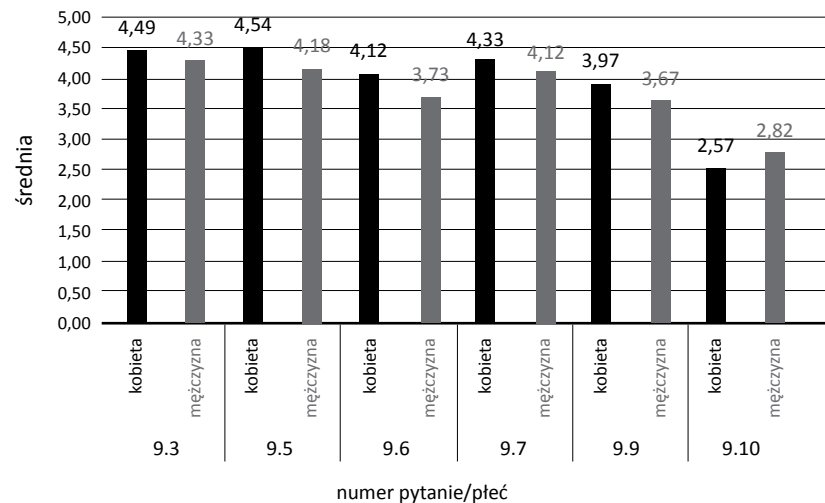
8 i 9. W obydwu przypadkach wyższe średnie uzyskała grupa starsza. Wskazuje to na większy odsetek starszej młodzieży aprobującej dane stwierdzenia.

Analiza wykazała, że młodzież w okresie późnej adolescencji częściej była zdania, że lekarz powinien na podstawie oświadczenia woli pobrać narządy po śmierci w celu ich przeszczepienia niezależnie od woli rodziny, a więc powinien postępować zgodnie z prawem bez względu na zdanie osób bliskich dawcy. Istotność dwustronna była na poziomie $p=0,000$. Również starsi adolescenti częściej wyrażali opinię, że decyzja o oddaniu własnych narządów po śmierci powinna być całkowicie bezinteresowna ($p=0,039$). W pozostałych twierdzeniach analizy nie wykazały istotnych różnic statycznych. Mając na celu odpowiedź na pytanie badawcze, w jaki sposób płeć i wiek badanych różnicują ich opinie na temat dawstwa i transplantacji narządów, poczyniłam kolejne analizy, biorąc pod uwagę następną zmienną, jaką jest płeć.

Analizując stwierdzenia z pytania 9 za pomocą testu t-Studenta z uwzględnieniem zmiennej płeć, wykazano istotne różnice w odpowiedziach adolescentów. W poniższym wykresie zamieściłam stwierdzenia, między którymi ujawniły się związki istotne statystycznie.

Jak wynika to z wykresu, różnice istotne statystycznie stwierdzono w pozycjach nr 3, 5, 6, 7, 9 i 10. We wszystkich pytaniach poza pozycją 10, to kobiety uzyskały wyższe średnie odpowiedzi. Częściej zatem to uczennice wybierały odpowiedź „zdecydowanie się zgadzam” niż „zdecydowanie się nie zgadzam”. W pytaniu 10 sytuacja zaś była odwrotna – kobiety częściej wybierały nisko punktowaną opcję. Poniżej poddam analizie twierdzenia różniące się istotnie statystycznie. Przyjęłam kolejność zgodną z tą, w jakiej zamieszczałam je w kwestionariuszu ankiety.

Wyniki analiz danych uzyskanych za pomocą testu t-Studenta dowodzą, że częściej to kobiety wskazują, że przeszczep pobrany ze zwłok ludzkich jest skuteczną metodą leczenia i ratowania życia osobom z niewydolnością organów. Istotność statystyczna wynosi $p=0,003$. Analogicznym analizom zostały przeze mnie poddane kolejne pozycje, które wykazały, że także częściej uczennice uznawały, że każdy człowiek powinien zastanowić się i wypracować decyzję dotyczącą zgody lub sprzeciwu na oddanie własnych narządów po śmierci. Test T równości śred-



Ryc. 33.

Związki istotne statystycznie dla wyjaśnień przyczyn opinii dotyczących idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji ze względu na płeć adolescentów

Tabela 17.

Różnice istotne statystycznie między zmiennymi – opinie adolescentów dotyczące idei dawstwa narządów a płeć

Zad. 9	Test Levene'a jednorodności wariancji	Test równości średnich								
		F	Istotność	t	Df	Istotność (dwustronna)	Różnica średnich	Błąd standardowy różnicy	95% przedział ufności dla różnicy średnich	
									Dolna granica	Górna granica
3. Przeszczep narządów pobranych ze zwłok ludzkich jest skuteczną metodą leczenia i ratowania życia osobom z niewydolnością organów	Założono równość wariacji	11,027	,001	2,833	1030	,005	,163	,058	,050	,277
	Nie założono równości wariacji			3,018	870,196	,003	,163	,054	,057	,270

nich wykazał istotność statystyczną dwustronną na poziomie $p=0,000$ ($F=27,127$). Częściej kobiety zgadzały się więc z twierdzeniem, że szkoła powinna uczestniczyć w przekazywaniu i rozpowszechnianiu informacji na temat dawstwa i transplantacji narządów po śmierci ($F=9,498$, $p=0,00$). Częściej także uważały, że każdy człowiek powinien poinformować rodzinę o swojej decyzji dotyczącej zgody lub sprzeciwu na oddanie własnych narządów po śmierci. Wyniki okazały się istotne statystycznie na poziomie $F= 1,753$, $p=0,001$. Także w kolejnym stwierdzeniu analizy okazało się, że częściej kobiety skłaniały się ku opinii, że decyzja o oddaniu własnych narządów po śmierci powinna być całkowicie bezinteresowna ($F= 3,757$ oraz $p=0,00$). Współczynnik korelacji dziesiątego twierdzenia przyjął natomiast wartość ujemną. Najbardziej zatem kobiety uznawały, że osoba decydując się na oddanie narządów, gdy umrze, powinna mieć wpływ na to, do kogo trafią jej narządy po śmierci. Wynik ten wskazuje na spójność wypowiedzi respondentek, które jak można wnioskować po opiniach wobec dawstwa, mają bardziej pozytywne nastawienie niż mężczyźni.

W podrozdziale 3.1. analizowałam zmienne niezależne, które mogłyby potencjalnie warunkować recepcję idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów. Dzięki analizom statystycznym zebranym z autorskich narzędzi kwestionariusza ankiety danych mogę wysnuć wnioski, że badane przeze mnie zmienne pośredniczące – zarówno płeć, jak i wiek – są zmiennymi różnicującymi recepcję idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów. Obie zmienne istotnie statystycznie różnicują opinie adolescentów wobec dawstwa narządów *ex mortuo*. W przypadku wiedzy adolescentów o dawstwie narządów do transplantacji zmienną różnicującą okazała się tylko zmienna związana z wiekiem badanych. Można zatem wnioskować, że wiek różnicuje stan wiedzy adolescentów na ten temat. Wyższy poziom wiedzy przejawiała młodzież w okresie późnej adolescencji. Odnosząc się do wyników całości podrozdziału, stwierdzam także, że młodzież przejawia wiedzę o badanym zjawisku na średnim poziomie. Jednakże sami oceniają swoją wiedzę zdecydowanie gorzej. 39% respondentów uważa, że posiada średnią wiedzę na temat dawstwa, choć w rzeczywistości ma ją aż 75% respondentów.

Adolescenci w przeważającej większości (69%) deklarują swój akceptujący stosunek wobec idei dawstwa narządów po śmierci do transplan-

tacji. Jako główny argument wskazują możliwość ratowania życia osób, które tej pomocy potrzebują. Jednakże analiza danych wykazała, że większość adolescentów (605) nie podjęła jeszcze decyzji wobec oddania własnych narządów po śmierci do transplantacji, a także ¼ z badanych zadeklarowała brak opinii wobec samej idei dawstwa organów. Najczęściej argumentowali to brakiem wystarczającej wiedzy w tym zakresie. Sprzeciw wobec dawstwa narządów *ex mortuo* najczęściej argumentowano obawą przed ingerencją w ciało, ogólnym strachem oraz poglądami religijnymi.

Dzięki zastosowaniu testu T ujawniły się różnice istotne statystycznie pomiędzy młodszymi i starszymi adolescentami w dwóch twierdzeniach dotyczących idei dawstwa narządów po śmierci do transplantacji. Częściej opinie akceptujące ideę dawstwa narządów przejawiała młodzież w okresie późnej adolescencji. W sześciu pozycjach ujawniły się różnice istotne statystycznie ze względu na płeć. To kobiety częściej mają pozytywny stosunek wobec idei dawstwa organów do transplantacji *ex mortuo*.

Na podstawie analizy danych wywnioskowałam także, że badana młodzież czerpie wiedzę o problemie transplantacji z przekazów telewizyjnych oraz od rodziny. W dalszej części pracy szerzej przedstawię dane, które wskazują, że młodzież nie tylko najczęściej czerpie informacje od rodziny, lecz także preferuje to źródło uzyskiwania wiedzy, skonfrontowania jej, by w efekcie móc wypracować własną opinię o idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji.

3.1.4. ZNAJOMOŚĆ I AKCEPTACJA PRAWA TRANSPLANTACYJNEGO PRZEZ MŁODZIEŻ

Wyniki badań poddałam także analizie w celu ustalenia odpowiedzi na pytania szczegółowe, które brzmią:

P3. Czy, a jeśli tak, to jaka jest zależność między znajomością i/lub akceptacją norm prawnych przez badanych a opiniami dotyczącymi dawstwa i transplantacji narządów?

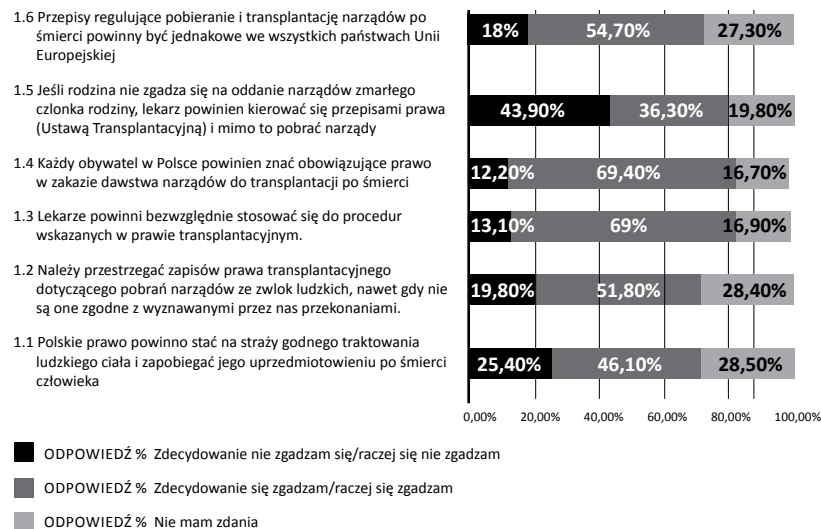
P4. Czy, a jeśli tak, to jaka jest zależność między znajomością i/lub akceptacją norm prawnych przez badanych a wiedzą na temat dawstwa i transplantacji narządów?

W niniejszym podrozdziale omawiam zatem znajomość i akceptację lub negację prawa transplantacyjnego przez adolescentów. Przypominam, że za recepcję idei przyjąłem wiedzę oraz opinię adolescentów dotyczącą tego zagadnienia.

Omawianie powyższych zagadnień, które doprowadzą mnie do odpowiedzi na przytoczone pytania, rozpoczęłam od analizy danych związanych z opiniami młodzieży dotyczącymi prawa transplantacyjnego.

W kwestionariuszu ankiety (pytanie nr 16) poprosiłam respondentów o ustosunkowanie się do twierdzeń, które odnosiły się do prawa transplantacyjnego. Poniższa rycina ukazuje rozkład procentowy ich wypowiedzi, które zostały przeze mnie przypisane następującym kategoriom: (1) zdecydowanie nie zgadzam się/raczej się nie zgadzam, (2) zdecydowanie się zgadzam/raczej się zgadzam, (3) nie mam zdania.

Jak wynika z poniższej ryciny, zdecydowana większość adolescentów, bo aż 46%, akceptuje twierdzenie mówiące, że polskie prawo powin-



Ryc. 34.

Rozkład procentowy opinii akceptujących/negujących prawo transplantacyjne przez adolescentów

no stać na straży godnego traktowania ludzkiego ciała i zapobiegać jego uprzedmiotowieniu po śmierci człowieka (N=1042). Wśród badanych 29% nie ma jednak ugruntowanej opinii. Wśród adolescentów 52% zdecydowanie lub raczej się zgadza, że należy przestrzegać zapisów prawa transplantacyjnego dotyczącego pobrania narządów ze zwłok ludzkich, nawet gdy nie są one zgodne z wyznawanymi przez nas przekonaniem (N=1041). Jedynie 20% respondentów jest przeciwna temu twierdzeniu. Więcej natomiast, gdyż 28% nie ma zdania.

Najwięcej opinii aprobujących uzyskały stwierdzenia 1.3. i 1.4. Wobec stwierdzenia 1.3. adolescenti w zdecydowanej większości (69%) uznali, że lekarze powinni bezwzględnie stosować się do procedur wskazanych w prawie transplantacyjnym (N=1035).

Na równie wysokim poziomie młodzież zgodziła się, że każdy obywatel w Polsce powinien znać obowiązujące prawo w zakresie dawstwa narządów do transplantacji po śmierci (N=1026). Opinię negującą wyraziło jedynie 13% respondentów.

Mniejszą akceptację przejawiają adolescenti wobec kolejnego stwierdzenia, które mówi, że jeśli rodzina nie zgadza się na oddanie narządów zmarłego członka rodziny, lekarz powinien kierować się przepisami prawa (Ustawą transplantacyjną) i mimo to pobrać narządy (N=1040). Przeciwnych pobraniu narządów przez lekarzy mimo sprzeciwu rodziny jest 44% adolescentów. Wobec tego stwierdzenia respondenci wypowiedzieli się najbardziej krytycznie. 20% młodych ludzi nie ma zdania na ten temat.

Wobec ostatniego przedstawionego przez mnie stwierdzenia dotyczącego prawa adolescenti także ustosunkowali się pozytywnie. 55% z nich zgadza się, że przepisy regulujące pobieranie i transplantację narządów po śmierci powinny być jednakowe we wszystkich państwach Unii Europejskiej (N=1039).

Wykorzystując jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, zaobserwowałam różnice istotne statystycznie w korelacji dwóch zmiennych – opinii dotyczących prawa transplantacyjnego oraz typu szkoły, do której uczęszczają adolescenti. W trzech pozycjach (1.1, 1.4, 1.6) uczniowie ze szkół ponadgimnazjalnych różnili się istotnie statystycznie opiniami w stosunku do uczniów ze szkół gimnazjalnych. Istotność w twierdzeniach 1.1. i 1.4. wynosiła $p=0,01$, natomiast w twierdzeniu 1.5. $p=0,17$.

Podsumowując, można stwierdzić, że adolescenti przejawiają pozytywny stosunek wobec aspektów związanych z uwarunkowaniami prawnymi dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo*. Młodzież na wyższym etapie kształcenia ma bardziej akceptujące podejście wobec zarówno ujednolicenia prawa transplantacyjnego, jak i potrzeby jego znajomości przez każdego członka społeczeństwa. Na podstawie wyników statystyki opisowej mogą także wysnuć wnioski, że młodzież respektuje i dostrzega potrzebę egzekwowania prawnych aspektów z zakresu transplantacji narządów. Dla adolescentów ważne jest przestrzeganie przepisów prawa nie tylko przez środowisko medyczne, ale także przez każdego obywatela. Duża część adolescentów uważa bowiem, że prawo powinno stać wyżej niż indywidualne przekonania jednostki w tej kwestii (52%). Warto zauważyć, że z jednej strony młodzież uważa, że należy bezwzględnie przestrzegać przepisów prawa, z drugiej jednak lekarze powinni odstąpić od pobrania, kiedy rodzina jest temu przeciwna. Można przypuszczać, że młodzież może odczuwać dysonans w tej kwestii, gdzie naprzeciwko siebie stają dwie wartości – rodzina oraz prawo. Autorzy badań CBOS zauważyli także, że „wybór sposobu decydowania o pobieraniu organów do przeszczepów przekłada się w pewnym stopniu na stosunek do oddania narządów – tak swoich, jak i osób bliskich” (2012, s. 14). Dylemat między tymi racjami mógłby zostać rozwiązany np. poprzez zmianę istniejącego prawa w Polsce, m.in. na wyrażanie zgody za życia na oddanie narządów. Według badań TNS Polska – najczęściej respondentów uważa właśnie taki sposób deklaracji za lepszy (45%). Obecnie obowiązującą zasadę zgody domniemanej preferuje 29% (TNS Polska, 2015).

Ważnym dla celów moich badań stało się również zebranie danych dotyczących znajomości prawa transplantacyjnego przez adolescentów. Dziedzina medycyny, jaką jest transplantologia, jest niezwykle mocno obwarowana przepisami prawa, na czele których stoi Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U.05.169.1411). Jak już przywoływałam we wstępie – od wprowadzenia ustawy transplantacyjnej w 1995 r. ukazało się 46 innych aktów prawnych (ISAP.gov.pl). Przepisy z nich wynikające mają istotne znaczenie zarówno dla pobierania narządów *ex mortuo* (koncepcja śmierci mózgu), jak i samej możliwości pośmiertnego dawstwa organów (zasada zgody domniemanej).

Na początku podjęłam się analizy wyników danych uzyskanych z zadania 17 kwestionariusza ankiety, w którym to poprosiłam adolescentów o zapoznanie się z 6 stwierdzeniami dotyczącymi prawa transplantacyjnego, a następnie o zaznaczenie przy każdym z nich, zgodnie ze stanem wiedzy, czy jest to stwierdzenie prawdziwe czy fałszywe. W tabeli obok prezentuję wartości procentowe prawidłowych odpowiedzi respondentów na poszczególne twierdzenia, u podstaw których leżą przepisy Ustawy transplantacyjnej.

Tabela 18.
Deklaracje respondentów dotyczące wiedzy
o prawie transplantacyjnym (zad. 17)

LP.	TWIERDZENIE	N	ODPOWIEDZI		
			Prawidłowa	Błędna	% prawidłowych odpowiedzi
1.1.	Oświadczenie woli (czyli formularz dotyczący oddania własnych narządów po śmierci poświadczony podpisem właściciela) ma moc prawną.	1041	63	978	6%
1.2.	Każda osoba zmarła może być za życia i po śmierci uważana za potencjalnego dawcę tkanek i narządów, jeśli za życia nie wyraziła sprzeciwu.	1042	655	387	63%
1.3.	Sprzeciw na oddanie własnych narządów po śmierci ma moc prawną tylko wtedy, gdy zostanie złożony listownie lub osobiście w Centralnym Rejestrze Sprzeciwu.	1042	490	552	47%
1.4.	Pobranie komórek, tkanek lub narządów do transplantacji jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) w wyniku dochowania ściśle określonej procedury prawno-medycznej.	1041	853	188	82%
1.5.	Jedną z możliwości wyrażenia pełnoprawnego sprzeciwu wobec oddania swoich narządów po śmierci do transplantacji jest ustne oświadczenie złożone w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzone.	1041	564	477	54%
1.6.	Sprzeciw wobec oddania narządów po śmierci do transplantacji może być cofnięty w każdym czasie.	1040	760	280	73%

Pierwsze stwierdzenie zafałszowałam, chcąc dowiedzieć się, czy adolesenci wiedzą, że oświadczenie woli (czyli formularz dotyczący oddania własnych narządów po śmierci poświadczony podpisem właściciela) nie ma mocy prawnej, a jedynie formę pisemnej deklaracji podjęcia decyzji o chęci oddania narządów *ex mortuo*, która powinna być znana bliskim osoby, która je podpisała. Jak wynika z danych z tabeli, jedynie 6% adolescentów znana jest ta wiedza (N=1041). Oznacza to, że zdecydowana większość młodych ludzi nie zna rzeczywistego przeznaczenia formularza oświadczenia woli, błędnie utożsamiając go z dokumentem mającym moc prawną. Na drugiej pozycji umieściłam zgodne z przepisami prawa stwierdzenie, że każda osoba zmarła może być za życia i po śmierci uważana za potencjalnego dawcę tkanek i narządów, jeśli za życia nie wyraziła sprzeciwu. Prawidłowej odpowiedzi na to stwierdzenie udzieliło 63% adolescentów (N=1042). Okazuje się zatem, że młodzież spotkała się z już z pojęciem zgody domniemanej, a także z przepisami prawa Ustawy transplantacyjnej, która w art. 5 mówi, że „pobrania (...) narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu” w jednej z trzech form dopuszczalnych przez ustawę (Nesterowicz, 2009, s. 326).

Dzięki odpowiedziom adolescentów na następne stwierdzenie chciałam uzyskać informacje, czy znają formy wyrażania sprzeciwu dopuszczalne przez ustawę. Stwierdzenie to zafałszowałam. Odpowiedziało na nie 1042 respondentów (N=1042). Mniej niż połowa adolescentów prawidłowo odpowiedziała, że sprzeciw na oddanie własnych narządów po śmierci ma moc prawną tylko wtedy, gdy zostanie złożony listownie lub osobiście w Centralnym Rejestrze Sprzeciwu (47%). 53% zatem nie uwzględniło pisemnego oświadczenia zaopatrzonego we własnoręczny podpis ani ustnego oświadczenia złożonego w obecności przynajmniej dwóch świadków. O tym, że ta ostatnia forma jest także zgodna z prawem, zadeklarowało w pytaniu 1.5 aż 564 adolescentów, co stanowi 54% badanych (N=1041).

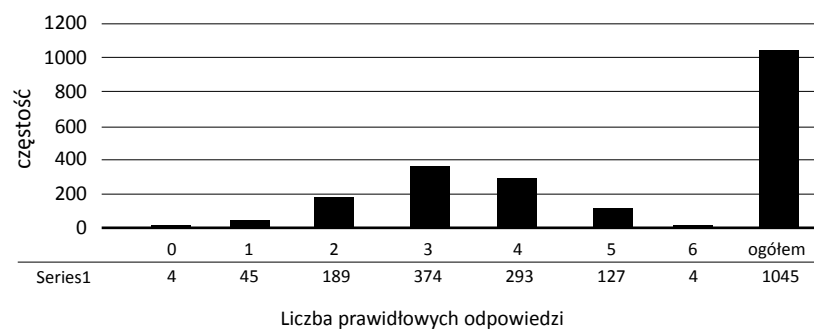
Kolejne stwierdzenie dotyczyło definicji śmierci mózgowej. Jak podaje Ustawa transplantacyjna, „pobranie narządów, komórek czy tkanek ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia jest dopuszczalne po stwierdzeniu zgonu wskutek nieodwracalnego zatrzymania krążenia lub nieodwracalnego ustania czynności mózgu, które jednoznaczne jest ze

śmiercią człowieka” (Iwańczuk, 2010, s. 287–289). Odpowiedzi na to stwierdzenie udzieliło 1041 respondentów (N=1041), z czego 82% zaznaczyło prawidłową odpowiedź. Można zatem wysnuć wniosek, że młodzieży znajome są przepisy dotyczące zasad pobierania narządów od zmarłych dawców, ale i wiedza, że są procedury, które umożliwiają zakwalifikowanie potencjalnych dawców do tych rzeczywistych.

W ostatnim stwierdzeniu poprosiłam o ustosunkowanie się do treści związanej z cofnięciem sprzeciwu na oddanie narządów po śmierci. 73% adolescentów (N=1040) prawidłowo zaznaczyło, że zgodnie z przepisami prawa sprzeciw wobec oddania narządów po śmierci do transplantacji może być cofnięty w każdym czasie.

Na podstawie powyższych danych mogę wysnuć wniosek, że młodzież zetknęła się z treściami dotyczącymi prawnych aspektów dawstwa narządów *ex mortuo* i większość jest w stanie dokonać prawidłowej ich weryfikacji (stwierdzenie 1.2., 1.4., 1.5., 1.6.). Zdecydowany brak wiedzy ponownie ujawnia się u adolescentów w związku z oświadczeniem woli i przeświadczeniem, że jest ono dokumentem prawnym.

Na kolejnym etapie badań poddałam dalszej analizie prawidłowe odpowiedzi młodzieży dotyczące prawa transplantacyjnego, która doprowadzić mnie miała do określenia poziomu ich wiedzy. Omówienie wyników analiz rozpocznę od przedstawienia rozkładu częstości udzielonych prawidłowych odpowiedzi na ten temat przez respondentów.



Ryc 35.
Rozkład prawidłowych odpowiedzi dotyczących prawa transplantacyjnego

Powyższe dane informują, że najczęściej adolescenti (N=1045) zaznaczali trzy poprawne stwierdzenia – średnia wynosiła 3,24. Czterech adolescentów nie odpowiedziało poprawnie na żadne stwierdzenie, również tylu udzieliło dobrych odpowiedzi na wszystkie z nich. Dane jasno wskazują na normalny rozkład.

Chcąc określić poziom wiedzy adolescentów dotyczący prawa transplantacyjnego, dokonałam podziału otrzymanych rezultatów na trzy kategorie odpowiedzi, które określały:

- / wysoki poziom wiedzy (6–5 poprawnych odpowiedzi),
- / średni poziom wiedzy (4–3 poprawnych odpowiedzi),
- / niski poziom wiedzy (2–0 poprawnych odpowiedzi).

Za pomocą analizy opisowej uzyskałam dane pozwalające stwierdzić, że w zdecydowanej większości adolescenti posiadają wiedzę o prawie transplantacyjnym na średnim poziomie – 64% adolescentów uzyskało wynik o tym świadczący. Następne miejsce – pod względem liczebności – zajęła młodzież, która posiada wiedzę na niskim poziomie (23%). Jedynie 13% respondentów odpowiedziało poprawnie na tyle stwierdzeń, by móc ich zaklasyfikować i ocenić, że ich wiedza dotycząca prawa transplantacyjnego znajduje się na wysokim poziomie.

Warto, moim zdaniem, dla porównania przywołać analizowane już dane dotyczące ogólnej wiedzy dotyczącej dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji. Wyniki wykazały, że adolescenti także przejawiają wiedzę w tym obszarze na średnim poziomie. Mogę zatem wnioskować, że młodzież zarówno w obszarze ogólnej wiedzy o dawstwie narządów, jak i tej o prawnym jej charakterze posiada wiedzę na średnim poziomie.

Chcąc przekonać się, czy okres adolescencji, w którym znajdują się responenci, różnicuje poziom ich wiedzy, wykonałam kolejne analizy, których wyniki przedstawiam na kolejnej stronie.

Jak ukazują dane, średnie nie różnią się istotnie statystycznie. Średnia dla respondentów będących w okresie wczesnej adolescencji wynosi 3,20, dla młodzieży w okresie młodości – 3,31.

