

KULTURA i SPOŁECZEŃSTWO

TROSKA O DOBROSTAN

Troska o dobrostan w przestrzeni prywatnej, instytucjonalnej i publicznej: wprowadzenie
(Małgorzata Synowiec-Piłat, Agnieszka Borowiec)



Paweł Przyłęcki, *Salutogenetyczne rozumienie dobrostanu: o tym, jak model salutogenezy może pomóc w zrozumieniu mechanizmów osiągania dobrostanu* • Magdalena Gajewska, *Magdalena Żadkowska, Para i pies. Wellbeing jako planowana konsekwencja praktyk rodziny międzygatunkowej* • Stella Grotowska, *Turystyka i dobrostan. Doświadczenia turystów indywidualnych w świetle blogów podróżniczych* • Jacek Mianowski, *Altruizm i solidarność społeczna jako źródła dobrostanu uczestniczek projektu „OnkoMarsz granicami Polski” Fundacji Onkorejs — Wybieram Życie*



Stanisław Maksymowicz, *Niewidzialni. Cierpienie, wykluczenie i adaptacja w chorobach rzadkich* • Barbara Woźniak, Paulina Gajda, Beata Tobiasz-Adamczyk, *Social exclusion and the odds of neglect and self-neglect in older adults — results from a quantitative study conducted in Lesser Poland area* • Agnieszka Pawlak-Kałużyńska, *Emigracja a dobrostan fizyczny i psychiczny*



Iwona Młodziak i in., *Postawy negacjonistyczne i sceptyczne a zaufanie: reakcje na pandemię COVID-19 z perspektywy społeczno-kulturowej* • Aleksandra Nowakowska-Kutra, Agnieszka Jeran, *Wербalna przemoc położnicza i lekarska wobec kobiet rodzących w Polsce. Zakres i różnorodność doświadczeń rodzących w ujęciu socjologicznym* • Aleksandra Piłat-Kobla i in., *Analiza podręczników szkolnych w Polsce z lat 2017–2022: krytyczne spojrzenie na treści zdrowotne* • Magdalena Wieczorkowska, *Negatywny wpływ zaangażowania w działania pomocowe na dobrostan wolontariuszy na przykładzie wolontariatu dla obywateli Ukrainy*



Recenzje, omówienia

<i>Troska o dobrostan w przestrzeni prywatnej, instytucjonalnej i publicznej: wprowadzenie</i> (Małgorzata Synowiec-Piłat, Agnieszka Borowiec)	3
---	---

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

Paweł Przyłęcki, <i>Salutogenetyczne rozumienie dobrostanu: o tym, jak model salutogenezy może pomóc w zrozumieniu mechanizmów osiągania dobrostanu</i>	11
Magdalena Gajewska, Magdalena Żadkowska, <i>Para i pies. Wellbeing jako planowana konsekwencja praktyk rodziny międzygatunkowej</i>	33
Stella Grotowska, <i>Turystyka i dobrostan. Doświadczenia turystów indywidualnych w świetle blogów podróżniczych</i>	51
Jacek Mianowski, <i>Altruizm i solidarność społeczna jako źródła dobrostanu uczestniczek projektu „OnkoMarsz granicami Polski” Fundacji Onkorejs — Wybieram Życie</i> ...	71



Stanisław Maksymowicz, <i>Niewidzialni. Cierpienie, wykluczenie i adaptacja w chorobach rzadkich</i>	93
Barbara Woźniak, Paulina Gajda, Beata Tobiasz-Adamczyk, <i>Social exclusion and the odds of neglect and self-neglect in older adults — results from a quantitative study conducted in Lesser Poland area</i>	119
Agnieszka Pawlak-Kałużyńska, <i>Emigracja a dobrostan fizyczny i psychiczny</i>	147



Iwona Młodziak, Elżbieta Brzezicka, Urszula Zwierczyk, Mateusz Kobryn, Marta Wilk, Mariusz Duplaga, <i>Postawy negacjonistyczne i sceptyczne a zaufanie: reakcje na pandemię COVID-19 z perspektywy społeczno-kulturowej</i>	167
Aleksandra Nowakowska-Kutra, Agnieszka Jeran, <i>Wербalna przemoc położnicza i lekarska wobec kobiet rodzących w Polsce. Zakres i różnorodność doświadczeń rodzących w ujęciu socjologicznym</i>	185
Aleksandra Piłat-Kobla, Maria Świątkiewicz-Mośny, Magdalena Ślusarczyk, Anna Prokop-Dorner, Natalia Ożegalska-Łukasik, Aleksandra Potysz-Rzyman, Marianna Zarychta, Małgorzata M. Bała, <i>Analiza podręczników szkolnych w Polsce z lat 2017–2022: krytyczne spojrzenie na treści zdrowotne</i>	205
Magdalena Wiczorkowska, <i>Negatywny wpływ zaangażowania w działania pomocowe na dobrostan wolontariuszy na przykładzie wolontariatu dla obywateli Ukrainy</i> ..	231

RECENZJE, OMÓWIENIA

Jerzy J. Wiatr, <i>Państwo polskie w oczach socjologów</i> (rec.: Jacek Raciborski, Przemysław Sadura (red.), <i>O mocy i niemocy współczesnego państwa polskiego</i> , Universitas, Kraków 2024)	253
---	-----



Contents	III s. okładki
----------------	----------------

KULTURA i SPOŁECZEŃSTWO

KWARTALNIK

TOM LXVIII
NR 4

PAŹDZIERNIK–GRUDZIEŃ 2024
WARSZAWA

WYDAWCY

KOMITET SOCJOLOGII PAN
INSTYTUT STUDIÓW POLITYCZNYCH PAN

KOMITET REDAKCYJNY

Janusz Mucha (przewodniczący), Grzegorz Ekiert (Harvard University), Dariusz Jemielniak (Akademia Leona Koźmińskiego), Łukasz Krzyżowski (University of Western Australia), Jan Kubik (Rutgers University—New Brunswick, NJ, University College London), Jolanta Kulpińska (Uniwersytet Łódzki), Elżbieta Matynia-Adams (The New School for Social Research), Grzegorz Motyka (Instytut Studiów Politycznych PAN), Alexander John Motyl (School of Arts & Sciences—Newark, Rutgers University—Newark), Magdalena Nowicka (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrations-Forschung — DeZIM), Cezary Obracht-Prondzyński (Uniwersytet Gdański), Miloš Řežník (Niemiecki Instytut Historyczny), Piotr Sztompka (prof. em. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wyższa Szkoła Europejska im. ks. Józefa Tischnera), Janine R. Wedel (George Mason University)

ZESPÓŁ REDAKCYJNY

Piotr T. Kwiatkowski (redaktor naczelny), Maria Baltaziuk (oprac. red.), Grzegorz Demel (sekretarz redakcji), Katarzyna Kaniowska, Michał Kotnarowski, Kazimierz Kowalewicz, Marek Krajewski, Grażyna Kubica-Heller, Barbara Pasamonik, Andrzej Piotrowski, Anna Radiukiewicz, Tomasz Stryjek, Anna Śliz, Robert Traba, Marek Ziółkowski

REDAKTORKI TOMU

Małgorzata Synowiec-Piłat, Agnieszka Borowiec

Wszystkie materiały nadesłane do redakcji są anonimowo oceniane przez dwóch niezależnych recenzentów.

Wersja papierowa jest wersją podstawową.

Wersja elektroniczna dostępna na www.kulturaispoleczenstwo.pl.

ADRES REDAKCJI

ul. Polna 18/20, 00-625 Warszawa

Instytut Studiów Politycznych PAN, pokój 9

tel. (22) 825-52-21; e-mail: kulturaispoleczenstwo@isppan.waw.pl

www.kulturaispoleczenstwo.pl

REALIZACJA WYDAWNICZA

Instytut Studiów Politycznych PAN

Michał Swianiewicz, tel. 695 943 931

TROSKA O DOBROSTAN W PRZESTRZENI PRYWATNEJ, INSTYTUCJONALNEJ I PUBLICZNEJ: WPROWADZENIE

Pojęcie dobrostanu, którego odpowiednikiem w literaturze anglojęzycznej jest termin *wellbeing*, coraz częściej pojawia się zarówno w refleksji teoretycznej różnych dyscyplin naukowych, jak i w praktyce społecznej. Dla socjologów zdrowia i medycyny kategoria dobrostanu jest interesująca ze względu na trzy powiązane ze sobą aspekty: jako element pojęcia zdrowia, idea stymulująca aktywność aktorów społecznych oraz opis kondycji społeczeństwa.

W pierwszej z tych perspektyw dobrostan jest kluczowym pojęciem służącym współcześnie do opisu zdrowia. Zgodnie bowiem z definicją holistyczną, przyjętą w 1948 roku przez Światową Organizację Zdrowia, zdrowie jest rozumiane jako pełen dobrostan (stan pozytywnego samopoczucia) jednostki w sensie fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko brak choroby. Nastąpiło zatem symboliczne, ale i oficjalne, odejście od traktowania zdrowia tylko w kategoriach biologicznych — jako zaprzeczenia choroby. Zdrowie zostało ujęte jako stan pozytywny, w kategoriach jakościowych, z podkreśleniem znaczenia czynników psychospołecznych oraz kulturowych w funkcjonowaniu człowieka. Poczucie zdrowia stało się pojęciem subiektywnym i równoprawnym do podejścia biomedycznego, a niekiedy preferowanym kryterium oceny stanu zdrowia. Definiowanie zdrowia zostało uwolnione od konieczności posługiwania się jedynie kryteriami ściśle medycznymi. Dobrostan, stanowiący element pojęcia zdrowia, kieruje bowiem uwagę ku jego „pozytywnym” aspektom, innym niż

choroby, dysfunkcje czy dolegliwości, tradycyjnie stanowiące przedmiot medycyny.

