



Analiza modelu postaw społecznych wobec transplantacji narządów

Analysis of a Model of Social Attitudes Model towards Organ Transplantation

Irena Milaniak¹ 

Iwona Jacak² 

¹ Collegium Medicum – Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie, Kraków, Polska

² Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Akademia Nauk Stosowanych w Nowym Sączu, Nowy Sącz, Polska

Słowa kluczowe

altruizm, empatia, dawstwo narządów

Key words

altruism, empathy, organ donation

Autor do korespondencji / Corresponding author

Irena Milaniak
imilaniak@uafm.edu.pl

Data wpłynięcia / Received: 18.05.2026

Data akceptacji / Accepted: 18.07.2026

Data publikacji / Published: 24.09.2026

Cytowanie / Cite this article

Milaniak, I., Jacak, I. (2026). Analiza modelu postaw społecznych wobec transplantacji narządów. *Państwo i Społeczeństwo / State and Society* 26, art. 108, <https://doi.org/10.31749/2451-0858-SaS-2026-108>

Dział / Section

Nauki o zdrowiu / Health Sciences

Redaktorzy sekcji / Editors

Grażyna Dębska, Przemysław Łukasz Kowalczewski

Streszczenie

Transplantacja narządów stanowi jedną z najważniejszych metod ratowania życia we współczesnej medycynie, jednak jej społeczna akceptacja pozostaje różnicowana. Celem pracy była analiza postaw wobec transplantacji w odniesieniu do komponentów poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego oraz ich związku z empatią, altruizmem i zmiennymi socjodemograficznymi.

Badanie przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego wśród 112 respondentów. Zastosowano kwestionariusz własnego autorstwa oraz kwestionariusze do oceny empatii i altruizmu.

Wykazano wysoki poziom akceptacji transplantacji przy jednoczesnej luce między deklaracjami a rzeczywistymi działaniami. Najsilniejszym predyktorem gotowości do oddania narządu był komponent behawioralny ($r = 0,759$), a istotną rolę odgrywały również empatia i altruizm. Wyniki wskazują na konieczność intensyfikacji działań edukacyjnych i społecznych ukierunkowanych na aktywizację zachowań protransplantacyjnych.



Abstract

Organ transplantation is one of the most advanced life-saving medical procedures, yet public attitudes towards it remain diverse. The aim of this study was to analyze social attitudes towards organ donation in relation to cognitive, emotional and behavioural components, as well as empathy, altruism and sociodemographic variables.

A diagnostic survey was conducted among 112 respondents. The study used an original author-developed questionnaire, as well as questionnaires assessing empathy and altruism.

The results revealed high acceptance of transplantation but a significant gap between declared attitudes and actual behaviours. The behavioural component was the strongest predictor of willingness to donate organs ($r = 0.759$), with empathy and altruism also playing important roles. The findings highlight the need for targeted educational and social interventions to increase actual donor behaviours.

Wprowadzenie

Transplantologia jest jedną z najbardziej zaawansowanych dziedzin współczesnej medycyny, umożliwiającą ratowanie życia oraz poprawę jego jakości. Pomimo jej niewątpliwych korzyści transplantacja narządów nadal budzi liczne kontrowersje natury etycznej, moralnej i społecznej. Decyzja o oddaniu narządu – zarówno za życia, jak i po śmierci – wiąże się z wieloma dylematami, które wpływają na postawy jednostek i całych społeczeństw. Postawy te mają charakter złożony i dynamiczny oraz kształtują się przez całe życie.

Postawa człowieka jest względnie trwałym zespołem przekonań i ocen wobec określonych zjawisk. Kształtuje się ona od wczesnego dzieciństwa pod wpływem rodziny, środowiska, mediów oraz doświadczeń osobistych. Kluczową rolę odgrywa tu walencja emocjonalna, czyli pozytywne, negatywne lub neutralne nastawienie wobec danego obiektu. Postawy mogą różnić się intensywnością – silne są bardziej odporne na zmianę i w większym stopniu determinują zachowanie (Albarracín, Shavitt 2018; Briñol i in. 2019).

Jednym z najczęściej przywoływanych modeli wyjaśniających strukturę postaw jest trójskładnikowa koncepcja Milтона J. Rosenberga oraz Carla I. Hovlanda obejmująca komponenty: poznawczy, emocjonalny oraz behawioralny. Elementy te wzajemnie na siebie oddziałują, tworząc spójną całość i umożliwiając analizę zachowań człowieka wobec określonych zjawisk, w tym transplantacji (Rosenberg, Hovland 1960; Mustaffa i in. 2020). Komponent poznawczy obejmuje wiedzę i przekonania oparte nie tylko na faktach, lecz także na stereotypach i subiektywnych ocenach. Komponent behawioralny odnosi się do rzeczywistych działań jednostki, które nie zawsze są spójne z deklarowanymi poglądami. Z kolei komponent emocjonalny odpowiada za uczucia towarzyszące danej postawie i decyduje o jej trwałości (Kaiser, Wilson 2019; Tuczyński, Walat 2019; Mustaffa i in. 2020).

Powyższy model znajduje zastosowanie w analizie postaw wobec przeszczepiania narządów – zagadnienia o silnym wymiarze medycznym, etycznym i społecznym. Komponent poznawczy obejmuje m.in. wiedzę na temat procedur transplantacyjnych i ich skuteczności, która wpływa na racjonalną

ocenę zasadności dawstwa. Komponent emocjonalny (afektywny) wiąże się z emocjami takimi jak lęk, nadzieja czy empatia wobec biorców, natomiast komponent behawioralny przejawia się w deklarowanej lub rzeczywistej gotowości do bycia dawcą narządów.

Postawy kształtowane są również przez czynniki takie jak wykształcenie, religia, środowisko kulturowe czy doświadczenia życiowe. Czynniki te wpływają na poziom świadomości społecznej i gotowość do dawstwa narządów (Kaczor-Szkodny, Skłodny 2021). Istotną rolę odgrywa również społeczna akceptacja transplantacji oraz sposób przekazywania informacji przez personel medyczny. Ponadto w osobistych doświadczeniach proces podejmowania decyzji o wyrażeniu zgody na pobranie narządów często obciążony jest silnymi emocjami, lękiem przed śmiercią oraz obawami natury etycznej (Gupta i in. 2025; Latifi i in. 2025).

Zastosowanie trójskładnikowej koncepcji postaw umożliwia kompleksowe zrozumienie czynników warunkujących społeczną akceptację transplantologii oraz identyfikację barier i motywatorów związanych z dawstwem narządów (van den Berg i in. 2005; Siegel i in. 2014). Modele gotowości do oddania narządów badają wzajemne powiązania i współzależności pomiędzy wiedzą, postawami i przekonaniami związanymi z donacją, a także ścieżkami przyczynowo-skutkowymi łączącymi je z intencjami dawstwa narządów, i opierają się na postawach altruistycznych, empatii, wartościach moralnych oraz wiedzy (Morgan, Miller 2002). Im większa ekspozycja na informacje o dawstwie i transplantacji, tym większa skłonność do deklarowania oświadczenia woli i gotowości do oddania narządów (Milaniak 2015). Najważniejszym czynnikiem determinującym zachowanie donacyjne jest intencja behawioralna jednostki i chęć zostania dawcą, przy założeniu, że jednostki krytycznie oceniają pozytywne i negatywne strony zachowania przed podjęciem działania (Radecki, Jaccard 1997, 1999). Inne modele wskazują, że intencją są postawy jednostki wobec donacji, wiedza na temat donacji oraz percepcja pozytywnych norm społecznych dotyczących donacji narządów (Morgan, Miller 2002; Morgan i in. 2009).