W dalszych poszukiwaniach poddana analizie i porównana została przeze mnie liczba prawidłowych odpowiedzi z pytania nr 1, które sprawdzało wiedzę ogólną adolescentów dotyczącą dawstwa, oraz z pytania nr 17, zbierającego dane o wiedzy z zakresu prawa transplantacyj-

Tabela 19.

Zestawienie prawidłowych odpowiedzi dotyczących prawa transplantacyjnego a wiek adolescentów

OKRES ADOLESCENCJI		N	średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Prawidłowe odpowiedzi respondentów na 12 stwierdzeń dotyczących dawstwa narządów <i>ex mortuo</i> do transplantacji (zad. 1)	wczesne dorastanie	625	6,74	1,705	,068
	późne dorastanie	419	6,99	1,616	,079
Prawidłowe odpowiedzi respondentów na 6 stwierdzeń dotyczących aspektów prawnych (zad. 17)	wczesne dorastanie	625	3,20	1,096	,044
	późne dorastanie	419	331	1,044	,051

nego. Ustaliłam istnienie istotnej statystycznie różnicy tylko w pytaniu pierwszym kwestionariusza ankiety.

Szczegółowe dane przedstawiłam w tabeli na kolejnej stronie.

Różnice istotne statystycznie uzyskałam natomiast po skorelowaniu zmiennych: wiedza (dotycząca prawa transplantacyjnego) oraz typ szkoły, do której uczęszczają adolescenti. Wykorzystując jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, uzyskałam dane, które wskazują, że dla pytań o wiedzę dotyczącą prawa transplantacyjnego różnice występujące między typami szkół są istotne. Istotność ta jest na poziomie $F=4,881$, $p=0,02$. Podjęłam się dalszych analiz, chcąc dowiedzieć się, jakie typy szkół różnicują tę zmienną.

Testy *post hoc* (wykorzystano test Scheffe) wykazały (tak jak przy analizie wiedzy ogólnej adolescentów), że to adolescenti liceum różnią się istotnie statystycznie liczbą poprawnie udzielanych odpowiedzi na pytania o wiedzę w stosunku do uczniów z dwóch rodzajów szkół – gimnazjalnych oraz zasadniczych szkół zawodowych. Dla uczniów liceum w zestawieniu z uczniami gimnazjum istotność wynosiła $p=0,13$, natomiast w zestawieniu z uczniami zasadniczych szkół zawodowych $p=0,28$.

Tabela 20.

Różnice statystyczne dotyczące wiedzy o dawstwie narządów oraz wiedzy o ustawie transplantacyjnej

		Test Levene'a jednorodności wariancji		Test równości średnich							
		F	Isotność	t	Df	Isotność (dwustronna)	Różnica średnica	Różnica standardowy różnicy	Błąd standardowy	95% przedział ufności dla różnicy średnich	
										Dolna granica	Górna granica
Prawidłowe odpowiedzi respondentów na 12 stwierżeń dotyczących dawstwa narządów <i>ex mortuo</i> do transplantacji (zad. 1)	Założono równość wariancji	3,547	,06	-2,360	1042	,018	-,249	,105		-0,456	-,042
	Nie założono równości wariancji			-2,385	928, 675	,017	-,249	,104		-0,454	-,044
Prawidłowe odpowiedzi respondentów na 6 stwierżeń dotyczących aspektów prawnych (zad. 17)	Założono równość wariancji	,136	,712	-1,613	1042	,107	-,109	,068		-0,243	,024
	Nie założono równości wariancji			-1,628	925, 579	,104	-,109	,067		-0,241	,022

Można wysnuć wniosek, że wiedza dotycząca prawa transplantacyjnego rośnie u adolescentów wraz z przejściem na kolejne etapy edukacji, a najwyższy jej poziom osiągają uczniowie szkół licealnych.

Uogólniając powyżej przedstawione treści, w celu odpowiedzi na pytanie badawcze mogę stwierdzić, że zarówno wiedza, jak i opinie o prawie transplantacyjnym są ważne dla recepcji idei dawstwa narządów *ex mortuo* przez adolescentów. Młodzież wyraża akceptujące opinie zarówno wobec prawa transplantacyjnego, jak i tego dotyczącego dawstwa narządów. Przejawia także średnią znajomość aspektów prawnych,

jest ona na tym samym poziomie co ogólna wiedza dotycząca dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo*. Ponownie ujawniła się kwestia braku wiedzy związanej z oświadczeniem woli oraz możliwości wyrażania sprzeciwu na pośmiertne oddanie organów. Także kwestia pobierania narządów przez lekarzy wywołała opór adolescentów przy jednoczesnym zdaniu, że należy przestrzegać prawa transplantacyjnego obowiązującego w Polsce.

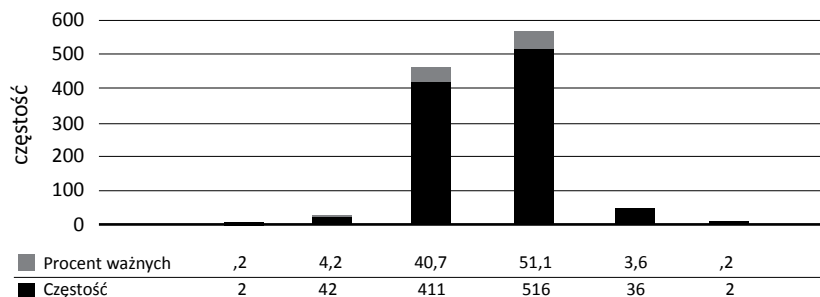
3.2 RECEPCJA IDEI DAWSTWA NARZĄDÓW EX MORTUO DO TRANSPLANTACJI A POZIOM ROZWOJU SĄDÓW MORALNYCH U MŁODZIEŻY

Zgodnie z przyjętym przeze mnie założeniem, badanie jest także próbą ustalenia zależności pomiędzy kształtowaniem się poglądów dotyczących transplantacji narządów *ex mortuo* a stopniem rozumowania moralnego i fazą okresu adolescencji, w której znajdują się badani.

Zastosowane w badaniu narzędzie określające poziom rozwoju sądów moralnych – Test Wyboru zostało skonstruowane analogicznie do testu DIT J. Resta. Badania rozwoju sądów moralnych prowadzone przez J. Resta wykazały, że poziom rozwoju sądów moralnych koreluje z wiekiem osób badanych oraz profilem kształcenia. W dalszych badaniach nad rozwojem rozumowania moralnego także szukano zależności między rozwojem rozumowania moralnego a wiekiem (Leppert, Splitt, Trempała, 1987). Zatem zarówno doniesienia z badań, jak i przesłanki teoretyczne uzasadniają potrzebę poszukiwania zależności między poziomem rozwoju sądów moralnych a recepcją adolescentów dotyczącą idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji.

W ostatniej części analiz poczyniłam próbę odpowiedzi na pytania:
P5. Jaka jest zależność między rozwojem sądów moralnym adolescentów a ich wiedzą na temat dawstwa i transplantacji narządów?
P6. Jaka jest zależność między rozwojem sądów moralnym adolescentów a ich opiniami dotyczącymi dawstwa i transplantacji narządów?

Analiza danych uzyskanych za pomocą Testu Wyboru umożliwiła mi określenie współczynnika Pa – określającego akceptowane sądy moralne dla 1009 respondentów (N=1009) i osobno dla współczynnika Pp – określającego preferowane sądy moralne dla 1038 adolescentów (N=1038). Osiągnięte poziomy Pa i Pp zostały ukazane na poniższym wykresie.



Ryc. 36.

Współczynnik akceptowanych sądów moralnych uzyskanych przez adolescentów w Teście Wyboru

Wyniki współczynników Pa pozwoliły mi stwierdzić, że większość badanej młodzieży osiągnęła II poziom rozwoju rozumowania moralnego – określany w teorii L. Kohlberga jako konwencjonalny.

Jak zostało to już przeze mnie przywołane, poziom ten składa się z dwóch stadiów:

✓ stadium trzecie, w którym istotna jest perspektywa osoby pozostającej w związkach z innymi osobami. Podmiot uzasadnia sądy z punktu widzenia przewidywanego braku aprobaty ze strony innych na podstawie wyobrażeń o „znaczących” i „grzecznych” osobach. Podstawą jest konformizm – zachowanie właściwe to takie, które większość ludzi uważa za właściwe. Relacje interpersonalne opierają się na zasadzie „rób to, co inni” (Trempała, 1992).

✓ stadium czwarte, gdzie podmiot uzasadnia sądy z punktu widzenia uznanych autorytetów, obowiązujących norm i pełnionych ról społecz-

nych, a moralność opiera się na ścisłym przestrzeganiu praw i wywiązywaniu się z obowiązków. Zasady obowiązują każdego w takim samym stopniu i są równe dla wszystkich. Uważa się je za najlepszy środek rozwiązywania konfliktów interpersonalnych.

Stadium to osiągnęło 516 adolescentów, co stanowi 52% badanej grupy. 4% respondentów osiągnęło III – postkonwencjonalny poziom moralności, w którym ważny staje się społeczny punkt widzenia. 36 osób osiągnęło stadium czwarte, w którym moralność opiera się na obronie indywidualnych praw człowieka. Nacisk kładzie się na utrzymanie systemu społecznego, który zapewni tę obronę. Zachowanie oceniane jest jako złe, jeśli szkodzi społeczności, nawet jeśli jest legalne (M. Stachowicz-Piotrowska, 2015, za: Trempała, 1992).

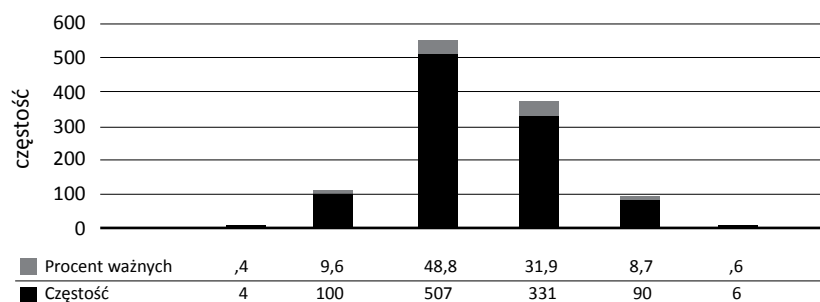
Rycina ukazuje także, że 44 (4%) respondentów pozostało na I poziomie rozwoju sądów moralnych – poziomie konwencjonalnym. 2 osoby zostały sklasyfikowane w pierwszym stadium, w którym podmiot uzasadnia sądy z punktu widzenia strachu przed karą, a oceny moralne są kategoryczne i uwzględniają głównie fizyczne i obiektywne cechy sytuacji. O moralności stanowią tylko osoby obdarzone autorytetem, tworząc reguły, których należy przestrzegać. 42 adolescentów przeszło na drugie stadium, w którym przyjmuje się, że podmiot uzasadnia sądy z punktu widzenia nagród i przewidywanych korzyści osobistych. Natomiast zachowanie moralne jest spostrzegane jako wartościowe, jeśli służy własnym interesom jednostki. Społeczne interakcje są traktowane jako transakcje i umowy dające konkretne korzyści. Dzieci przestrzegają reguł i współpracują z rówieśnikami, mając na uwadze to, co otrzymują w zamian (tamże).

Również 4% adolescentów znalazło się na III poziomie rozwoju sądów moralnych – pokonwencjonalnym. Rozkład jest także zbliżony, ponieważ jedynie 2 osoby zostały sklasyfikowane na najwyższym – szóstym stadium, gdzie podmiot uzasadnia sądy z punktu widzenia ustalonych i uogólnionych przez siebie zasad etycznych oraz przyjmuje się istnienie uniwersalnych zasad moralnych, takich jak sprawiedliwość, poszanowanie godności człowieka, znajdujących się poza prawem. Życie ludzkie uznaje się za wartość najwyższą.

36 z nich osiągnęło natomiast piąte stadium, w którym to podmiot uzasadnia sądy z punktu widzenia ogólnych norm, które są uznane i zweryfikowane przez ogół członków społeczeństwa (tj. życie, wolność)

– przy uwzględnieniu relatywnej wartości osobistych opinii jednostki, a moralność opiera się na obronie indywidualnych praw człowieka. Nacisk kładzie się na utrzymanie systemu społecznego, który zapewni tę obronę. Zachowanie oceniane jest jako złe, jeśli szkodzi społeczności, nawet jeśli jest legalne (tamże).

Zbadałam także współczynnik preferowanych sądów moralnych przez adolescentów – Pp (N=1038). Wyniki umieściłam na poniższej rycinie.



Ryc. 37.

Współczynnik preferowanych sądów moralnych uzyskanych przez adolescentów w Teście Wyboru

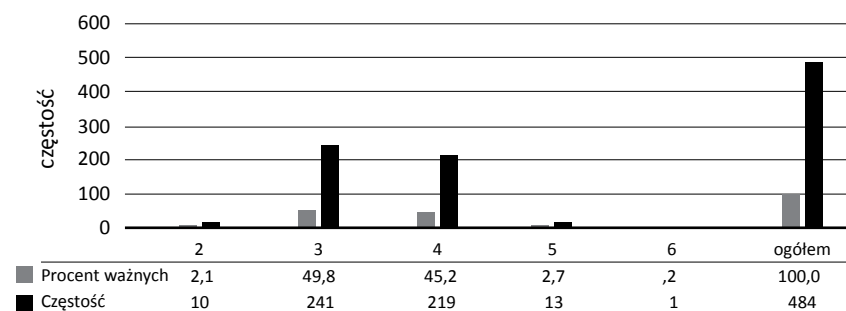
Wyniki współczynników Pp pozwoliły mi stwierdzić, że także w tym aspekcie zdecydowana większość badanych adolescentów (81%) osiągnęła II – konwencjonalny poziom rozwoju rozumowania moralnego.

Blisko połowa adolescentów (49%), u których wyniki można było ustalić, znajduje się na trzecim stadium rozwoju sądów moralnych. Na następnym stadium – czwartym – znalazło się 331 adolescentów, a więc 32%. Współczynnik Pp na tym stadium osiągnęło o 185 mniej adolescentów niż współczynnik Pa.

Na poziomie przedkonwencjonalnym znalazło się zdecydowanie więcej adolescentów niż przy współczynniku Pa, gdyż 104 osoby (10%). Pierwsze stadium osiągnęły cztery osoby, natomiast kolejne – dru-

gie stadium – aż 100. Zbliżona liczba adolescentów uzyskała najwyższy – III poziom pokonwencjonalny – w sumie 96 osób, co stanowi 9% badanych respondentów. 90 osób znalazło się na piątym stadium (o 54 więcej niż przy współczynniku Pa). Na ostatnim stadium znalazło się 6 adolescentów (o 4 osoby więcej niż przy współczynniku Pa).

Na kolejnym etapie analiz porównałam także zgodność między wskaźnikami sądów akceptowanych a wskaźnikami sądów preferowanych. Do ukazania zależności wzięłam pod uwagę tylko tych adolescentów, u których można było obliczyć wynik dla współczynników Pa i Pp. Omawiając poniższy wykres, w pierwszej kolejności zinterpretuję najliczniejsze grupy wyników.



Ryc. 38.

Rozkład jednolitych poziomów współczynników Pa i Pp u adolescentów

Kohlberg wskazuje, że to w okresie adolescencji dochodzi do burzliwych przemian i możliwy jest rozwój z niższego, konwencjonalnego na pokonwencjonalny poziom rozwoju sądów moralnych. Potwierdzają to wyniki badań nad rozwojem rozumowania moralnego w ciągu życia człowieka, wskazują bowiem na wzrost w dzieciństwie i adolescencji moralności konwencjonalnej w kierunku moralności pokonwencjonalnej, który trwa nawet w dorosłości, oraz na pewien spadek tej tendencji w okresie starzenia się człowieka.

Na podstawie powyższego wykresu, na którym porównano współczynniki poziomów sądów preferowanych i akceptowanych, widoczne

staje się, że jednak 95% (N=484) adolescentów posiadających Pa i Pp na tym samym poziomie i stadium znajduje się na konwencjonalnym poziomie. Jedynie 3% respondentów znalazło się na III poziomie rozwoju sądów moralnych. U 2% młodzieży zaobserwować można osiągnięcie pierwszego – przedkonwencjonalnego poziomu.

Na podstawie analiz można także stwierdzić, że dla badanych adolescentów akceptowanie danego sądu nie zawsze oznacza zarazem preferowanie go. Warto także podkreślić, że najczęściej różnice związane ze zmianą rozwojową w zakresie sądów akceptowanych a preferowanych oscylują w obrębie jednego stadium. Potwierdzić zatem można założenie, że akceptować dany sąd/twierdzenie nie zawsze znaczy tyle samo, co preferować.

Jednoczynnikowa analiza wariancji ANOVA nie wykazała istotnych statystycznie różnic pomiędzy oboma współczynnikami.

Jak wskazuje wykres, najwięcej adolescentów (50%) osiągnęło trzecie stadium rozwoju, w którym uznaje się, że „słuszne jest czynienie tego, czego oczekuje się od osób pełniących określone role: syna, ojca, przyjaciela itp. Ważne jest «bycie dobrym», tzn. działanie z dobrych pobudek, okazywanie zainteresowania, troski i zainteresowania o innych, utrzymywanie dobrych stosunków” (Czyżowska, 2008, s. 67). Potwierdzenia definicji powyższego stadium mogą doszukiwać się w badaniach własnych. Adolescenci bowiem w przeważającej większości (69%) deklarują swój akceptujący stosunek wobec idei dawstwa narządów po śmierci do transplantacji, wskazując na chęć ratowania życia innych:

„chciałabym uratować życie komuś, niezależnie od tego kim jest, przecież to tylko tkanki, komórki, a jeżeli w tak prosty sposób mogę komuś pomóc to dlaczego nie?”;

„jeżeli moje narządy będą dopuszczone do przeszczepu, mogą uratować komuś życie, a na pewno przesuną kolejkę i dadzą tym samym nadzieję oczekującym”.

45% adolescentów (N=484) osiągnęło czwarte stadium rozwoju sądów moralnych, które według Czyżowskiej charakteryzuje się tym, że „słuszne jest to, co przyczynia się do pomyślności społeczeństw, grup lub instytucji. Należy wypełniać obowiązki i powinności, na które wyraziło się zgodę. Prawa należy zawsze przestrzegać z wyjątkiem przypadków krańcowych. Powodem słusznego postępowania jest także nakaz sumie-

Tabela 21.

Istotne statystycznie różnice między zmiennymi – poziom sądów moralnych a etap edukacji

Test Scheffe p>00,5						
Poziom sądów akceptowanych preferowanych vs etapy edukacji		Różnica średnich (I-J)	Błąd standardowy	Istotność	95% przedział ufności	
					Dolna granica	Górna granica
Poziom sądów akceptowanych Pa	gimnazjum	-,02842	,06158	,975	-,2009	,1440
		-,13452	,04841	,053	-,2701	,0010
		-,28430*	,04380	,000	-,4070	-,1616
	zasadnicza szkoła zawodowa	,02842	,06158	,975	-,1440	,2009
		-,10610	,06847	,494	-,2978	,0856
		-,25587*	,06529	,002	-,4387	-,0730
	technikum	,13452	,04841	,053	-,0010	,2701
		,10610	,06847	,494	-,0856	,2978
		-,14977*	,05306	,047	-,2983	-,0012
	liceum	,28430*	,04380	,000	,1616	,4070
		,25587*	,06529	,002	,0730	,4387
		,14977*	,05306	,047	,0012	,2983
Poziom sądów preferowanych Pp	gimnazjum	-,00849	,08029	1,000	-,2333	,2163
		-,06675	,06484	,787	-,2483	,1148
		-,36344*	,05846	,000	-,5271	-,1997
	zasadnicza szkoła zawodowa	,00849	,08029	1,000	-,2163	,2333
		-,05826	,08982	,936	-,3098	,1932
		-,35495*	,08533	,001	-,5939	-,1160
	technikum	,06675	,06484	,787	-,1148	,2483
		,05826	,08982	,936	-,1932	,3098
		-,29669*	,07098	,001	-,4955	-,0979
	liceum	,36344*	,05846	,000	,1997	,5271
		,35495*	,08533	,001	,1160	,5939
		,29669*	,07098	,001	,0979	,4955

nia mówiący o konieczności wywiązania się z określonych własnych zobowiązań” (tamże, s. 67).

Opinie adolescentów wobec prawa transplantacyjnego potwierdzają słowa Czyżowskiej. Jak ukazałam w podrozdziale 3.4.1, adolescenti w zdecydowanej większości (69%) są zdania, że lekarze powinni bezwzględnie stosować się do procedur wskazanych w prawie transplantacyjnym (N=1035).

Uważają również, że każdy obywatel w Polsce powinien znać obowiązujące prawo w zakresie dawstwa narządów do transplantacji po śmierci (N=1026). 52% adolescentów wyraża opinię, że należy przestrzegać zapisów prawa transplantacyjnego dotyczącego pobrań narządów ze zwłok ludzkich, nawet gdy nie są one zgodne z wyznawanymi przez nas przekonaniem (N=1041).

W kolejnym kroku podjęłam się analizy dwóch zmiennych – poziomu sądów moralnych oraz etapów edukacji z rozróżnieniem na szkoły, do których uczęszczają adolescenti. Analizy wykazały różnice istotne statystycznie, które zawiera tabela obok.

Na podstawie wyników analiz można zaobserwować, że różnice istotnie statystycznie zaistniały zarówno na poziomie współczynnika Pa, jak i Pp.

Istotność zmiennej, jaką jest typ szkoły – szkoły licealne w korelacji ze wskaźnikiem sądów preferowanych Pp wynosiła $p=0,001$, natomiast przy wskaźniku sądów akceptowanych Pa poziom istotności pomiędzy szkołami był różny. Istotność między szkołami licealnymi i gimnazjalnymi była najmocniejsza i wynosiła $p=0,000$, między liceum a zasadniczą szkołą zawodową wynosi natomiast $p=0,002$. Najslabsza istotność statystyczna ujawniła się pomiędzy szkołą licealną a technikum – $p=0,047$.

Podsumowując, można wyciągnąć wniosek, że dochodzi do wzrostu u adolescentów poziomu rozumowania moralnego wraz ze wzrostem etapu edukacji.

Poniższe ryciny przedstawiają rozkład średnich współczynnika Pa i Pp oraz zmiennej, jaką jest typ szkoły, dla ukazania kierunku wzrostu rozwoju poziomu sądów moralnych.

Średnie korelacji współczynnika Pa oraz typu szkoły przedstawiają się następująco:

/ gimnazjum – średnia 3,4755

/ zasadnicza szkoła zawodowa – średnia 3,5039

/ technikum – średnia 3,6100

/ liceum – średnia 3,7598

Średnie dla korelacji współczynnika Pp oraz typu szkoły:

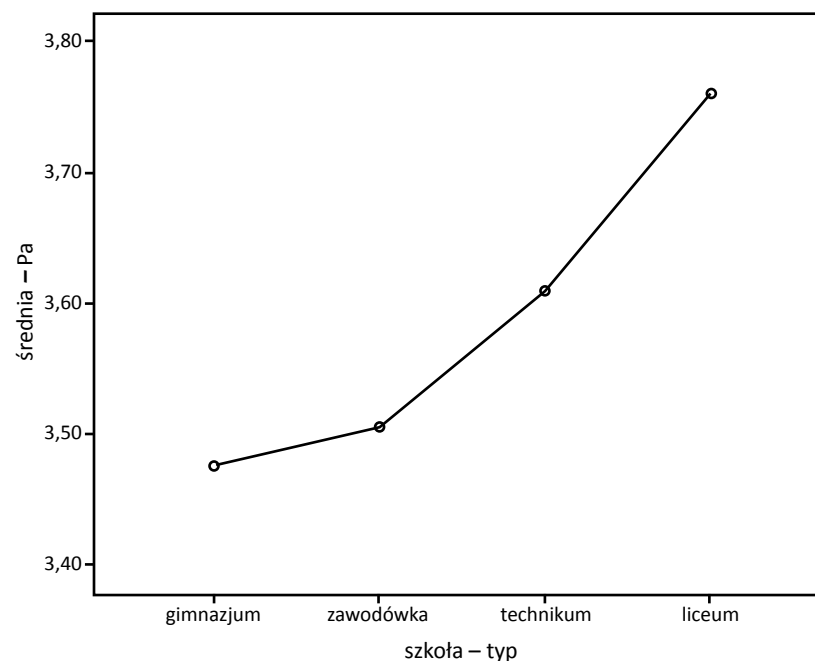
/ gimnazjum – średnia 3,3347

/ zasadnicza szkoła zawodowa – średnia 3,3432

/ technikum – średnia 3,4015

/ liceum – średnia 3,6981

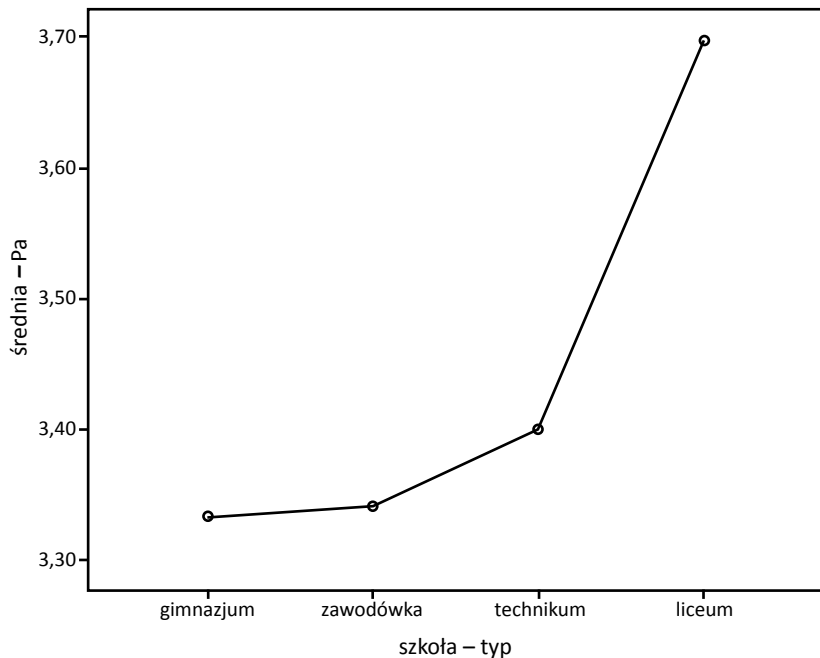
Na rycinie średnie te przedstawiają się następująco:



Ryc. 39.

Rozkład średnich współczynnika sądów akceptowanych a typ szkoły adolescenta

Poniżej przedstawiam także rozkład graficzny średnich współczynnika sądów preferowanych oraz typu szkoły adolescenta.



Ryc. 40.

Rozkład średnich współczynnika sądów preferowanych a typ szkoły adolescenta

Chcąc odpowiedzieć na pytanie szczegółowe, które brzmi „*Jaka jest zależność między rozwojem sądów moralnych adolescentów a ich wiedzą na temat dawstwa i transplantacji narządów?*”, dokonałam korelacja między zmiennymi – poziomem rozwoju sądów moralnych Pa i Pp a wiedza dotycząca idei dawstwa narządów *ex mortuo*. Wyniki umieściłam w tabeli nr 22.