Spółeczna konceptualizacja zdrowia jest silnie związana z porządkiem aksjologiczno-normatywnym danej zbiorowości. Podkreśla się zależność zdrowia, a zatem i dobrostanu, od obowiązujących w danej społeczności norm, systemów wartości i przekonań oraz związanych z tym społecznych oczekiwań, a także od uwarunkowań strukturalnych, w tym od pełnionych przez jednostkę ról społecznych. Zdrowie, poprzez powiązanie z systemem wartości i norm danej zbiorowości, ma znaczenie jednoznacznie pozytywne. Definiując zdrowie, ludzie podkreślają jego pozytywną rolę w codziennej egzystencji, funkcjonowaniu i realizacji własnych potrzeb. Zdrowie jest wartością moralną, chociaż nie zawsze wiodącą, dlatego odczuwamy również powinność dbania o nie. Warto też przyjrzeć się społecznym kryteriom zdrowia czy dobrostanu. Badania pokazują bowiem, że dla ludzi dominującym kryterium nie jest w tym względzie ani brak dolegliwości, ani tym bardziej stan potwierdzony przed lekarza, lecz możliwość społecznego funkcjonowania, a zatem zdolność do realizacji powierzonych przez grupy społeczne ról. Funkcjonując w określonych grupach i zbiorowościach społecznych, przyswajamy sobie charakterystyczny dla nich sposób postrzegania, definiowania oraz interpretowania zarówno dobrostanu i zdrowia, jak i objawów chorobowych. Dobrostan w ujęciu subiektywnym sprowadza się do kwestii samopoczucia, akcentuje introspekcyjne aspekty oraz podmiotowość pacjenta, nierzadko marginalizowaną w praktyce medycznej.

Idea dobrostanu, pojmowanego szerzej niż w klasycznej definicji zdrowia (zawierająca między innymi dobrostan duchowy, mentalny, finansowy), przeniknęła do świadomości społecznej, stymulując osobiste dążenia do samorozwoju, harmonii, spełnienia czy szczęścia, co z kolei przyczyniło się do rozwoju „przemysłu wellbeingu” (oferującego na przykład poradniki i szkolenia, usługi trenerów personalnych, sprzęty i obiekty do rekreacji), tworzenia wellbeingowych społeczności online, ale także wdrażania strategii i programów wellbeingu w różnych instytucjach (np. zakładach pracy, szkołach). Krytyczne nurty socjologii opisują te procesy jako „kult zdrowia” lub „terror dobrego samopoczucia”, w których imperatyw ciągłego podnoszenia dobrostanu staje się podstawą ocen moralnych oraz legitymizacją ekspansji „biowładzy”.

Tworzone i wdrażane rozwiązania wspierające wellbeing, na przykład benefity prozdrowotne oferowane w zakładach pracy, trafiają głównie do uprzywilejowanych grup — pracowników dużych i bogatych firm, z dużych ośrodków miejskich, na stanowiskach menedżerskich i umysłowych.

Pracownicy fizyczni, gorzej wykształceni, z małych i gorzej prosperujących przedsiębiorstw często pozbawieni są takiego wsparcia. Ci drudzy często też dystansują się wobec idei wellbeingu rozwijanych w kulturze popularnej. Zjawisko to można i należy rozpatrywać zatem w ramach dyskursu dotyczącego nierówności społecznych.

Polska transformacja systemowa końca XX wieku zapoczątkowała wzrostowy trend wielu wskaźników dobrostanu (m.in. samooceny zdrowia, zadowolenia z życia, długości życia), który w ostatnich latach ulega załamaniu. Pandemia COVID-19, lockdown i kolejne kryzysy (klimatyczny, migracyjny, wojenny, ekonomiczny i in.) ujawniły znaczące niedostatki dobrostanu w różnych grupach społecznych, zwłaszcza w młodszych pokoleniach. Powszechne przemęczenie, deficyty energii życiowej, zaburzenia relacji społecznych, wypalenie zawodowe, nasilony stres, symptomy depresji, zachwiane poczucie bezpieczeństwa materialnego oraz lęki egzystencjalne, w połączeniu z deprivacją dostępu do instytucji ochrony zdrowia, to tylko niektóre korelaty tego załamania. Wskaźniki dobrostanu, takie jak samoocena zdrowia, zadowolenie z życia czy długość życia, umożliwiają opisywanie kondycji społeczeństwa.

Dobrostan może być zatem przedmiotem socjologicznych rozważań na bardzo wiele sposobów. W niniejszym tomie znalazły się refleksje naukowe skupione wokół trzech głównych wątków tematycznych. Pierwszy z nich koncentruje się na analizie dobrostanu w różnych kontekstach sytuacyjnych, w różnych grupach i społecznościach oraz ukazuje, w jakich formach mogą przejawiać się we współczesnym społeczeństwie dążenia do dobrostanu.

W teoretycznym tekście Pawła Przyłęckiego (*Salutogenetyczne rozumienie dobrostanu: o tym, jak model salutogenezy może pomóc w zrozumieniu mechanizmów osiągnięcia dobrostanu*) dobrostan traktowany jest jako efekt poczucia koherencji — głównego konstruktów teorii salutogenezy — na które składa się poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności, oparte na posiadanych przez jednostkę uogólnionych zasobach odpornościowych. Przyłęcki wychodzi od wielości wskaźników dobrostanu, by skoncentrować się na salutogenetycznym modelu zdrowia, które rozumiane jest w sposób zbliżony do dobrostanu. Model zakłada, że poczucie koherencji decyduje o tym, w którym miejscu kontinuum choroba-zdrowie/dobrostan jednostka się znajduje, i w związku z tym pozwala odpowiedzieć na pytanie, jak oddziaływać pozytywnie na poczucie koherencji jednostki, tak aby mogła ona wzmacniać swój dobrostan. Analiza teoretyczna dokonana przez autora została wsparta wynikami badań empirycznych.

Dwa następne teksty Magdaleny Gajewskiej i Magdaleny Żadkowskiej oraz Stelli Grotowskiej odnoszą się do sposobów poszukiwania i osiągania dobrostanu w różnych sferach życia codziennego, takich jak relacje w rodzinie oraz styl życia i czas wolny.

Magdalena Gajewska i Magdalena Żadkowska w artykule *Para i pies. Wellbeing jako planowana konsekwencja praktyk rodziny międzygatunkowej* opisują szczególnie typ rodziny składającej się z dwojga partnerów i psa. Autorki twierdzą, iż opis świata relacji rodzinnych jest niepełny, jeśli dotyczy tylko aktorów ludzkich, dlatego socjologia powinna uwzględniać również zwierzęta jako podmioty mające sprawstwo w tych relacjach. Ponadto wskazują, iż — zgodnie z badaniami z obszaru relacji międzygatunkowych — codzienne interakcje ze zwierzętami, takie jak głaskanie, przytulanie czy rozmawianie z nimi, podnoszą poziom zadowolenia z życia człowieka. W tym kontekście, opierając się na wywiadach pogłębionych, autorki opisują doświadczenie „rodzicielstwa międzygatunkowego” wśród młodych bezdzietnych heteroseksualnych par, dla których posiadanie psa albo jest etapem przejściowym, albo zastępuje posiadanie potomstwa. W artykule wskazano pozytywne konsekwencje wynikające z doświadczenia „rodzicielstwa międzygatunkowego”, które w większości mogą być utożsamiane z dobrostanem lub prowadzą do dobrostanu. Należą do nich przygotowanie się do „ludzkiego” rodzicielstwa, podnoszenie kompetencji opiekuńczych, uzyskanie wspólnych celów i współdziałanie partnerów, co buduje ich zadowolenie ze wspólnego życia, ale także inicjuje pojawienie się przestrzeni do budowania wspólnoty zarówno w parze, jak i poza nią. Autorki piszą, iż rodzicielstwo międzygatunkowe staje się okazją do przeżywania ciepłych i pełnych zaufania relacji interpersonalnych i kontaktów społecznych, a przez to wpływa znacząco na dobrostan. Jednocześnie warunkiem koniecznym podjęcia decyzji o poszukiwaniu spełnienia w rodzinie międzygatunkowej jest osiągnięcia dobrostanu rozumianego w kategoriach obiektywnych — jako stała praca, dobre wynagrodzenie, posiadanie samodzielnego miejsca zamieszkania i gospodarstwa domowego oraz partnera/ki.

Z kolei Stella Grotowska w artykule *Turystyka i dobrostan. Doświadczenia turystów indywidualnych w świetle blogów podróżniczych* podjęła próbę odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób doświadczenia turystów opisywane na blogach o tematyce turystycznej odnoszą się do dobrostanu, które jego aspekty uważają oni za wystarczająco istotne, aby dzielić się nimi publicznie oraz jaką rolę odgrywa dobrostan w ich doświadczeniach. Na wykorzystany przez autorkę materiał badawczy złożyły się blogi osób pracujących zawodowo, które były na urlopie nie dłużej niż 21 dni. Analiza opowieści

blogerów pozwala na wniosek, że turystyka jest nie tyle przyczyną subiektywnego dobrostanu, ile urzeczywistnieniem projektu biograficznego jednostki, czymś, co jej dobrostan uobecnia, podtrzymuje i reprodukuje.