Badania wskazują, że pozytywne nastawienie wobec transplantacji nie zawsze przekłada się na formalne wyrażenie zgody na pobranie narządów, co podkreśla znaczenie działań edukacyjnych oraz budowania zaufania społecznego. Zrozumienie uwarunkowań postaw wobec autoryzacji pobrania narządów jest kluczowe dla skutecznego zwiększania liczby dawców i optymalizacji funkcjonowania systemu transplantacyjnego (Traino, Siminoff 2013).

W 2024 r. w Polsce odnotowano dalszy wzrost aktywności transplantacyjnej. Do Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnego do Spraw Transplantacji „Poltransplant” w 2024 r. zgłoszono z polskich szpitali 878 potencjalnych zmarłych dawców, z czego w 76% przypadków doszło do pobrania narządów. Łącznie wykonano 2338 przeszczepów narządów. Dane te odzwierciedlają wzrost aktywności systemu transplantacyjnego i mogą wnioskować o zmianach postaw społecznych wobec dawstwa (Antoszkiewicz i in. 2025).

Celem pracy była analiza postaw społecznych wobec transplantacji narządów z uwzględnieniem poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego komponentu postawy oraz ich związków z empatią, altruizmem i czynnikami socjodemograficznymi, a także analiza czynników związanych z gotowością do oddania narządów.

Material i metody

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem trzech narzędzi badawczych: autorskiego kwestionariusza ankiety do oceny postaw wobec transplantacji narządów oraz dwóch standaryzowanych narzędzi – Kwestionariusza Altruizmu A-N i Indeksu Reaktywności Interpersonalnej (IRI).

Autorski kwestionariusz ankiety składał się z 32 pytań o charakterze zamkniętym. Osiem pytań dotyczyło analizy socjodemograficznej badanej grupy. Sekcja oceniająca postawy społeczeństwa wobec transplantologii została podzielona na trzy podsekcje na podstawie modelu zaproponowanego przez Rosenberga i Hovlanda (1960). Komponent poznawczy zawierał 11 pytań, emocjonalny 7 pytań, a behawioralny 6 pytań. 4 pytania z komponentu behawioralnego dotyczyły gotowości do oddania narządu. Odpowiedzi na poszczególne pozycje autorskiego kwestionariusza zostały zakodowane zgodnie z wcześniej ustalonym kluczem. Odpowiedzi zgodne z postawą protransplantacyjną/prawidłową wiedzą otrzymywały 1 pkt, natomiast pozostałe – 0 pkt. W przypadku pytań wielokrotnego wyboru zostały wybrane odpowiedzi odpowiadające postawie protransplantacyjnej. Wyniki poszczególnych pozycji sumowano oddzielnie dla każdego z komponentów. Wyższy wynik oznaczał odpowiednio większą wiedzę, bardziej pozytywne nastawienie emocjonalne oraz większą gotowość do zachowań protransplantacyjnych. Kafeteria odpowiedzi zawierała warianty „tak”/„nie”, a także skalę Likerta, w której 5 oznaczało „zdecydowanie się zgadzam”, a 1 „zdecydowanie nie zgadzam się”.

Narzędzia standaryzowane obejmowały:

1. Kwestionariusz altruizmu (A-N) do oceny gotowości bezinteresownego działania na rzecz innych. Kwestionariusz składa się z dwóch części, które obejmują odpowiednio 9 i 8 opowiadań. W pierwszej z nich respondent wczuwa się w rolę opisanego bohatera i wybiera reakcję, która najlepiej oddaje jego postawę w danej sytuacji. Reakcje mają charakter altruistyczny oraz niealtruistyczny, a ankietowany wybiera tylko jedną z nich. Natomiast w drugiej części respondent określa, w jakim stopniu zgadza się z decyzją podjętą przez osobę opisaną w danym opowiadaniu. Za każdą z odpowiedzi można uzyskać od 1 do 6 pkt, a wynik jest sumowany; wyniki od 17 do 48 pkt są uznawane za niski poziom altruizmu, od 49 do 75 pkt za średni poziom, a od 76 do 110 pkt za wysoki poziom altruizmu (Śliwak 2005).

2. Indeks Reaktywności Interpersonalnej (IRI) służy do badania poziomu empatii. Arkusz składa się z 28 pytań i podzielony jest na 4 skale: przyjmowania perspektywy; fantazji; empatycznej troski; osobistej przykrości. Skala odpowiedzi zawiera się od 0 do 4 pkt, a wyniki są sumowane w obrębie danej skali. Na każdą z nich przypada 7 pytań, a respondent może uzyskać wynik od 0 do 28 pkt, gdzie wyniki od 0 do 12 pkt uznano za niski poziom danej skali empatii, od 13 do 20 pkt za średni, a od 21 do 28 pkt za wysoki poziom danej skali empatii (Yang, Kang 2020).

Badanie było realizowane od początku marca do połowy maja 2025 r. Do badania kwalifikowano osoby pełnoletnie, które przed wypełnieniem kwestionariusza wyraziły zgodę na udział w badaniu. Rekrutację prowadzono metodą doboru nielosowego (kuli śnieżnej). Kwestionariusz w wersji elektronicznej udostępniono za pośrednictwem własnych kont na Facebooku, natomiast wersję papierową dystrybuowano wśród znajomych. Nie stosowano dodatkowych kryteriów wyłączenia. Zastosowanie mieszanych metod pozwoliło na zgromadzenie zróżnicowanej grupy badanej.

Badanie przeprowadzono zgodnie z zasadami Deklaracji helsińskiej. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Właściwa Komisja Bioetyczna uznała, że badanie ankietowe prowadzone wśród pełnoletnich respondentów z zachowaniem pełnej anonimowości nie wymaga uzyskania opinii Komisji Bioetycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Metody analizy statystycznej

Do przeprowadzenia analizy posłużył program R, wersja 4.5.3. Analizę zmiennych ilościowych wykonano wyliczając statystyki opisowe takie jak średnia, odchylenie standardowe, mediana, kwartyle oraz minimum i maksimum. Analizę zmiennych jakościowych przeprowadzono, wyliczając częstości bezwzględne i procentowe wystąpienia wszystkich wartości, jakie zmienne te mogły przyjmować. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w dwóch grupach wykonano za pomocą testu Manna-Whitneya, zmiennych ilościowych w trzech lub więcej grupach za pomocą testu Kruskala-Wallisa, a w razie wykrycia istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami użyto testu post-hoc Dunna. Korelacje pomiędzy zmiennymi ilościowymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana. W analizie przyjęto poziom istotności na poziomie 0,05, a więc wszystkie wartości p poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach.