Jak wskazuje tabela, korelacje pomiędzy pytaniami o wiedzę (P1, P17) a poziomami moralnymi są istotne, statystycznie i dodatnie mają jednak niskie wartości. Najwyższą wartość ma korelacja pomiędzy Pa i Pp, jednak wartość 0,384 też jest niska.

Wykorzystując jednoczynnikową analizę wariancji ONEWAY, sprawdziłam, czy różnice w poziomach Pa i Pp pomiędzy osobami o różnych poziomach wiedzy ogólnej o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji (pytanie P1) wykażą istnienie istotnych statystycznie różnic.

Tabela 22.

Korelacje między zmiennymi – poziomem rozwoju sądów moralnych Pa i Pp a wiedza dotycząca idei dawstwa narządów *ex mortuo*³

Korelacja między zmiennymi – poziom rozwoju sądów moralnych Pa i Pp a wiedza dotycząca idei dawstwa narządów		Wiedza o dawstwie narządów <i>ex mortuo</i>	Wiedza dotycząca ustawy transplantacyjnej	Poziom rozwoju sądów akceptowanych Pa	Poziom rozwoju sądów preferowanych Pp	
rho Spearmana	Wiedza o dawstwie narządów <i>ex mortuo</i>	Współczynnik korelacji	1,000	,081**	,057	,028
		Istotność (dwustronna)		,009	,069	,372
		N	1045	1044	1009	1038
	Wiedza dotycząca ustawy transplantacyjnej	Współczynnik korelacji	,081**	1,000	,075*	,078*
		Istotność (dwustronna)	,009		,016	0,12
		N	1044	1044	1009	1038
	Poziom rozwoju sądów akceptowanych Pa	Współczynnik korelacji	,057	,075*	1,000	,384**
		Istotność (dwustronna)	,069	,016		,000
		N	1009	1009	1009	1005
	Poziom rozwoju sądów preferowanych Pp	Współczynnik korelacji	,028	,078*	,384**	1,000
		Istotność (dwustronna)	,372	,012	,000	
		N	1038	1038	1005	1038

Tak się nie stało. Nie jest więc prawdą, że osoby o różnych poziomach wiedzy o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji mają różne poziomy rozwoju sądów moralnych.

Podjęłam się także odpowiedzi na kolejne pytanie szczegółowe o treści: *Jaka jest zależność między rozwojem sądów moralnym adolescentów a ich opiniami dotyczącymi dawstwa i transplantacji narządów?*

3 **Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).
*Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

By uzyskać odpowiedź na to pytanie, poddałam korelacji takie zmienne jak poziom rozwoju sądów moralnych oraz opinie adolescentów wobec dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji. Wyniki w formie tabeli zamieściłam na końcu pracy jako ANEKS E.

Okazało się bowiem, że w zestawieniu ujawniło się sporo istotnych współczynników korelacji, ale wartości znów okazały się niskie. Najsilniejsza korelacja wystąpiła pomiędzy wynikami surowymi dwóch opinii 1.7 i 1.5 z zadania dziewiątego, istotność statystyczna wynosiła $p=0,3$.

Podsumowując, można zatem stwierdzić, że nie jest więc prawdą, że osoby o różnych opiniach wobec dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji mają różne poziomy rozwoju sądów moralnych.

3.3. EDUKACJA FORMALNA, POZAFORMALNA I NIEFORMALNA ADOLESCENTÓW DOTYCZĄCA DAWSTWA NARZĄDÓW EX MORTUO DO TRANSPLANTACJI

WPROWADZENIE

W poniższym rozdziale przybliżę wyniki, które umożliwią udzielenie odpowiedzi na pytania dotyczące kształtowania się recepcji idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów w zależności od uczestnictwa w edukacji formalnej, pozaformalnej, nieformalnej.

Zanim na nie odpowiem, przedstawię wyniki danych zebranych w poszczególnych pytaniach kwestionariusza, które dotyczyły samego udziału adolescentów w różnych rodzajach edukacji, w której poruszony został temat dawstwa narządów po śmierci do transplantacji.

W pytaniu 10 zapytałam respondentów o to, gdzie po raz pierwszy zetknęli się z informacjami dotyczącymi idei dawstwa narządów po śmierci. Aby to ustalić, zaproponowałam kaferterię zamkniętą, zawierającą trzy możliwości do wyboru – a. w szkole, b. poza szkołą, c. nie pamiętam. Częstość udzielania odpowiedzi na powyższe możliwości zamieściłam w poniższej tabeli.

Tabela 23.

Częstość udzielania odpowiedzi dotyczącej pierwszego kontaktu z wiedzą o idei dawstwa narządów po śmierci

		Częstość	Procent
Gdzie po raz pierwszy zetknąłeś się z informacjami dotyczącymi idei dawstwa narządów po śmierci?	w szkole	112	10,7
	poza szkołą	582	55,7
	nie pamiętam	350	33,5
	ogółem	1044	99,9
Brak danych	0	1	,1
Ogółem		1045	100,0

Na to pytanie jedna osoba nie udzieliła odpowiedzi (N=1044). Z pozostałych deklaracji wynika wyraźnie, że to nie szkoła jest miejscem, w którym młodzież dowiaduje się o idei dawstwa narządów do transplantacji po śmierci po raz pierwszy. Blisko 56% respondentów odpowiedziało, że pierwszy raz zetknęło się z tym tematem poza szkołą. 34% adolescentów stwierdziło, że nie pamięta, gdzie miało to miejsce. Wskazanie jedynie przez 11% respondentów na szkołę, jako miejsce pierwszej edukacji o dawstwie narządów *ex mortuo*, może kierować ku formułowni ostrożnego wniosku, że to nie edukacja formalna rozpoczyna edukację społeczeństwa na ten temat. Jak zostało to już opisane w rozdziale teoretycznym, na poziomie edukacji formalnej tematyka ta przedstawiana jest być może na zajęciach z takich przedmiotów, jak język polski, biologia, WOS, godzina wychowawcza, religia czy etyka. Swoje miejsce ma także w przestrzeni edukacji zdrowotnej, która może być realizowana w szkołach zarówno na III, jak i IV etapie kształcenia. Zapytałam zatem respondentów, czy uczestniczyli w takich zajęciach w trakcie swojej dotychczasowej edukacji w szkole. Pytanie 2 w kwestionariuszu dotyczyło zdobycia danych na ten temat. Odpowiedzi udzieliło 1043 adolescentów (N=1043). Jedynie 238 adolescentów zadeklarowało, że uczestniczyło w zajęciach lekcyjnych dotyczących tej

tematyki. Zdecydowana większość, 77% respondentów stwierdziła, że w takich zajęciach nie brała udziału. Nieznacznie więcej chłopców (25%) niż dziewcząt (20%) zadeklarowało uczestnictwo w zajęciach lekcyjnych dedykowanych dawstwu narządów do transplantacji. Testy Chi-kwadrat nie wykazały jednak żadnych istotności w tym zakresie. Zastanawiające jest dla mnie, że tak mało młodzieży zadeklarowało udział w zajęciach na poziomie edukacji formalnej. Jedyne dwukrotnie pojawiła się dodatkowa argumentacja przy jednym z pytań, że „lekarz przyszedł do szkoły i opowiadał o tym” czy „był to jeden z ważniejszych tematów poruszonych na lekcji etyki”.

Warto zastanowić się nad powodem tego stanu rzeczy, bowiem deklaracje udziału adolescentów na poziomie 23% przy wpisaniu tematu transplantacji do podstawy programowej z biologii czy katechezy są dość zaskakujące. Można by oczekiwać, że więcej młodzieży zadeklaruje uczestnictwo w takich zajęciach, skoro są one obowiązkowe przynajmniej na poziomie dwóch przedmiotów. Warto zadać pytanie, czy zostały one w ogóle zrealizowane, a jeśli nie – to dlaczego? Czy ze względu na brak czasu – argument nader często przywoływany przez nauczycieli, czy tak zwane gonienie z materiałem? Jeśli już doszło do poruszenia tego tematu, to może zbyt pobieżnie, by młodzież mogła uzyskać wiedzę poddać strukturyzacji, zapamiętać, a następnie wykorzystać do rozstrzygnięcia dylematów, podejmowania decyzji wobec zgody bądź sprzeciwu na oddanie własnych narządów po śmierci do przeszczepu?

Jak zostało to wskazane w rozdziale teoretycznym, to właśnie wiedza na poziomie głębokim (Ferguson-Hessler, 1996) umożliwia poznanie istoty rzeczy dotyczącej idei czy koncepcji. Wydaje się zatem, że to edukacja formalna powinna być odpowiedzialna za przekazanie wiedzy na tym właśnie poziomie. Jak się jednak okazuje (biorąc pod uwagę czas przewidziany na realizację tematu – jedna jednostka dydaktyczna na lekcji biologii, czy też zakres materiału w podręcznikach na ten temat), przekazywane treści mogą być zbyt fragmentaryczne, odtwórcze, powierzchniowe, ukazujące jedynie ogólne ramy obiektu, co niesie ze sobą zagrożenie pozbawienia młodzieży możliwości krytycznego myślenia i analiz oraz pozostawienie jej z wiedzą na poziomie płytkim (Ferguson-Hessler, 1996, s. 107). Można zatem postawić nieśmiały wniosek, że przekazanie treści na tym poziomie, zgodnie z teorią uzasadnione-

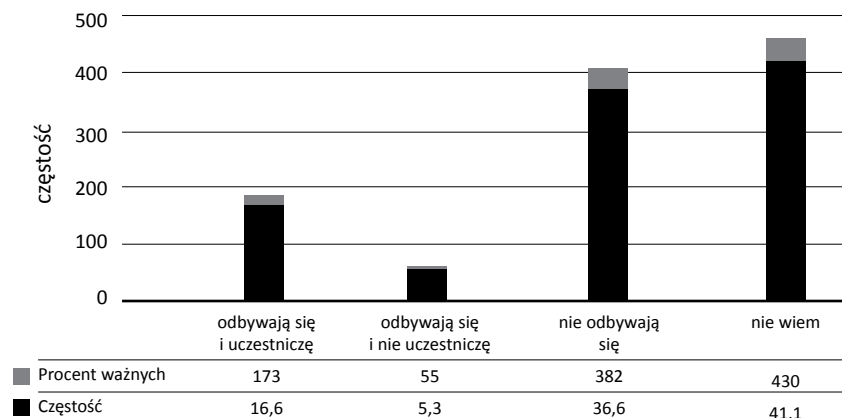
go działania M. Fishbeina i I. Ajzena (1975), wykluczy możliwość, że decyzja adolescenta zostanie podjęta świadomie oraz pozostanie pewną dyspozycją (gotowością) do czasu, gdy zaistnieje odpowiednia sytuacja, aby zamienić ją w czyn.

Warto zatem przyjrzeć się innym rodzajom edukacji pod kątem szerzenia i edukowania młodzieży w kontekście idei dawstwa narządów, które uzupełniają edukację formalną.

W trzeciej pozycji w kwestionariuszu pytałam młodzież o uczestnictwo w innym spotkaniu, podczas którego omawiane było zagadnienie dawstwa narządów. Pytanie miało na celu uzyskanie danych, na ile wiedza dotycząca omawianego tematu uzyskiwana jest na poziomie edukacji pozaformalnej. Wyniki wskazują, że jedynie 58 z 1043 respondentów, którzy odpowiedzieli na to pytanie, zadeklarowało, że brało udział w takim spotkaniu. Pozostałe 94% adolescentów zaprzeczyło wzięciu udziału w spotkaniu edukacyjnym, które miałyby dostarczyć im wiedzy na temat dawstwa narządów do transplantacji po śmierci. Analiza danych wskazuje, że jedynie 6% młodzieży zetknęło się z tematem dawstwa w trakcie edukacji pozaformalnej. Według deklaracji młodzieży był to: „wykład z prof. transplantologii”, „spotkanie pod tytułem «Czy ty możesz zostać dawcą?»”, „wykłady na uczelni”, „apel w szkole”, „koło religijne prowadzone z księdzem proboszczem”, „wykłady w szpitalu podczas Medicalii”, „wykład na CM w Bydgoszczy, wykład szkolny na auli” czy „w szkole na dniach zdrowia”. Mimo że pytanie miało służyć uzyskaniu danych o edukacji pozaformalnej, pojawiły się także odpowiedzi z obszaru edukacji formalnej, przytoczone wcześniej, oraz takie, które dotyczyły edukacji nieformalnej: „bardziej było to omawiane w TV”, „w szpitalu miałam omawiany temat transplantacji”, „rozmowa z rodziną na temat przeszczepu”, „rozmawiałam na ten temat z mamą”, „w przypadku śmierci babci – w szpitalu”. Co ciekawe, samo badanie do tej pracy uznano w jednym przypadku także za edukację w tym zakresie, gdyż jeden z adolescentów wpisał „dzisiejsza ankieta”.

W pytaniu 6 zapytałam także adolescentów, czy posiadają wiedzę o tym, czy w ich szkole odbywają się dodatkowe zajęcia z edukacji zdrowotnej, a jeśli tak, to czy biorą w nich udział. Poprosiłam o wybranie jednej z czterech możliwych odpowiedzi: 1. Tak, odbywają się takie zajęcia i ja w nich uczestniczę, 2. Tak, odbywają się, ale ja w nich nie uczest-

niczę, 3. Nie, nie odbywają się, 4. Nie wiem, czy takie zajęcia odbywają się w szkole. Rozkład odpowiedzi umieściłam na poniższym wykresie.



Ryc. 41.

Wiedza respondentów dotycząca odbywania się zajęć z edukacji zdrowotnej w szkole

Odpowiedzi na to pytanie udzieliło 1040 respondentów (N=1040). Analiza danych wskazuje, że zdecydowana większość adolescentów nie wie, czy w ich szkole odbywają się takie zajęcia. Tak zadeklarowało 430 adolescentów. Niewiele mniej, gdyż 37% badanych, udzieliło odpowiedzi, że zajęcia takie się nie odbywają. Pozostała część respondentów – 22%, wie, że takie zajęcia w ich szkole się odbywają, jednak tylko 16% w nich uczestniczy (173 adolescentów). Zatem jasno wynika z przytoczonych danych, że nieliczna młodzież uczestniczy w zajęciach z edukacji zdrowotnej. Dane te mogą stanowić potwierdzenie zdania jednego z adolescentów szkoły ponadgimnazjalnej, który podczas wypełniania narzędzi głośno wypowiedział się na ten temat: „A co to są zajęcia z edukacji zdrowotnej? To są te, co były w zeszłym roku, a my wcześniej szliśmy do domu?”.

Przechodząc do kolejnych analiz, warto w moim przekonaniu podkreślić, że materiał empiryczny pokazał pewne tendencje co do deklaracji adolescentów w czerpaniu wiedzy na temat dawstwa narządów *ex mortuo* z różnych rodzajów edukacji. Okazuje się, że edukacja for-

malna nie jest ani pierwszą, ani dominującą formą edukacji w tym zakresie. Także deklaracje udziału w edukacji pozaformalnej są na niskim poziomie. Można zatem wysnuć wnioski także na podstawie wyników, że dominującą rolę pełni edukacja nieformalna.

3.3.1. UCZESTNICTWO MŁODZIEŻY W RÓŻNYCH RODZAJACH EDUKACJI A ICH WIEDZA I OPINIE NA TEMAT DAWSTWA I TRANSPLANTACJI NARZĄDÓW *EX MORTUO*

Kolejne etapy analiz zebranego materiału umożliwiły mi odpowiedź na pytanie badawcze o zależności między uczestnictwem badanych w edukacji a ich wiedzą i opiniami na temat dawstwa i transplantacji narządów.

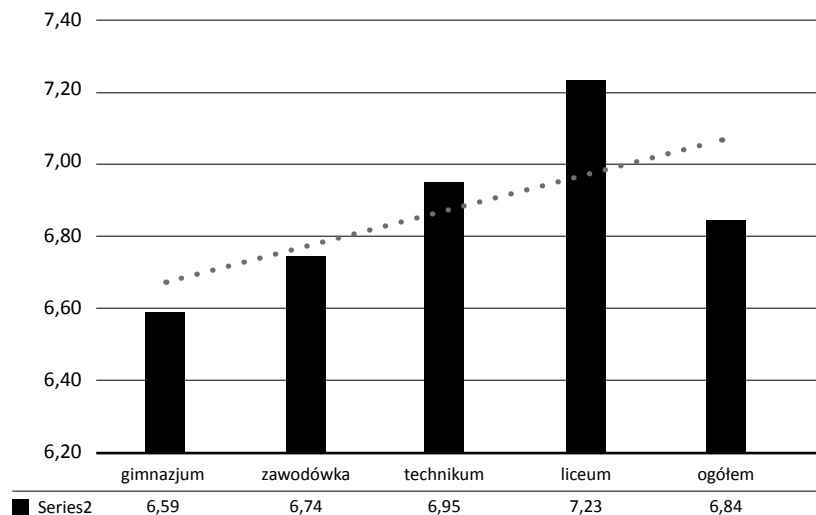
Pytania badawcze, które zadałam sobie przy projektowaniu badań brzmią:

P7. Jaka jest zależność między uczestnictwem badanych w edukacji a ich wiedzą na temat dawstwa i transplantacji narządów?

P8. Jaka jest zależność między uczestnictwem badanych w edukacji a ich opiniami dotyczącymi dawstwa i transplantacji narządów?

Rozpoczynając poszukiwania odpowiedzi na pytanie badawcze P7, poddałam analizie zmienne, takie jak wiedza adolescentów oraz ich deklarowany udział w edukacji formalnej. Na poniższym wykresie prezentuję rozkład średnich poprawnych odpowiedzi dotyczących dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo* z podziałem na poszczególne placówki, do których uczęszczali adolescenty.

Dzięki zastosowaniu statystyki opisowej widoczna staje się zależność pomiędzy zmiennymi. Na powyższym wykresie przedstawiającym średnie prawidłowych odpowiedzi na pytania o wiedzę dotyczącą dawstwa narządów po śmierci do transplantacji wyraźnie widać, że wiedza adolescentów rośnie wraz z uczestnictwem w kolejnym etapie edukacji. Poziom wiedzy uczniów ze szkół ponadgimnazjalnych każdego typu jest wyższy niż młodzieży uczęszczającej do gimnazjum. Analizując dane pod kątem III i IV etapu kształcenia, różnica w wiedzy przedstawia się następująco – młodzież gimnazjalna osiągnęła średnią 6,59, natomiast adolescenty szkół ponadgimnazjalnych 7,04.



Ryc. 42.

Wiedza na temat dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo* a typ szkoły, do której uczęszczają badani

Najwyższą średnią prawidłowych odpowiedzi uzyskali adolescenty z liceum (7,23). Widoczna jest także tendencja malejąca. Uczniowie technikum osiągnęli średnią na poziomie 6,95, a ci z zasadniczych szkół zawodowych (potocznie zwanych zawodówkami) 6,74. Ogólna średnia na poziomie 6,84 została przekroczona przez adolescentów z liceum i technikum. Warto zwrócić uwagę, że uczniowie z zasadniczych szkół zawodowych zbliżają się poziomem wiedzy bardziej do uczniów szkół gimnazjalnych aniżeli techników czy szkół licealnych, mających status ponadgimnazjalnych. Analiza danych po zastosowaniu jednoczynnikowej analizy wariancji wykazała, że pomiędzy uczniami gimnazjum i szkoły ponadgimnazjalnej jest różnica istotna statystycznie w wiedzy dotyczącej dawstwa narządów do transplantacji *ex mortuo*. Istotność ukazuje tabela 24.

Podjęłam się zatem dalszych analiz mających na celu ukazanie czy występują istotne różnice w poziomie wiedzy mierzonej zmienną P1 (prawidłowymi odpowiedziami na twierdzenia z pytania 1) oraz odpo-

Tabela 24.

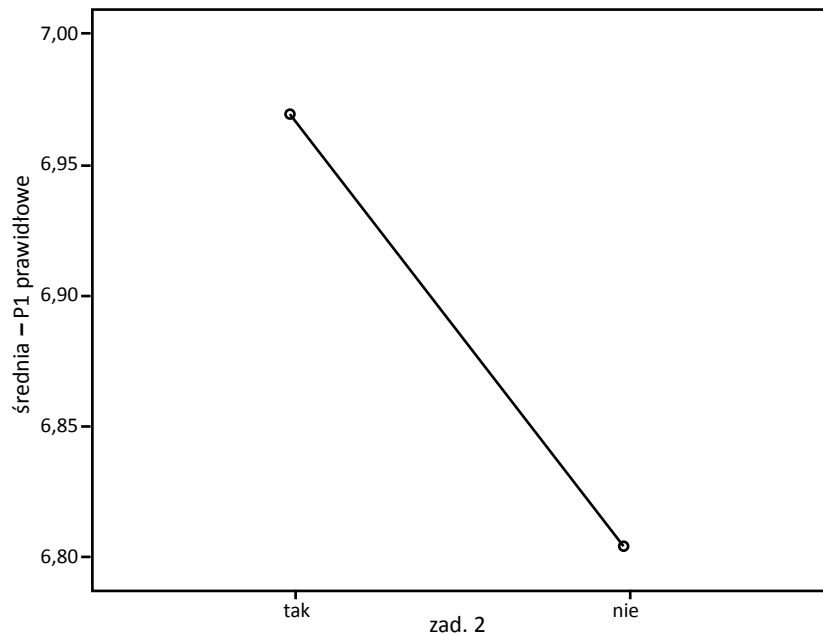
Istotne statystycznie związki między zmiennymi – wiedzą adolescentów a uczestnictwem w różnych etapach kształcenia.

Wiedza adolescentów (P1 prawidłowe)	Df	Średni kwadrat	F	Istotność
Między grupami	1	51,673	18,779	,000
Wewnątrz grup	1043	2,752		
Ogółem	1044			

wiedziami na pytania 2 i 3, które dotyczą uczestnictwa w zajęciach na etapie formalnym i spotkaniach/wykładach w obszarze edukacji pozaformalnej. W tym celu także zastosowałam statystyki opisowe oraz jednoczynnikową analizę wariancji. Poniżej zamieściłam wykres ukazujący wykaz średnich prawidłowych odpowiedzi mierzących wiedzę o dawstwie narządów oraz deklaracje udziału bądź jego braku w zajęciach edukacji formalnej poświęconej temu zagadnieniu.

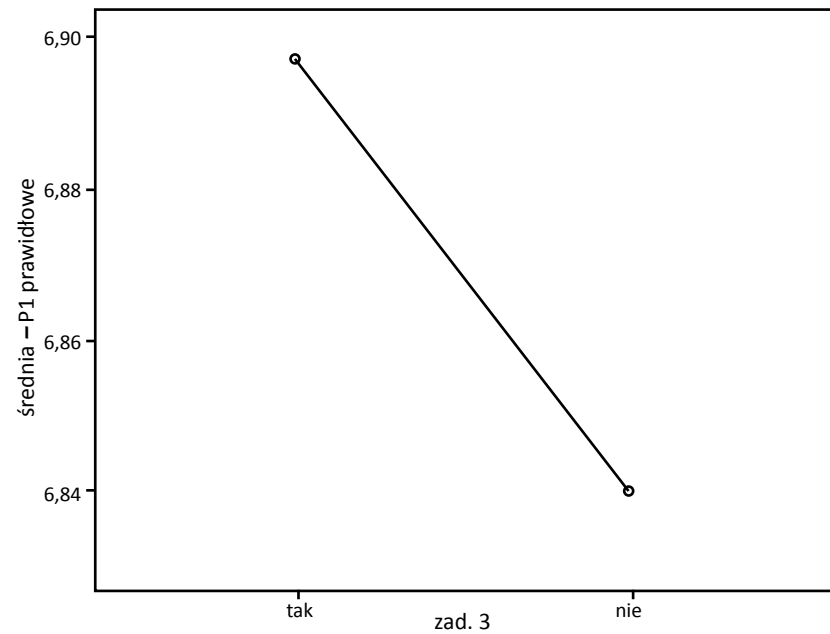
Adolescenci, którzy deklarowali udział w edukacji formalnej dotyczącej dawstwa narządów, uzyskali średnią prawidłowych odpowiedzi na nieznacznie wyższym poziomie 6,97, ponieważ młodzież, która nie uczestniczyła w zajęciach lekcyjnych, uzyskała średnią wynoszącą 6,81. Analiza danych po zastosowaniu jednoczynnikowej analizy wariancji wykazała, że pomiędzy osobami, które brały i nie brały udziału w zajęciach lekcyjnych, nie ma różnic w wiedzy. Istotność między grupami oraz wewnątrz grup wynosiła $p=0,183$. Także wyniki kolejnych analiz nie wykryły różnic w wiedzy pomiędzy osobami, które brały i nie brały udziału w innego rodzaju spotkaniach na temat pobrania organów po śmierci (pyt. 3). Istotność w tym przypadku wynosiła $p=0,801$. Średnia prawidłowych odpowiedzi osób deklarujących udział w edukacji pozaformalnej wynosi 6,90, natomiast adolescentów nieuczestniczących w tym rodzaju edukacji – 6,84. Rozkład średnich został umieszczony przeze mnie na poniższym wykresie.

W tej części analiz poszukiwano istotnych statystycznie związków między zmienną zależną – wiedzą o dawstwie narządów do transplantacji *ex mortuo* oraz zmienną niezależną – rodzajem edukacji na temat



Ryc. 43.

Rozkład średnich dwóch zmiennych – uczestnictwo badanych w edukacji formalnej a ich wiedza na temat dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo*



Ryc. 44.

Rozkład średnich dwóch zmiennych – uczestnictwo badanych w edukacji pozaformalnej a ich wiedza na temat dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo*

dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji, w której uczestniczył adolescent. Do obliczeń statystycznych zastosowano statystykę opisową oraz jednoczynnikową analizę wariancji, której wyniki pozwoliły mi na sformułowanie odpowiedzi na postawione pytanie badawcze (P7): **Jaka jest zależność między uczestnictwem badanych w edukacji a ich wiedzą na temat dawstwa i transplantacji narządów?** Odpowiadając na to pytanie, należy stwierdzić, że nie ma różnic istotnych statystycznie w wiedzy między tymi adolescentami, którzy deklarują udział w edukacji formalnej, a tymi, którzy wskazują na inny rodzaj edukacji. Różnice istotne statystycznie widoczne są natomiast na poziomie kształcenia adolescentów. Największą wiedzę z zakresu dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo* przejawiają uczniowie liceum, najniższą natomiast

uczniowie gimnazjum. Wiedza ta rośnie wraz z przechodzeniem na kolejny etap kształcenia (z III na IV – w każdym przypadku, niezależnie od wybranego rodzaju szkoły).

Zebrany materiał badawczy pozwolił mi także na określenie zależności między uczestnictwem badanych w edukacji, a ich opiniami dotyczącymi dawstwa i transplantacji narządów. Przypomnę, że jest to ostatnie pytanie szczegółowe P8, które brzmi: Jaka jest zależność między uczestnictwem badanych w edukacji a ich opiniami dotyczącymi dawstwa i transplantacji narządów?