Nieco inaczej znaczenie dobrostanu pojmowane jest w tekście Jacka Mianowskiego *Altruizm i solidarność społeczna jako źródła dobrostanu uczestniczek projektu „OnkoMarsz granicami Polski” Fundacji Onkorejs — Wybieram Życie*. Dobrostan jest tu rozpatrywany w kontekście wsparcia społecznego, solidarności społecznej oraz zaufania. W tym przypadku oznacza więc zdolność do realizacji zadań życiowych znacząco zmodyfikowaną w wyniku choroby onkologicznej, z którą w trakcie uczestnictwa w projekcie OnkoMarsz chorzy oswajają się oraz stopniowo uczą się pokonywać związane z nią trudności. Do analizy działań projektowych, których celem była adaptacja do choroby, zostały wykorzystane założenia socjo-ekologicznego modelu zdrowia i choroby. Priorytetem w tym modelu jest zdrowie pojmowane jako proces, którego istotą jest równowaga między nim i chorobą. Przeprowadzone wywiady pogłębione z uczestniczkami projektu wskazują, że ich strategia adaptacji do choroby jest motywowana egoistycznie (czerpanie radości z życia tu i teraz) i zorientowana altruistycznie (troska o innych).

W drugiej części tomu autorzy artykułów rozwijają naukową refleksję na temat wpływu takich zjawisk jak choroba, samotność czy wykluczenie społeczne na poziom dobrostanu. Brak dobrostanu przybiera formy cierpienia, zaniedbania, osamotnienia, gorszego zdrowia.

Stanisław Maksymowicz w artykule *Niewidzialni. Cierpienie, wykluczenie i adaptacja w chorobach rzadkich* podejmuje problematykę życia z chorobami rzadkimi w kontekście społecznej konstrukcji wykluczenia i procesów adaptacyjnych. Opierając się na empirycznych badaniach, z perspektywy socjologicznej analizuje indywidualne i zbiorowe strategie radzenia sobie z zespołem Pradera-Williego (PWS) i stwardnieniem zanikowym bocznym (SLA). Przez pryzmat teorii trajektorii cierpienia eksploruje dynamikę wykluczenia społecznego oraz mechanizmy adaptacji, ukazując ich złożoność i wielowymiarowość.

Barbara Woźniak, Paulina Gajda, Beata Tobiasz-Adamczyk w tekście *Social exclusion and the odds of neglect and self-neglect in older adults — results from a quantitative study conducted in Lesser Poland area* skoncentrowały się na wykluczeniu społecznym jako ramie koncepcyjnej odnoszącej się do różnych wymiarów nierówności, a jednocześnie czynnika, który prowadzi do ryzyka zaniedbania/samozaniedbania u osób starszych. Zaprezentowane przez autorki wyniki badania ilościowego pokazały, że spośród czterech wskazanych przez Giddensa (2009) i tu analizowanych wymia-

rów wykluczenia społecznego jedynie subiektywne ubóstwo i słaba sieć społeczna były istotnie związane z prawdopodobieństwem zaniedbania. Autorki podkreślają, że dyskusja na temat wykluczenia osób starszych jest ważna w dziedzinie medycyny ze względu na wpływ wykluczenia na stan zdrowia, jakość życia i wzorce śmiertelności, a także w analizach wykrywania dotyczących tej grupy nadużyć i zaniedbań oraz im zapobiegania.

W zamykającym tę część artykule Agnieszki Pawlak-Kałuźnińskiej *Emigracja a dobrostan fizyczny i psychiczny* zaprezentowane zostały wyniki badania ilościowego przeprowadzonego wśród migrantów zarobkowych i przeanalizowanego w oparciu o koncepcję dobrostanu Carol Ryff. Do analizy wykorzystano trzy spośród sześciu aspektów dobrostanu, to jest rozwój osobisty, cel życiowy i pozytywne relacje z innymi ludźmi. Autorka wyciągnęła wniosek, że pod względem rozwoju osobistego i celu życiowego badani wypadają dobrze, inaczej niż pod względem częstotliwości i jakości relacji z innymi ludźmi, czego skutkiem jest odczuwane przez większość migrantów poczucie osamotnienia, które z kolei może mieć związek z pogarszaniem się ich stanu zdrowia.

Na trzecią część tomu składają się rozważania na temat dobrostanu w przestrzeni instytucjonalnej i publicznej. Trzy z nich poświęcone zostały odpowiedzi na pytanie, jak instytucje takie jak państwo, instytucje ochrony zdrowia czy system oświaty mogą determinować różnie pojmowany dobrostan jednostek, a ostatni tekst dotyczy zaniedbanych potrzeb wolontariuszy.

Otwierający tę część artykuł Iwony Młodziak, Elżbiety Brzezickiej, Urszuli Zwierczyk, Mateusza Kobryna, Marty Wilk oraz Mariusza Dupługi *Postawy negacjonistyczne i sceptyczne a zaufanie: reakcje na pandemię COVID-19 z perspektywy społeczno-kulturowej* prezentuje wyniki badania jakościowego dotyczącego powiązań między postawami negacjonistycznymi wobec COVID-19 a zaufaniem do instytucji ochrony zdrowia. Autorzy przeprowadzili trzynaście wywiadów pogłębionych z osobami o postawach negacjonistycznych, których wskaźnikiem była deklaracja niezaszczepienia się i negatywny stosunek do szczepienia przeciwko zakażeniu wirusem SARS-COV2 w okresie pandemii COVID-19. Analiza ujawniła podział narracji występujących w wywiadach na: sceptyczne zagubione, sceptyczne zdroworozsądkowe, sceptyczne indywidualistyczne i negacjonistyczne. Wyowiedzi pokazują istnienie relacji pomiędzy poglądami negacjonistycznymi, zaufaniem do instytucji medycznych i ich przedstawicieli oraz procesami kulturowymi charakterystycznymi dla okresu nowoczesności refleksyjnej.

Z kolei Aleksandra Nowakowska-Kutra i Agnieszka Jeran w kolejnym tekście *Werbalna przemoc położnicza i lekarska wobec kobiet rodzących w Polsce. Zakres i różnorodność doświadczeń rodzących w ujęciu socjologicznym* przedstawiają wyniki analizy doświadczeń, którymi kobiety podzieliły się w badaniu „Głos Matek” prowadzonym przez Fundację Rodzic po Ludzku. Analiza koncentruje się na przemocy werbalnej kierowanej do kobiet podczas porodu przez położne i lekarzy w Polsce w latach 2021–2022. Autorki, opierając się na teorii Michela Foucaulta, dokonują interpretacji ustaleń dotyczących tego, kto krzychał na kobiety podczas porodu, jakiego języka używano w tych wypowiedziach oraz jakie zachowania kobiet „sprovokowały” takie reakcje położnych i lekarzy.

Aleksandra Piłat-Kobla, Maria Świątkiewicz-Mośny, Magdalena Ślusarczyk, Anna Prokop-Dorner, Natalia Ożegalska-Łukasik, Aleksandra Potysz-Rzyman, Marianna Zarychta, Małgorzata M. Bała, autorki kolejnego artykułu *Analiza podręczników szkolnych w Polsce z lat 2017–2022: krytyczne spojrzenie na treści zdrowotne*, opisują wyniki analizy podręczników szkolnych pod kątem kształtowania przez nie kompetencji zdrowotnych, które są niezbędne, aby dokonywać świadomych wyborów dotyczących zdrowia, a w rezultacie osiągnąć dobre samopoczucie/dobrostan. Autorki stwierdzają, że obecny system edukacji zdrowotnej w Polsce ma potencjał do poprawy zdrowia dzieci i młodzieży poprzez rozwijanie ich umiejętności zdrowotnych, jednak programy nauczania i podręczniki muszą być dostosowane do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży.

Ostatni tekst Magdaleny Wieczorkowskiej *Negatywny wpływ zaangażowania w działania pomocowe na dobrostan wolontariuszy na przykładzie wolontariatu dla obywateli Ukrainy* pokazuje, że pomimo oczywistych korzyści społecznych zaangażowanie w pomoc wolontariacką może być szkodliwe dla pomagających. Pomaganie osobom, które doświadczyły traumy lub cierpienia, może bowiem prowadzić do zmęczenia współczuciem, wypalenia, wtórnego stresu traumatycznego i zastępczej traumatyzacji. Autorka zwraca uwagę na brak badań dotyczących psychologicznych i zdrowotnych kosztów wolontariatu, w konsekwencji także na brak systemowego wsparcia w tym zakresie, co ostatecznie może zmniejszać zaangażowanie w wolontariat i powodować odwrót od takiej aktywności.

Przedstawione w niniejszym tomie rozważania nie są oczywiście wyczerpującym obrazem możliwych refleksji na temat dobrostanu, obrazują jednak złożoność i wielowymiarowość tego pojęcia. Z jednej strony autorzy ukazali bowiem znaczenie dobrostanu w życiu jednostki oraz strategie stosowane w dążeniu do jego utrzymania lub osiągnięcia, podjęli także re-

fleksję naukową na temat wpływu na jakość dobrostanu takich zjawisk jak choroba, samotność czy wykluczenie społeczne. Z drugiej strony — jako swoiste dopełnienie perspektywy indywidualistycznej — przedstawione zostały rozważania na temat dobrostanu w przestrzeni instytucjonalnej i publicznej. Zawarte w tomie refleksje niewątpliwie mogą stać się inspiracją do podjęcia kolejnych, bardziej wnikliwych analiz empirycznych na temat dobrostanu.