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu udział wzięło 112 osób, z czego 71,4% wypełniło ankietę w formie elektronicznej, a 28,6% w wersji papierowej. Wśród badanych przeważały kobiety, które stanowiły 62,5%. Najliczniejszą grupę wiekową stanowiły osoby

w wieku 18–29 lat (37,5%), następnie osoby w wieku 30–49 lat (30,4%) oraz 50–69 lat (24,1%). Respondenci najczęściej zamieszkiwali miasta średniej wielkości, liczące od 20 do 100 tys. mieszkańców (38,4%).

Pod względem wykształcenia dominowały osoby z wykształceniem wyższym (55,4%), natomiast wykształcenie średnie i zawodowe deklarowało odpowiednio 24,1% i 20,5% badanych.

Najlicniejszą grupę stanowili respondenci pozostający w związkach małżeńskich (47,3%). Zdecydowana większość badanych identyfikowała się z wyznaniem katolickim (80,4%), przy czym najczęściej deklarowano wiarę bez określania jej jako głębokiej (57,1%). Zdecydowana większość respondentów (90,2%) nie miała osobistego doświadczenia z transplantacją ani nie знаła osoby oczekującej na przeszczep lub będącej po transplantacji. Szczegółowe dane dotyczące badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

Ponadto zdecydowana większość respondentów była aktywna zawodowo (81,3%). Najczęściej wskazywano pracę o charakterze mieszanym – umysłowo-fizycznym (37,5%), następnie pracę umysłową (35,7%) oraz fizyczną (26,8%).

Tabela 1. Charakterystyka badanej próby ($N = 112$)

Parametr		Łącznie ($N = 112$) n (%)
Płeć	kobieta	70 (62,5%)
	mężczyzna	42 (37,5%)
Wiek	18–29 lat	42 (37,5%)
	30–49 lat	34 (30,4%)
	50–69 lat	27 (24,1%)
	≥ 70 lat	9 (8,0%)
Miejsce zamieszkania	duże miasto (≥ 100 tys. mieszkańców)	14 (12,5%)
	średnie miasto (20–100 tys. mieszkańców)	43 (38,4%)
	małe miasto (poniżej 20 tys. mieszkańców)	25 (22,3%)
	wieś	30 (26,8%)
Wykształcenie	zawodowe	23 (20,5%)
	średnie	27 (24,1%)
	wyższe	62 (55,4%)
Stan cywilny	kawaler/panna	30 (26,8%)
	w związku nieformalnym	11 (9,8%)
	żonaty/mężatka	53 (47,3%)
	rozwiedziony/rozwiedziona	9 (8,0%)
	wdowiec/wdowa	9 (8,0%)
Wyznanie	katolicyzm	90 (80,4%)
	ateizm/agnostycyzm	20 (17,9%)
	Świadkowie Jehowy	2 (1,8%)

Parametr		Łącznie ($N = 112$) n (%)
Stosunek do wiary	głęboko wierzący	17 (15,2%)
	wierzący	64 (57,1%)
	niezdecydowany	19 (17,0%)
	niewierzący	12 (10,7%)
Doświadczenia z transplantacją	oczekujący na przeszczep lub znający osobę oczekującą	8 (7,1%)
	po przeszczepie lub znający osobę po przeszczepie	3 (2,7%)
	pozostali	101 (90,2%)

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki

Komponent poznawczy postawy

Komponent poznawczy postawy wobec transplantacji obejmował 11 pytań dotyczących wiedzy na temat procedur transplantacyjnych, regulacji prawnych oraz społecznych aspektów dawstwa narządów. Średni wynik wynosił 9,27 pkt ($SD = 1,89$ pkt; zakres: 4–11 pkt).

Większość respondentów deklarowała znajomość pojęcia transplantacji oraz wiedzę dotyczącą możliwości pobrania narządów od dawcy żywego i zmarłego. Ponad 85% badanych prawidłowo wskazało śmierć pnia mózgu jako kryterium zgonu oraz знаło zasadę domniemanej zgody obowiązującą w Polsce. Większość ankietowanych pozytywnie oceniała transplantację jako metodę ratowania życia i była świadoma niedoboru narządów do przeszczepów. Respondenci w większości wiedzieli również, że handel narządami jest w Polsce nielegalny. Jednocześnie 83,1% badanych uznało, że poziom wiedzy społeczeństwa na temat transplantacji jest niewystarczający. Szczegółowe wyniki zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Komponent poznawczy postawy – wyniki badań

Obszar pytania	Odpowiedź	Częstość (n)	Procent (%)
Transplantacja narządów to procedura polegająca na przeszczepieniu zdrowego narządu od jednego człowieka do ciała innego człowieka, którego narząd jest chory lub uszkodzony	Tak*	106	94,6
	Nie	6	5,4
Transplantacji można dokonać od dawcy żywego lub zmarłego	Tak	107	95,5
	Nie	5	4,5

Obszar pytania	Odpowiedź	Częstość (n)	Procent (%)
Śmierć pnia mózgu stanowi wystarczający warunek do uznania osoby za zmarłą i oznacza, że nie ma ona zdolności do samodzielnego utrzymania funkcji życiowych bez wsparcia urządzeń i leków	Tak Nie	96 16	85,7 14,3
Zgoda rodziny osoby zmarłej nie jest wymagana do pobrania jej narządów i tkanek	Tak Nie	58 54	51,8 48,2
W Polsce dawcą narządów może być każda zmarła osoba dorosła, która za życia nie wyraziła sprzeciwu	Tak Nie	96 16	85,7 14,3
System „domniemanej zgody” (gdzie każda osoba uznawana jest za dawcę, jeśli nie wyrazi za życia sprzeciwu) jest dobrym rozwiązaniem w kwestii prawnej transplantacji	Zdecydowanie zgadzam się	39	34,8
	Raczej zgadzam się	36	32,1
	Nie mam zdania	10	8,9
	Raczej nie zgadzam się	20	17,9
	Zdecydowanie nie zgadzam się	7	6,3
Handel narządami w celu osiągnięcia korzyści majątkowej jest w Polsce nielegalny i podlega karze	Tak Nie	108 4	96,4 3,6
Czy Pani/Pana wyznanie religijne zabrania transplantacji narządów?	W każdym przypadku	0	0
	W określonych przypadkach	10	8,9
	Nie	82	73,2
	Nie wiem	20	17,9
Popieram idee transplantacji narządów, tkanek i komórek w celu ratowania życia lub poprawy zdrowia	Tak Nie	108 4	96,4 3,6
Czy uważa Pani/Pan, że dostępność narządów do przeszczepów w Polsce jest wystarczająca?	Tak Nie	5 107	4,5 95,5
Społeczeństwo w Polsce jest wystarczająco dobrze poinformowane na temat transplantacji narządów	Tak Nie	19 93	16,9 83,1

* Wyróżnione zostały odpowiedzi poprawne.

Źródło: opracowanie własne.