Wykorzystałam do analiz dane uzyskane z zadania nr 11 w kwestionariuszu ankiety. W zadaniu tym zadałam pytanie: „Czy zdarzyło Ci się usłyszeć/przeczytać sprzeczne opinie dotyczące dawstwa narządów

po śmierci do przeszczepu?”. Twierdząco odpowiedziało na nie jedynie 58 adolescentów, co stanowi 6% badanych adolescentów, pozostałe 84% młodzieży zaprzeczyło. O zdarzeniach, w których doszło do takich sytuacji, adolescenty wypowiadają się następująco:

- / „rozmowy moherowych babć w autobusie”;
- / „w internecie i od znajomych”;
- / „dziadkowie, podczas filmu «Bogowie»”;
- / „u księdza”, „od osób związanych z wiarą katolicką”;
- / „od znajomych”;
- / „z opowiadań, że niektórzy lekarze uśmiercają ludzi, żeby zarobić”;
- / „na forach internetowych”;
- / „w gazecie”;
- / „w programach typu «Szpital», «Ukryta Prawda»”;
- / „oglądając film «Bogowie»”;
- / „przy okazji rozmów z najbliższymi oraz przy okazji głośnego wypadku”;
- / „od osób starszych”, „od babci, cytując: «nie zgadzam się na pocięcie mnie» mówiła to w kontekście transplantacji”;
- / „od anonimowej osoby w internecie, mówiła że jest to niebezpieczne”;
- / „występują sprzeczne informacje w TV – stąd mam zamęt”;
- / „w filmie, gdzie ludzie nieznający się na medycynie uważali, że przeszczepione serce zmienia charakter osoby. Lekarze uważali, że to jedynie mięsień. Także w szkole, gdy był tekst o przeszczepach i nawiązała się dyskusja w klasie”;
- / „na forach internetowych, chodziło o pamięć komórek”;
- / „pewien ksiądz powiedział mi, że to grzech i ludzie, którzy oddają narządy, powinni być w piekle”.

Powyższe odpowiedzi wyraźnie wskazują, że młodzież styka się ze sprzecznymi treściami o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji za pośrednictwem mass mediów oraz opinii społecznych. Umieszczając te obszary w przestrzeni edukacyjnej, należałoby zatem wskazać na edukację pozaformalną oraz nieformalną jako rodzaj edukacji wysyłającej sprzeczne informacje, które mogą dezorientować młodzież, zafałszowywać ich dotychczasową wiedzę, choć – z drugiej strony – powodować mogą dysonans poznawczy, który odpowiednio ukierun-

kowany (przez fachowców, specjalistów z dziedziny transplantologii czy też nauczycieli, np. za pomocą wykładów rozwiewających wątpliwości czy też obalających zasłyszane stereotypy) może przyczynić się do rozpoczęcia przez młodzież procesu krytycznego myślenia, którego efektem będzie własna opinia wobec idei dawstwa narządów, a może również i podjęcie autonomicznej decyzji wobec pośmiertnego oddania własnych organów. Jak wskazują badania, pozytywna informacja przekazana ze strony pracowników medycznych w takich warunkach zachęca do przeniesienia tematu na poziom rodzinnych dyskusji, co pozytywnie wpływa na szerzenie idei dawstwa (Conesa i inni, 2004, s. 1248).

W kolejnym pytaniu zapytałam młodzież, czy w ciągu ostatnich trzech lat zmieniła się jej opinia na temat dawstwa narządów po śmierci. Zdecydowana większość odpowiedziała (N=1044), że ich opinia się nie zmieniła. Aż 90% respondentów stwierdziło, że ich decyzja pozostała bez zmian. 102 respondentów stwierdziło jednak, że doszło do zmiany opinii. Co lub kto był powodem owej zmiany? Młodzież wskazuje na „własne przeżycia”, „własne przemyślenia”, „większą świadomość”, „reportaże o ludziach, którzy wiele zawdzięczają przeszczepom”, że posiadają wiedzę „co to w ogóle znaczy”, akcentują „poznanie wiedzy na ten temat”, wskazują na film „Bogowie”, „pracę w wolontariacie” oraz „rodzinę”: „mamę”, „babcię”, „mojego tatę”, „ciężko chorą osobę z rodziny”. Wymieniła także takie aspekty, jak „dojrzałość” oraz „śmierć bliskiego znajomego rodziny”. Młodzież deklaruje również, że wcześniej była mniej ufna wobec takich metod, natomiast dzięki zwiększeniu własnej wiedzy z zakresu pośmiertnego dawstwa i transplantacji narządów (także dzięki osobom, które oczekują na transplantację) zmieniła swoją opinię dotyczącą idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji.

Wyniki te mogą stanowić potwierdzenie innych badań prowadzonych z tego zakresu, które wykazały, że młodzież biorąca udział w projekcie edukacyjnym dotyczącym transplantacji narządów dzięki udziałowi w zajęciach zmieniła swoje negatywne nastawienie i opinie wobec dawstwa narządów po śmierci (z 33,7% na 16%) (Piccoli i inni, 2004, s. 431–432).

Bogatsza o tę wiedzę, przeprowadziłam kolejną analizę statystyczną, wykorzystując jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, by przekonać się, czy pomiędzy adolescentami z różnych poziomów szkół pojawiają się różnice w opiniach wobec dawstwa narządów po śmierci. W poniższej tabeli umieściłam pozycje oraz wyniki, które okazały się różnicujące adolescentów.

Tabela 25.

Różnice w opiniach adolescentów dotyczące dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo* na różnym poziomie edukacji

Pyt. 9 $p>0,005$		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	Istotność
1. Niebezpieczeństwo przeszczepu narządów po śmierci wiąże się z tym, że mimo stwierdzenia przez lekarzy śmierci mózgowej (mózgu), która uznawana jest za śmierć człowieka, nie ma pewności, że dawca nie żyje	Między grupami	12,220	1	12,220	7,608	,006
	Wewnątrz grup	1670,526	1040	1,606		
	Ogółem	1682,746	1041			
8. Lekarz powinien na podstawie oświadczenia woli (czyli informacji o chęci oddania narządów po śmierci wypisanej na formularzu za życia przez zmarłego) pobrać narządy po śmierci w celu ich przeszczepienia niezależnie od woli rodziny	Między grupami	35,141	1	35,141	18,070	,000
	Wewnątrz grup	2020,502	1039	1,945		
	Ogółem	2055,643	1040			
9. Decyzja o oddaniu własnych narządów po śmierci powinna być całkowicie bezinteresowna	Między grupami	10,868	1	10,868	6,736	,010
	Wewnątrz grup	1681,234	1042	1,613		
	Ogółem	1692,102	1043			

Pomiędzy uczniami różnych typów szkół pojawiły się różnice w odpowiedziach na itemy 1, 8 9 pytania 9. W itemach 8 i 9 wyższe średnie uzyskali uczniowie szkół ponadgimnazjalnych. Tylko w itemie 1 sytuacja jest odwrotna – wyższy wynik uzyskali uczniowie gimnazjów.

Jak ukazują dane uzyskane z twierdzenia 1, częściej uczniowie gimnazjum podzielali jego treść mówiącą o tym, że niebezpieczeństwo przeszczepu narządów po śmierci wiąże się z tym, że mimo stwierdzenia przez lekarzy śmierci mózgowej (mózgu), która uznawana jest za śmierć człowieka, nie ma pewności, że dawca nie żyje. Średnia jest istotna statystycznie i dla uczniów ze szkół gimnazjalnych wynosiła 3,02, natomiast dla uczniów szkół ponadgimnazjalnych 2,80. Można wyciągnąć wniosek, że uczniowie szkół ponadgimnazjalnych przejawiają większe zaufanie wobec koncepcji śmierci mózgowej oraz zgodnie z uzyskanymi danymi może się to także wiązać z wiedzą. Wyniki jej dotyczące wskazały, że na wyższym poziomie kształcenia wiedza wzrasta, zatem uczniowie szkół ponadgimnazjalnych odrzucają tę opinię, znając procedury stwierdzenia śmierci mózgu człowieka, która utożsamiana jest ze śmiercią całego organizmu.

Różnice istotne statystycznie ujawniły się między adolescentami także w opinii dotyczącej tego, że lekarz powinien na podstawie oświadczenia woli (czyli informacji o chęci oddania narządów po śmierci wypisanej na formularzu za życia przez zmarłego) pobrać narządy po śmierci w celu ich przeszczepiania niezależnie od woli rodziny. Jak już wspomniałam, uczniowie szkół ponadgimnazjalnych częściej zgadzali się z tym stwierdzeniem – średnia wynosi 3,49, gdzie u uczniów gimnazjum 3,12. Może to sugerować, że u uczniów szkół ponadgimnazjalnych, wchodzących w okres młodości, wyraźniej uwidacznia się idealizm młodzieńczy, który rozumiany jako silnie zabarwiona emocjonalnie potrzeba dobra. W tym przypadku uwidacznia się jako przyzwolenie na pobranie narządów, a więc próbę ratowania życia innego człowieka (biorcy), nie zważając na inne aspekty – wolę czy zdanie rodziny. Inną możliwością może być wiedza o obowiązujących przepisach prawnych, które nie obejmują brania pod uwagę woli rodziny przy eksplantacji narządów od dawcy po jego śmierci.

Ostatnie twierdzenie, które różnicuje opinie uczniów gimnazjum i uczniów szkół ponadgimnazjalnych odnosi się do tego, by decyzja o oddaniu własnych narządów po śmierci była całkowicie bezinteresowna.

Częściej taką opinię wyrażali także uczniowie szkół ponadgimnazjalnych – średnia została obliczona na poziomie 3,86, u gimnazjalistów wynosi ona 3,66. Można zatem uznać, że młodzież ze szkół gimnazjalnych częściej oddanie organu dla ratowania zdrowia i życia drugiego człowieka utożsamia z nagrodą, nie potrzebując innej formy rekompensaty.

Ze względu na porównywanie ze sobą 4 grup (gimnazjum, technikum, liceum, zasadnicze szkoły zawodowe) dopiero testy post-hoc wykazały, między którymi parami typów szkół są istotne różnice. Okazało się, że to liceum wyróżnia się na tle innych szkół i to uczniowie uczęszczający do tego typu placówki mają najbardziej akceptujące opinie wobec idei dawstwa *ex mortuo* do transplantacji.

Analizy wykazały, że uczniowie, którzy brali i nie brali udziału w innych spotkaniach na temat pobrania organów, nie różnią się w odpowiedziach na pytanie 9, a więc udział w edukacji pozaformalnej nie różnicuje ich opinii o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji.

Różnice istotne statystycznie występują jednak u adolescentów, którzy uczestniczyli w zajęciach szkolnych, na których poruszany był temat dawstwa. Różnice istotne statystycznie pojawiły się wobec dwóch opinii, które w zadaniu umieściłam w twierdzeniach na pozycji 6 i 8. We wszystkich przypadkach wyższe średnie uzyskali uczniowie, którzy brali udział w lekcjach na temat idei dawstwa narządów do transplantacji po śmierci.

Uczniowie, którzy uczestniczyli w edukacji formalnej poruszającej zagadnienia idei dawstwa, częściej uważali, że to właśnie szkoła powinna uczestniczyć w przekazywaniu i rozpowszechnianiu informacji na temat dawstwa i transplantacji narządów po śmierci (pozycja 6). Średnia wynosiła 3,99, natomiast u adolescentów, którzy nie uczestniczyli w zajęciach szkolnych, średnia to 2,56. Można zatem wysnuć wniosek, że uczestnicy edukacji formalnej doceniają możliwość pozyskiwania wiedzy oraz kształtowania opinii na temat związany z pośmiertnym dawstwem narządów do transplantacji.

Także uczniowie będący uczestnikami zajęć szkolnych wyrażają bardziej aprobujące stwierdzenie, że lekarz powinien na podstawie oświadczenia woli (czyli informacji o chęci oddania narządów po śmierci wypisanej na formularzu za życia przez zmarłego) pobrać narządy po śmierci w celu ich przeszczepiania niezależnie od woli rodziny (stwierdzenie 8). Różnica średnich wynosi 3,50 dla uczestników zajęć oraz 3,28 dla adolescentów,

którzy deklarowali, że nie brali w nich udziału. Zastanawiając się nad takim stanem rzeczy, można postawić nieśmiały wniosek, że opinia ta, a więc przekonanie o konieczności ratowania życia innego człowieka, może być związana z przekazaniem przez nauczyciela w trakcie lekcji szeregu innych informacji i danych, na podstawie których adolescent, po przeanalizowaniu ich, dochodzi właśnie do takich wniosków. Potwierdzeniem może być także aprobujący stosunek wobec szkoły jako źródła przekazującego wiedzę dotyczącą tego właśnie zagadnienia. Daje to wyraźne wskazanie, że adolescenti widzą miejsce dla szkoły jako przestrzeni do zdobywania wiedzy z zakresu idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji.

Podsumowując rozważania, podejmę się odpowiedzi na ostatnie pytanie badawcze (P8) dotyczące zależności między uczestnictwem badanych w edukacji a ich opiniami dotyczącymi dawstwa i transplantacji narządów. Na podstawie wyników badań stwierdzam, że:

- / opinie uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych różnią się istotnie statystycznie (w trzech twierdzeniach). Bardziej pozytywne opinie wobec dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji posiadają uczniowie szkół ponadgimnazjalnych,
- / udział w edukacji pozaformalnej nie różnicuje ich opinii o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji,
- / różnice istotne statystycznie występują jednak u adolescentów, którzy uczestniczyli w zajęciach szkolnych poświęconych temu zagadnieniu. Bardziej pozytywne opinie posiadali właśnie ci adolescenti, którzy uczestniczyli w edukacji formalnej.

3.3.2. PREFEROWANE I OPINIOTWÓRCZE ŹRÓDŁA DOTYCZĄCE DAWSTWA NARZĄDÓW EX MORTUO DO TRANSPLANTACJI PRZEZ MŁODZIEŻ

Ważnym dla mnie celem badań stało się również zebranie danych o konkretnych źródłach opiniotwórczych oraz przekazujących badanym wiedzę z zakresu tematyki dawstwa i transplantacji narządów.

Jak wynika z przesłanek teoretycznych i wcześniejszych badań prowadzonych w tym zakresie, przekazywanie informacji umożliwia ustosun-

Tabela 26.

Rozkład procentowy deklaracji adolescentów dotyczących źródeł pozyskania wiedzy o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji.

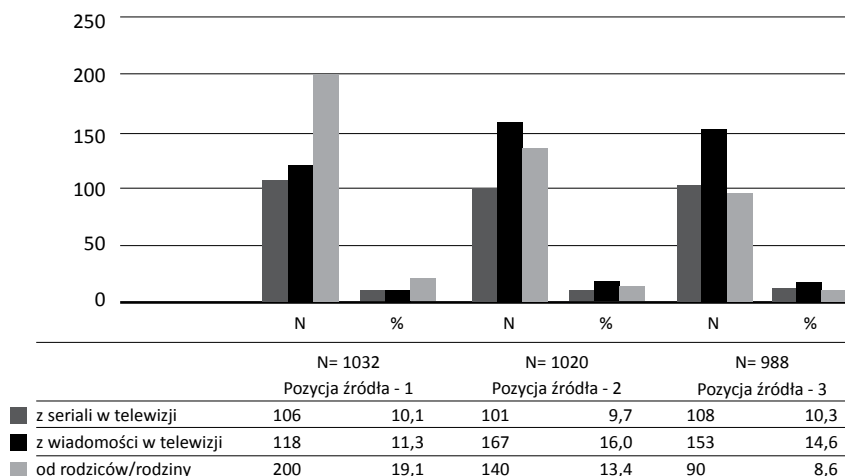
Źródło uzyskiwania wiedzy o możliwości oddania narządów po śmierci	Źródła informujące o idei dawstwa N= 1045		POZYCJA ŹRÓDŁA – 1 N= 1032		POZYCJA ŹRÓDŁA – 2 N= 1020		POZYCJA ŹRÓDŁA – 3 N= 988	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1. z seriali w telewizji	592	56,7	106	10,1	101	9,7	108	10,3
2. z programów popularnonaukowych w telewizji	560	53,6	129	12,3	127	12,2	106	10,1
3. z filmów fabularnych w telewizji	346	33,1	32	3,1	49	4,7	58	5,6
4. z wiadomości w telewizji	648	62,0	118	11,3	167	16,0	153	14,6
5. z prasy	305	29,2	27	2,6	45	4,3	50	4,8
6. od rodziców/rodziny	562	53,8	200	19,1	140	13,4	90	8,6
7. od znajomych	298	28,5	37	3,5	45	4,3	46	4,4
8. ze stron tematycznych o przeszczepach w Internecie	253	24,2	40	3,8	52	5,0	46	4,4
9. z forów internetowych	218	20,9	22	2,1	28	2,7	29	2,8
10. z serwisów informacyjnych w Internecie	382	36,6	38	3,6	60	5,7	102	9,8
11. portali społecznościowych w Internecie	300	28,7	26	2,5	36	3,4	52	5,0
12. od przedstawicieli służb medycznych (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, koordynatorzy ds. transplantacji)	280	26,8	112	10,7	53	5,1	46	4,4
13. od nauczyciela/katechety w szkole podczas zajęć lekcyjnych	190	18,2	25	2,4	33	3,2	35	3,3
14. od nauczyciela/katechety w szkole podczas zajęć dodatkowych	56	5,4	7	,7	9	,9	6	,6
15. od księdza/w kościele	72	6,9	7	,7	5	,5	12	1,1
16. z wykładów/kampanii edukacyjnych/reklamowych w innych miejscach niż szkoła	210	20,1	40	3,8	45	4,3	35	3,3
17. od osoby bezpośrednio związanej z tym tematem	100	9,6	46	4,4	17	1,6	9	,9
18. inna odpowiedź (napisz)	43	4,1	20	1,9	8	,8	5	,5

kowanie się do dawstwa narządów po śmierci, a w rezultacie do podjęcia decyzji o zgodzie lub sprzeciwie na przekazanie swoich narządów do transplantacji. Postanowiłam zatem zadać respondentom pytanie o źródła, z których uzyskali informacje o możliwości oddania swoich organów *ex mortuo*. Poprosiłam ich o zaznaczenie w tabeli składającej się z 18 pozycji tych źródeł. Umożliwiłam im także wpisanie innego źródła pozyskania wiedzy, którego nie wymieniłam, biorąc pod uwagę, że nie wszystko byłam w stanie przewidzieć. Natępnie poprosiłam o wybranie trzech najważniejszych dla nich pozycji pod względem istotności oraz uszeregowanie ich od najważniejszego do mniej ważnych, lecz również istotnych (w sumie liczyłam na powstanie 3-stopniowej rangi). Odpowiedzi wraz z rozkładem procentowym prezentuję w tabeli na sąsiedniej stronie.

Jak zostało to już przeze mnie omówione, dane zawarte w tabeli wyraźnie wskazują, że młodzież czerpie najczęściej wiedzę z telewizji oraz od rodziców. Adolescenci bowiem najliczniej wskazywali pozycję czwartą – wiadomości w telewizji jako źródło uzyskiwania wiedzy o możliwości oddania narządów po śmierci. Na tę pozycję wskazało aż 648 adolescentów, co stanowiło 62% odpowiedzi. Nieco mniej, bo 57%, wskazało na źródło w obszarze mass mediów i telewizji – seriale. Na kolejnym miejscu, biorąc pod uwagę liczbę oddanych głosów. Adolescenci wskazali rodzinę i rodziców. To, że to właśnie oni przekazali/przekazują im informacje dotyczące oddania narządów do transplantacji, zadeklarowało 54% respondentów. Następną pozycją wskazaną przez młodzież dotyczyła również obszaru edukacji pozaformalnej, kolejny raz także telewizji. 560 respondentów (54%) uznało, że wiedzę pozyskali z programów popularnonaukowych emitowanych w telewizji. Warto w moim przekonaniu zauważyć, że żadna pozycja nie osiągnęła tak wysokiego odsetka wskazań jak przedstawione powyżej. Pozycję nr 13 – od nauczyciela/katechety w szkole podczas zajęć lekcyjnych, a więc od edukatora w toku edukacji formalnej, zakreśliło 190 adolescentów (18%). Więcej młodych ludzi wskazało na osoby, które są fachowcami w tej dziedzinie. Na pozyskanie wiedzy dotyczącej dawstwa narządów od przedstawicieli służb medycznych (lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych czy koordynatorów ds. transplantacji) zdecydowało się 27% adolescentów. Najrzadziej wybieranymi pozycjami okazały się te pod numerem 14, 15 i 18. Warto moim zdaniem i je omówić. Jedynie 72 osoby zadeklarowały źródło wiedzy w osobie

księdza lub w kościele. Także nisko, gdyż na poziomie 5%, zadeklarowano pozyskanie informacji od nauczyciela lub katechety w szkole podczas zajęć dodatkowych. Najmniej, ponieważ raptem 4% respondentów, wybrało pozycję nr 18, a więc „inna odpowiedź”, i wpisało własną propozycję. Do najczęstszych z nich należały: „członek rodziny”, „brat” oraz „siostra”. Pojawiały się także takie pozycje, jak „oddaję krew, w RCKiK jest tam pełno plakatów”, „biorca, znajomy, młodsza dziewczynka lat 14”, „dowiedziałam się z książek, np. do biologii, popularnonaukowych, encyklopedii” czy „kuzyn miał przeszczep, dawcą był wujek – oni mi powiedzieli”.

W zadaniu 8 poszukiwałam nie tylko odpowiedzi, które ze źródeł są najpopularniejsze, ale także i najważniejsze według adolescentów. Warto, moim zdaniem, zaakcentować różnice między tymi pojęciami, gdyż można przypuszczać, że nie zawsze źródło, z którego użykuje się wiedzę, jest tym preferowanym. Poprosiłam zatem młodzież o wybranie trzech pozycji i uszeregowanie ich w kolejności od tej, która miała największe znaczenie w kształtowaniu ich podejścia do idei dawstwa narządów do transplantacji. Na poniższym wykresie ukazałam rozkład odpowiedzi dotyczących źródeł, na które wskazali adolescenty.



Ryc 45.

Najważniejsze źródła wiedzy dotyczącej idei dawstwa narządów *ex mortuo* według adolescentów

Adolescenci uważają, że najważniejszą wiedzą dotyczącą idei dawstwa narządów była ta uzyskana od rodziców i rodziny. Z 1034 adolescentów (N=1034), którzy odpowiedzieli na to pytanie, 200 (19%) wskazało właśnie na tę opowiedź. Tak wysoki odsetek deklaracji wobec istotności rodziny zdaje się ukazywać pozytywny obraz edukacji pozaformalnej dotyczącej szerzenia idei dawstwa narządów, u podstawy której leży kontekst rodzinny, a także samej rodziny jako przestrzeni dla młodzieży ważnej w budowaniu swoich poglądów na tematy bioetyczne. Taki wynik jest także potwierdzeniem licznych badań, wskazujących, że adolescenty przyjmują wartości przede wszystkim od rodziców, natomiast rówieśników naśladują w bardziej błahych sprawach. „W sprawach zasadniczych rodzice zachowują rolę modeli, niezależnie od wpływów rówieśników, jakkolwiek występują pod tym względem różnice zależne od przynależności do warstwy społecznej” (Obuchowska, 2009, s. 177). Na kolejnej pozycji adolescenty umieścili wiadomości w telewizji. Z 1020 osób (N=1020), które uszeregowały drugie z najważniejszych dla nich źródeł, najwięcej wskazań dotyczyło właśnie źródła z obszaru edukacji pozaformalnej. Także trzecią pozycję zajmują mass media. Najwięcej wskazań otrzymała ponownie pozycja 4 (wiadomości z telewizji), dlatego by móc uzyskać trzy różne odpowiedzi, przyjęto kolejną – seriale telewizyjne. Na 988 adolescentów (N=988), którzy udzielili odpowiedzi na to pytanie, 15% zaznaczyło tę pozycję.

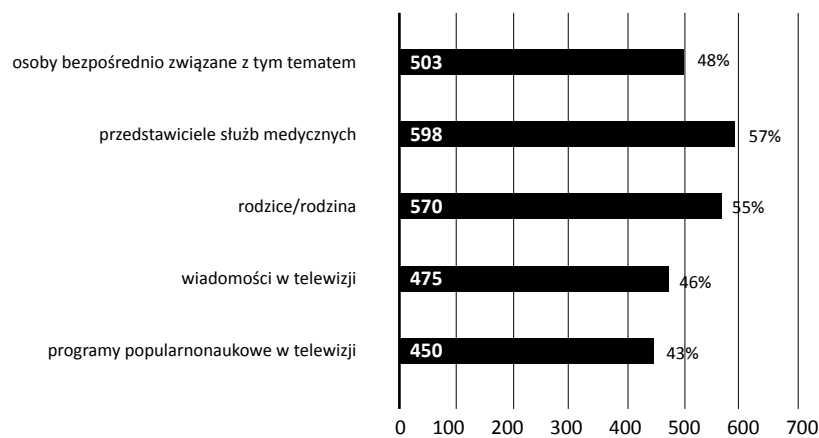
Analiza wyników za pomocą testu Chi-kwadrat, uwzględniająca płeć respondentów, wykazała, że wybory wśród kobiet i mężczyzn różniły się tylko nieznacznie. Najczęściej kobiety wskazywały na takie źródła, jak: „wiadomości w telewizji” (8.4.), „od rodziców/rodziny” (8.6.), „z seriali w telewizji” (8.1.). Mężczyźni natomiast najczęściej skłaniali się ku takim odpowiedziom, jak „z wiadomości w telewizji” (8.4.), „z programów popularnonaukowych” (8.2.), „z seriali w telewizji” (8.1.). Kobiety także częściej czerpią wiedzę od rodziców niż programów popularnonaukowych.

Podsumowując dane zawarte w tabeli, należy podkreślić, że pozwalają one na stwierdzenie, że młodzież zdobywa wiedzę dotyczącą idei dawstwa przede wszystkim ze źródeł charakteryzujących edukację nieformalną. Dwa z trzech najczęstszych wskazań, biorąc pod uwagę zarówno popularność źródeł, jak i znaczenie im przypisywane przez adolescentów, dotyczyły telewizji. Nieznaczne odpowiedzi wskazywały na edukację formalną

czy pozaformalną. Warto w tym miejscu dla porównania ponownie przytoczyć wyniki wcześniej prowadzonych badań (Szpringer, Wojciechowski, 2011), z których wynika, że także na pierwszym miejscu znalazła się telewizja jako źródło informacji o transplantacji – wskazało na nią 77% badanych. Następnie wskazana została prasa – z około 38% poparciem badanych. Wskazywano także na programy edukacyjne na temat transplantologii (24,3%).

Za pomocą testu t-Studenta porównałam średnie dla kobiet i mężczyzn ze wszystkich 18 pozycji. Różnica istotna statystycznie wystąpiła tylko dla jednej pozycji. Była nią odpowiedź 9 – „fora internetowe”. Mężczyźni uzyskali tu niższą średnią niż kobiety, zatem okazuje się, że dla kobiet jest to ważniejsze źródło informacji.