Małgorzata Synowiec-Piłat, Agnieszka Borowiec

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

PAWEŁ PRZYŁĘCKI

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

SALUTOGENETYCZNE ROZUMIENIE DOBROSTANU:
O TYM, JAK MODEL SALUTOGENEZY MOŻE POMÓC
W ZROZUMIENIU MECHANIZMÓW OSIĄGANIA DOBROSTANU

WPROWADZENIE

Temat dobrostanu człowieka (*well-being*)¹ przykuł uwagę badaczy dopiero w drugiej połowie XX wieku. Wpływ na to miało umieszczenie tego pojęcia w definicji zdrowia zaproponowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1946 roku². Dobrostan jednostkowy i społeczny badany jest obecnie przez przedstawicieli różnych dyscyplin (nauk społecznych, ekonomicznych, nauk o zdrowiu), którzy różnią się sposobami rozumienia i badania tego, co określa się jako *well-being*. Jedno z pytań, jakie często zadają badacze, wiedząc, iż dobrostan jednostkowy jest uczuciem pozytywnym oznaczającym poczucie szczęścia, dotyczy tego, w jaki sposób można go osiągnąć. Czy dana osoba ma instrumenty do tego, aby poprawiać swój dobrostan, nie tylko materialny, ale głównie psychiczny? Jeśli tak, to jakie to są narzędzia, jak je zdobyć, jak nimi pokierować? Odpowiedź jednoznaczna na te pytania nie jest prosta. Można jednak odwołać się do prac prowadzonych w obrębie innej metodologii niż dotychczasowe

Adres do korespondencji: pawel.przylecki@umed.lodz.pl; ORCID: 0000-0002-9734-8518

¹ Pojęcia te będą stosowane w artykule zamiennie.

² Zob. *Constitution of the World Health Organization*, 1946. Konstytucja WHO weszła w życie 7 kwietnia 1948 r.

badania nad dobrostanem człowieka, głównie w ramach psychologii pozytywnej — do podejścia salutogenetycznego. Model salutogenezy stał się trzecim powszechnie uznanym modelem zdrowia — obok biomedycznego (patogenetycznego) oraz holistycznego — i ma wiele wspólnego z psychologią dobrostanu człowieka.

Opracowanie to jest zatem poświęcone relacji, jaka występuje pomiędzy poczuciem koherencji (kluczowym konstruktem salutogenezy) a dobrostanem człowieka. Chcąc jednak pokazać ten związek, trzeba najpierw przedstawić sposób rozumienia zdrowia, dobrostanu człowieka i model salutogenezy. Następnie przytoczone zostaną wnioski z wybranych badań realizowanych w różnych ośrodkach na świecie po to, aby udzielić odpowiedzi na następujące pytania problemowe:

- Jaki jest związek pomiędzy poczuciem koherencji i uogólnionymi zasobami odpornościowymi a zdrowiem i dobrostanem?
- Za pomocą jakich działań i instrumentów można przyczynić się do rozwoju dobrostanu?

ZDROWIE I MODELE ZDROWIA

Zdrowie było przedmiotem zainteresowania człowieka od czasów najdawniejszych, jednakże dopiero w XX wieku silnie zaakcentowano związek między zdrowiem a dobrostanem człowieka, co znalazło wyraz w definicji WHO. Zdrowie zostało zdefiniowane jako „stan dobrego samopoczucia (dobrostanu) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności” (Constitution WHO, 1946). Ta definicja zdrowia, pomimo iż ukazywała zdrowie w pozytywnym sensie, wciąż była niedoskonała ze względu na wieloznaczność użytych sformułowań, które późniejsi badacze próbowali wyjaśniać, tworząc własne definicje.

Rozszerzona wersja definicji ONZ po latach została zaprezentowana w Karcie Ottawskiej — dokumencie wydanym podczas odbywającej się w 1986 roku I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia. W tym dokumencie stwierdzono, w kontekście sposobu rozumienia roli, jaką powinna odgrywać promocja zdrowia, iż zdrowie jest „stanem pełnego dobrego samopoczucia (*well-being*) fizycznego, psychicznego i społecznego, a osoby lub grupy muszą mieć możliwość określania i realizowania swoich dążeń, zaspokajania potrzeb, a także zmiany środowiska bądź radzenia sobie z nim” (*Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986). W definicji tej wybrzmiało pozytywne rozumienie zdrowia jako zasobu życia codziennego, kładące nacisk na cechy osobiste i społeczne oraz możliwości fizyczne. Zdrowie według tego rozumienia jest kształtowane przez ludzi w warun-

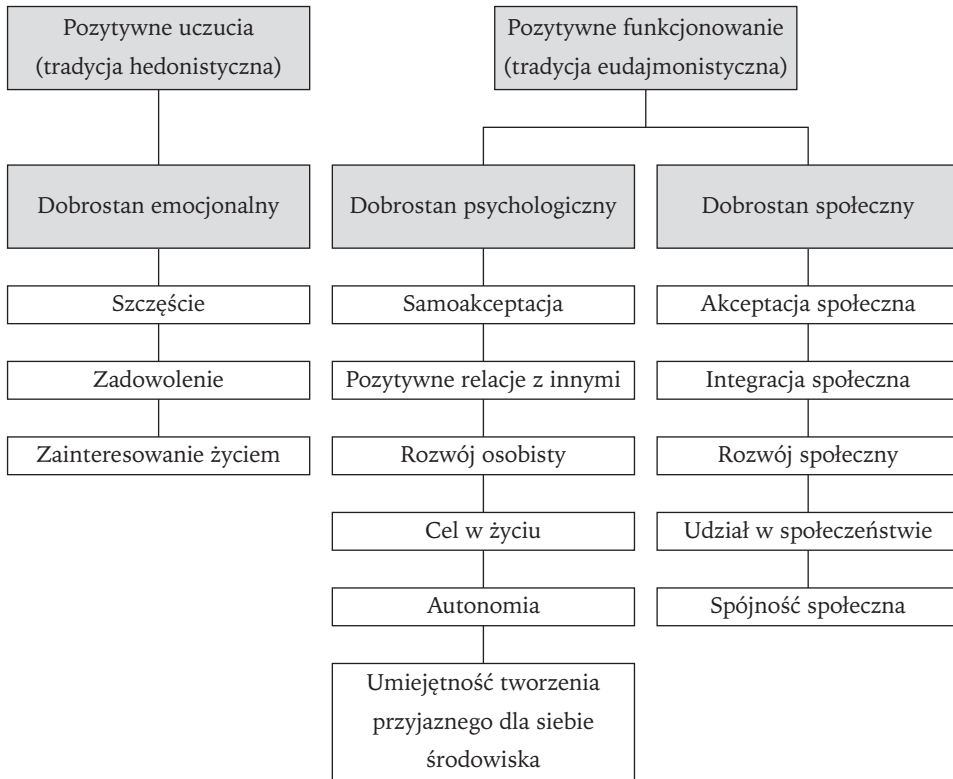
kach ich codziennego życia, a więc w ich siedliskach, takich jak szkoła, miejsce pracy, a także dom rodzinny. Takie rozumienie zdrowia pozwoliło na przeniesienie punktu ciężkości z powszechnej dotychczas praktyki polegającej na szukaniu przyczyn choroby i zapobieganiu im na wskazywanie tych okoliczności i sytuacji, które warunkują zdrowie (Espnes, Moksnes, Haugan 2021, s. 16).

DEFINIOWANIE DOBROSTANU

Pojęcie dobrostanu nie doczekało się dotychczas prostej i uniwersalnej definicji, co wynika z szerokiej możliwości stosowania odpowiadającego mu terminu. Najczęściej jednak, odwołując się do psychologii, mówi się o dobrostanie w kontekście szczęścia i zadowolenia jednostki z własnego życia. Teorii dobrostanu jest wiele, aczkolwiek mają one wspólne pochodzenie, wywodzą się bowiem z dwóch tradycji filozoficznych — hedonistycznej i eudajmonistycznej. Hedonistycznie rozumiane szczęście wiąże się z odczuwaniem przyjemności i unikaniem cierpienia, zatem dotyczy zaspokajania własnych potrzeb, bez analizowania celów jednostki ludzkiej i tego, w jaki sposób są one realizowane. Z kolei eudajmonistyczne rozumienie szczęścia wiąże się z samorealizacją, poczuciem sensu własnego życia, podejmowaniem działań, których motywacją są cele życiowe danej osoby (Karaś 2019, s. 9). Różnice między tymi dwiema tradycjami przedstawia schemat opracowany na podstawie założeń modelu zdrowia psychicznego Coreya Keyesa omówiony w artykule Niny Mjøsund (2021). Keyes wyróżnia trzy rodzaje dobrostanu, wywodząc ich korzenie z tych dwóch tradycji — hedonistycznej (dobrostan emocjonalny) i eudajmonistycznej (dobrostan psychologiczny i społeczny) (Keyes 2005; Robitschek, Keyes 2009).

Dobrostan emocjonalny ma charakter subiektywny, można go utożsamiać ze szczęściem. Badanie tego rodzaju dobrostanu dotyczy subiektywnej oceny zadowolenia z życia. Dobrostan psychologiczny zaś polega na tym, jak dana osoba postrzega swoje funkcjonowanie, radzenie sobie z różnymi wyzwaniami i stresorami (poziom JA). Dobrostan społeczny natomiast wiąże się z tym, jak jednostka postrzega grupę, której jest członkiem (poziom MY). Dobrostan emocjonalny (w ujęciu hedonistycznym) będzie zatem oznaczał szczęście rozumiane w bardziej potoczny sposób, polegające na zaspokajaniu potrzeb związanych z radością, szczęściem i jakością życia codziennego, natomiast dobrostan w ujęciu eudajmonistycznym dotyczy rozwijania potrzeb nienamacalnych, związanych z prezentowanymi wartościami, potrzebami duchowymi (np. realizowanie się na rzecz społeczności, rozwój duchowy).