Komponent emocjonalny postawy

Na ocenę komponentu emocjonalnego składało się 7 pytań. Komponent emocjonalny wynosił średnio 6 pkt ($SD = 0,83$) i wahał się od 3,2 do 7 pkt. Odpowiedzi zostały zestawione w tabeli 3.

Większość respondentów postrzegała transplantację jako szansę na drugie życie oraz oceniała ją jako moralnie dobrą. Najczęściej deklarowaną emocją związaną z transplantacją była nadzieja, a następnie spokój. Część badanych odczuwała niepokój lub strach. W kontekście potencjalnego dawstwa pośmiertnego dominowały emocje pozytywne, takie jak zadowolenie i ulga. Informacje o osobach zmarłych podczas oczekiwania na przeszczep wywoływały głównie smutek i bezsilność. Niemal wszyscy respondenci deklarowali radość z udanych transplantacji oraz wdzięczność za możliwość otrzymania narządu w sytuacji zagrożenia życia.

Tabela 3. Komponent emocjonalny postawy – analiza odpowiedzi

Obszar pytania	Odpowiedź	Częstość (n)	Procent (%)
Transplantacja narządów daje człowiekowi szansę na drugie życie	Zdecydowanie zgadzam się**	70	62,5
	Raczej zgadzam się	36	32,1
	Nie mam zdania	4	3,6
	Raczej nie zgadzam się	1	0,9
	Zdecydowanie nie zgadzam się	1	0,9
Transplantacja narządów jest moralnie dobra	Zdecydowanie zgadzam się	56	50,0
	Raczej zgadzam się	45	40,2
	Nie mam zdania	6	5,4
	Raczej nie zgadzam się	4	3,6
	Zdecydowanie nie zgadzam się	1	0,9
Jakie emocje budzi w Pani/ Panu myśl o transplantacji narządów*	Brak emocjonalnego podejścia	1	0,9
	Nadzieja	84	75
	Niepokój	42	37,5
	Spokój	49	43,8
	Strach	17	15,2
Jakie emocje budzi w Pani/ Panu myśl o byciu dawcą narządów po śmierci?*	Niepewność	44	39,3
	Poczucie ulgi	59	52,7
	Radość	1	0,9
	Strach	20	17,9
	Zadowolenie	66	58,9
	Złość	1	0,9
Jakie emocje towarzyszą Pani/ Panu, gdy dowiaduje się Pani/ Pan o osobach, które zmarły czekając na przeszczep narzą- du?*	Obojętność	3	2,7
	Poczucie bezsilności	87	77,7
	Przerażenie	7	6,3
	Smutek	95	84,8
	Złość	15	13,4
Jak reaguje Pani/Pan na hi- storie osób, które otrzymały przeszczepione narządy, które uratowały ich życie lub popra- wiły stan zdrowia?	Obojętność	2	1,8
	Radość	110	98,2

Obszar pytania	Odpowiedź	Częstość (<i>n</i>)	Procent (%)
Czy możliwość otrzymania przeszczepionego narządu w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia wywołuje u Pani/Pana uczucie wdzięczności?	Tak Nie	112 0	100,0 0

* Pytanie wielokrotnego wyboru; respondenci mogli wskazać więcej niż jedną odpowiedź, dlatego suma odsetków może przekraczać 100%. Odsetki obliczono w odniesieniu do całkowitej liczby respondentów ($N = 112$). ** Wyróżnione zostały odpowiedzi najbliższe postawie protransplantacyjnej. Źródło: opracowanie własne.

Altruizm

W tabeli 4 przedstawiono rozkład respondentów według poziomu altruizmu, ocenionego na podstawie wyników kwestionariusza A-N. Średni poziom altruizmu wykazała większość badanych – 63,4% ($n = 71$). Wysoki poziom altruizmu osiągnęło 32,1% respondentów ($n = 36$), natomiast niski poziom stwierdzono jedynie u 4,5% uczestników ($n = 5$).

Tabela 4. Poziom altruizmu – wyniki badań

Parametr		Łącznie ($N = 112$)
Altruizm	Średnia (odchylenie standardowe)	68,92 (13,4)
	Mediana (kwartyle)	66 (60–78)
	Zakres	38–101
Poziom altruizmu	Niski poziom altruizmu	5 (4,5%)
	Średni poziom altruizmu	71 (63,4%)
	Wysoki poziom altruizmu	36 (32,1%)

Źródło: opracowanie własne.

Empatia

Średni wynik łączny IRI wynosił 66,41 pkt ($SD = 19,65$). W tabeli 5 przedstawiono rozkład respondentów według poziomu czterech aspektów empatii mierzonej kwestionariuszem IRI. Najbardziej nasiloną była empatia w obszarze empatyczna troska (średnia = 20,06), zaś najmniej była ona nasiloną w obszarze osobista przykrość (średnia = 12,03).

Tabela 5. Wyniki empatii mierzonej skalą IRI

IRI	<i>N</i>	Średnia	<i>SD</i>	Mediana	Min.	Maks.	Q1	Q3
Fantazjowanie	112	15,58	6,69	15	4	27	10	20,25
Przyjmowanie perspektywy	112	18,74	4,94	18	3	26	15	23,25
Empatyczna troska	112	20,06	6,76	18,5	3	28	15	27
Osobista przykrość	112	12,03	4,53	12	2	22	8	15

SD – odchylenie standardowe; Q1 – kwartyl dolny; Q3 – kwartyl górny

Źródło: opracowanie własne.

Komponent behawioralny postawy

Komponent behawioralny wynosił średnio 3,81 pkt ($SD = 1,38$) i wahał się od 0 do 6 pkt. Większość respondentów deklarowała chęć oddania narządów po śmierci (75%), jednak jedynie 11,6% posiadało podpisane oświadczenie woli. Jednocześnie 70,5% badanych deklarowało chęć podpisania takiego dokumentu w przyszłości. Większość respondentów nie była zarejestrowana w rejestrze dawców szpiku, a niemal wszyscy nie zgłosili sprzeciwu wobec pośmiertnego pobrania narządów. Około połowa badanych poinformowała bliskich o swojej decyzji dotyczącej dawstwa.

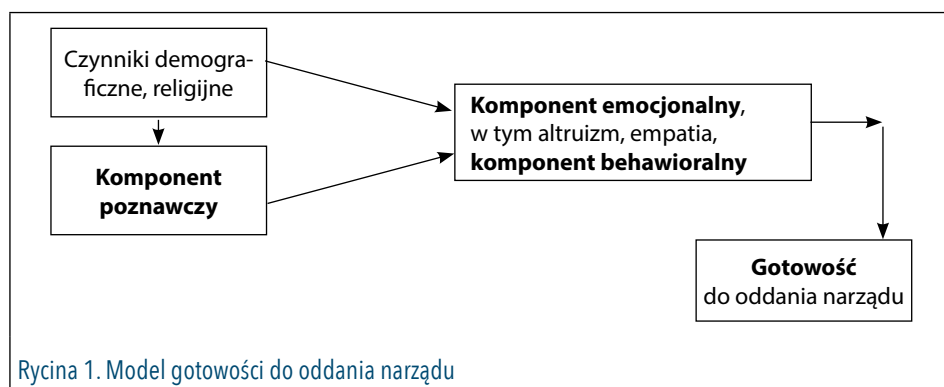
Ponad 90% respondentów zadeklarowało zgodę na przeszczep w sytuacji zagrożenia życia, a większość wyraziła gotowość oddania narządu lub szpiku osobie bliskiej lub potrzebującej. W przypadku konieczności przyjęcia przeszczepu badani najczęściej akceptowali narząd od dawcy żywego lub zmarłego, natomiast niewielki odsetek akceptował przeszczepienia ksenogeniczne lub odrzucał transplantację całkowicie.