Tabelę ukazującą źródła wiedzy wykorzystywałam ponownie w badaniu (pyt. 15). Respondentom ponownie zadano pytanie o źródła wiedzy, tym razem prosząc o wskazanie wśród nich tych, które ich zdaniem powinny przekazywać wiedzę dotyczącą dawstwa narządów do przeszczepu po śmierci. Poprosiłam o wybranie pięciu możliwości. Rozkład procentowy wskazań respondentów został przedstawiony przeze mnie na poniższym wykresie.



Ryc. 46.

Opiniowróżne źródła o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji

Na pierwszym miejscu adolescenty uznali, że to przedstawiciele służb medycznych powinni pełnić funkcję opiniotwórczą. Stwierdziło tak 57% badanych. Ponownie młodzież wskazała na rolę rodziny w szerzeniu idei dawstwa. 55% adolescentów uważa, że to właśnie w gronie rodzinnym powinno się zdobywać wiedzę na ten temat. Natępnie wskazano na osoby bezpośrednio związane z tym tematem, czyli dawców i biorców, którzy mogliby podzielić się swoją historią, opowiedzieć o swoich przeżyciach i doświadczeniach. Uznało tak 48% adolescentów. Dopiero na kolejnej – czwartej pozycji pojawia się telewizja. 46% młodzieży wskazało na wiadomości telewizyjne jako opiniotwórcze źródło informacji o dawstwie narządów do transplantacji. Jako ostatnie wybrane zostały programy popularnonaukowe w telewizji.

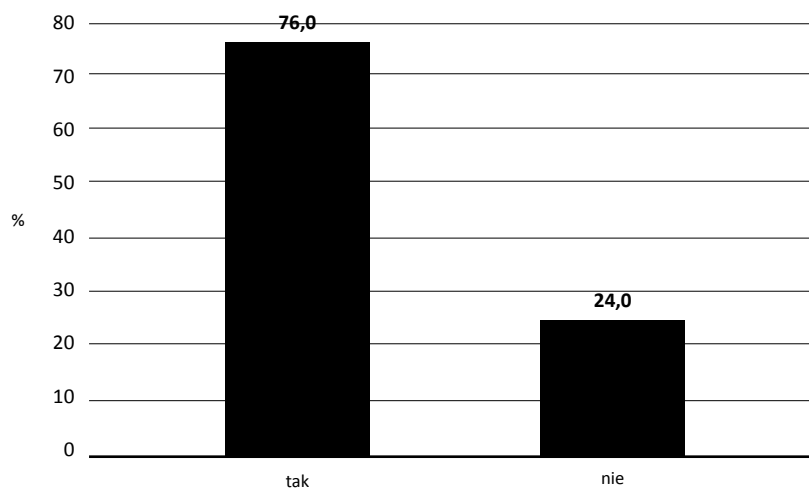
Powyższe odpowiedzi przeanalizowałam także ze względu na poziom kształcenia. Najczęściej uczniowie gimnazjum wskazywali na rodziców i rodzinę (282 osoby), uczniowie zasadniczej szkoły zawodowej także najczęściej wybierali tę pozycję, uznając, że od rodziny i rodziców pozyskują wiedzę dotyczącą idei dawstwa narządów do transplantacji (60 osób). Odmierna odpowiedź pojawiła się u uczniów technikum i liceum, choć również okazały się zbieżne wobec siebie. Obie grupy adolescentów (113 technikum i 168 liceum) najczęściej wskazały na odpowiedź 8.12. – „od przedstawicieli służb medycznych (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, koordynatorzy ds. transplantacji)”.

Na podstawie danych mogę wyciągnąć wniosek, że młodzież bardziej ceni inne źródła wiedzy niż te, z których najczęściej uzyskuje wiedzę (mass media). Przede wszystkim wskazują na potrzebę uzyskania rzetelnej wiedzy od fachowców z tej dziedziny. Za potwierdzenie mogą posłużyć ponownie wyniki badań (Szpringer, Wojciechowski, 2011), w których także spytano młodzież o to, kto powinien być odpowiedzialny za przekazywanie informacji na temat transplantacji. Wysoki odsetek ankietowanych, na poziomie 70%, także uznał, że to lekarze powinni propagować idee transplantologii.

W każdej z kategorii (najbardziej popularnych oraz najważniejszych źródeł wiedzy) pojawiła się także odpowiedź „rodzina”. Wskazywać to może, jak bardzo dla młodzieży ważna jest możliwość pozyskiwania wiedzy od bliskich im osób i rozmowy z nimi. Wydaje się zatem, że należy dalej kontynuować społeczne działania i kampanie edukacyjne

nawołujące do podjęcia rozmów na ten temat w gronie rodzinnym, tym bardziej że – jak wynika z badań CBOS (2016) – trzy czwarte Polaków (75%) nie rozmawiało z bliskimi na temat przekazania swoich narządów po śmierci. Na potrzebę rozmowy i uczestnictwa w zajęciach poruszających temat idei dawstwa wskazują odpowiedzi udzielone przez młodzież na kolejne pytanie kwestionariusza (pyt. nr 13).

W zadaniu tym zapytałam adolescentów, czy według nich temat dawstwa narządów po śmierci do transplantacji powinien być przedmiotem rozmów oraz zajęć dedykowanych osobom w ich wieku. Procentowy rozkład odpowiedzi ukazujący deklaracje adolescentów o potrzebie podejmowania rozmów na ten temat zamieściłam na poniższej rycinie.



Ryc. 47.

Deklaracje adolescentów o potrzebie podejmowania rozmów na temat dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji

Jak pokazuje wykres, młodzież w zdecydowanej większości jest zdania, że temat ten powinien być poddawany dyskusji w ich wieku. Stwierdziło tak aż 76% respondentów. Najczęściej wskazywane były takie powody, jak:

- / „ponieważ wchodzimy w wiek, kiedy zaczynamy o sobie decydować”;
- / „śmierć może przyjść w najbardziej niespodziewanym momencie i warto zacząć zastanawiać się nad takimi kwestiami jak najszybciej”;
- / „warto rozpowszechniać ideę mającą na celu ratowanie ludzkiego życia”;
- / „łatwiej nam będzie w przyszłości podjąć decyzję”;
- / „ponieważ może ktoś zmienić zdanie”;
- / „ponieważ jest to ważna kwestia i powinno się o niej rozmawiać”;
- / „jest to wiek, w którym nasz światopogląd jest kształtowany, więc takie rozmowy są bardzo ważne”.

Odmiennego zdania było natomiast 246 uczniów, co stanowi 24% badanych (5 adolescentów nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie, N=1040). Powody, ze względu na które według badanych nie powinno się podejmować rozmów ani dedykować zajęć młodzieży o tematyce dawstwa narządów, były bardzo różnorodne. Pojawiły się takie odpowiedzi, jak:

- / „jestem za młody, na tę chwilę trudno o tym mówić”;
- / „takie decyzje powinny podejmować osoby w wieku średnim”;
- / „są rzeczy ważniejsze”;
- / „bo jesteśmy jeszcze młodzi i nie umrzemy szybko”;
- / „bo słownictwo związane z tą tematyką jest obce większości osób w moim wieku”;
- / „bo mamy za dużo na głowie i nie mamy na to czasu”.

Opowiedzi udzielone przez młodzież wskazują na kolejne elementy, które warto wziąć pod uwagę przy odpowiedzi na pytanie badawcze o recepcję idei dawstwa narządów *ex mortuo* tej grupy wiekowej.

Ukazują one zarówno charakterystyczną dla młodzieży autonomię myślenia, ale także i różnorodność tej grupy (Obuchowska, 2009). Część z adolescentów sugeruje odłożenie tematu na bliżej nieokreśloną przyszłość, oddalając tym samym temat tabu, jakim jest śmierć. Jednak dla zdecydowanej części adolescentów to temat ważny i istotny. Potrzeba zrozumienia tego zagadnienia do podjęcia decyzji o zgodzie lub sprzeciwie wobec oddania własnych narządów po śmierci świadczyć może o tym, że adolescenty oczekują zarówno takiego przekazu społecznego, który dostarczy im gotowych treści (a więc przekazu transmisyjnego), jak i tego prowadzącego do konstruowania znaczeń i ułatwiającego podejmowanie decyzji (transakcyjnego). Przejawianie takiego

podejścia przez adolescentów według B. Woynarowskiej prowadzi do pobudzenia pożądanych procesów myślowych, efektem których jest podejmowanie decyzji dotyczących różnych zachowań prozdrowotnych (2008, s. 217).

Jak wskazałam na wstępie, badania przez mnie prowadzone miały dostarczyć przesłanek do takiego kształtowania edukacji zdrowotnej i działań przez nią prowadzonych (zajęć szkolnych, programów profilaktycznych, edukacji personelu szkolnego i medycznego), by były efektywne oraz lepiej wyznaczały zasady postępowania i prezentowały problematykę transplantacyjną w sposób, który ukierunkuje młodzież do wyrażania swojej decyzji na pobranie własnych narządów po śmierci.

Podsumowując zatem podrozdział 3.3., pragnę przytoczyć w moim przekonaniu najważniejsze wyniki prowadzonych analiz, które staną się odpowiedzią na postawione przeze mnie pytanie: **Jak kształtuje się recepcja idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów w zależności od uczestnictwa w edukacji formalnej, pozaformalnej, nieformalnej?**

Analizy danych nie wykazały różnic istotnych statystycznie w wiedzy między tymi adolescentami, którzy brali udział w edukacji formalnej, a tymi, którzy deklarowali uczestnictwo w innym rodzaju edukacji, jednak różnice te ujawniły się w ich opiniach. Bardziej pozytywne opinie posiadali właśnie ci adolescenti, którzy uczestniczyli w edukacji formalnej. Różnice istotne statystycznie w wiedzy pojawiły się natomiast na poziomie kształcenia adolescentów. Największą wiedzę z zakresu dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo* przejawiają uczniowie liceum, najniższą natomiast uczniowie szkół gimnazjalnych. Można zatem stwierdzić, że wiedza na ten temat zwiększa się wraz z przechodzeniem adolescentów z III na kolejny – IV etap kształcenia. Również opinie uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych różnią się istotnie statystycznie. Bardziej pozytywne opinie wobec dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji posiadają uczniowie szkół ponadgimnazjalnych. Udział w edukacji pozaformalnej nie różnicuje jednak opinii adolescentów na ten temat.

Prowadziłam analizy dotyczące preferowanych i opiniotwórczych źródeł o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów, cały czas pamiętając o słowach Puchalskiego, że „zamiast pytać,

czy adresat wie, warto poznać, w jaki sposób myśli i jak komunikować się z nim, by chciał korzystać z nowych informacji” (Puchalski, 2012, s. 123). Chciałam nie tylko dowiedzieć się, czy adolescenti wiedzą, czym jest dawstwo narządów *ex mortuo* do transplantacji i z czym się ono wiąże, lecz także poznać, w jaki sposób myślą i jak się z nimi komunikować, by chcieli korzystać z nowych informacji o dawstwie narządów do transplantacji. Z badań wynika, że większość jest zdania, że temat ten powinien być poddawany dyskusji w ich wieku. Stwierdziło tak aż 76% respondentów. Wyłania się zatem wyraźny wniosek, że młodzież chce rozmawiać. Z pozoru to banalne stwierdzenie nabiera, moim zdaniem, jednak głębszego znaczenia, jeśli jako dorośli zdamy sobie sprawę, że młodzież „otwiera przed nami drzwi” i zaprasza nas do dyskusji na ten trudny i pełen dylematów temat. Na pytanie, w jaki sposób rozmawiać i kto powinien to robić – odpowiedzi mogą dostarczyć kolejne wyniki badań, które wskazują, że adolescenti oczekują takiej wiedzy, która wyposaży ich w gotowe treści oraz ułatwi podejmowanie decyzji. Może właśnie z tego powodu młodzież bardziej ceni sobie inne źródła wiedzy niż te, z których najczęściej ją uzyskuje, a więc z mass mediów. Wskazują bowiem przede wszystkim na potrzebę uzyskania rzetelnej wiedzy od fachowców z tej dziedziny oraz od bliskich im osób – od rodziny. Wydaje się zatem, że wykorzystując różne rodzaje komunikacji, należy dalej kontynuować społeczne działania i kampanie edukacyjne nawołujące do podjęcia rozmów na ten temat w gronie rodzinnym. Należy również włączyć szkołę oraz przedstawicieli służb medycznych, by młodzież chciała korzystać z rzetelnej wiedzy i mieć możliwość kształtowania własnych opinii i decyzji wobec idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji.

Odnosząc się do wyników całości rozdziału, trzeba zwrócić uwagę, że sytuacje komunikacyjne dotyczące dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji powinny obejmować:

✓ **komunikowanie intrapersonalne**, w którym to jednostka komunikuje się sama ze sobą. W tej formie aktywności jednostka rozmyśla, prowadzi wewnętrzny dialog, stawia pytania i na nie odpowiada, konstruuje różne scenariusze, porządkuje własne doświadczenia, rozważa różne warianty zachowań (Woynarowska, 2002). Dzięki tworzeniu takich sytuacji młodzież będzie mogła poddać zdobytą wiedzę o dawstwie narządów pod

krytykę oraz podjąć decyzję wobec zgody lub sprzeciwu na oddanie własnych narządów po śmierci.

/ **komunikowanie interpersonalne**, które jest procesem „przekazywania i odbierania informacji między dwiema osobami lub pomiędzy małą grupą osób, wywołujący określone skutki i rodzaje sprzężeń zwrotnych” (Głodowski, 2006, s. 24 w: Woynarowska, 2002, s. 154). Szczególnie istotne, biorąc pod uwagę wyniki badań, jest wprowadzenie komunikacji **interpersonalno-medialnej**, w której wykorzystywane są urządzenia do wymiany treści o dawstwie narządów *ex mortuo* – komputer (internet) czy telewizor.

Wyniki badań potwierdzają zatem właściwą decyzję Ministerstwa Zdrowia i wprowadzenie uchwały Rady Ministrów z dnia 12 października 2010 r., dzięki której powstał program wieloletni na lata 2011–2020 pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej” zakładający zwiększenie kampanii edukacyjnych dotyczących idei dawstwa narządów w szkołach do 2020 r., które uwzględniają powyższe strategie komunikacyjne. Można wnioskować, że wzmocnienie fachowymi treściami, wykładami transplantologów, koordynatorów ds. transplantacji dotychczasowych działań edukacji formalnej, która jak zostało to wcześniej przytoczone, zgodnie z podstawą programową III i IV etapu kształcenia w niewielkim stopniu przewiduje poruszenie tematyki dawstwa narządów do transplantacji – pozytywnie wpływa na wiedzę i opinie młodzieży dotyczące tej idei.

4.

Uogólnienia i wnioski

Przedstawione w pracy teoretyczne aspekty poruszanej problematyki wytyczyły obszar, w którym poszukiwałam odpowiedzi na pytanie: **Jaka jest recepcja idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów? A zatem, co wie i jaką opinie ma młodzież dotyczącą dawstwa narządów do transplantacji po śmierci?**

Przedmiotem moich badań stała się recepcja idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów. Swoje zainteresowanie skupiłam wokół poznania i zgromadzenia danych jej dotyczących. Stało się to celem głównym przeprowadzonych badań.

Badanie stało się także próbą ustalenia zależności pomiędzy kształtowaniem się wiedzy i opinii na temat transplantacji narządów *ex mortuo*, a stopniem rozumowania moralnego, wieku i płci badanych oraz uczestnictwa w edukacji. Ważnym stało się dla mnie również zebranie danych o źródłach opiniotwórczych oraz przekazujących badanym wiedzę z zakresu tematyki dawstwa i transplantacji narządów.

Do uzyskania danych i odpowiedzi na powyższe pytania wykorzystałam trzy autorskie narzędzia badawcze (1-3) oraz jedno zapożyczone (4):

- 1) autorski kwestionariusz ankiety dotyczący wiedzy o dawstwie narządów *ex mortuo* oraz jej źródeł;
- 2) autorski kwestionariusz ankiety dotyczący opinii wobec dawstwa narządów *ex mortuo* oraz ich źródeł;
- 3) autorski kwestionariusz ankiety dotyczący znajomości i akceptacji prawa transplantacyjnego;
- 4) test wyboru – zapożyczony kwestionariusz autorstwa R. Lepperta, A. Splitta i J. Trempały (1989).

Badania zostały przeze mnie przeprowadzone w Bydgoszczy w terminie 26.11.2015–7.12.2015 na reprezentatywnej grupie 1045 respondentów. Wzięło w nich udział 1045 adolescentów w przedziale wiekowym od 11. do 21. roku życia. Respondenci zostali przeze mnie zróżnicowani ze względu na płeć, wiek, poziom kształcenia (gimnazjalne/ponadgimnazjalne) oraz placówkę, do której uczęszczają. Młodzież ze względu na wiek została również podzielona na dwie grupy: wczesną oraz późną adolescencję.

Przeprowadzona analiza danych udzielonych przez adolescentów wobec idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji, pozwoliła na sformułowanie następujących ustaleń dotyczących recepcji omawianej idei:

✓ **Młodzież przejawia wiedzę o badanym zjawisku na średnim poziomie (75%).** Jednakże sami badani oceniają swoją wiedzę zdecydowanie niżej, ponieważ tylko 39% respondentów mówi o średnim poziomie wiedzy na temat dawstwa. Świadczyć to może o braku możliwości weryfikacji wiedzy na ten temat.

✓ Badane przeze mnie zmienne pośredniczące – zarówno płeć, jak i wiek – są zmiennymi różnicującymi recepcję idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów. Obie zmienne w istotny sposób statystycznie różnicują opinie adolescentów wobec dawstwa narządów *ex mortuo*. Jednak w odniesieniu wiedzy adolescentów o dawstwie narządów do transplantacji zmienną różnicującą okazała się tylko zmienna związana z wiekiem badanych. Można zatem wnioskować, iż **wiek różnicuje stan wiedzy adolescentów na ten temat. Wyższy poziom wiedzy przejawiała młodzież w okresie późnej adolescencji.**

✓ Akceptacja wobec pośmiertnego dawstwa narządów do transplantacji dotyczy zdecydowanej większości adolescentów. **Blisko 69%**

badanych twierdzi, że jest za ideą oddawania narządów po śmierci.

W argumentacjach młodzież najczęściej powołuje się na chęć pomocy innym ludziom. Zdecydowana większość adolescentów mówi o możliwości ratowania, ocalenia życia innych. W nielicznych deklaracjach młodzież wskazuje na konkretne osoby, którym zgodziłaby się oddać narząd (bliska rodzina, znajoma osoba). Pozytywne opinie wobec dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji części dotyczą uczniów szkół ponadgimnazjalnych.

✓ **Wśród badanych aż 25% nie ma określonej opinii wobec oddania narządów po śmierci do transplantacji.** Osoby te nie podjęły decyzji o zgodzie lub sprzeciwie na oddanie pośmiertnie organów. **Wskazują one najczęściej na brak wiedzy na ten temat oraz brak sytuacji, w których mogłyby wypracowywać własne zdanie na temat dawstwa, a w konsekwencji podjąć decyzję wobec oddania własnych organów po śmierci.**

✓ Najrzadszą odpowiedzią był sprzeciw wobec eksplantacji organów po śmierci w celu ich przeszczepienia. **Negatywną opinię wobec idei dawstwa narządów deklaruje blisko 6% adolescentów. Przytoczone argumenty wskazują na strach oraz obawy wobec oddania własnych narządów po śmierci.** Pojawia się przeświadczenie o handlu narządami, uzyskiwania finansowych korzyści przez transplantologów, a także przedstawione już wcześniej argumenty dotyczące obawy przed ingerencją w organizm jednostki. Dane te mogą być ważne przy tworzeniu programów edukacyjnych, mających za zadanie zmienić negatywne opinie wobec tego tematu.

✓ Dzięki zastosowaniu testu T ujawniły się różnice istotne statystycznie pomiędzy młodszymi i starszymi adolescentami w dwóch twierdzeniach, dotyczących idei dawstwa narządów po śmierci. **Częściej opinie akceptujące ideę dawstwa narządów przejawiała młodzież w okresie późnej adolescencji.** W sześciu pozycjach ujawniły się różnice istotne statystycznie ze względu na płeć. Wynika z nich, że kobiety częściej mają pozytywny stosunek wobec idei dawstwa organów do transplantacji *ex mortuo*.

✓ **Edukacja formalna nie jest ani pierwszą, ani dominującą formą edukacji w tym zakresie.** Także deklaracje udziału w edukacji pozaformalnej są na niskim poziomie. Jak wskazują wyniki badań – ten rodzaj edu-

kacji nie różnicuje opinii adolescentów o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji. Można zatem wysnuć wniosek, iż **dominującą rolę pełni edukacja nieformalna.**

✓ Różnice istotne statystycznie występują u adolescentów, którzy uczestniczyli w zajęciach szkolnych, poświęconych zagadnieniu idei pośmiertnego dawstwa narządów do transplantacji. **Pozytywne opinie posiadali częściej ci adolescenti, którzy uczestniczyli w edukacji formalnej.**

✓ Warto ponownie przytoczyć wyniki badań, że **młodzież styka się ze sprzecznymi treściami o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji za pośrednictwem mass mediów oraz opinii społecznych.** Umiejscawiając te obszary w przestrzeni edukacyjnej, należałoby zatem ponownie wskazać na edukację pozaformalną oraz nieformalną jako rodzaj edukacji wysyłającej spreczne informacje, które mogą dezorientować młodzież, zafalszowywać ich dotychczasową wiedzę. Z drugiej strony, ten pewnego rodzaju dysonans poznawczy, odpowiednio ukierunkowany (przez fachowców, specjalistów z dziedziny transplantologii lub nauczycieli, np. za pomocą wykładów rozwiewających wątpliwości czy też obalających zasłyszane stereotypy) może przyczynić się do rozpoczęcia przez młodzież procesu krytycznego myślenia, którego efektem będzie własna opinia wobec idei dawstwa narządów, a może również podjęcie autonomicznej decyzji wobec pośmiertnego oddania własnych organów. Jak wskazują badania, **pozytywna informacja przekazana ze strony pracowników medycznych w takich warunkach zachęca do przeniesienia tematu na poziom rodzinnych dyskusji, co pozytywnie wpływa na szerzenie idei dawstwa** (Conesa i inni, 2004, s. 1248).

✓ Według teorii Kohlberga, konwencjonalny poziom rozwoju sądów moralnych przypada na wczesny okres dorostania. Na tym etapie jednostka kieruje się standardami należącymi do innych, na przykład do rodziców. Natomiast na okres młodzieńczy przypada, zdaniem autora tej teorii, trzeci poziom rozwoju sądów moralnych, na którym moralność jest zinternalizowana, nieoparta na cudzych standardach. Zasady moralne są ujmowane autonomicznie, niezależnie od autorytetu czy grup (Obuchowska, 2009, s. 182–188).

Wyniki prowadzonych przeze mnie badań wykazały, że większość badanych adolescentów osiągnęła II – konwencjonalny poziom rozwoju rozumowania moralnego. We współczynniku sądów preferowanych (Pp) wynosił on 81%, a we współczynniku sądów akceptowanych (Pa) 92%. Natomiast 95% (N=484) adolescentów posiadających Pa i Pp na tym samym stadium znajduje się na konwencjonalnym poziomie. Jedynie 3% respondentów znalazło się na III poziomie rozwoju sądów moralnych. U 2% młodzieży zaobserwować można osiągnięcie pierwszego, przedkonwencjonalnego poziomu.

Rezultaty te jednakże znajdują uzasadnienie w teorii L. Kohlberga oraz ustaleniach innych badaczy, którzy dowiedli, że w większości jednostki osiągają właśnie konwencjonalny poziom rozumowania moralnego. Część osób dorosłych nigdy nie osiągnie poziomu III – postkonwencjonalnego, czyli tzw. autonomii moralnej (Brzezińska i inni, 2016), mimo iż rozwój moralny wiąże się z dojrzewaniem człowieka i przechodzeniem na coraz bardziej zaawansowany poziom myślenia. Dlatego też tak mało osób (2 w sferze sądów akceptowanych [Pa] i 6 w sferze sądów preferowanych [Pp]) z badanych adolescentów znalazło się na ostatnim, szóstym, stadium – uniwersalnych zasad etycznych. Na poziomie I – przedkonwencjonalnym, w którym postrzeganie świata wiąże się z odczuwanymi bezpośrednio potrzebami i pragnieniami, w sferze sądów akceptowanych (Pa) znalazło się 2 adolescentów, a w sferze sądów preferowanych (Pp) – 4.

Pozytywny stosunek wobec idei dawstwa narządów *ex mortuo* przez adolescentów (69%), argumenty przemawiające za chęcią bezinteresownego ratowania życia drugiego człowieka (charakterystyczne dla trzeciego stadium) oraz koniecznością bezwzględnego przestrzegania prawa transplantacyjnego (charakterystyczne dla czwartego stadium) mogą potwierdzać właśnie III poziom rozwoju sądów moralnych, na którym są adolescenti. Warto także zauważyć, że u adolescentów dochodzi do rozwoju poziomu rozumowania moralnego wraz ze wzrostem etapu edukacji. Analizy wykazały jednak, iż **nie jest prawdą, by osoby o różnych poziomach wiedzy oraz opinii dotyczących dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji miały różne poziomy rozwoju sądów moralnych.**

Uzyskane wyniki badań pozwoliły mi na sformułowanie dalszych wniosków dla praktyki edukacyjnej:

✓ Wydaje się, że dotychczas proponowane w promocji zdrowia modele edukacji zdrowotnej adolescentów (zorientowane na zdrowie, chorobę, czynniki ryzyka), należałoby rozpatrywać w szerszym (niż biomedycznym) kontekście pojmowania tej edukacji – rozszerzając o obszary, które pozwolą na zrozumienie oraz kształtowanie działań adolescentów. Przywołuję ponownie słowa A. Szostka, by młodzież „mogła podjąć dojrzałą decyzję, okazując stałość swego rozumnie wolnego działania, musi być do tego przygotowana i tego nauczona” (2008, s. 14). Jak stwierdza B. Woynarowska, podejmowanie decyzji jest umiejętnością życiową, która powinna być rozwijana u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (2008, s. 456), a one same podejmowane są na podstawie analizy argumentów, oceny wiarygodności źródeł informacji oraz logicznego myślenia (tamże).

✓ **Problematyka dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji, ze względu na swoją społeczną wartość, mogłaby znaleźć stałe miejsce w programach nauczania adolescentów i to nie tylko w ramach realizowanego jednego przedmiotu np. „edukacja zdrowotna”, a w szerszej – międzyprzedmiotowej korelacji** (np. język polski, WOS, historia, biologia, religia, etyka). Istotne jest, aby ta tematyka znalazła się również w dedykowanych transplantologii ścieżkach edukacyjnych, w których włączone zostałyby elementy edukacji nieformalnej oraz pozaformalnej (wykłady profesjonalistów z dziedziny transplantologii, rozmowy z rodziną na temat zgody lub sprzeciwu wobec oddania własnych narządów po śmierci), a także różnorodne sytuacje komunikacyjne (intrapersonalne, interpersonalne, intrapersonalno-medialne).