Rodzaje dobrostanu i jego wskaźniki



Źródło: opracowanie własne na podstawie Mjøsung 2021, s. 49; Keyes 2005; Robitschek, Keyes 2009.

Nawiązując do tego podziału można stwierdzić, iż dobrostan ma charakter jednostkowy i zbiorowy. Pierwszy rodzaj dobrostanu będzie badany zazwyczaj przez psychologów, którzy wypracowali w tym zakresie różne skale indywidualne służące do badania zdrowia fizycznego i psychicznego. Tak rozumiany dobrostan jest tożsamy z brakiem negatywnych uczuć i umiejętnością łatwego i spójnego przystosowania się do życia w trudnym świecie (Keyes 1998, s. 121). Dobrostan zbiorowy ma natomiast związek z powiązaniem danej jednostki ze społeczeństwem. Nie będzie ona bowiem w stanie osiągnąć pełnego zadowolenia z życia, jeśli nie będzie miała warunków zewnętrznych do tego, aby się realizować. Zatem dobrostan indywidualny nie zostanie w pełni osiągnięty, jeśli dana osoba nie będzie zadowolona ze swoich powiązań ze społeczeństwem. Jazń jest bowiem wytworem zarówno publicznym, jak i prywatnym (Mead 1975). Badanie

zadowolenia z życia powinno więc obejmować zarówno życie prywatne, jak i publiczne. Jednostka spotyka się ze stresorami w jednym i w drugim życiu. Są one dla niej wyzwaniem i wymagają znalezienia odpowiednich zasobów do radzenia sobie z nimi.

W tym miejscu warto zauważyć, iż analizy dobrostanu społecznego prowadzone były już przez Émile'a Durkheima, którego można uznać za prekursora badań nad społecznym wymiarem zdrowia. Durkheim (2011) zwrócił bowiem uwagę na to, iż relacje ze społeczeństwem mają wpływ na zdrowie jednostki. Wskazywał na różne wymiary pozytywnego zdrowia człowieka, rozumianego jako dobre funkcjonowanie jednostki w społeczeństwie, na jej relacje z grupą społeczną i jej subiektywną ocenę tych powiązań. Do wymiarów tak rozumianego dobrostanu społecznego można zaliczyć, jego zdaniem, integrację i spójność społeczną, poczucie przynależności i współzależności, poczucie wspólnej świadomości i zbiorowego losu.

Corey Keyes (1998, s. 122), odwołując się do klasyków socjologii, wyróżnił kilka głównych wymiarów dobrostanu społecznego: integrację społeczną, akceptację społeczną, wkład społeczny, aktualizację społeczną, spójność społeczną. Integracja społeczna jednostki ze społeczeństwem została uznana za podstawowy wymiar zdrowia społecznego. Wymiar ten stanowi odwołanie do koncepcji spójności społecznej Durkheima (2011). W rozumieniu Durkheima integracja społeczna jest odzwierciedleniem powiązania ze sobą jednostek za pomocą norm społecznych, co stanowi wyraz ich przywiązania do życia społecznego. Integracja społeczna to stopień, w jakim osoba czuje, że ma coś wspólnego z innymi, którzy tworzą jej rzeczywistość społeczną (np. sąsiedztwo), a także stopień, w jakim czuje, że przynależy do swoich wspólnot i społeczeństwa. Przeciwnością integracji jest izolacja i wyobcowanie jednostki ze społeczeństwa. Akceptacja społeczna natomiast to kategoria ogólna, oznacza postrzeganie społeczeństwa poprzez charakter i cechy innych ludzi. Osoby mające wysoki wskaźnik akceptacji społecznej ufają innym osobom, mają o nich dobre zdanie, wierzą w ich dobre intencje, pracowitość, szczerłość, chętnie wchodzi w relacje społeczne, wierzą, że ludzie są zdolni do życzliwości. Kolejnym wymiarem dobrostanu społecznego jest wkład społeczny, który odnosi się do oceny własnej wartości społecznej. Obejmuje przekonanie, że jest się ważnym członkiem społeczeństwa, który może dać światu coś wartościowego. Wkład społeczny odzwierciedla, czy i w jakim stopniu ludzie czują, że to, co robią, jest cenione przez społeczeństwo i przyczynia się to do wspólnego dobra. Pod pojęciem społecznej aktualizacji należy rozumieć ocenę potencjału społeczeństwa, to jaka

jest zdolność i siła społeczeństwa do realizowania zadań poprzez własne instytucje. Osoby zdrowsze społecznie lepiej oceniają funkcjonowanie społeczeństwa, patrzą z nadzieją w przyszłość, widzą korzyści dla siebie z bycia członkiem danego społeczeństwa. Ostatni wymiar, spójność społeczna, dotyczy postrzegania jakości i funkcjonowania świata społecznego i obejmuje troskę o wiedzę o świecie. Zdrowi ludzie nie tylko dbają o jakość świata, w którym żyją, ale także mają przekonanie co do tego, że rozumieją, co się wokół nich dzieje. Wiedzą, że świat nie jest doskonały, jednak dążą do nadania sensu swojemu życiu w tym świecie (Keyes 1998, s. 122–123).

ZAŁOŻENIA KONCEPCJI SALUTOGENEZY

Koncepcja salutogenezy jest interdyscyplinarną koncepcją dotyczącą zdrowia i zdrowienia, mającą korzenie socjologiczne, a główny jej konstrukt, to jest poczucie koherencji, jest obecnie wykorzystywany w celach badawczych, głównie przez psychologów, socjologów i specjalistów zajmujących się promocją zdrowia. Nazwa „salutogeneza” powstała z połączenia łacińskiego słowa *salut* (zdrowie — lub Twoje zdrowie) z greckim słowem *genesis* (pochodzenie). Jej autorem jest izraelski socjolog Aaron Antonovsky (1923–1994), który urodził się w Stanach Zjednoczonych, dokąd po pierwszej wojnie światowej wyemigrowali z Rosji jego rodzice. W Stanach ukończył studia i obronił pracę doktorską na Uniwersytecie Yale, a następnie w 1960 roku wyjechał na stałe do Izraela. Tam kontynuował swoje naukowe zainteresowania w obszarze socjologii medycyny (Antonovsky 1990), przy czym głównie badał temat stresu i sposobów radzenia sobie z nim. Od początku kariery naukowej w jego pracach przewijały się przemyślenia salutogenetyczne, choć początkowo nie były one jeszcze sprecyzowane aż do czasu, gdy kierował katedrą socjologii medycyny na Uniwersytecie Ben-Guriona w Negev.

Prowadząc badania z kobietami izraelskimi, zarówno mającymi, jak i niemającymi doświadczenia pobytu w getcie w okresie wojny, Antonovsky (1979, 2005) ustalił, iż grupy te różnią się w zakresie subiektywnego odczuwania zdrowia i choroby. Wśród kobiet, które nie doświadczyły pobytu w getcie 51% cieszyło się dobrym stanem zdrowia psychicznego, a wśród tych, które przebywały w getcie — 29%. Badacz zadał pytanie, co miało wpływ na to, że aż 29% kobiet pozytywnie oceniło stan swojego zdrowia pomimo traumatycznych doświadczeń pobytu w getcie? Analiza pogłębionych wywiadów indywidualnych stała się podstawą do sformułowania nowej koncepcji zdrowia, będącej przeciwieństwem

dominującego wówczas w naukach o zdrowiu paradygmatu biomedycznego.

Antonovsky, budując koncepcję salutogenezy, nawiązał do teorii systemów. Stwierdził, iż osoba funkcjonuje w wysoce złożonym systemie, którego jest częścią. Skonstatował, że człowiek jest w ciągłej interakcji ze środowiskiem, a chaos i zmiana są naturalnymi stanami w życiu każdego. Wyzwaniem dla jednostki jest zarządzanie chaosem oraz znalezienie strategii i dostępnych zasobów do poradzenia sobie ze zmianami w życiu codziennym (Haugan, Eriksson, 2021, s. 9; Eriksson 2022, s. 61). Obecnie podkreśla się, że salutogeneza jest modelem, który znacząco przyczynia się do zrozumienia zdrowia oraz związanej ze zdrowiem jakości życia (Antonovsky 1979, 2005; Lindström, Eriksson 2005). Pytanie, jakie zadał Antonovsky, dotyczyło tego, co tworzy zdrowie? Odpowiedź była dość konkretna — jest to poczucie koherencji.

Koncepcja salutogenezy rozwijana początkowo przez samego Antonovsky'ego z czasem zaczęła cieszyć się dużym zainteresowaniem badaczy z różnych ośrodków naukowych na świecie. Obecnie każdego roku pojawiają się badania dotyczące teoretycznych i praktycznych aspektów salutogenezy, w tym rozwoju programów zdrowotnych tworzonych z odwołaniem do teoretycznych założeń modelu salutogenezy.

SALUTOGENEZA A MODEL BIOMEDYCZNY

To, co w największym stopniu odróżnia salutogenezę od podejścia patogenetycznego (model biomedyczny), ale również od modelu holistycznego, to odejście od dychotomicznego założenia, według którego ludzie są albo zdrowi, albo chorzy (Antonovsky 2005, s. 21). Ponadto istotna różnica dotyczy momentu, w którym wskazane jest podjęcie określonego działania ze strony medycyny. Podczas gdy w modelu biomedycznym, skoncentrowanym na chorobie, działania przeciwdziałające patologii podejmowane są wówczas, gdy osoba znajduje się w tej części kontinuum, w której bliżej jej do bieguna „choroba”, to według modelu salutogenetycznego (orientacja prozdrowotna) uważa się, że działania sprzyjające zdrowiu należy podejmować także wtedy, gdy jednostka jest w części bliższej bieguna „zdrowie”. W modelu salutogenetycznym istotne jest także założenie, iż choroba niekoniecznie jest rzadkim odchyleniem, a sam fakt bycia chorym nie musi oznaczać, iż osoba czuje się chora i choroba ta ma wpływ na jej zdrowie psychiczne. Znajduje to potwierdzenie w obiektywnych badaniach laboratoryjnych (Antonovsky 2005, s. 11).