Gotowość do oddania narządu

Gotowość do oddania narządu stanowiła 4 pytania z pozytywną odpowiedzią z komponentu behawioralnego: rozmowy z rodziną o swojej decyzji, braku sprzeciwu w Centralnym Rejestrze Sprzeciwów, podpisania oświadczenia woli, akceptacji pobrania swoich narządów po śmierci/za życia. Gotowość do oddania narządu wynosiła średnio 2,35 pkt ($SD = 0,97$) i wahała się od 0 do 4.

Analiza modelu gotowości do oddania narządu

W dalszej części dokonano analizy wpływu poszczególnych elementów postawy na gotowość do oddania narządu opierając się na założeniach modelu teoretycznego gotowości do oddania narządu (Morgan, Miller 2002) (rycina 1).



Rycina 1. Model gotowości do oddania narządu

Źródło: opracowanie własne na podstawie (Morgan, Miller 2002)

Wpływ czynników demograficznych i religijnych na komponent poznawczy

Najwyższy poziom wiedzy o transplantacji odnotowano wśród osób młodszych, a najniższy u respondentów >70 r.ż., którzy uzyskali istotnie niższe wyniki niż osoby w wieku 18–29 lat ($p = 0,000$) oraz 30–49 lat ($p = 0,039$). Osoby z wykształceniem wyższym prezentowały wyższy poziom wiedzy niż osoby z wykształceniem średnim ($p = 0,044$) i zawodowym ($p < 0,001$), przy czym najniższe wyniki odnotowano w grupie z wykształceniem zawodowym ($M = 4,13$; $SD = 1,604$). Wyższy poziom wiedzy wykazywali mieszkańcy dużych miast, osoby aktywne zawodowo i studenci, natomiast emeryci uzyskali niższe wyniki niż osoby pracujące i /studenci ($H = 18,394$; $p < 0,001$). Osoby pozostające w małżeństwie lub będące wdowcami/wdowami miały wyższy poziom wiedzy niż kawalerowie/panny i osoby w związkach nieformalnych ($p \leq 0,006$). Istotne różnice stwierdzono również między grupami pod kątem stosunku do wiary (statystyka = 33,549; $p < 0,001$) – osoby bezwyznaniowe i mniej religijne prezentowały wyższy poziom wiedzy niż osoby wierzące i głęboko religijne.

Wpływ czynników demograficznych i religijnych na komponent emocjonalny i komponent behawioralny

Nie stwierdzono istotnych różnic między płcią a komponentami emocjonalnym i behawioralnym (wszystkie $p > 0,05$). Wyższe wyniki obu komponentów uzyskiwały osoby młodsze, szczególnie w wieku 18–29 lat, w porównaniu z osobami w wieku 50–69 lat i ≥ 70 lat. Zarówno komponent emocjonalny, jak i behawioralny były wyższe wśród mieszkańców dużych i średnich miast oraz osób z wykształceniem wyższym i średnim niż wśród mieszkańców wsi, małych miast i osób z wykształceniem zawodowym.

Wyższe wartości komponentów odnotowano także wśród kawalerów/panien oraz osób w związkach nieformalnych w porównaniu z osobami w małżeństwie i owdowiałymi. Ateiści i agnostycy, a także osoby niewierzące lub niezdecydowane religijnie, uzyskiwali wyższe wyniki komponentów emocjonalnego i behawioralnego niż katolicy oraz osoby wierzące i głęboko wierzące. Najsilniejszy wpływ na komponent behawioralny miały: wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, wyznanie i stosunek do wiary ($p < 0,001$), a na komponent emocjonalny – wiek, wykształcenie i miejsce zamieszkania ($p < 0,001$).

Wpływ komponentu poznawczego na komponent emocjonalny, altruizm, empatię i komponent behawioralny

Komponent poznawczy korelował istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) zarówno z komponentem emocjonalnym, a więc im wyższy komponent poznawczy,

tym wyższy komponent emocjonalny, jak i z komponentem behawioralnym, a więc im wyższy komponent poznawczy, tym wyższy komponent behawioralny (tabela 6).

Tabela 6. Wpływ komponentu poznawczego na komponenty emocjonalny i behawioralny

Parametr	Komponent poznawczy
	Współczynnik korelacji Spearmana
Komponent emocjonalny	$r = 0,697, p < 0,001^*$
Komponent behawioralny	$r = 0,633, p < 0,001^*$

* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Źródło: opracowanie własne.

Stwierdzono, że komponent poznawczy koreluje istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$):

- z wynikiem na skali empatii całkowitej, a więc im wyższy komponent poznawczy, tym wyższe wyniki na skali empatii całkowitej,
- z wynikiem na skali fantazjowania, a więc im wyższy komponent poznawczy, tym wyższe wyniki na skali fantazjowania,
- z wynikiem na skali przyjmowania perspektywy, a więc im wyższy komponent poznawczy, tym wyższe wyniki na skali przyjmowania perspektywy,
- z wynikiem na skali empatycznej troski, a więc im wyższy komponent poznawczy, tym wyższe wyniki na skali empatycznej troski.

Ponadto stwierdzono, że im wyższy komponent poznawczy, tym większy poziom altruizmu.

Wpływ komponentu emocjonalnego, altruizmu, empatii i komponentu behawioralnego na gotowość do oddania narządów

Gotowość do oddania narządu koreluje istotnie ($p = 0,05$) i dodatnio ($r > 0$):

- z komponentem emocjonalnym, a więc im wyższy komponent emocjonalny, tym wyższa gotowość,
- z komponentem behawioralnym, a więc im wyższy komponent behawioralny, tym wyższa gotowość,
- z wynikiem na skali empatii całkowitej, a więc im wyższe wyniki na skali empatii całkowitej, tym wyższa gotowość,
- z wynikami podskali empatii, a więc im wyższe wyniki na skali, tym wyższy poziom gotowości do oddania narządu.

Stwierdzono również istotny statystycznie wpływ altruizmu na gotowość do oddania narządu – im większy altruizm, tym wyższa gotowość ($p = 0,05$).

Najsilniejszy wpływ na gotowość do oddania narządu ma komponent behawioralny, następnie komponent emocjonalny i empatia z podskala „fantazjowanie” (tabela 7).