✓ **Młodzież w trakcie zajęć powinna mieć możliwość uzyskania potwierdzenia posiadanej przez siebie wiedzy na temat dawstwa narządów *ex mortuo*, ze szczególnym wskazaniem, iż jest ona na wyższym poziomie, niż sądzi sama młodzież i – co ważne – wystarczającym, by zaczęła podejmować próby podjęcia własnego stanowiska (decyzji) wobec tego zagadnienia.**

Poniżej zamieszczam przykładowy schemat proponowanych zajęć dla adolescentów:

LEKcja WYCHOWAWCZA



/ Lekcja otwierająca: interdyscyplinarne przedstawienie tematu
/ Informacja przekazana także do wiadomości rodziców uczniów np. w formie listu
/ Poruszane zagadnienia: czym jest transplantacja i w jakim celu się ją przeprowadza
/ Przeprowadzenie i omówienie tekstu sprawdzającego wiedzę uczniów na temat transplantacji i dawstwa narządów *ex mortuo*
/ Dyskusja na forum klasy

LEKcja BIOLOGII



/ Cel zajęć: przekazanie uczniom podstawowych informacji na temat dawstwa oraz biologicznych podstaw transplantacji
/ Poruszane zagadnienia:
– dotyczące definicji śmierci mózgowej i kryterium jej orzekania;
– dotyczące rodzajów narządów, które można przeszczepiać;
– dotyczące przeciwwskazań do wykonywania przeszczepów;
– dotyczące czasu, w jakim narządy mogą zostać przeszczepione.
/ Dyskusja na forum klasy, wykład zaproszonego gościa (lekarza, pracownika medycznego)

LEKcja RELIGII/ ETYKI



/ Cel zajęć: omówienie stanowiska Kościoła rzymsko-katolickiego i innych wyznań, dostrzeżenie zależności między etyką a transplantologią; uczeń rozumie, czym jest bioetyka; umie wskazać różnice między etyką a moralnością.
/ Dyskusja na forum klasy dotycząca bioetycznych dylematów dotyczących zostania dawcą/zgody lub sprzeciwu wobec oddania narządów po śmierci do transplantacji; dyskusja dotycząca śmierci, przemijania

LEKcja JĘZYKA POLSKIEGO



/ Przygotowanie wypowiedzi pisemnej, za pomocą której adolescenti wykorzystując słowne środki wyrazu przedstawia ważne informacje dotyczące dawstwa narządów *ex mortuo*, umiejętnie połączą zdobyte informacje z różnych źródeł przekazu
/ Dyskusja na forum klasy, wykorzystanie środków audiowizualnych, medialnych

LEKcja HISTORII/ WOSU



/ Poruszane zagadnienia: oświadczenie woli oraz zasady zgody domniemanej; umiejętność przedstawienia przez uczniów historii transplantologii; rozumienie znaczenia transplantologii dla historii ludzkości, znajomość jej prekursorów
/ Dyskusja na forum klasy

PODSUMOWANIE/ LEKcja WYCHOWAWCZA

/ Debata na temat dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo*
/ Podsumowanie połączone z dyskusją próbującą określić wiedzę, poglądy adolescentów oraz zachęcić uczniów do podjęcia rozmowy na gruncie rodzinnym

Ryc. 48.

Schemat proponowanych zajęć dydaktycznych dla adolescentów dotyczących tematyki dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji

∕ Umieszczenie potocznych twierdzeń w systemie twierdzeń dydaktycznych dotyczących dawstwa narządów do przeszczepu *ex mortuo* może wspierać uczniów w szkole w poszerzaniu ich wiedzy naukowej, dotyczącej tego tematu. Na potrzebę zajmowania się w szkole współczesnej także wiedzą potoczną, a przede wszystkim alternatywnymi źródłami wiedzy (poza tymi zatwierdzonymi), wskazuje Zbyszko Melosik. Jak bowiem stwierdza „wiedza o świecie i życiu dostarczana przez pop-kulturę jest zdecydowanie bardziej atrakcyjna dla młodych ludzi niż wiedza «poważna». Występuje coraz większe uprawnienie form wiedzy alternatywnych wobec wiedzy akademickiej” (Melosik za: Dylak, 2008, s. 207). Język oraz poziom treści nauczania powinien zostać dostosowany do możliwości percepcji młodzieży. Tym sposobem adolescenti mogą zdobyć klarowną wiedzę dotyczącą najbardziej zafałszowanego obszaru wiedzy o dawstwie, który związany jest z oświadczeniem woli oraz zasadą zgody domniemanej. Efektem tego będzie większa świadomość dotycząca zasad pobierania narządów od potencjalnych dawców *ex mortuo* oraz funkcji, jaką spełnia formularz oświadczenia woli – niemającego przy tym żadnego umocowania w prawie.

∕ Działaniami edukacyjnymi należałoby otaczać także najbliższą rodzinę adolescenta. To właśnie ona odgrywa dużą rolę w podjęciu decyzji wobec idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji. Adolescenti dostrzegając rolę rodziców we wspieraniu ich w decyzjach, powinni mieć stworzonych więcej okazji do podejmowania z nimi rozmów lub też wspólnej możliwości zdobywania rzetelnej i fachowej wiedzy z tego zakresu. Dzięki temu adolescenti otrzymają przestrzeń do wyrażania i konfrontowania swojej opinii i rozmawiania o sprawach związanych z dawstwem, a jednocześnie będą mieć zapewnione wsparcie w swoich decyzjach (zarówno tych dotyczących zgody, jak i sprzeciwu wobec oddania narządów po śmierci do transplantacji).

∕ Przeprowadzone badania potwierdziły, że **zjawiska dawstwa narządów po śmierci nie można zawęzić do wymiaru biologicznego**. W związku z powyższym, należałoby się zastanowić nad stopniem przygotowania przyszłych pracowników służby zdrowia do realizowania modelu holistycznego w pracy, z i na rzecz drugiego człowieka. Analizując programy nauczania studiów medycznych, można zauważyć wyraźną dysproporcję pomiędzy przedmiotami czysto zawodowymi, podnoszącymi instrumentalną jakość

usług medycznych, a tymi, które mogłyby przyczynić się do lepszego zrozumienia sytuacji psychospołecznej człowieka (psychologia, socjologia, pedagogika, bioetyka, warsztaty umiejętności interpersonalnych itd.).

∕ **Wsparciem powinni zostać objęci również nauczyciele prowadzący w szkołach zajęcia dotyczące idei pośmiertnego dawstwa narządów do transplantacji**. Jak trafnie wskazuje K. Borzucka-Sitarska „nauczyciele podejmujący się trudu realizacji edukacji zdrowotnej muszą mieć nie tylko chęć i zapał, ale także rzetelną wiedzę teoretyczną i metodyczną na temat zdrowia, jego uwarunkowań oraz sposobów kształtowania prozdrowotnego stylu życia. Jest to bowiem konieczny warunek skuteczności podejmowanych działań” (2006, s. 7).

Problematyka recepcji idei dawstwa narządów *ex mortuo* jest jednak bardzo złożona i trudno objąć wszystkie aspekty tego zjawiska. Przedstawione analizy są tylko głosem w dyskusji dotyczącej omawianej idei oraz pewną próbą opisu tak szerokiego zjawiska z uwzględnieniem jego edukacyjnych aspektów. Uzyskany przeze mnie materiał empiryczny wskazuje także na potrzebę kontynuacji badań o szerszym wymiarze i odmiennej strategii metodologicznej – strategii jakościowej oraz interdyscyplinarnej.

Wyniki zebranych danych pozwolą na jeszcze lepsze zrozumienie mechanizmów zmian oraz czynników wpływających na recepcję idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów.

LITERATURA CYTOWANA

1. Antoszkiewicz A., Parulski A., Trujnara M. (2013), *Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2012 r.*, „Poltransplant. Biuletyn Informacyjny”, nr 1 (21), Centrum Organizacyjno-Transplantacyjne do spraw Transplantacji „Poltransplant”, Warszawa.
2. Bajer M. (1998), *Trudny dar. O perspektywach i dylematach transplantacji* (wywiad) „Tygodnik Powszechny”, s. 28, <http://www.opoka.org.pl/biblioteka/T/TM/transplantacje.html> [dostęp: 08.2013].
3. Bołoz W. (2007), *Bioetyka i prawa człowieka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa.
4. Borzucka-Sitkiewicz K. (2006), *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków
5. Biały S. (2006), *Wybrane zagadnienia z bioetyki*, Wydawnictwo Wszechnicy Mazurskiej Acta Universitatis Masuriensis, Olecko.
6. Biesaga T. (2006), *Wobec zgody domniemanej i zawłaszczania zwłok do transplantacji*, „Medycyna Praktyczna”, nr 1, s. 21.
7. Birch A., Malim T. (2002), *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
8. Brzezińska A., Appelt K., Ziółkowska B. (2016), *Psychologia rozwoju człowieka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot.
9. Brzeziński J. (1999), *Metodologia badań psychologicznych*, PWN, Warszawa.
10. Cameron M., Massie A.B., Alexander C.E. i inni (2012), *Social Media and Organ Donor Registration: The Facebook Effect*, „American Journal of Transplantation”, nr 1/26.
11. CBOS (2007), *Opinie o przeszczepianiu narządów. Komunikat z badań*, Kurczewski J., Felisiak M., Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa.
12. CBOS (2012), *Postawy wobec transplantacji narządów. Komunikat z badań*, Felisiak M., Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa.
13. CBOS (2009), *Stosunek do przeszczepiania narządów. Komunikat z badań* Felisiak M., Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa.
14. Charzyńska-Gula M. (2009), *Skuteczność szkolnej edukacji zdrowotnej i szanse na jej osiągnięcie w obecnej podstawie programowej kształcenia ogólnego*, [w:] *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, AWFis w Gdańsku, t. III, s. 59–64.
15. Conesa C., Rios Zambudio A., Ramirez P. i inni (2004), *Influence of Different Sources of Information on Attitude Toward Organ Donation: A Factor Analysis*, *Transplantation Proceedings*, 36, 1245–1248.
16. Cymerman I., *Transplantacja organów jako problem społeczny oraz wyzwania edukacyjne*, http://www.przeszczep.pl/oa92x_transplantacja_organow_jako_problemy_spoeczny_oraz_wyzwanie_educacyjne_iwona_cymerman.htm [dostęp: 08.2013].
17. Czerwiński J. (2009), *Zmarli dawcy narządów – terminologia*, „Poltransplant. Biuletyn Informacyjny”, nr 1 (17), Poltransplant.
18. Czyżowska D. (2008), *O celu i granicach rozwoju moralnego*, „Analiza i Egzystencja”, nr 8, Wydawnictwo Uniwersytet w Szczecinie, http://usfiles.us.szc.pl/pliki/plik_1258300079.pdf [dostęp: 08.2013].
19. Czyżowska D. (2012), *Sprawiedliwość i troska. O sposobach rozwiązywania dylematów moralnych przez kobiety i mężczyzn*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
20. Duda J. (2011), *Cywilnoprawna problematyka transplantacji medycznej*, Wolters Kluwer Polska – LEX, Warszawa.
21. Dunaj B. (1996), *Słownik współczesnego języka polskiego*, Wydawnictwo Wilga, Warszawa.
22. Dylak S. (2013), *Architektura wiedzy w szkole*, Difin, Warszawa.

23. Eurobarometr (2009), *Organ Donation and Transplantation*, June, s. 11.
24. Eurobarometr (2006), *Europeans and Organ Donation*, October – November, s. 18, http://www.uniatransplantacyjna.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=103&Itemid=126 [dostęp: 03.2011].
25. Febrero B., Rios A., Martinez-Alarcon L. i inni (2013), *Knowledge of the Brain Death Concept Among Adolescents in Southeast Spain*, *Transplantation Proceedings*, 45, 3586–3588.
26. Gorzkowicz B. i inni (2010), *Opinia na temat dawstwa narządów wśród studentów uczelni wyższych Szczecina*, „Problemy pielęgniarstwa”, *Via Medica*, t. 18.
27. *Guide to Safety and Quality Assurance for the Transplantation of Organs* (2006), *Tissues and cells*, 3rd edition, Council of Europe Publishing.
28. Gręźlikowski J. (2002), *Prawne i teologiczno-moralne aspekty transplantacji*, „Niedziela. Tygodnik Katolicki”, Edycja Włocławska, nr 49. http://www.niedziela.pl/artukul_w_niedzieli.php?doc=ed200249&nr=148 [dostęp: 08.2013].
29. Gulla B. (2010), *Transplantacja serca. Problemy adaptacji psychologicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
30. Ferguson-Hessler M. (1996), *Types and Qualities of Knowledge*, „*Educational Psychologist*”, nr 31 (2), Lawrence Erlbaum Associates, s. 105–113.
31. Hartman J. (2009), *Bioetyka dla lekarzy*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa.
32. Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.) (2002), *Psychologia rozwoju człowieka. Rozwój funkcji psychicznych* t. III, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
33. Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.) (2009), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
34. Hejnicka-Bezwińska T. (2008), *Pedagogika ogólna*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
35. Hołub G. (2014), *Osoba w labiryncie decyzji moralnych. Bioetyka w perspektywie personalistycznej*, Wydawnictwo Św. Stanisława BM, Kraków.
36. Ipsos, (2007), *Opinie i postawy dotyczące transplantacji narządów* Ipsos na zlecenie Polskiej Unii Medycyny Transplantacyjnej, Warszawa, kwiecień.
37. Iwańczuk W. (2010), *Śmierć mózgu*, Cornetis, wyd. I, Wrocław, s. 287–289.
38. Kaliciński P. (2009), *Zasady funkcjonowania Krajowych Rejestrów Transplantacyjnych*, [w:] Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z., Wujtewicz M., Milecka A., *Praktyczny przewodnik. Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów*, *Via Medica*, Gdańsk.
39. Kocójowa M. (2010), *Badania interdyscyplinarne bibliotek, informacji naukowej, książek, szansa i utrapienie dla uczonych*, „Biblioteki, informacja, książka: interdyscyplinarne badania i praktyka w XXI wieku”, Seria III: ePublikacje Instytutu INiB, nr 7.
40. Kośmider-Cichomska A. (2002), *Postawy wobec przeszczepu narządów. Raport z badań*, Warszawa, http://old.ipsos.pl/3_4_005.pdf [dostęp: 08.2013].
41. Kowalski M., Gawęł A. (2007), *Zdrowie, wartość, edukacja*, IMPULS, Kraków.
42. Kowalski M., Kmiecik B. (2016), *Bioetyka, Między prawem a pedagogiką. Analizy i refleksje*, IMPULS, Kraków.
43. Koźlik P., Pfitzner R., Nowak E. i inni (2014), *Correlations Between Demographics, Knowledge, Beliefs, and Attitudes Regarding Organ Transplantation Among Academic Students in Poland and Their Potential Use in Designing Society-wide Educational Campaigns*, *Transplantation Proceedings*, 46, 2479-2486.

44. Kron F. (2012), *Pedagogika. Kluczowe zagadnienia. Podręcznik akademicki*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Sopot.
45. Kruszyna T. (2009), *Koordynacja pobrania narządów od dawcy zmarłego – krok po kroku*, „Medycyna Praktyczna”, 01, <http://www.mp.pl/artykuly/?aid=42226>, [dostęp: 08.2013].
46. Krueger H.H. (2007), *Metody badań w pedagogice*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk.
47. Kupisiewicz Cz. (2009), *Słownik pedagogiczny*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
48. Kwiecińska R., Szymański M. (red.) (2001), *Młodzież a dorośli. Napięcia między socjalizacją a wychowaniem*, Instytut Technologii Eksploatacji, Kraków.
49. La Belle T. (1982), *Formal, Nonformal and Informal Education: a Holistic Perspective on Lifelong Learning*, „International Review of Education”, Vol. 28, No. 2, Springer, s. 159–175.
50. Leppert R., Splitt A., Trempała J. (1989), *Test Wyboru jako zobiektywizowane narzędzie pomiaru poziomu rozwoju sądów moralnych*, [w]: R. Ossowski, J. Trempała (red.), *Problemy rozwoju psychicznego w warunkach edukacji równoległej*, Bydgoszcz: WSP.
51. Łukasiak P., Rokicka P., *Zintegrowana animacja społeczna na rzecz dobra wspólnego: społeczności lokalne a społeczności wirtualne*, Pracownia Dobra Wspólnego, Lokalne Partnerstwo PAFW, http://www.lokalnepartnerstwa.org.pl/file/fm/BIBLIOTEKA/manuale/Zintegrowana_animacja_spoleczna.pdf [dostęp: 08.2013].
52. Łuszczuk W. (2008), *Normatywny i interpretacyjny paradygmat w badaniach pedagogicznych*, „Humanitas”, Sosnowiec. <http://www.sbc.org.pl/dlibra/doccontent?id=22112&from=PIONIER%20DLF> [dostęp: 08.2013].
53. Łobocki M. (1999), *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, IMPULS, Kraków.
54. Majchrowicz B. (2011), *Analiza akceptacji transplantacji narządów i tkanek wśród mieszkańców województwa podkarpackiego*, Uniwersytet Rzeszowski. Wydział Medyczny, Rzeszów, <http://www.pbc.rzeszow.pl/dlibra/doccontent?id=8865&from=PIONIER%20DLF> [dostęp: 08.2013].
55. Malewski M. (2000), *Modele pracy edukacyjnej z ludźmi dorosłymi*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja”, nr 1 (9), s. 47–63.
56. Mayntz R., Holm K., Hubner P. (1985), *Wprowadzenie do metod socjologii empirycznej*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
57. Mąkosa P. (2009), *Katecheza młodzieży gimnazjalnej w Polsce. Stan aktualny i perspektywy rozwoju*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
58. Michałowicz B., *Dar dla życia. Informacje o przeszczepianiu narządów*, Broszura informacyjna, Wydawnictwo Polska Unia Medycyny Transplantacyjnej, s. 9.
59. Morgan S.E., Harrison T.R., Long S.D., Afifi W.A., Stephenson M.S., Reichert T. (2005), *Family Discussions about Organ Donation: How the Media Influences Opinions about Donation Decisions*, „Clinical Transplantation”, nr 19, Blackwell Munksgaard, s. 674–682.
60. Nasierowicz T. (1991), *Kto powinien decydować o pobieraniu narządów człowieka po jego śmierci ?*, CBOS, http://tnsglobal.pl/archiv_files/033_91.pdf
61. Nesterowicz M. (2010), *Prawo medyczne*, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń.
62. Nestorowicz M. (1999), *Cywilnoprawne aspekty transplantacji komórek, tkanek i narządów*, „Prawo Med.”, nr 1 (3), s. 63–73.
63. Nowak E., Pfitzner R., Koźlik P. i inni (2014a), *Current State of Knowledge, Beliefs, and Attitudes Toward Organ Transplantation Among Academic Students in Poland and the Potential Means for Altering Them*, *Transplantation Proceedings*, 46, 2509–2518.
64. Nowak E., Pfitzner R., Koźlik P. i inni (2014b), *Organ Donor Cards-Concepts Versus Reality: A Study Among Academic Students in Poland*, *Transplantation Proceedings*, 46, 2519–2529.

65. Nowak S. (2011), *Metodologia badań społecznych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
66. Obuchowska I. (2009), *Adolescencja*, [w:] Harwas-Napierała B., Trempała J., *Psychologia rozwoju człowieka*, T. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
67. Olender E., Palczyńska A, Rykowski M. i inni (2010), *Knowledge and Opinions about Tissue Donation and Transplantation Among Polish Students and Physicians*, *Cell Tissue Bank*, 11, 173–181.
68. Olszewska T., Cieślowska J. (2014), Pakiet edukacyjny BOGOWIE, NextFilm, <http://www.next-film.pl/aktualnosci/bogowie-pakiet-edukacyjny-dla-szk/>
69. Ossowska M. (1994), *Podstawy nauki o moralności*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich – Wydawnictwo, Wrocław.
70. Ostrowska U. (2006), *Aksjologiczne podstawy wychowania*, [w:] *Pedagogika*, t. I, GWP, Gdańsk, s. 391–415.
71. Paez G. (2007), *Ethical Issues Relating Organ Donation*, [w:] *Transplant Coordination Manual*, Institute for Lifelong Learning, Transplant Procurement Management, Barcelona, s. 52.
72. Peron A.L., Rodrigues A.B., Leite D.A. (2004), *Organ Donation and Transplantation in Brazil: University Students' Awareness and Opinions*, *Transplantation Proceedings*, 36, 811–813.
73. Piaget J. (1967), *Rozwój ocen moralnych dziecka*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
74. Piccoli G.B, Sorgana G., Puttaggio S. i inni (2004), *Efficacy of an Educational Program on Dialysis, Renal Transplantation, and Organ Donation on the Opinions of High School Students: A Randomized Controlled Trial*, *Transplantation Proceedings*, 36, 431–432.
75. Rutkowski B., Kaliciński P. (2009), *Wytoczne dotyczące zasad zgłaszania kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów – przewodnik praktyczny*, Via Medica, Gdańsk.
76. Pilch T. (1977), *Zasady badań pedagogicznych*, Wrocław, Warszawa, Kraków, Gdańsk: Wyd. Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich.
77. Pilch T., Bauman T. (2001), *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie Żak.
78. Puchalski K. (2012), *Internet a możliwości poprawy efektów edukacji zdrowotnej*, „*Studia Edukacyjne*”, nr 23/2012, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
79. Rowiński W. (2006), *Przeszczepiania narządów: potrzeby i możliwości: bariery ograniczające rozwój programu (materiał przygotowany na seminaryjne posiedzenie Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu RP w dniu 11 maja 2004 r.)*, [w:] Biesaga T., *Wobec zgody domniemanej i zawłaszczania zwłok do transplantacji*, „*Medycyna Praktyczna*”, nr 1, s. 20.
80. Rowiński W. (2004), *Trzy czule aspekty medycyny transplantacyjnej*, „*Kardiologia i Torakochirurgia Polska*”, nr 1, s. 139–140.
81. Rowiński W. (2004), *Aspekty prawne przeszczepiania narządów w Polsce. Historia, stan obecny i perspektywy*, [w:] Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L. (red.), *Transplantacja kliniczna*, PZWL, Warszawa.
82. Rowiński W. (red.) (2007), *Program edukacyjny na temat dawstwa i transplantacji narządów i tkanek. Transplantacja jestem na TAK. Podziel się swoją decyzją. Materiały dla nauczycieli*, Wydanie I, Wyd. Stowarzyszenie „Życie po Przeszcepie”.
83. Rowiński W. (2009), *Bariery przeszczepiania narządów w Polsce i sposoby ich pokonania*, „*Medycyna Praktyczna*”, nr 1.
84. Rubacha K. (2008), *Metodologia badań nad edukacją*, Wydawnictwo Naukowe i Profesjonalne.
85. Scandroglio B. i inni (2011), *Analysis of the Attitudes and Motivations of the Spanish Population Towards Organ Donation after Death*, “*Transplant International*”, Wiley-Blackwell, nr 2, s. 158–166.
86. Serdyńska M. (2013), *Z dziejów transplantologii. Epicka podróż od wyobrażeń do rzeczywistości*, Asteria, Gdańsk.

87. Skorek A. (2008), *Pośmiertne dawstwo organów – kwestie prawne i etyczne w protokole II do EKB w sprawie transplantacji organów i tkanek pochodzenia ludzkiego*, „Prawo i Etyka w Medycynie, Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska”, nr 5 (3), s. 339.
88. Sigva R. (2011), *Skala Postaw Twórczych versus Odtwórczych*, Ministerstwo Edukacji Narodowej, Kraków.
89. Smoraż Z., Słomski R. (2005), *Ksenotransplantacja – możliwości i ograniczenia*, „Nauka”, nr 4, Polska Akademia Nauk, Warszawa.
90. Spławska J. (2008), *Poziom rozwoju rozumowania moralnego w świetle badań metodą Lawrence’a Kolberga*, „Przegląd Pedagogiczny”, nr 2, Bydgoszcz.
91. Struś W. (2012), *Dojrzałość emocjonalna a funkcjonowanie moralne*, LiberiLibri.
92. Stachowicz-Piotrowska M. (2015), *Opinie i oceny dotyczące agresji i przemocy w szkole a poziom rozwoju sądów moralnych nauczycieli gimnazjów*, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz.
93. Szostek A. (2008), *Pogadanki z etyki*, Tygodnik Katolicki „Niedziela”, Częstochowa.
94. Tracz M. (2015), *Tendencje w rozwoju usług edukacyjnych w Polsce na przykładzie szkolnictwa ponadgimnazjalnego*, „Prace Komisji Geografii Przemysłu Polskiego Towarzystwa Geograficznego”, 29 (3), Kraków, 147–160.
95. *Transplantacja narządów w świecie i w Polsce*, [w:] Rutkowski B., Kaliciński P., Śledziński Z., Wujtewicz M., Milecka A., *Praktyczny przewodnik. Wytyczne dotyczące zasad zgłaszania, kwalifikacji i przygotowania zmarłych dawców do pobrania narządów*, Via Medica, Gdańsk.
96. *Transplantacja – problemy etyczno-prawne* (1995), Biuro Studiów i Analiz Kancelarii Senatu, Seria: Stenogramy, Warszawa.
97. Trempała J. (1992), *Rozumowanie moralne i odporność dzieci na pokusę oszustwa*, Wydawnictwo Uczelniane WSP w Bydgoszczy, Bydgoszcz.
98. Trzczińska M., Woderska A., Włodarczyk Z. (2014), *Psychological principles in regard to the interview with the deceased donor’s family* *Anaesthesiology Intensive Therapy*, vol. 46, no 3, 200–207.
99. Rzymaska I. (2010), *Wpływ edukacji na kompetencje moralne studentów położnictwa w odniesieniu do problematyki medycyny reprodukcyjnej*, rozprawa doktorska, Katedra Nauk Społecznych Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań.
100. Youngson R.M. (1997), *Słownik encyklopedyczny*, Medycyna, Collins.
101. Wiśniakowska L. (2004), *Słownik wyrazów obcych*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
102. Wojciechowski P., Szpringer M. (2012), *Bariery społeczne w transplantologii w opinii młodych Polaków*, „Studia Medyczne”, nr 27 (3), s. 45–52.
103. Woynarowska B. (2002), *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
104. Zembala M. (2009), *Zasady pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek do transplantacji w ujęciu Europejskiej Konwencji Bioetycznej*, „Prawo i Etyka w Medycynie, Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska”, nr 6 (4), s. 407–411.
105. Ziółkowski M. (1989), *Wiedza. Jednostka. Społeczeństwo*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
106. Żylicz P. (2010), *Psychologia moralności. Wybrane zagadnienia*, Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”, Warszawa.
107. Żyra M. (2015), *Oświata i wychowanie w roku szkolnym 2014/2015*, GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, Warszawa.