ROLA STRESORÓW W SALUTOGENEZIE

O oryginalności modelu salutogenezy świadczy odejście od powszechnego twierdzenia, iż konieczne jest unikanie różnych stresorów, aby nie doprowadzić do rozwoju patologii. Antonovsky zauważył, iż stres jest naturalną częścią życia, stale jesteśmy narażeni na zmiany i zdarzenia, które można uznać za czynniki stresogenne. Może to dotyczyć problemów rodzinnych lub zawodowych, śmierci osoby bliskiej, konfliktu zbrojnego na danym terenie itd. W rozumieniu Antonovsky'ego człowiek nie jest w stanie kontrolować wszystkich negatywnych doświadczeń, czyli stresorów. Dlatego należy zaakceptować to, że życie z natury jest pełne stresorów, i odrzucić założenie, że stresory z natury są patogenne. Stresory obciążają człowieka, co powoduje u niego napięcie. Jednakże napięcie uważane jest za potencjalnie sprzyjające zdrowiu, a nie za nieuchronnie szkodliwe dla zdrowia. Pod wpływem stresorów jednostka doświadcza napięcia i staje przed ciągłym wyzwaniem dostosowania się do stresora oraz identyfikacji i wykorzystania osobistych i środowiskowych uogólnionych zasobów odpornościowych. Wyzwaniem jest zarządzanie bodźcami oraz znalezienie strategii i dostępnych zasobów w celu poradzenia sobie ze zmianami w życiu codziennym. Istotne staje się to, jak dana osoba może poradzić sobie z tym chaosem, czyli jak radzi sobie z identyfikacją i wyborem, a następnie użyciem określonych uogólnionych zasobów odpornościowych. O tym decyduje, jak stwierdził Antonovsky, poczucie koherencji. Zdolność jednostki do identyfikowania i stosowania określonych zasobów wpływa na jej zdolność do odpowiedniego radzenia sobie ze stresem, a to ma wpływ na jej przemieszczanie się na kontinuum w kierunku bieguna „zdrowie” (Antonovsky 2005, s. 42–45; Moksnes 2021, s. 36–37).

KONSTRUKCJA MODELU SALUTOGENEZY

Model salutogenezy składa się z dwóch elementów: uogólnionych zasobów odpornościowych (*general resistance resources*) oraz poczucia koherencji (*sense of coherence*). Poczucie koherencji obejmuje trzy elementy, którymi są poczucie sensowności, poczucie zaradności i poczucie zrozumienia.

Uogólnione zasoby odpornościowe stanowią niejako podstawę do rozwoju poczucia koherencji, są wstępnymi warunkami jego rozwoju. Zasoby odpornościowe mają charakter zarówno wewnętrzny, jak i zewnętrzny, istnieją zatem na poziomie jednostki, grupy i całego społeczeństwa, ponadto mogą mieć charakter moralny i duchowy (Espnes, Moksnes, Haugan,

2021, s. 17). Zatem zasoby odpornościowe to inaczej atuty jednostki albo grupy lub społeczności ułatwiające walkę ze stresorami, kierowanie własnym życiem i przyczyniające się do rozwoju poczucia koherencji (Antonovsky 2005, s. 42–45). Pomagają w unikaniu stresorów lub zmniejszaniu napięcia wywołanego przez dany stresor, mogą mieć więc zróżnicowany charakter. Najczęściej wyróżnia się następujące zasoby odpornościowe, będące (lub nie) w dyspozycji osoby:

- fizyczne i genetyczne (np. siła fizyczna, geny, układ odpornościowy),
 - materialne (np. pieniądze, zakwaterowanie, jedzenie),
 - poznawcze i emocjonalne (np. wiedza, inteligencja),
 - tożsamość jednostki (pozytywne postrzeganie siebie),
 - wartości i postawy,
 - interpersonalno-relacyjne (rodzina, przyjaciele, kontakty społeczne),
 - aspekty makrospołeczno-kulturowe (kultura, normy społeczne)
- (Moksens 2021, s. 37).

Uogólnione zasoby odpornościowe są z jednej strony uniwersalne, a z drugiej strony mogą stanowić właściwości podmiotu indywidualnego (rodzina) lub zbiorowego (społeczność). Przyjmując, że podstawowe zasoby to rodzina i relacje rodziców z dzieckiem, trzeba pamiętać, że znacząco różnią się one w zależności od tego, z jakiej rodziny jednostka się wywodzi. Podobnie późniejsze uczęszczanie do szkoły będzie miało różny wpływ na osoby wywodzące się z różnych środowisk. Jedna osoba trafi na wspierające środowisko nauczycieli i rówieśników, a inna może spotkać się z przemocą, agresją i brakiem wsparcia. Podobnie można interpretować każdy kolejny zasób — materialny i niematerialny. Pozycja jednostki na kontynuum, jej poczucie koherencji, jest uzależniona od tych zasobów, od tego, jak wiele jest ich w jej zasięgu i w jaki sposób nad nimi panuje (Pasikowski 2000, s. 42).

Drugim, a zarazem głównym, konstruktem modelu salutogenezy jest poczucie koherencji, które według pierwotnych założeń autora, potwierdzonych później w wielu badaniach, wpływa na to, w jakim miejscu na kontynuum zdrowie–choroba umiejscowiony jest człowiek oraz czy przesuwa się w kierunku bieguna „zdrowie” (Antonovsky 2005, s. 31). Poczucie koherencji definiowane jest jako: „globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” (Antonovsky

2005, s. 34). Poczucie koherencji kształtuje się przez całe życie, w toku socjalizacji pierwotnej i wtórnej. Poczucie koherencji danej osoby, jej siła, jest czynnikiem ułatwiającym ruch w kierunku zdrowia. Poczucie koherencji pełni rolę mediatora pomiędzy poszczególnymi zasobami, pomaga jednocześnie jednostce zmobilizować je do radzenia sobie ze stresorami i skutecznego zarządzania napięciem za pomocą identyfikacji i wykorzystania uogólnionych zasobów odpornościowych (Moksnes 2021, s. 35).

Na poczucie koherencji składają się trzy składniki, bez nich nie można mówić o poczuciu koherencji danej osoby. Są to:

poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*) — dotyczy „[...] stopnia, w jakim człowiek spostrzega bodźce, z którymi się styka, napływające ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego, jako sensowne poznawczo, jako informacje uporządkowane, spójne, ustrukturyowane i jasne” (Antonovsky 2005, s. 32);

poczucie zaradności (*manageability*) — „stopień, w jakim człowiek spostrzega dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymaganiom, jakie stawiają bombardujące go bodźce” (Antonovsky 2005, s. 33);

poczucie sensowności (*meaningfulness*) — „stopień, w jakim człowiek czuje, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego, że przynajmniej część problemów i wymagań, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania [...]” (Antonovsky 2005, s. 34).

Poczucie koherencji to globalna orientacja człowieka, a także sposób postrzegania własnego życia jako uporządkowanego, możliwego do zarządzania i mającego sens. Jest to sposób myślenia i działania oparty na wewnętrznym zaufaniu, który prowadzi jednostkę do wykorzystywania zasobów, którymi dysponuje, a które pomagają jej przesuwać się na kontinuum w kierunku bieguna „zdrowie”. Koherencja to zatem zdolność osoby to zrozumienia i oceny sytuacji, w której się znalazła, oraz poczucie sensu podążania w kierunku zdrowia. Kluczowym zasobem pomagającym w znalezieniu sensu przemieszczania się na kontinuum choroba–zdrowie jest wiedza, zarówno formalna, jak i nieformalna. Dlatego też badania pokazują (Lindström, Eriksson 2011; Wiesmann, Hannich 2019), że wraz z wiekiem na ogół zwiększa się poczucie koherencji jednostki, co wynika z tego, że wraz z nabywaniem ciągle nowych doświadczeń życiowych przyrasta wiedza ogólna.

Zrozumiałość jest komponentem poznawczym koherencji i odnosi się do stopnia, w jakim osoby rozumieją informacje dotyczące ich samych i środowiska społecznego. Świat staje się dla nich zrozumiały, uporząd-

kowany i spójny. Jednak postrzeganie wydarzeń jako zrozumiałych nie oznacza, że są one całkowicie przewidywalne i pozbawione trudności; chodzi o to, że doświadczane bodźce są wytłumaczalne i logiczne. Możliwość zarządzania jest komponentem „instrumentalnym” i odnosi się do stopnia, w jakim osoby postrzegają, że dysponują zasobami wystarczającymi, aby odpowiednio sprostać wymaganiom. Poczucie zaradności oraz poczucie zrozumiałości mają zatem charakter poznawczy, natomiast poczucie sensowności zawiera aspekty emocjonalno-motywacyjne, odnosi się do stopnia, w jakim jednostki czują, że pewne obszary życia są warte osobistego zaangażowania i wysiłku.