Tabela 7. Wpływ komponentów postawy na gotowość do oddania narządu

Parametr	Gotowość do oddania narządu
	Współczynnik korelacji Spearmana
Komponent emocjonalny	$r = 0,607, p < 0,001^*$
Komponent behawioralny	$r = 0,759, p < 0,001^*$
Empatia całkowita	$r = 0,527, p < 0,001^*$
Fantazjowanie	$r = 0,547, p < 0,001^*$
Przyjmowanie perspektywy	$r = 0,476, p < 0,001^*$
Empatyczna troska	$r = 0,461, p < 0,001^*$
Osobista przykrość	$r = 0,247, p = 0,009^*$
Altruizm	$r = 0,449, p < 0,001^*$

* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Źródło: opracowanie własne.

Dyskusja

Wyniki badania wskazują na wyraźną rozbieżność między wysoką deklarowaną akceptacją transplantacji a podejmowaniem konkretnych działań związanych z dawstwem narządów. Chociaż 75% respondentów deklarowało gotowość do pośmiertnego oddania narządów, jedynie 11,6% miało podpisane oświadczenie woli. Obserwacja ta wpisuje się w opisywaną w literaturze lukę między intencją a zachowaniem (*intention-behaviour gap*) i wskazuje, że pozytywna postawa wobec transplantacji nie musi automatycznie prowadzić do zachowań pro-donacyjnych. Postawy człowieka wobec transplantacji narządów kształtują się pod wpływem wielu czynników, w tym wiedzy medycznej, przekonań religijnych, norm kulturowych, doświadczeń osobistych oraz poziomu zaufania do systemu ochrony zdrowia. Proces podejmowania decyzji o wyrażeniu zgody na pobranie narządów często obciążony jest silnymi emocjami, lękiem przed śmiercią oraz obawami natury etycznej (Gupta i in. 2025; Latifi i in. 2025). W modelach podejmowania decyzji o byciu dawcą zwraca się uwagę, że podejmowanie decyzji niekoniecznie jest całkowicie racjonalne, ponieważ procesy decyzyjne są również silnie uwarunkowane przez wartości lub przekonania jednostki, które z kolei wpływają na kształtowanie się postaw i intencje behawioralne (Carola i in. 2023; Kowalski, Payne 2006). Oprócz czynników socjodemograficznych, uwarunkowań religijnych i wiedzy na gotowość do oddania narządu wpływają zachowania bądź intencje zachowań, czynniki emocjonalne oraz altruizm i empatia (Alsalem i in. 2019).

Wyniki badań własnych potwierdzają, że postawy wobec transplantacji mają charakter wielowymiarowy i wpisują się w klasyczne modele psychologii społecznej, w szczególności w trójskładnikową koncepcję postaw Rosenberga i Hovlanda (1960). Szczególnie istotnym wnioskiem jest silna zależność między

komponentem poznawczym a komponentami emocjonalnym i behawioralnym, co wskazuje, że wiedza pełni funkcję czynnika inicjującego dalsze procesy kształtowania postaw.

Analizując czynniki demograficzne nie stwierdzono wpływu płci na poziom komponentów poznawczego, emocjonalnego i behawioralnego postawy. Różnice stwierdzono w odniesieniu do pozostałych analizowanych zmiennych demograficznych. Osoby w przedziale wiekowym 18–29 lat, mieszkające w dużych i średnich miastach, z wykształceniem wyższym i średnim, w stanie cywilnym wolnym oraz ateści i agnostycy charakteryzowali się wyższym poziomem komponentów emocjonalnego i behawioralnego postawy. Tendencja ta jest zgodna z doniesieniami innych autorów, wskazującymi na spadek wiedzy wraz z wiekiem (Antos, Dopierała 2018; Feliksiak 2016; Hyrciuk i in. 2020). Różnice w postawach stwierdzono w zależności od miejsca zamieszkania (Ścisło i in. 2013; Issac i in. 2024) i poziomu wykształcenia (McGlade i Pierscionek 2013; Grbić i in. 2022). Religijność okazała się istotnym moderatorem postaw – osoby mniej religijne lub bezwyznaniowe wykazywały większą akceptację transplantacji i wyższy poziom wiedzy, co potwierdzają również dane CBOS i innych autorów (Feliksiak 2016; Machnicka, Tkaczyk 2012). W metaanalizie Kross Jiayuan Wen i Yongkang Hou (2025) dokonali podsumowania religijności a gotowości do oddania narządów. Stwierdzono, że religijność nie była istotnie związana z wynikami psychologicznymi, ale wykazała istotny negatywny wpływ na rzeczywiste zachowania związane z gotowością do oddania narządów.

Wpływ komponentu poznawczego na komponent emocjonalny, altruizm, empatię i komponent behawioralny

W badaniu własnym stwierdzono istotną korelację pomiędzy komponentem poznawczym a komponentem emocjonalnym i komponentem behawioralnym. Im wyższy komponent poznawczy, tym wyższe komponenty behawioralny i emocjonalny. Stwierdzono związek pomiędzy podskalami empatii i altruizmem a komponentem poznawczym empatii. Badania wśród populacji generalnej Chin potwierdzają wyniki badania własnego. Przeprowadzony model regresji logistycznej wskazał na pozytywny związek między wiedzą a chęcią oddania narządów, postawy były również pozytywnym potencjalnym czynnikiem determinującym większą chęć oddania narządów (Fan i in. 2022).

Wpływ komponentu emocjonalnego i behawioralnego na gotowość do oddania narządu

W badaniu własnym stwierdzono, że gotowość do oddania narządu koreluje istotnie z komponentem emocjonalnym i z komponentem behawioralnym. Im wyższe te komponenty, tym wyższa gotowość. Gotowość do oddania narządu była związana z podskalami empatii i empatią całkowitą oraz altruizmem. Szczególnie

interesująca jest rola podskali „fantazjowanie”, co może wskazywać, że zdolność wyobrażenia sobie sytuacji biorecy zwiększa gotowość do działania.

Badania własne odpowiadają modelom gotowości do oddania narządu opisanym teoretycznie i testowanym empirycznie przez Susan Morgan i Jenny Miller (2002). W badaniach przeprowadzonych wśród studentów kierunków medycznych stwierdzono, że zarówno poziom empatii, jak i altruizmu może wpływać na decyzję o gotowości do oddania narządu (Milaniak i in. 2018; Soylu i in. 2022). Rolę empatii potwierdzają badania Prathyasha George i in. (2022).

Uzyskane wyniki badań własnych ujawniają wyraźną lukę między deklaracjami a działaniami, co jest zjawiskiem szeroko opisywanym w literaturze jako tzw. *intention-behavior gap* (Ashkenazi i in. 2006; Abdolmaleki i in. 2025). Pomimo wysokiej akceptacji transplantacji (ponad 90%) jedynie niewielki odsetek badanych posiada oświadczenie woli. Może to wskazywać na bariery praktyczne (brak informacji, procedury), psychologiczne (unikanie tematu śmierci) oraz społeczne (brak rozmów w rodzinie).

Ograniczenia badania

Badanie posiada ograniczenie, które należy uwzględnić podczas interpretacji wyników. Liczebność próby była umiarkowana, a dobór respondentów nie miał charakteru losowego doboru próby z wykorzystaniem zarówno ankiety internetowej, jak i papierowej, co może ograniczać możliwość uogólniania wyników na populację ogólną. Mimo tego ograniczenia badanie dostarcza nowych danych dotyczących wzajemnych zależności pomiędzy komponentami postaw, empatią, altruizmem oraz gotowością do oddania narządów.