USTAWY, ROZPORZĄDZENIA:

1. Informacja na temat stanu realizacji zadań oświatowych Miasta Bydgoszczy w roku szkolnym 2014/2015, załącznik do Uchwały nr XIX/295/15 Rady Miasta Bydgoszczy z dnia 28 października 2015 r.
2. Rozporządzenie w sprawie Rejestru Sprzeciwów (2006) – (Dz.U.06.228.11350) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 grudnia 2006 r. w sprawie sposobu prowadzenia centralnego rejestru sprzeciwów oraz sposobu ustalania istnienia wpisu w tym rejestrze.
3. Ustawa Transplantacyjna – (Dz.U.05.169.1411) Ustawa z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
4. Ustawa z dnia 26 października 1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. Nr 138, poz. 682).
5. Uchwała Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2008 r. w sprawie akceptacji transplantacji jako metody leczenia, „Monitor Polski” Nr 47, poz. 421.
6. Uchwała Nr 164/2010 Rady Ministrów z dnia 12 października 2010 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2011–2020 pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej”. Na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.).
7. Uchwała Nr 89/c3/01 Rady Ministrów z dnia 23 listopada 1988 r. dotycząca edukacji zdrowotnej w szkołach,
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:1989:003:FULL:EN:PDF> [dostęp: 08.2013].
8. Konstytucja RP <http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm> [dostęp: 08.2013].
9. Zarządzenie w sprawie Poltransplantu (Dz.U.06.09.39) Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2006 r. w sprawie Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant”.

10. Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r. (poz. 547), kryteria i sposób stwierdzenia trwałego nieodwracalnego ustania czynności mózgu, ustalone przez specjalistów z dziedziny medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i medycyny sądowej (M.P. Nr 30, poz. 333), <http://www.infor.pl/monitor-polski,rok,2007,nr,30,poz,333,obwieszczenie-ministra-zdrowia-w-sprawie-kryteriow-i-sposobu-stwierdzenia.html>
11. Nowelizacja Ustawy Transplantacyjnej (Dz.U. z 2009 r. Nr 141, poz. 1149) Ustawa z dnia 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów oraz o zmianie ustawy – Przepisy wprowadzające Kodeks karny.
12. Dyrektywa 2004/23/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie ustalenia norm jakości i bezpiecznego oddawania, pobierania, testowania, przetwarzania, konserwowania, przechowywania i dystrybucji tkanek i komórek ludzkich, rozdział I, Art. 2.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2006 r. w sprawie wymagań dla kandydata na dawcę komórek, tkanek lub narządu, Dz.U.06.79.556.
14. Zalecenie Rady w sprawie walidacji uczenia się pozaformalnego i nieformalnego, 2012/0234 (NLE), Bruksela 2012, www.ekspercibolonscy.org.pl

STRONY INTERNETOWE:

1. www.poltransplant.pl,
2. www.dawca.pl,
3. www.isap.sejm.gov.pl,
4. www.lokalnepartnerstwa.org.pl,
5. www.prawowtransplantacji.pl,
6. www.zgodanazycie.pl,
7. www.katecheza.episkopat.pl,
8. www.bip.um.bydgoszcz.pl,
9. www.mp.pl,
10. www.next-film.pl,
11. www.pbc.rzeszow.pl,
12. www.sbc.org.pl,
13. www.tnsglobal.pl,
14. www.old.ipsos.pl,
15. www.niedziela.pl,
16. www.opoka.org.pl,
17. www.przeszczep.pl,
18. www.usfiles.us.szc.pl,
19. www.uniaintransplantacyjna.pl,
20. www.stat.gov.pl

SPIS TABEL I RYCIN

TABELE:

Tabela 1. Koncepcja kształcenia formalnego, pozaformalnego i nieformalnego zgodnie z glosariuszem Terminologia polityki europejskiej w dziedzinie edukacji i szkoleń (CEDEFOP, 2008)

Tabela 2. Tematyka transplantacji poruszana podczas katechezy

Tabela 3. Najczęstsze źródła informacji na temat transplantologii wśród licealistów oraz studentów kierunków medycznych i pedagogicznych

Tabela 4. Odpowiedzialność za rozprzestrzenianie informacji na temat transplantacji według licealistów oraz studentów

Tabela 5. Poziomy i stadia rozwoju rozumowania moralnego

Tabela 6. Podział twierdzeń zamieszczonych w narzędziu badawczym ze względu na stwierdzenia dotyczące wiedzy o normach prawnych oraz akceptacji tych norm

Tabela 7. Liczebność reprezentatywnej próby

Tabela 8. Zestawienie respondentów ze względu na klasę, do której uczęszczają

Tabela 9. Liczba uczniów w szkołach gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w województwie kujawsko-pomorskim. Podział ze względu na płeć

Tabela 10. Deklaracje respondentów dotyczące wiedzy o dawstwie i transplantacji narządów *ex mortuo*

Tabela 11. Rozkład ocen akceptujących/negujących idee dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji

Tabela 12. Poziom wiedzy adolescentów w różnych okresach adolescencji

Tabela 13. Zależność między zmiennymi: wiedzą a etapem kształcenia

Tabela 14. Zależność między zmiennymi: wiedza adolescentów a typ placówki, do której uczęszczają

Tabela 15. Test T dla zmiennych wiedza oraz płeć

Tabela 16. Zależności istotne statystycznie zmiennych – opinia wobec dawstwa narządów *ex mortuo* a wiek adolescentów

Tabela 17. Różnice istotne statystycznie między zmiennymi – opinie adolescentów dotyczące idei dawstwa narządów a płeć

Tabela 18. Deklaracje respondentów dotyczące wiedzy o prawie transplantacyjnym (zad. 17)

Tabela 19. Zestawienie prawidłowych odpowiedzi dotyczących prawa transplantacyjnego a wiek adolescentów

Tabela 20. Różnice statystyczne dotyczące wiedzy o dawstwie narządów oraz wiedzy o ustawie transplantacyjnej

Tabela 21. Istotne statystycznie różnice między zmiennymi – poziom sądów moralnych a etap edukacji

Tabela 22. Korelacje między zmiennymi – poziomem rozwoju sądów moralnych Pa i Pp a wiedza dotycząca idei dawstwa narządów *ex mortuo*

Tabela 23. Częstość udzielania odpowiedzi dotyczącej pierwszego kontaktu z wiedzą o idei dawstwa narządów po śmierci

Tabela 24. Istotne statystycznie związki między zmiennymi – wiedzą adolescentów a uczestnictwem w różnych etapach kształcenia

Tabela 25. Różnice w opiniach adolescentów dotyczących dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo* na różnym poziomie edukacji

Tabela 26. Rozkład procentowy deklaracji adolescentów dotyczących źródeł pozyskania wiedzy o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji

RYCINY:

Ryc. 1. Matryca przedstawiająca i charakteryzująca rodzaje edukacji

Ryc. 2. Liczba zarejestrowanych sprzeciwów w przeliczeniu na milion mieszkańców województwa

Ryc. 3. Deklaratywna decyzja o oddaniu własnych narządów *ex mortuo* do transplantacji. Badania CBOS 2003–2016

Ryc. 4. Wiedza respondentów na temat przepisów dotyczących pobierania narządów w Polsce – wyniki badań CBOS

Ryc. 5. Zgłoszenia zarejestrowane w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów wg podziału na wiek i płeć

Ryc. 6. Umiejscowienie okresów dorastania (adolescencji) w stadiach moralnych według Kohlberga

Ryc. 7. Procent osób badanych w różnym wieku przejawiających określone stadium rozwoju moralnego na skali Kohlberga

Ryc. 8. Model badań z podziałem na zmienne

Ryc. 9. Etapy konstruowania narzędzi badawczych

Ryc. 10. Rozkład liczby respondentów ze względu na typy szkół

Ryc. 11. Rozkład liczby respondentów ze względu na wiek

Ryc. 12. Rozkład liczby respondentów ze względu na okres adolescencji

Ryc. 13. Rozkład liczby respondentów ze względu na płeć

Ryc. 14. Rozkład zmiennej płeć u badanych respondentów w szkołach ponadgimnazjalnych

Ryc. 15. Źródła pozyskiwania wiedzy dotyczącej dawstwa narządów do transplantacji przez adolescentów

Ryc. 16. Liczba trafnych stwierdzeń dotyczących dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji przez adolescentów

Ryc. 17. Poziom wiedzy adolescentów o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji

Ryc. 18. Poziom wiedzy adolescentów a ich subiektywna jej ocena

Ryc. 19. Rozkład częstości oceny adolescentów wobec twierdzenia związanego z koncepcją śmierci mózgowej

Ryc. 21. Rozkład częstości opinii adolescentów wobec transplantacji jako metody ratowania życia

Ryc. 22. Rozkład częstości opinii adolescentów wobec eksplantacji organów na podstawie oświadczenia woli

Ryc. 23. Rozkład częstości opinii adolescentów wobec wagi podjęcia decyzji o dawstwie narządów po śmierci przez każdego człowieka

Ryc. 24. Rozkład częstości opinii dotyczącej uczestnictwa szkoły w edukacji o dawstwie narządów *ex mortuo*

Ryc. 25. Rozkład częstości opinii adolescentów wobec potrzeby prowadzenia rozmów w rodzinnym gronie i poinformowaniu rodziny wobec wypracowanej decyzji

Ryc. 26. Rozkład częstości opinii adolescentów dotyczący pobrania przez lekarzy narządów na podstawie oświadczenia woli zmarłego niezależnie od woli rodziny

Ryc. 27. Rozkład częstości opinii adolescentów dotyczący kierowania się bezinteresownością przy podejmowaniu decyzji wobec oddania narządów po śmierci

Ryc. 28. Rozkład częstości opinii adolescentów wobec możliwości wyboru biorcy przez dawcę narządów *ex mortuo*

Ryc. 29. Rozkład procentowy opinii adolescentów wobec oddania narządów po śmierci do transplantacji

Ryc. 30. Rozkład częstości deklaracji o podjęciu decyzji dotyczącej dawstwa narządów po śmierci do transplantacji (pytanie 14)

Ryc. 31. Rozkład częstości deklarowanych kryteriów ważnych przy podejmowaniu decyzji o oddaniu narządów po śmierci do transplantacji (N= 363)

Ryc. 32. Rozkład średnich prawidłowych odpowiedzi dotyczących dawstwa narządów *ex mortuo* a płeć badanych

Ryc. 33. Związki istotne statystycznie dla wyjaśnień przyczyn opinii dotyczących idei dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji ze względu na płeć adolescentów

Ryc. 34. Rozkład procentowy opinii akceptujących/negujących prawo transplantacyjne przez adolescentów

Ryc. 35. Rozkład prawidłowych odpowiedzi dotyczących prawa transplantacyjnego

Ryc. 36. Współczynnik akceptowanych sądów moralnych uzyskanych przez adolescentów w Teście Wyboru

Ryc. 37. Współczynnik preferowanych sądów moralnych uzyskanych przez adolescentów w Teście Wyboru

Ryc. 38. Rozkład jednolitych poziomów współczynników Pa i Pp u adolescentów

Ryc. 39. Rozkład średnich współczynnika sądów akceptowanym a typ szkoły adolescenta

Ryc. 40. Rozkład średnich współczynnika sądów preferowanych a typ szkoły adolescenta

Ryc. 41. Wiedza respondentów dotycząca odbywania się zajęć z edukacji zdrowotnej w szkole

Ryc. 42. Wiedza na temat dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo* a typ szkoły, do której uczęszczają badani

Ryc. 43. Rozkład średnich dwóch zmiennych – uczestnictwo badanych w edukacji formalnej a ich wiedza na temat dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo*

Ryc. 44. Rozkład średnich dwóch zmiennych – uczestnictwo badanych w edukacji pozaformalnej a ich wiedza na temat dawstwa i transplantacji narządów *ex mortuo*

Ryc. 45. Najważniejsze źródła wiedzy dotyczącej idei dawstwa narządów *ex mortuo* według adolescentów

Ryc. 46. Opiniowórcze źródła o dawstwie narządów *ex mortuo* do transplantacji

Ryc. 47. Deklaracje adolescentów o potrzebie podejmowania rozmów na temat dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji

Ryc. 48. Schemat proponowanych zajęć dydaktycznych dla adolescentów dotyczących tematyki dawstwa narządów *ex mortuo* do transplantacji

ANEKS A NARZĘDZIA BADAWCZE

Zostałeś/aś wytypowany/a do reprezentowania uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych w Bydgoszczy. Proszę Cię więc o wypełnienie poniższej ankiety, która składa się z 3 części. Wyniki badania przeprowadzonego za jej pomocą posłużą mi jako podstawa do napisania pracy doktorskiej. Dotyczy ona wiedzy i opinii wobec wyżej wymienionego zagadnienia przez młodzież w Bydgoszczy.

Wszystkie odpowiedzi są poufne i anonimowe. Zebrany materiał zostanie uogólniony i wykorzystany do celów naukowych. Już teraz dziękuję za okazaną życzliwość i staranne wypełnienie ankiety.

Instrukcja wypełniania ankiety:

1. Poniższe zadanie składa się z 12 stwierdzeń, które mogą, ale nie muszą być prawdziwe. Odpowiedz na każde z nich, zaznaczając zgodnie ze stanem Twojej wiedzy: „**Prawda**” (P) lub „**Fałsz**” (F).

Możesz zauważyć, że na wiele stwierdzeń nie da się udzielić konkretnej odpowiedzi w postaci prawd

lub fałsz. W takim przypadku postaraj się jak najszybciej zdecydować, która z podanych odpowiedzi zgodna jest z Twoim stanem wiedzy. Choć na część pytań może być Ci trudno odpowiedzieć, ważne jest, abyś udzielił jednej odpowiedzi dla każdego stwierdzenia. **Pamiętaj, aby udzielić odpowiedzi na każde stwierdzenie.**

Jeśli będziesz chciał/a zmienić odpowiedź, skreśl odpowiedź i wpisz raz jeszcze do kolumny obok.

Instrukcja:

Proszę uzupełnij poniższe dane. Na niektóre pytania może udzielić kilku odpowiedzi – postaw krzyżyk przy każdej odpowiedzi, z którą się zgadzasz.

2. Czy brałeś/aś udział w zajęciach lekcyjnych (np. biologii/katechety), na których omawiane było zagadnienie idei dawstwa narządów do transplantacji po śmierci?

- a. tak
- b. nie

LP.	TWIERDZENIE	ODPOWIEŹ	
		P	F
1.1.	Każda osoba, która znajdzie się na Krajowej Liście Oczekujących, otrzymuje nowy narząd		
1.2.	Lekarz przebywający na miejscu wypadku może stwierdzić śmierć mózgową (mózgu), która umożliwi wszczęcie procedury do pobrania narządów do przeszczepu		
1.3.	Posiadanie tatuażu na ciele wyklucza możliwość oddania narządów po śmierci do przeszczepu, ponieważ w trakcie jego robienia mogło dojść do zakażenia wirusami (np. HCV, HIV, HBS)		
1.4.	Nerki pobrane ze zwłok ludzkich mogą przebywać poza organizmem dawcy maksymalnie dwie doby		
1.5.	W Polsce lekarz nie musi pytać rodziny o zgodę na pobranie narządów po śmierci od członka tej rodziny		
1.6.	W Polsce najczęściej przeszczepów dokonuje się od żywych dawców		
1.7.	Podpisanie oświadczenia woli (informacji o chęci oddania narządów po śmierci wypisanej na formularzu za życia przez zmarłego) sprawia, że złożony wcześniej sprzeciw w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów traci ważność		
1.8.	Od zmarłego dawcy zazwyczaj pobiera się kilka narządów do transplantacji, które wszczepiane są różnym biorcom		
1.9.	W Polsce pobiera się wątroby od zmarłych dawców		
1.10.	Zgodnie z etyką Kościoła katolickiego, dawstwo narządów po śmierci musi być dobrowolne i wyraźnie potwierdzone za życia człowieka		
1.11.	Narządy, które nie zostaną przeszczepione w ciągu godziny po pobraniu ze zwłok, obumierają		
1.12.	W Polsce można zostać dawcą narządów po śmierci, jeśli za życia nie zgłosił się sprzeciwu		

3. Czy uczestniczyłeś/aś w innego rodzaju spotkaniu, którego tematem było pobranie organów po śmierci człowieka w celu ich przeszczepienia (transplantacji)?

a. tak (jakiego rodzaju było to spotkanie)?

.....

b. nie

4. Czy wiesz, jaka jest Twoja decyzja wobec oddania własnych narządów po śmierci do przeszczepu (transplantacji)?

a. tak wiem. Podjąłem/łam decyzję **o zgodzie** na oddanie własnych narządów po śmierci

b. tak wiem. Podjąłem/łam decyzję **o sprzeciwie** na oddanie własnych narządów po śmierci

c. nie, nie wiem. **Nie podjąłem/łam** jeszcze takiej decyzji.

(Jeśli wybrałeś/łaś tę odpowiedź, omiń pytanie 5 i przejdź do pytania 6.)

5. Które informacje pomogły Ci w podjęciu decyzji o oddaniu/bądź nie własnych narządów po śmierci do przeszczepu (transplantacji)?

Możesz zaznaczyć więcej niż jedną możliwość lub uzupełnić tabelę o swoją wypowiedź.

Jeśli wybrałeś więcej niż jedną odpowiedź, uszereguj je w kolumnie, rozpoczynając od najważniejszej.

LP.	WAŻNA I POMOCNA PRZY PODEJMOWANIU DECYZJI JEST:	TWOJA ODPOWIEDŹ
5.1.	wiedza, czym jest transplantacja i w jakim celu się ją przeprowadza	
5.2.	wiedza dotycząca definicji śmierci mózgowej i kryteriów jej orzekania	
5.3.	wiedza dotycząca rodzajów narządów, które można przeszczepiać	
5.4.	wiedza dotycząca przeciwwskazań do wykonywania transplantacji	
5.5.	wiedza dotycząca oświadczenia woli oraz zasady zgody domniemanej	
5.6.	stanowiska Kościoła katolickiego	
5.7.	inna, wyżej niewymieniona (jaka?).....	

6. Czy w Twojej szkole odbywają się dodatkowe zajęcia z edukacji zdrowotnej (dotyczącej np. profilaktyki chorób, zdrowego żywienia, zachowań ryzykownych)?

a. tak, odbywają się i ja w nich uczestniczę

b. tak, odbywają się, ale ja w nich nie uczestniczę

c. nie, nie odbywają się

d. nie wiem

7. Jak oceniasz swoją wiedzę dotyczącą aspektów dawstwa narządów do transplantacji po śmierci?

a. jest wysoka, szczegółowa

b. jest na poziomie średnim, zawiera szereg luk

c. jest niska, elementarna

d. brak mi wiedzy na ten temat

8. Proszę wskazać zaznaczając krzyżykiem (+) wszystkie źródła, z których uzyskałeś/eś informacje o możliwości oddania swoich narządów po śmierci.

W tabeli zamieszczono 17 możliwości oraz pozostawiono miejsce także na Twoją propozycję.

Następnie uszereguj najważniejsze dla Ciebie 3 źródła w kolejnej kolumnie. Cyfra 1 oznaczać będzie, że wiedza, którą uzyskałeś z tego źródła, była najważniejsza dla Twojego podejścia do idei dawstwa narządów do transplantacji, 2 i 3 istotne, lecz mniej ważne.

LP.	ŹRÓDŁO WIEDZY:	+	1-3
1.	z seriali w telewizji		
2.	z programów popularnonaukowych w telewizji		
3.	z filmów fabularnych w telewizji		
4.	z wiadomości w telewizji		
5.	z prasy		
6.	od rodziców/rodziny		
7.	od znajomych		
8.	ze stron tematycznych o przeszczepach w Internecie		
9.	z forów internetowych		
10.	z serwisów informacyjnych w Internecie		

LP.	ŹRÓDŁO WIEDZY:	+	1-3
11.	portali społecznościowych w Internecie		
12.	od przedstawicieli służb medycznych (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, koordynatorzy ds. transplantacji)		
13.	od nauczyciela/ katechety w szkole podczas zajęć lekcyjnych		
14.	od nauczyciela/ katechety w szkole podczas zajęć dodatkowych		
15.	od księdza/w kościele		
16.	z wykładów/kampanii edukacyjnych/reklamowych w innych miejscach niż szkoła		
17.	od osoby bezpośrednio związanej z tym tematem (dawca/biorcą narządów) Kim dla Ciebie jest ta osoba? (np. członek rodziny, znajomy)		
18.	inna odpowiedź (napisz)		

Sprawdź proszę, czy odpowiedziałeś/aś na wszystkie pytania.

Dziękuję Ci za wypełnienie tej części kwestionariusza. Dzięki niemu zebrałam dane dotyczące Twojej WIEDZY. Teraz chciałabym dowiedzieć się, jaką masz OPINIĘ wobec idei dawstwa narządów do transplantacji po śmierci.

ANKIETA DOTYCZĄCA OPINII WOBEC IDEI DAWSTWA NARZĄDÓW PO ŚMIERCI ORAZ JEJ ŹRÓDEŁ

Instrukcja: Na każde z poniższych stwierdzeń odpowiedz, zaznaczając obok jedną z pięciu możliwych odpowiedzi, gdzie :

- 1 – zdecydowanie NIE zgadzam się,**
- 2 – raczej się NIE zgadzam,**
- 3 – nie mam zdania,**
- 4 – raczej się zgadzam,**
- 5 – zdecydowanie się zgadzam**

Chociaż na część pytań może być Ci trudno odpowiedzieć, ważne jest, abyś zawsze zaznaczył/a jakąś odpowiedź **na każde stwierdzenie**. Pa-

miętaj, że to nie jest test i wszystkie Twoje odpowiedzi są prawidłowe.

Pyt. 9.

1.1.	Niebezpieczeństwo przeszczepu narządów po śmierci wiąże się z tym, że mimo stwierdzenia przez lekarzy śmierci mózgowej (mózgu), która uznawana jest za śmierć człowieka, nie ma pewności, że dawca nie żyje	(1) (2) (3) (4) (5)
1.2.	Każdy po swojej śmierci powinien oddać narządy do przeszczepu	(1) (2) (3) (4) (5)
1.3.	Przeszczep narządów pobranych ze zwłok ludzkich jest skuteczną metodą leczenia i ratowania życia osobom z niewydolnością organów	(1) (2) (3) (4) (5)
1.4.	Lekarz powinien na podstawie oświadczenia woli (czyli informacji o chęci oddania narządów po śmierci wypisanej na formularzu za życia przez zmarłego) pobrać narządy po śmierci w celu ich przeszczepiania niezależnie od woli zmarłego	(1) (2) (3) (4) (5)
1.5.	Każdy człowiek powinien zastanowić się i wypracować decyzję dotyczącą zgody lub sprzeciwu na oddanie własnych narządów po śmierci	(1) (2) (3) (4) (5)
1.6.	Szkoła powinna uczestniczyć w przekazywaniu i rozpowszechnianiu informacji na temat dawstwa i transplantacji narządów po śmierci	(1) (2) (3) (4) (5)
1.7.	Każdy człowiek powinien poinformować rodzinę o swojej decyzji dotyczącej zgody lub sprzeciwu na oddanie własnych narządów po śmierci	(1) (2) (3) (4) (5)
1.8.	Lekarz powinien na podstawie oświadczenia woli (czyli informacji o chęci oddania narządów po śmierci wypisanej na formularzu za życia przez zmarłego) pobrać narządy po śmierci w celu ich przeszczepiania niezależnie od woli rodziny	(1) (2) (3) (4) (5)
1.9.	Decyzja o oddaniu własnych narządów po śmierci powinna być całkowicie bezinteresowna	(1) (2) (3) (4) (5)
1.10.	Osoba decydując się na oddanie narządów, gdy umrze, powinna mieć wpływ na to, do kogo trafią jej narządy po śmierci	(1) (2) (3) (4) (5)

Sprawdź proszę, czy odpowiedziałeś/aś na wszystkie pytania

Instrukcja:

Uzupełnij poniższe dane. Przy każdym pytaniu postaw krzyżyk obok prawidłowej według Ciebie odpowiedzi.

10. Gdzie po raz pierwszy zetknąłeś/łaś się z informacjami dotyczącymi idei dawstwa narządów po śmierci?

- a. w szkole
- b. poza szkołą (gdzie?)
- c. nie pamiętam

11. Czy zdarzyło Ci się usłyszeć/przeczytać sprzeczne opinie dotyczące dawstwa narządów po śmierci do przeszczepu?

- a. tak (w jakiej sytuacji, od kogo?)
b. nie, nie zdarzyło mi się

12. Czy w ciągu ostatnich trzech lat zmieniła się Twoja opinia na temat idei dawstwa po śmierci narządów do przeszczepu?

- a. tak (co lub kto był powodem zmiany?)
b. nie, cały czas mam taki sam stosunek

13. Czy Twoim zdaniem temat idei dawstwa narządów po śmierci do transplantacji powinien być przedmiotem rozmów, zajęć dedykowanych dla osób w Twoim wieku?

- a. tak (dlaczego?)
b. nie (dlaczego?)

14. (Pytanie otwarte)

Proszę **wybrać jedno** zdanie zgodne z Twoją opinią i uzasadnij je. Uzasadnienie może wynikać z Twojego doświadczenia, religii, przekonań, obserwacji, wiedzy lub innych aspektów.

a) **Jestem za** oddaniem narządów po śmierci do przeszczepu, ponieważ

b) **Jestem przeciw** oddaniu narządów po śmierci do przeszczepu, ponieważ

c) **Nie mam opinii** dotyczącej oddania narządów po śmierci do przeszczepu, ponieważ

.....

15. Kto lub co Twoim zdaniem powinien przekazywać wiedzę dotyczącą dawstwa narządów do przeszczepu po śmierci? W tabeli zamieszczono 17 możliwości oraz pozostawiono miejsce także na Twoją propozycję.

Wybierz proszę 5 najważniejszych według Ciebie źródeł, wpisując obok nich 1, 2, 3, 4 lub 5. Przy czym liczba 1 będzie oznaczać, że jest to najważniejsze źródło informacji, 2 następne i tak do liczby 5.

LP.	ŹRÓDŁO WIEDZY:	+	1-3
1.	z seriali w telewizji		
2.	z programów popularnonaukowych w telewizji		
3.	z filmów fabularnych w telewizji		
4.	z wiadomości w telewizji		
5.	z prasy		
6.	od rodziców/rodziny		
7.	od znajomych		
8.	ze stron tematycznych o przeszczepach w Internecie		
9.	z forów internetowych		
10.	z serwisów informacyjnych w Internecie		
11.	portali społecznościowych w Internecie		
12.	od przedstawicieli służb medycznych (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, koordynatorzy ds. transplantacji)		
13.	od nauczyciela/ katechety w szkole podczas zajęć lekcyjnych		
14.	od nauczyciela/ katechety w szkole podczas zajęć dodatkowych		
15.	od księdza/w kościele		
16.	z wykładów/kampanii edukacyjnych/reklamowych w innych miejscach niż szkoła		
17.	od osoby bezpośrednio związanej z tym tematem (dawcą/biorcą narządów) Kim dla Ciebie jest ta osoba? (np. członek rodziny, znajomy)		
18.	inna odpowiedź (napisz)		

Sprawdź proszę, czy odpowiedziałeś/aś na wszystkie pytania na poprzedniej stronie.