Wszystkie trzy wymiary koherencji oddziałują na siebie. Jednakże najważniejszym elementem jest, jak twierdził Antonovsky, poczucie sensowności, stanowiące siłę napędową życia. Postrzeganie danych problemów i wymagań życiowych jako wartych zaangażowania oddziałuje na pozostałe składniki poczucia koherencji: zrozumiałość i zaradność. Podwyższenie poziomu poczucia koherencji jednostki możliwe jest zatem tylko wtedy, gdy wysoki jest poziom sensowności, nawet przy niższych poziomach pozostałych dwóch składników poczucia koherencji (Moksnes 2021, s. 37; Pasikowski 2000, s. 19).

Jednocześnie wzmocnienie ogólnego poziomu poczucia koherencji uzależnione jest od posiadanych przez jednostkę uogólnionych zasobów odpornościowych, z których kluczowym jest wiedza. Nie musi być ona jednak na poziomie akademickim. Poczucie koherencji obejmuje bowiem pewne obszary ważne dla danej osoby i to, co znajduje się poza granicami tych obszarów, nie ma znaczenia dla jednostki. Tym samym zakres tych obszarów może być całkowicie różny, w zależności od osoby. Ważne jest to, aby dobrze czuć się w obrębie własnych obszarów, rozumieć logikę ich funkcjonowania i akceptować swoje miejsce w danym obszarze. Wiele może być takich obszarów, jednakże według Antonovsky’ego cztery są najważniejsze dla ustanowienia silnego poczucia koherencji — własne życie emocjonalne, bezpośrednie relacje z innymi ludźmi, główna aktywność zawodowa, zagadnienia egzystencjalne, jak na przykład śmierć czy życiowe porażki (Pasikowski 2000, s. 58).

ZWIĄZEK MIĘDZY SALUTOGENEZĄ A DOBROSTANEM

Jak wynika z badań prowadzonych przez Monikę Eriksson i Bengta Lindströma (2014), istnieje silne połączenie pomiędzy dobrostanem, postrzeganiem własnego życia i jakością życia a poczuciem koherencji i uogólnionymi zasobami odpornościowymi. Już na poziomie definicyj-

nym widać, iż pojęcie dobrostanu psychicznego ma wiele punktów wspólnych z orientacją salutogenetyczną. Odnosząc się do opisu dobrostanu psychicznego według Carol Ryff (1989, s. 1070–1071), można zauważyć, iż występuje on w sześciu wymiarach: (a) samoakceptacja (akceptowanie swoich mocnych i słabych stron); (b) pozytywne relacje z innymi; (c) posiadanie celu w życiu; (d) panowanie nad otoczeniem (kreowanie własnego środowiska); (e) autonomia (postępowanie zgodne z własnymi przekonaniami); (f) osobisty rozwój (podnoszenie kompetencji). Pierwszy wymiar ma silny związek z pojęciem poczucia koherencji w modelu salutogenezy. Z różnych badań opartych na skali poczucia koherencji (Ciarrano i in. 2010; Garcia-Moya i in. 2014) wynika, iż osoby uzyskujące wysokie wyniki w zakresie poczucia koherencji mają wysokie poczucie własnej wartości oraz autonomii, a także dobre zrozumienie środowiska, w którym żyją. Posiadają cechy, które pozwalają im pewnie zarządzać będącymi w ich dyspozycji uogólnionymi zasobami odpornościowymi. Na ten wymiar składają się wszystkie pozostałe wymiary. Pozytywne relacje z otoczeniem są związane z samoakceptacją i autonomią, ale świadczą również, w rozumieniu salutogenetycznym, o posiadaniu odpowiednich zasobów odpornościowych, jakimi w tym przypadku są rodzina, przyjaciele, znajomi. Wymiar „posiadanie celu w życiu” odnosi się do tych samych aspektów, o których mowa przy motywacyjnym poczuciu zrozumiałości (*meaningfulness*). W końcu panowanie nad otoczeniem to inaczej umiejętność zarządzania stresorami, o których pisał Antonovsky (poczucie zaradności) i które należy postrzegać nie tylko jako zagrożenia, ale również jako pozytywne wyzwania.

Wyraźne podobieństwo widać także między koncepcją salutogenezy a charakterystyką społecznego dobrostanu w ujęciu Keyesa (1998), które zostało wcześniej przedstawione. Keyes, podobnie jak Antonovsky, zwraca uwagę na silne powiązania jednostki ze środowiskiem. To, w jaki sposób jednostka połączona jest ze swoim środowiskiem (integracja społeczna), jak postrzega swoją małą ojczyznę i jaki ma stosunek do niej (spójność społeczna), jakie czerpie korzyści z udziału w społeczeństwie (aktualizacja społeczna), jak bardzo potrafi wykorzystywać swoje uogólnione zasoby odpornościowe do rozwiązywania swoich problemów, ma wpływ na jej stan zdrowia.

Warto zadać pytanie, jak osiągnąć dobrostan, zwłaszcza w aspekcie zadowolenia ze zdrowia psychicznego. Wydaje się, że właśnie orientacja salutogenetyczna jest w stanie wspomóc badaczy dobrostanu w tym zakresie, zwłaszcza że posiada do tego standaryzowane narzędzia w postaci dwóch skal (29-czynnikową lub jej skróconą wersję 13-czynnikową) po-

zwalających badać poczucie koherencji jednostki w danym momencie życia (Antonovsky 2005, s. 175–178). Można zakładać, że osoby wzmacniające swoje poczucie koherencji będą przesuwac się w kierunku bieguna „zdrowie”, a tym samym będą cieszyć się lepszym zdrowiem, zadowoleniem z życia i będą dłużej żyć. Osoby te będą jednocześnie lepiej radzić sobie ze stresem i negatywnymi wydarzeniami, co pozytywnie wpłynie na ich samopoczucie i ogólną jakość życia, a także lepiej będą sobie radzić w trudnych sytuacjach życiowych, nawet takich jak wystąpienie przewlekłej choroby czy niepełnosprawności (Eriksson, Lindström 2014, s. 69).

Obecnie istnieje mnóstwo badań dotyczących związku pomiędzy poczuciem koherencji a zdrowiem, radzeniem sobie ze stresorami i dobrostanem w różnych grupach wiekowych, zawodowych i narodowych (zob. tabela 1). Ze wszystkich tych badań wysuwa się główny wniosek — niższe poczucie koherencji wiąże się z gorszym radzeniem sobie w sytuacjach stresowych, a w konsekwencji niższym zadowoleniem z życia, gorszym zdrowiem psychicznym. Natomiast silne poczucie koherencji koreluje z tendencją do zachowań prozdrowotnych — lepszym radzeniem sobie ze stresem, dbaniem o odpowiednią dietę, aktywnością ruchową itd.

Jak zatem można dążyć do wzmocnienia poczucia koherencji, a tym samym do dobrostanu człowieka? Jakie działania powinny być podejmowane na poziomie nie tylko jednostkowym, lecz głównie społecznym i politycznym? Jednostka jest częścią większego systemu, a jej poczucie koherencji jest silnie powiązane z jej doświadczeniami życiowymi, zarówno rodzinnymi, jak i później szkolnymi i zawodowymi, dlatego kluczowe jest realizowanie działań na poziomie społeczności. Tak dzieje się na przykład w krajach skandynawskich, w których szeroko propagowane jest saluto-genetyczne podejście do zdrowia. W tym celu konieczne są odpowiednie programy zdrowotne, zaprojektowane i finansowane przez różne instytucje — od instytucji lokalnych publicznych i niepublicznych, sektor trzeci, po państwo i organizacje międzynarodowe, jak Unia Europejska czy WHO. Pierwszą i naczelną ideą tych programów powinno być rozwijanie tzw. dialogu salutogenetycznego — promującego zdrowie. Zasadą takiego dialogu musi być promowanie szacunku, chęci zrozumienia drugiego człowieka, jego potrzeb, poglądów, sposobu rozumienia rzeczywistości. Obie strony powinny czuć, że są wzmocnione taką postawą opartą na wzajemnym szacunku i upodmiotowieniu (Eriksson, Lindström 2014, s. 81). Podstawą jest w tym przypadku szkoła, pierwsze duże środowisko, w którym człowiek podlega intensywnej socjalizacji do pełnienia w przyszłości rozmaitych ról społecznych. To w szkole konieczne jest budowanie silnego poczucia koherencji u uczniów, w czym pomogą wolna wymiana myśli oparta

Tabela 1

Wykaz przykładowych badań dotyczących związku między poczuciem koherencji a zdrowiem i radzeniem sobie ze stresorami

Autorzy, rok publikacji	Rok badania / państwo	Grupa badana	Problemy badawcze i wnioski
Nielsen, Hansson, 2007	1996–1997 Dania	Nastolatki (okres szkolny), N = 3258	<p>Problem: Związek pomiędzy poczuciem koherencji (dalej PK) a zdrowiem i stresem u młodych osób.</p> <p>Wnioski: Istnieje związek pomiędzy PK a stresem i zdrowiem. PK było nieznacznie wyższe u chłopców niż u dziewcząt. Częstość występowania silnego stresu była na porównywalnym poziomie w obu grupach. W domu rodzinnym dziewcząt częściej występowały poważne konflikty. Częstość występowania chorób i objawów była większa u dziewcząt.</p>
Honkinen i in., 2009	1985–1999 Finlandia	<p>Dzieci w wieku 0–18</p> <p>Badanie podłużne prowadzone w różnych okresach życia dziecka:</p> <ul style="list-style-type: none"> — moment ciąży (N = 1287 kobiet), — wiek dziecka 3 lata (N = 1086 rodziców); — wiek 12 lat (N = 907 rodziców i 900 dzieci); — wiek 15 lat (N = 745 rodziców, N = 846 dzieci); — wiek 18 lat (N = 787 rodziców, N = 792 nastolatków). 	<p>Problem: Związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi w dzieciństwie a PK.</p> <p>Wnioski: (1) Różnice między płciami były istotne w przypadku 15- i 18-letnich nastolatków — chłopcy uzyskali istotnie wyższe wyniki PK niż dziewczęta. (2) PK utrzymywało się na niezmiennym poziomie między 15. a 18. rokiem życia. (3) Istnieje duże prawdopodobieństwo, że dzieci z problemami psychicznymi będą miały słabe PK w okresie dojrzewania. (4) Wysokie wyniki w zakresie zachowań destrukcyjnych w wieku 3 lat sprzyjają słabemu PK w wieku 18 lat. (5) Struktura rodziny nie była czynnikiem determinującym PK. (6) Lęk/depresja, zachowania przestępcze, a także problemy z uwagą i zgłaszane problemy natury somatycznej w wieku 15 lat były istotnie powiązane ze słabym PK w wieku 18 lat. (7) Problemy z uwagą w wieku 12 lat, sprzyjały niskiemu PK w okresie dojrzewania.</p>

Tabela 1 c.d.