Wnioski

1. W badanej grupie stwierdzono wysoką akceptację transplantacji przy jednoczesnej rozbieżności między deklarowanymi postawami a zachowaniami związanymi z dawstwem narządów.
2. Wiedza o transplantacji była dodatnio związana z komponentem emocjonalnym i komponentem behawioralnym postawy.
3. Gotowość do oddania narządów była najsilniej związana z komponentem behawioralnym, a także z empatią i altruizmem.
4. Edukacja jest kluczowym czynnikiem wzmacniającym zarówno emocjonalne nastawienie, jak i gotowość do działania.

Bibliografia

- Abdolmaleki, S., Khalili, S., Farzian, M., & Khoshravesh, S. (2025). Predictors of intention to sign an organ donor card among Iranian clinical nurses: an application of the expanded organ donation model. *BMC Nursing*, 24(1), 998, <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03283-7>.
- Albarracín, D., & Shavitt, A. (2018) Attitudes and Attitude Change. *Annual Review of Psychology*, 69, s. 299–327, <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011911>.
- Alsalem, A., Thaichon, P., Weaven, S., & Zhang, Y. (2019) Understanding Organ Donation Attitude-Behaviour Discrepancy. [W:] J.E. Richard, D. Kadirov (eds.). *ANZMAC 2019: Winds of Change. Conference Proceeding*, Victoria University of Wellington, s. 1394–1397.
- Antos, E., & Dopierała, M. (2018). Ocena wiedzy osób starszych na temat transplantacji narządów. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 1(54), s. 40–46.
- Antoszkiewicz, K., Czerwiński, J., & Malanowski, P. (2025). Pobieranie i przeszczepianie narządów w Polsce w 2024 r. *Poltransplant. Biuletyn informacyjny*, 1, s. 7–34.
- Ashkenazi, T., Miniero, G., & Hornik, J. (2006). Exploring the Intentional Gap Between Signing an Organ Donor Card and Actual Behavior: Comparing the Jewish State and Christian Italy. *Journal of International Consumer Marketing*, 18(4), s. 101–121, https://doi.org/10.1300/J046v18n04_06.
- Briñol, P., Petty, R.E., & Stavrakí, M. (2019). Structure and Function of Attitudes. [W:] F.C. Worrell (ed.). *Oxford Research Encyclopedia of Psychology* Oxford Academic, s. 1–48, <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.320>.
- Carola, V., Morale, C., Vincenzo, C., Cecchi, V., Errico, L., & Nicolais G. (2023). Organ donation: psychosocial factors of the decision-making process. *Frontiers in Psychology*, 14, 1111328, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1111328>.
- Feliksiak, M. (oprac.) (2016). *Postawy wobec transplantacji narządów*, CBOS, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_119_16.PDF [dostęp: 21.04.2026].
- Fan, X., Li, M., Rolker, H., Li, Y., Du, J., Wang, D., & Li, E. (2022). Knowledge, attitudes and willingness to organ donation among the general public: a cross-sectional survey in China. *BMC Public Health*, 22, 918, <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13173-1>.
- George, P., Chittem, M., Dwivedi, R., Pal, C., Guntupalli, Y., Pati, S., & Chakravarthi, R. (2022). The Empathy Factor: The Role of Empathy in Knowledge, Attitude, and Practice of Organ Donation in India – A Crosssectional, Observational Study. *Indian Journal of Transplantation*, 16(3), s. 274–281, https://doi.org/10.4103/ijot.ijot_64_21.
- Grbić, K., Alić, J., Lepara, O., Omić, S., Heljić, J., & Krupić F. (2022). The impact of social environment and educational level on public knowledge and attitudes towards organ donation: Can we do better?. *Annali di igiene: medicina preventiva e di comunità*, 34(5), s. 453–466, <https://doi.org/10.7416/ai.2022.2509>.
- Gupta, P., Tadia, V.K., & Koushal, V. (2025). The gift of life: Understanding the experiences of organ donor families. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(11), s. 4535–4541, https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_870_24.
- Hyrchiuk, M., Heleniak, Z., Czaplińska, M., & Dębska-Ślizień, A. (2020). Wiedza na temat oświadczenia woli i obowiązujących przepisów prawnych w zakresie

- przeszczepiania narządów wśród mieszkańców Gdańska. *Forum Nefrologiczne*, 13(4), s. 192–200.
- Issac, A., Devi, S., Khan, A., Padhi, I., Mitra, M., Dey, M., Saha, T., & Jacob, J. (2024). Knowledge, attitude, willingness, and factors influencing organ donation decision making in India. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 12(1), s. 374–381, <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20244046>.
- Kaczor-Szkodny, P.M., & Szkodny, W. (2021). Wybrane elementy wpływające na powstawanie i kształtowanie postaw i zachowań zdrowotnych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 27(1), s. 45–49.
- Kaiser, F.G., & Wilson, M. (2019). The Campbell Paradigm as a Behavior-Predictive Re-interpretation of the Classical Tripartite Model of Attitudes. *European Psychologist*, 24(4), s. 359–374, <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000364>.
- Kowalski, R.M., & Payne, H.S. (2006). The Decision to Donate: A Model of Decision Making among Individuals and Families. *Progress in Transplantation*, 16(1), s. 87–91, <https://doi.org/10.1177/152692480601600116>.
- Latifi, M., Pourhosein, E., Rahban, H., Estebarsari, F., Pourhossein, M., & Dehghani, S. (2025). Exploring grief and acceptance: Experiences and needs of family members of deceased organ donors. *SAGE Open Medicine*, 13, <https://doi.org/10.1177/20503121251333973>.
- Machnicka, S., & Tkaczyk, M. (2012). Wpływ posiadania dziecka z przewlekłą chorobą nerek na postawę rodziców wobec przeszczepiania narządów. *Pediatrica i Medycyna Rodzinna*, 8(3), s. 222–228.
- McGlade, D., & Pierscionek, B. (2013). Can Education Alter Attitudes, Behaviour and Knowledge about Organ Donation? A Pretest–Post-Test Study. *BMJ Open*, 3, e003961, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003961>.
- Milaniak I. (2015). Ocena wpływu wiedzy i postaw wobec przeszczepiania narządów na deklarację oddania narządów wśród różnych grup społecznych. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa*, 23(1), s. 40–45, <https://doi.org/10.5603/PP.2015.0007>.
- Milaniak, I., Wilczek-Rużyczka, E., & Przybyłowski, P. (2018). Role of Empathy and Altruism in Organ Donation Decisionmaking Among Nursing and Paramedic Students. *Transplantation Proceedings*, 50(7), s. 1928–1932, <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2018.02.153>.
- Morgan, S.E., & Miller, J. (2002). Communicating about gifts of life: the effect of knowledge, attitudes, and altruism on behavior and behavioral intentions regarding organ donation. *Journal of Applied Communication Research*, 30(2), s. 163–178, <https://doi.org/10.1080/00909880216580>.
- Morgan, S.E., Movius, L. & Cody, M.J. (2009), The Power of Narratives: The Effect of Entertainment Television Organ Donation Storylines on the Attitudes, Knowledge, and Behaviors of Donors and Nondonors. *Journal of Communication*, 59(1), s. 135–151, <https://doi.org/10.1111/j.1460-2466.2008.01408.x>.
- Mustaffa, A. bin, Rahman, M.A., & Nawai, S. (2020). Exploring behavioral and attitudinal brand loyalty using tripartite model of attitude. *Journal of Economics and Sustainability*, 2(1), s. 26–34.
- Radecki, C.M., & Jaccard, J. (1997). Psychological aspects of organ donation: A critical review and synthesis of individual and next-of-kin donation decisions. *Health Psychology*, 16(2), s. 183–195, <https://doi.org/10.1037/0278-6133.16.2.183>.