Dziękuję Ci za wypełnienie tej części kwestionariusza. Dzięki niej zebrałam dane dotyczące Twojej opinii. Teraz chciałabym dowiedzieć się, czy, a jeśli tak, to na ile, akceptujesz i znasz polskie prawo transplantacyjne.

ANKIETA DOTYCZĄCA ZNAJOMOŚCI I AKCEPTACJI PRAWA TRANSPLANTACYJNEGO

Instrukcja: Proszę, przeczytaj poniższe zdania w miarę szybko, ale uważnie, zanim udzielisz odpowiedzi. Pamiętaj, że to nie jest test i wszystkie odpowiedzi są prawidłowe. Chociaż na część pytań może być Ci trudno odpowiedzieć, ważne jest, abyś udzielił/ła jednej odpowiedzi dla każdego stwierdzenia.

16. Ta skala składa się z szeregu stwierdzeń, które mogą, ale nie muszą być prawdziwe. Zapoznaj się z poniższymi stwierdzeniami i wybierz jedną z możliwości i zaznacz ją kółkiem, gdzie:

Liczba (1) znaczy – zdecydowanie nie zgadzam się,

Liczba (2) znaczy – raczej się nie zgadzam, Liczba (3) znaczy – nie mam zdania,

Liczba (4) znaczy – raczej się zgadzam,

Liczba (5) znaczy – zdecydowanie się zgadzam

1.1.	Polskie prawo powinno stać na straży godnego traktowania ludzkiego ciała i zapobiegać jego uprzedmiotowieniu po śmierci człowieka	(1) (2) (3) (4) (5)
1.2.	Należy przestrzegać zapisów prawa transplantacyjnego dotyczącego pobrania narządów ze zwłok ludzkich, nawet gdy nie są one zgodne z wyznawanymi przez nas przekonaniem	(1) (2) (3) (4) (5)
1.3.	Lekarze powinni bezwzględnie stosować się do procedur wskazanych w prawie transplantacyjnym	(1) (2) (3) (4) (5)
1.4.	Każdy obywatel w Polsce powinien znać obowiązujące prawo w zakresie dawstwa narządów do transplantacji po śmierci	(1) (2) (3) (4) (5)
1.5.	Jeśli rodzina nie zgadza się na oddanie narządów zmarłego członka rodziny, lekarz powinien kierować się przepisami prawa (Ustawą transplantacyjną) i mimo to pobrać narządy	(1) (2) (3) (4) (5)
1.6.	Przepisy regulujące pobieranie i transplantację narządów po śmierci powinny być jednakowe we wszystkich państwach Unii Europejskiej	(1) (2) (3) (4) (5)

17. Poniższa tabela składa się także z szeregu stwierdzeń, które mogą ale nie muszą być prawdziwe.

Przy każdym z poniższych stwierdzeń wpisz „Prawda” (P) lub „Fałsz” (F) – zgodnie ze stanem Twojej wiedzy.

LP.	TWIERDZENIE	ODPOWIEŹ	
		P	F
2.1.	Oświadczenie woli (czyli formularz dotyczący oddania własnych narządów po śmierci poświadczony podpisem właściciela) ma moc prawną		
2.2.	Każda osoba zmarła może być za życia i po śmierci uważana za potencjalnego dawcę tkanek i narządów, jeśli za życia nie wyraziła sprzeciwu		
2.3.	Sprzeciw na oddanie własnych narządów po śmierci ma moc prawną tylko wtedy, gdy zostanie złożony listownie lub osobiście w Centralnym Rejestrze Sprzeciwu		
2.4.	Pobranie komórek, tkanek lub narządów do transplantacji jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego, nieodwracalnego ustania czynności mózgu (śmierci mózgu) w wyniku dochowania ściśle określonej procedury prawnomedycznej		
2.5.	Jedną z możliwości wyrażenia pełnoprawnego sprzeciwu wobec oddania swoich narządów po śmierci do transplantacji jest ustne oświadczenie złożone w obecności co najmniej dwóch świadków, pisemnie przez nich potwierdzone		
2.6.	Sprzeciw wobec oddania narządów po śmierci do transplantacji może być cofnięty w każdym czasie		

Sprawdź proszę, czy odpowiedziałeś/aś na wszystkie pytania.

METRYCZKA

Instrukcja: Proszę, uzupełnij poniższe dane zgodnie ze stanem faktycznym.

18. Wiek (rocznikowo)

19. Płeć

kobieta mężczyzna

20. Szkoła, do której uczęszczasz

gimnazjum szkoła ponadgimnazjalna

Dziękuję Ci za wypełnienie tej części kwestionariusza. Dzięki niej zebrałam dane dotyczące Twojej znajomości i akceptacji prawa transplantacyjnego. Teraz przed Tobą **ostatnie zadanie**. Proszę Cię o przeczytanie krótkiej historyjki, której głównym bohaterem jest Hans, a następnie ocenę jego zachowania.

TEST WYBORU

Instrukcja: Zapoznaj się proszę z poniższą historią, a następnie postępuj zgodnie z instrukcją i wyraż swoją opinię wobec postępowania głównego bohatera.

TRUDNA DECYZJA

Gdzieś w Europie pewna kobieta cierpiała na bardzo groźną chorobę nowotworową. Lekarz uważał, że istnieje lek, będący odmianą pierwiastka radu, który mógłby ją uratować. Lekarstwo to było w posiadaniu aptekarza, który za dawkę leku kazał sobie płacić 10-krotnie więcej, niż wynosiła cena radu potrzebnego na przygotowanie leku. Aptekarz ten płacił 200 dolarów za rad, a za lekarstwo kazał sobie płacić 2000 dolarów. Mąż chorej kobiety – Heinz – próbował pożyczyć potrzebną kwotę pieniędzy u wszystkich swoich znajomych. Udało mu się zebrać 1000 dolarów, co stanowiło połowę ceny lekarstwa. Poszedł do aptekarza i powiedział, że jego żona jest umierająca. Prosił go, aby sprzedał mu potrzebne lekarstwo taniej, albo pozwolił zapłacić później. Ale aptekarz powiedział: „Nie, ponieważ jestem odkrywcą tego leku i zamierzam na nim zarobić pieniądze”. Tak więc zdesperowany Heinz włamał się do apteki, aby ukraść lekarstwo dla swojej żony.

Czy Twoim zdaniem Heinz postąpił słusznie, kradnąc aptekarzowi lekarstwo?

21. Za chwilę zapoznasz się z przykładowymi wypowiedziami, jakich udzielali inni ludzie w odpowiedzi na pytanie: „Czy Heinz powinien ukraść lekarstwo?”.

Poniżej wyszczególnione są podpowiedzi wspierające oraz przeciwstawiające się decyzji bohatera tej historyjki.

1.1.	Jeśli Heinz ma chociaż trochę poczucia honoru, to nie pozwoli umrzeć żonie. Ratowanie życia jest bowiem podstawowym obowiązkiem społecznym człowieka. Za kradzież lekarstwa zostanie ukarany, lecz będzie miał poczucie spełnionego obowiązku wobec praw zapewniających współistnienie i porządek społeczny.	(1) (2) (3) (4) (5)
1.2.	Heinz powinien ukraść lekarstwo, skoro nie ma innego wyjścia. Każdy postąpiłby podobnie. Gdyby pozwolił umrzeć żonie, świadczyłoby to o nim źle, jako o nieodpowiedzialnym mężu, który nie wywiązał się ze swoich obowiązków.	(1) (2) (3) (4) (5)
1.3.	Heinz dobrze zrobił, kradnąc lekarstwo. Gdyby tak nie postąpił, to wszczęte zostało śledztwo w sprawie śmierci żony i pociągnięty zostałby do odpowiedzialności za to, że nic nie zrobił, aby ją uratować.	(1) (2) (3) (4) (5)
1.4.	Heinz nie powinien kraść lekarstwa, bowiem jaką wartość ma śmierć wobec społecznego punktu widzenia w osobistych ocenach drugiego człowieka.	(1) (2) (3) (4) (5)
1.5.	Heinz zrobił źle, okradając aptekarza, bowiem kradzież czegokolwiek jest niedopuszczalna i za czyn ten grozi więzienie.	(1) (2) (3) (4) (5)
1.6.	Przestrzeganie uzgodnionych społecznie praw zapewnia porządek i rozwój ludzkości, lecz logicznie myśląc, każdy człowiek musi zadać sobie pytanie: czy kradzież lekarstwa jest zawsze czynnem niemoralnym?	(1) (2) (3) (4) (5)
1.7.	Heinz nie powinien kraść. Znalazł się w trudnej sytuacji, lecz gdyby wszyscy łamali obowiązujące prawo, to doszłoby do chaosu i załamania się struktury społecznej.	(1) (2) (3) (4) (5)
1.8.	Jeśli prawo narusza bardziej ogólne zasady, to należy postępować zgodnie z tymi zasadami wbrew literze prawa. W opisanej sytuacji Heinz powinien jednak dążyć do wykorzystania wszystkich możliwości postępowania zgodnego z literą i duchem prawa.	(1) (2) (3) (4) (5)
1.9.	Jeżeli Heinz kochał swoją żonę, to powinien ukraść lekarstwo, a później bez względu na wszystko oddać je lub pieniądze. Świadomość, że po wyjściu z więzienia zostanie on w domu zdrową żonę, spowoduje, iż odbywana kara nie będzie tak uciążliwa.	(1) (2) (3) (4) (5)
1.10.	Kradnąc lekarstwo, Heinz dał się ponieść emocjom związanym z chorobą żony. Zapomniał o tym, że trudny do rozstrzygnięcia konflikt między wartością życia jednostki a prawami porządkującymi współzycie społeczne nie jest sprawą uczuć, lecz rozumu i uzgodnień społecznych.	(1) (2) (3) (4) (5)
1.11.	Heinz nie powinien kraść. Powinien mieć pieniądze lub też powinien zrobić coś innego dla ratowania życia żony, bowiem łamiąc prawo, każdy może pomyśleć o nim źle i nazwać złodziejem.	(1) (2) (3) (4) (5)
1.12.	Heinz powinien ukraść lekarstwo, bowiem śmierć ani też społeczny interes nie są ważne w ocenach i perspektywach myślenia, gdy chodzi o wartości.	(1) (2) (3) (4) (5)
1.13.	W sytuacji tej przestrzeganie prawa do ochrony cudzej wartości nie jest moralnym obowiązkiem, bowiem nie wspiera ono bardziej ogólnych zasad poszanowania godności ludzkiego istnienia.	(1) (2) (3) (4) (5)
1.14.	Nie wiadomo, czy kradzież lekarstwa opłacała się. Zanim Heinz wyjdzie z więzienia, jego żona mimo wszystko może umrzeć. Jeśli umrze, to nie powinien on siebie obwiniać za to. Nie jego wina, że żona zachorowała na raka.	(1) (2) (3) (4) (5)

Po przeczytaniu każdego ze stwierdzeń odpowiedz na pytanie:

„W jakim stopniu stwierdzenie to osobiście Ci odpowiada?”

Odpowiedź swoją zaznacz na skali obok stwierdzenia, na której:

Liczba (1) znaczy – „bardzo mi nie odpowiada”

Liczba (2) znaczy – „nie odpowiada mi”

Liczba (3) znaczy – „jest mi obojętna”

Liczba (4) znaczy – „odpowiada mi”

Liczba (5) znaczy – „bardzo mi odpowiada”

22. Jeżeli odpowiedziałeś/aś już na postawione pytanie w odniesieniu do wszystkich stwierdzeń, to możesz przystąpić do dalszej pracy. Przeczytaj jeszcze raz wszystkie stwierdzenia i wybierz **4 wypowiedzi**, których prawdopodobnie udzieliłbyś, gdyby postawiono Ci pytanie: **„Czy Heinz powinien ukraść lekarstwo?”**. Numery tych stwierdzeń wpisz do poniższych krater.

23. A teraz uporządkuj wybrane przez siebie stwierdzenia (z zadania powyżej) pod względem ważności, gdzie kratka 1 oznacza stwierdzenie najważniejsze, a nr 4 najmniej ważne ze względu na wartość czynu.

1. Stwierdzenie najważniejsze spośród wybranych ze względu na wartość czynu
2.
3.
4. Stwierdzenie najmniej ważne z wybranych ze względu na wartość czynu

To już koniec. Zanim oddasz ankietę badaczowi, przejrzyj ją raz jeszcze i sprawdź, czy udzieliłeś/aś odpowiedzi na każde z pytań.

ANEKS B

Wykaz populacji badanej; szkoły gimnazjalne i ponadgimnazjalne prowadzone przez miasto Bydgoszcz i zarządzane przez oświatę; dane z dnia 30.09.2015

NAZWA GIMNAZJUM	KLASA I	KLASA II	KLASA III	LICZBA UCZNIÓW
Skrót nazwy jednostki	I	II	III	Suma końcowa
GIM05	120	112	112	344
GIM09	154	131	149	434
GIM16	87	81	66	234
GIM20	82	64	58	204
GIM22	22	23	41	86
GIM23	149	156	135	440
GIM24	46	38	22	106
GIM25	46	71	47	164
GIM27	41	46	48	135
GIM28	70	68	66	204
ZS04	87	85	93	265
ZS05	29	28	29	86
ZS08	92	91	109	292
ZS09	54	51	42	147
ZS12	96	95	77	268
ZS14	79	80	86	245
ZS16	55	55	75	185
ZS17	12	12	17	41
ZS18	25	19	14	58
ZS19	100	122	128	350
ZS22	22	21	16	59
ZS23	42	46	34	122
ZS24	27	38	35	100
ZS27	61	95	101	257
ZS28	153	141	170	464
ZS29	17	21	21	59
ZS35	48	37	33	118
ZS36	64	75	60	199
ZSDOR	41	65	50	156
ZSO01	56	61	64	181
ZSO02	28	28	29	85
ZSO03	28	29	33	90
ZSO04	28	28	30	86
ZSO05	28	28	28	84
ZSO06	56	58	58	172
ZSO07	30	29	31	90
Suma końcowa	2 175	2 228	2 207	6 610

NAZWA LICEUM	KLASA I	KLASA II	KLASA III	LICZBA UCZNIÓW
Skrót nazwy jednostki	I	II	III	Suma końcowa
ZS01	18	36	21	75
ZS04	91	124	120	335
ZS05	85	108	108	301
ZS07	5	11	9	25
ZS09	116	95	83	294
ZS19	18	19	25	62
ZS24	31	25		56
ZS35	11			11
ZSDOR	26	16		42
ZSEA	48	127	74	249
ZSM02		52	47	99
ZSMED	151	161	157	469
ZSO01	187	211	182	580
ZSO02	154	127	121	402
ZSO03	129	125	126	380
ZSO04	128	128	127	383
ZSO05	120	123	121	364
ZSO06	186	189	188	563
ZSO07	132	126	121	379
Suma końcowa	1 636	1 803	1 630	5 069

NAZWA TECHNIKUM	KLASA I	KLASA II	KLASA III	LICZBA UCZNIÓW
Skrót nazwy jednostki	I	II	III	Suma końcowa
ZS01	20	21	40	118
ZS12	75	50	53	206
ZSB	95	92	85	377
ZSC	151	147	136	567
ZSD		22	20	59
ZSE	258	222	201	850
ZSEA	156	127	150	561
ZSG	158	120	129	531
ZSH	114	102	132	426
ZSM01	195	143	188	698
ZSM02	85	97	102	367
ZSSAM	131	109	108	428
ZSSPO	118	81	77	355
Suma końcowa	1 556	1 333	1 421	5 543

NAZWA ZSZ	KLASA I	KLASA II	KLASA III	LICZBA UCZNIÓW
Skrót nazwy jednostki	I	II	III	Suma końcowa
ZS01	19		16	35
ZSB		16	17	33
ZSC				
ZSD	32	70	63	165
ZSDOR				
ZSE			15	15
ZSG	32	32	40	104
ZSH				
ZSM02	44	31	44	119
ZSSAM	64	57	59	180
ZSSPO	18	32	23	73
ZSZ05	52	38	54	144
Suma końcowa	261	276	331	868

ANEKS C

Zestawienie wyników egzaminów gimnazjalnych, maturalnych oraz zawodowych wylosowanych do badania placówek

NAZWA PLACÓWKI	EGZAMIN GIMNAZJALNY			
	SUMA PKT./ 80 PKT.	ŚREDNI WYNIK % Z JĘZYKA POLSKIEGO	ŚREDNI WYNIK % Z MATEMA- TYKI	ŚREDNI WYNIK % PRZEDMIOTÓW PRZYRODNI- CZYCH
1. Gimnazjum nr 16 im. I.J. Paderewskiego (skrót nazwy jednostki GIM 16)	39,04	50,09	39,9	44,1
2. Gimnazjum nr 23 im. Szarych Szeregów (GIM 23)	43,68	63	43,5	47,5
3. Gimnazjum nr 28 im. Marii Skłodowskiej-Curie (GIM 28)	46,74	68,3	52,1	47,6
4. Gimnazjum nr 17 Zespołu Szkół nr 4 (ZS4)	60,6	81	75,5	68
5. Gimnazjum nr 52 Zespołu Szkół nr 9 (ZS9)	42,56	69,8	40	44,3
6. Gimnazjum nr 50 Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 6 (ZSO06)	69,72	84,6	92,6	86
7. Bydgoskie Gimnazjum Klasyczne przy Zespole Szkół Ogólnokształcących nr 1 (ZSO01)	63,06	80,3	77,6	74,8

Źródło

Opracowanie własne na podstawie *Informacji na temat stanu realizacji zadań oświatowych Miasta Bydgoszczy w roku szkolnym 2014/2015*, załącznik do Uchwały nr XIX/295/15 Rady Miasta Bydgoszczy z dnia 28 października 2015 r.

ANEKS D

Zestawienie wyników egzaminów gimnazjalnych, maturalnych oraz zawodowych wylosowanych do badania placówek

NAZWA PLACÓWKI	EGZAMIN MATURALNY		
	ŚREDNI WYNIK % Z JĘZYKA POLSKIEGO	ŚREDNI WYNIK % Z MATEMATYKI	% OSÓB, KTÓRE ZDAŁY EGZAMIN
LICEUM:			
1. IX Liceum Ogólnokształcące (ZS4)	68,5	48,1	83,9
2. XI Liceum Ogólnokształcące Mistrzostwa Sportowego Zespołu Szkół nr 9 (ZS9)	52,9	38,7	81,2
3. VI Liceum Ogólnokształcące Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 6 (ZSO06)	74,1	85	99,5
TECHNIKUM:			
1. Technikum Elektroniczne Zespołu Szkół Elektronicznych im. Wojska Polskiego (ZSE)	59,8	75,4	96,5
2. Technikum Samochodowe Zespołu Szkół Samochodowych (ZSSAM)	55,5	46,2	59,4
3. Technikum Elektryczne nr 2 Zespołu Szkół Mechanicznych nr 1 (ZZM01)	45,7	34,6	50

NAZWA PLACÓWKI	ZAWÓD	ZDAWALNOŚĆ (%) EGZAMINU ZAWODOWEGO:		
		ETAP PISEMNY	ETAP PRAKTYCZNY	ETAP ZAWODOWY
ZASADNICZE SZKOŁY ZAWODOWE:				
1. Zasadnicza Szkoła Zawodowa Zespołu Szkół Mechanicznych nr 2 (ZSM02)	technik mechanik	67,4	70,5	85,7
2. Zasadnicza Szkoła Zawodowa Samochodowa Zespołu Szkół Samochodowych (ZSSAM)	technik pojazdów samochodowych	50,9	89,5	47,4
3. Zasadnicza Szkoła Zawodowa przy Zespole Szkół Elektronicznych im. Wojska Polskiego	technik elektronik	87,1	82,2	77,7

Źródło

Opracowanie własne na podstawie *Informacji na temat stanu realizacji zadań oświatowych Miasta Bydgoszczy w roku szkolnym 2014/2015*, załącznik do Uchwały nr XIX/295/15 Rady Miasta Bydgoszczy z dnia 28 października 2015 r.

ANEKS E

Korelacje między zmiennymi – poziomem rozwoju sądów moralnych Pa i Pp a opiniami dotyczącymi idei dawstwa narządów *ex mortuo*⁴

		Pa	Pp	P9 1.1	P9 1.2	P9 1.3	P9 1.4	P9 1.5	P9 1.6	P9 1.7	P9 1.8	P9 1.9	P9 1.10		
rho Spearmana	Pa	Współczynnik korelacji	1,000	,384**	-,027	-,006	,072*	-,048	,051	,109**	-,019	,191**	,099**	-,045	
		Istotność (dwustronna)		,000	,392	,861	,023	,125	,104	,001	,541	,000	,002	,150	
		N	1009	1005	1006	1008	998	1006	1005	1007	1006	1005	1008	1009	
	Pp	Współczynnik korelacji	,384**	1,000	-,044	,045	,079*	,015	,118**	,098**	,062*	,132**	,100**	-,076*	
		Istotność (dwustronna)	,000		,160	,152	,012	,633	,000	,002	,045	,000	,001	,014	
		N	1005	1038	1035	1037	1027	1033	1035	1036	1035	1034	1037	1038	
	P9 1.1	Współczynnik korelacji	-,027	-,044	1,000	-	,103**	-,010	-,024	,005	-	,114**	-,001	-,074*	,160**
		Istotność (dwustronna)	,392	,160		,001	,756	,450	,878	,000	,967	,000	,017	,000	
		N	1006	1035	1042	1041	1030	1037	1038	1040	1039	1038	1041	1042	
	P9 1.2	Współczynnik korelacji	-,006	,045	-	1,000	,230**	,201**	,132**	,234**	,061*	,233**	,199**	-	,149**
		Istotność (dwustronna)	,861	,152	,001		,000	,000	,000	,000	,047	,000	,000	,000	
		N	1008	1037	1041	1044	1032	1039	1040	1042	1041	1040	1043	1044	
	P9 1.3	Współczynnik korelacji	,072*	,079*	-,010	,230**	1,000	,076*	,188**	,242**	,142**	,192**	,193**	-	,083**
		Istotność (dwustronna)	,023	,012	,756	,000		,015	,000	,000	,000	,000	,000	,008	
		N	998	1027	1030	1032	1033	1028	1029	1031	1030	1029	1032	1033	
P9 1.4	Współczynnik korelacji	-,048	,015	-,024	,201**	,076*	1,000	-,073*	,074*	-,006	,208**	,037	-,059		
	Istotność (dwustronna)	,125	,633	,450	,000	,015		,019	,017	,850	,000	,231	,057		
	N	1006	1033	1037	1039	1028	1040	1036	1038	1037	1036	1039	1040		
P9 1.5	Współczynnik korelacji	,051	,118**	,005	,132**	,188**	-,073*	1,000	,253**	,300**	,115**	,225**	-	,087**	
	Istotność (dwustronna)	,104	,000	,878	,000	,000	,019		,000	,000	,000	,000	,005		
	N	1005	1035	1038	1040	1029	1036	1041	1039	1038	1037	1040	1041		

4 ** Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie)

*. Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie)

P9 1.6	Współczynnik korelacji	,109**	,098**	- ,114**	,234**	,242**	,074*	,253**	1,000	,232**	,220**	,197**	- ,154**
	Istotność (dwustronna)	,001	,002	,000	,000	,000	,017	,000		,000	,000	,000	,000
	N	1007	1036	1040	1042	1031	1038	1039	1043	1040	1039	1042	1043
P9 1.7	Współczynnik korelacji	-,019	,062*	-,001	,061*	,142**	-,006	,300**	,232**	1,000	,025	,154**	-,021
	Istotność (dwustronna)	,541	,045	,967	,047	,000	,850	,000	,000		,420	,000	,492
	N	1006	1035	1039	1041	1030	1037	1038	1040	1042	1038	1041	1042
P9 1.8	Współczynnik korelacji	,191**	,132**	- ,108**	,233**	,192**	,208**	,115**	,220**	,025	1,000	,213**	- ,103**
	Istotność (dwustronna)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,420		,000	,001
	N	1005	1034	1038	1040	1029	1036	1037	1039	1038	1041	1041	1041
P9 1.9	Współczynnik korelacji	,099**	,100**	-,074*	,199**	,193**	,037	,225**	,197**	,154**	,213**	1,000	- ,159**
	Istotność (dwustronna)	,002	,001	,017	,000	,000	,231	,000	,000	,000	,000		,000
	N	1008	1037	1041	1043	1032	1039	1040	1042	1041	1041	1044	1044
P9 1.10	Współczynnik korelacji	-,045	-,076*	,160**	- ,149**	- ,083**	-,059	- ,087**	- ,154**	-,021	- ,103**	- ,159**	1,000
	Istotność (dwustronna)	,150	,014	,000	,000	,008	,057	,005	,000	,492	,001	,000	
	N	1009	1038	1042	1044	1033	1040	1041	1043	1042	1041	1044	1045



NINA WODERSKA – doktor nauk społecznych w zakresie pedagogiki, z wykształcenia pedagog, wykładowca w Wyższej Szkole Nauk o Zdrowiu oraz Studium Kształcenia Kadr. Autorka swoją wiedzę i kompetencje zdobywała w ramach edukacji formalnej, zarówno w Polsce (studiowała na Uniwersytecie Kazimierza Wielkiego, Uniwersytecie Adama Mickiewicza, Wyższej Szkole Bankowej), jak i za granicą – m.in. na Uniwersytecie Ankara University w Turcji oraz odbywając praktyki pedagogiczne w Niemczech. Jest autorką takich artykułów naukowych jak: *Rola rodziny w podejmowaniu decyzji o dawstwie narządów do transplantacji; Dawca z Facebooka. Internet i media społecznościowe w propagowaniu idei dawstwa narządów do transplantacji* czy *Dawstwo narządów do transplantacji w świetle obowiązującego prawa w Polsce.*

Kontakt: nina.woderska@gmail.com

„Wnioski płynące z całości przeprowadzonych badań mają istotny walor poznawczy oraz praktyczny. Uzyskane dzięki nim informacje stanowią ważną wskazówkę dla nauczycieli, wychowawców, rodziców, jak również dla osób zajmujących się polityką oświatową, dotycząca sposobu postrzegania przez młodzież zagadnień związanych z transplantacją narządów. Wyniki przeprowadzonych badań mogą być zatem podstawą do tworzenia bardziej skutecznych i kompleksowych programów szeroko pojętej edukacji zdrowotnej.”

(z recenzji dr hab. Katarzyny Borzuckiej-Sitkiewicz)

„Dysertacja stanowi istotne – z punktu widzenia społeczno-edukacyjnego – opracowanie stanowiące niezaprzeczalny wkład (...) w dalszy rozwój i poszerzenie pól badawczych we współczesnych naukach społecznych, w tym również pedagogice społecznej, zdrowia i socjologii zdrowia.”

(z recenzji dr hab. Mirosława Kowalskiego)

Patronat medialny:



ORGANIZACJI