- Radecki, C.M., & Jaccard, J. (1999). Signing an organ donation letter: The prediction of behavior from behavioral intentions. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(9), s. 1833–1853, <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb00154.x>.
- Rosenberg, M.J., & Hovland, C.I. (1960). Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. [In:] Rosenberg, M.J., Hovland, C.I., McGuire, W.J., Abelson, R.P., Brehm, J.W. *Attitude Organization and Change: An Analysis of Consistency Among Attitude Components*. University Press, 1960, pp. 1–14.
- Siegel, J.T., Navarro, M.A., Tan, C.N., & Hyde, M.K. (2014). Attitude-behavior consistency, the principle of compatibility, and organ donation: A classic innovation. *Health Psychology*, 33(9), s. 1084–1091, <https://doi.org/10.1037/hea0000062>. [An Erratum for this article was reported in 34(1) of *Health Psychology*].
- Soylu, D., Soylu, A., & Şen, S. (2022). Two significant concepts in organ donation: Empathic tendency and altruism. *Transplant Immunology*, 75, 101731, <https://doi.org/10.1016/j.trim.2022.101731>.
- Ścisło, L., Partyka, E., Walewska, E., Puto, G., Naszydlowska, E., & Koziel, D. (2013). Postawy i wiedza mieszkańców wsi i miast na temat transplantacji narządów. *Hygeia Public Health*, 48(1), s. 40–45.
- Śliwak, J. (2005). Altruizm i jego pomiar. Kwestionariusz A–N. *Roczniki Psychologiczne*, 8(1), s. 121–144.
- Traino, H.M., & Siminoff, L.A. (2013). Attitudes and acceptance of First Person Authorization: a national comparison of donor and nondonor families. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 74(1), s. 294–300, <https://doi.org/10.1097/TA.0b013e-318270dafc>.
- Tuczyński, K., & Walat, W. (2019). Trójskładnikowa koncepcja postawy człowieka wobec wykorzystywania e-learningu w procesie kształcenia. *Edukacja – Technika – Informatyka*, 29(3), s. 209–214, <https://doi.org/10.15584/eti.2019.3.31>.
- Yang, H., & Kang, S.-J. (2020). Exploring the Korean adolescent empathy using the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Asia Pacific Education Review*, 21, s. 339–349, <https://doi.org/10.1007/s12564-019-09621-0>.
- van den Berg, H., Manstead, A.S.R., van der Pligt, J., & Wigboldus, D.H.J. (2005). The role of affect in attitudes toward organ donation and donor-relevant decisions. *Psychology & Health*, 20(6), s. 789–802, <https://doi.org/10.1080/14768320500161786>.
- Wen, K.J., & Hou, Y. (2025). Religiosity and Organ Donation: A Meta-Analysis of Attitudes, Willingness, and Registration Status. *Journal of Religion and Health*, <https://doi.org/10.1007/s10943-025-02521-1>.

Wkład autorów / Author Contributions

Konceptualizacja / Conceptualization: I.M., I.J.

Metodologia / Methodology: I.M., I.J.

Oprogramowanie / Software: I.J.

Walidacja / Validation: I.M.

Analiza formalna / Formal analysis: I.M., I.J.

Badania / Investigation: I.J.

Zasoby / Resources: I.J.

Opracowanie i zarządzanie danymi / Data curation: I.J.

Przygotowanie wersji wstępnej / Writing – original draft: I.J.

Recenzja i edycja / Writing – review & editing: I.M.

Wizualizacja / Visualization: I.M.

Nadzór / Supervision: I.M.

Administracja projektem / Project administration: I.M.

Materiały dodatkowe / Supplementary Materials

Not applicable / Nie dotyczy.

Finansowanie / Funding

Autorzy oświadczają, że badanie nie otrzymało żadnego zewnętrznego finansowania. Projekt został zrealizowany bez wsparcia finansowego ze strony instytucji publicznych, komercyjnych ani organizacji non-profit / The authors declare that the study received no external funding. The project was implemented without financial support from public, commercial or non-profit institutions.

Oświadczenie o zatwierdzeniu etycznym / Ethics Approval Statement

Badanie przeprowadzono zgodnie z zasadami Deklaracji helsińskiej. Właściwa Komisja Bioetyczna uznała, że anonimowe badanie ankietowe prowadzone wśród osób pełnoletnich nie wymaga uzyskania zgody Komisji Bioetycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami. Zgoda komisji bioetycznej nie była wymagana / The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. The competent Bioethics Committee determined that an anonymous survey involving adult respondents did not require formal ethical approval under the applicable regulations. The consent of the bioethics committee was not required.

Oświadczenie o świadomej zgodzie / Informed Consent Statement

Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Wszyscy uczestnicy wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu przed wypełnieniem kwestionariusza. / Participation in the study was voluntary and anonymous. All participants provided informed consent before completing the questionnaire.

Oświadczenie o dostępności danych / Data Availability Statement

Dane wykorzystane w niniejszym badaniu są dostępne u autora korespondencyjnego na uzasadnioną prośbę / The data supporting the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request.

Deklaracja dotycząca wykorzystania generatywnej sztucznej inteligencji /

Declaration of Generative AI Use

Autorzy oświadczają, że w przygotowaniu niniejszej pracy nie wykorzystywano narzędzi sztucznej inteligencji / The authors declare that no artificial intelligence tools were used in the preparation of this work.

Podziękowania / Acknowledgments

Not applicable / Nie dotyczy

Konflikt interesów / Conflicts of Interest

I.M. pełni obecnie funkcję redaktora tematycznego tego czasopisma. Zgodnie z polityką redakcyjną czasopisma i wytycznymi COPE I.M. była całkowicie nieświadoma procesu

recenzji i nie mogła podejmować żadnych decyzji redakcyjnych dotyczących niniejszego manuskryptu. Proces recenzji i ostateczna decyzja zostały przeprowadzone niezależnie przez innego redaktora niepozostającego w konflikcie interesów. Drugi autor deklaruje brak konfliktu interesów. / I.M. currently serves as the Thematic Editor of this journal. In accordance with the journal's editorial policy and COPE guidelines, I.M. was completely unaware of the peer review process and could not make any editorial decisions regarding this manuscript. The peer review process and final decision were independently managed by an independent second editor with no conflict of interest on the Editorial Board. The second author declares no conflict of interest.