Autorzy, rok publikacji	Rok badania / państwo	Grupa badana	Problemy badawcze i wnioski
Pahkin i in., 2011	1996–2000, Finlandia	Pracownicy bez epizodów psychiatrycznych w ciągu ostatnich 5 lat, N = 4279	<p>Problem: Wpływ zmiany organizacyjnej (fuzja organizacji) na początkowo zdrowych psychicznie pracowników (bez zarejestrowanych zdarzeń psychiatrycznych) o różnych poziomach PK.</p> <p>Wnioski: (1) Pracownicy ze słabszym PK przed fuzją byli obciążeni większym ryzykiem negatywnego postrzegania zmiany organizacyjnej i mieli zwiększone ryzyko zdarzeń psychiatrycznych po fuzji. (2) Silniejsze PK zmniejszało niekorzystny wpływ negatywnej oceny zmian na stan psychiczny.</p>
Albertsen i in., 2001	Dania	Pracownicy, N = 2053	<p>Problem: Zbadanie związku pomiędzy PK a objawami stresu u pracowników.</p> <p>Wnioski: (1) Osoby z wysokim poziomem PK doświadczały mniej objawów stresu. (2) Osoby z wyższym PK ze stresem środowiskowym w pracy radziły sobie skuteczniej niż osoby z niższym PK.</p>
Ciairano i in., 2010	Włochy	Osoby młode, w wieku 19–29 lat, zatrudnione po raz pierwszy w życiu, wykonujące pracę prekaryjną (niesatysfakcjonującą, niepewną pod względem stabilności zatrudnienia), N = 95	<p>Problem: Związki pomiędzy wykształceniem, wykonywaniem pracy prekaryjnej, zadowoleniem z życia i PK.</p> <p>Wnioski: (1) Młodzi dorośli z wyższym wykształceniem wykonujący pracę prekaryjną są ogólnie mniej zadowoleni z życia niż dorośli mający stałą pracę. (2) Jednocześnie ci sami młodzi ludzie, z wyższym wykształceniem, charakteryzują się większą zdolnością do zarządzania, co jest jednym z wymiarów PK.</p>

Tabela 1 c. d.

Autorzy, rok publikacji	Rok badania / państwo	Grupa badana	Problemy badawcze i wnioski
Garcia-Moya i in., 2014	Hiszpania, 2010	Reprezentatywna próba nastolatków w wieku 13–18 lat, N = 7580	<p>Problem: Częstość występowania wiktymizacji u nastolatków i jej wpływ na dolegliwości fizyczne i psychiczne.</p> <p>Wnioski: (1) Nastolatki ze słabym PK były znacznie bardziej narażone na wiktymizację z powodu nękania, niezależnie od rodzaju nękania (fizyczne, psychiczne, tradycyjne, wirtualne). (2) W przypadku osób z niskim PK częściej występowały objawy natury fizycznej i psychicznej związane z nękaniami niż w przypadku osób z wysokim PK.</p>
Paterson i inni, 2024	Australia, 2020–2021	Pielęgniarki/pielęgniarze i położne w wieku 22–63 lata, N = 156	<p>Problem: Wpływ PK i wsparcia w miejscu pracy na wyniki dobrostanu psychicznego (lęk, depresja i wypalenie zawodowe) u pielęgniarek i położnych w Australii podczas pandemii COVID-19.</p> <p>Wnioski: PK było istotnym czynnikiem ochronnym dla zdrowia psychicznego, co oznacza, że wysoki poziom PK był predyktorem niższego poziomu lęku, depresji i wypalenia zawodowego w badanej próbie.</p>
Zielińska-Więczkowska, Sas, 2020	Polska	Seniorzy, słuchacze Uniwersytetu Trzeciego Wieku (UTW), N = 315	<p>Problem: Ocena związku pomiędzy PK i postrzeganiem siebie a ryzykiem wystąpienia depresji wśród seniorów (słuchaczy UTW).</p> <p>Wnioski: (1) Lepiej wykształcone osoby starsze miały wyższe PK i wykazywały bardziej pozytywne postrzeganie siebie w kontekście starzenia się. (2) Osoby te dodatkowo rzadziej wykazywały oznaki depresji ze względu na wiek.</p>

na dialogu i wzajemnym szacunku. Instrumentami budowania sprzyjającego środowiska mogą być różne dyskusje, spotkania, warsztaty, w których podejmuje się różne tematy, często te trudne, kontrowersyjne. Ponadto warto, jak sugerują Mayer i Boness (2011, s. 519–520), wprowadzić w szkołach instytucję rzecznika grupowego, którym byłby jeden z uczniów, cieszący się poważaniem ze strony kolegów i nauczycieli. Pełniłby on rolę

mediatora. Celem zarówno szkoleń i warsztatów, jak i instytucji rzeczownika grupowego powinno być wzmacnianie zasobów psychologicznych uczniów — będą to, odwołując się do modelu salutogenezy, uogólnione zasoby odpornościowe. Dalszym działaniem będzie doskonalenie trzech komponentów poczucia koherencji — zrozumiałości, zaradności i sensowności. Wzmacnianie poczucia koherencji znajdzie swoje efekty w dorosłym życiu uczniów.

Podobne zasady można wprowadzać w organizacjach. W tym przypadku celem firmy powinno być dążenie do ograniczania procesów patogenicznych na rzecz procesów salutogenetycznych, czyli takich, które będą wzmacniały poczucie koherencji u pracowników, głównie poprzez rozwijanie w miejscu pracy uogólnionych zasobów odpornościowych. I znów chodzi o różnego rodzaju szkolenia wzmacniające potencjał pracowników, szkolenia z zakresu przeciwdziałania mobbingowi i dyskryminacji, szkolenia dotyczące różnorodności, w tym komunikacji interkulturowej, a także szkolenia z zakresu radzenia sobie ze stresem i wypaleniem zawodowym. Innym zasobem pozytywnie oddziałującym na zdrowie pracowników jest tworzenie w organizacji miejsc przyjaznych pracownikom, gdzie można się na przykład odstresować. Kluczowe jest także rozwijanie polityki *work life balance*. Należy zauważyć, iż takie działania w dużych korporacjach są już normą. Ważne jest także wprowadzanie procesów, które będą dawały pracownikom, zwłaszcza tym najlepiej wykształconym, możliwość zwiększenia swojej autonomii w organizacji i ciągłego rozwoju (Bauer, Jenny 2022, s. 284).

Grupą społeczną szczególnie narażoną na gorsze funkcjonowanie psychiczne i fizyczne są osoby starsze. Dlatego w dobie szybko starzejących się społeczeństw również ta grupa, poza osobami młodymi, powinna stać się szczególnie ważnym beneficjentem szytych na miarę jej potrzeb programów salutogenetycznych. Obecnie za taką inicjatywę można uznać uniwersytety trzeciego wieku. Można jednak wskazać też na programy bardziej zaawansowane, celowane bezpośrednio w grupę osób nieposiadających rozbudowanych co do zakresu i formy uogólnionych zasobów odpornościowych, o dość niskim poczuciu koherencji. Przykładem takiego pilotażowego programu, mogącego być przykładem dla innych państw, jest Salutogenic Healthy Ageing Programme Embracement (SHAPE) zrealizowany w Singapurze dla osób starszych mieszkających samotnie lub tylko z małżonkami.

Pilotaż SHAPE został przeprowadzony na grupie 34 osób (Seah in. 2022). Celem interwencji było wyposażenie osób starszych w informacje o różnych zasobach i ich użyteczności w radzeniu sobie ze stresorami.

Interwencja SHAPE trwała 12 tygodni i polegała na różnych działaniach: ustrukturyzowane 2,5-godzinne cotygodniowe sesje grupowe, na których poruszano różne tematy z zakresu zdrowia, dziesięć cotygodniowych 30-minutowych sesji aktywności fizycznej, co najmniej dwie indywidualne wizyty domowe oraz opracowanie i udostępnienie uczestnikom książki z zasobami, zawierającej praktyczne informacje dotyczące możliwości zarządzania własnym życiem i zdrowiem. Na podstawie tematów zawartych w tej książce później, podczas sesji grupowych, omawiane były rozmaite tematy — od typowo zdrowotnych, jak zasady postępowania w podstawowych schorzeniach, zasady odżywiania i przygotowywania potraw, po kwestie związane z zarządzaniem domem, funduszami domowymi, dostępem do różnych usług i obiektów użyteczności publicznej, sprawami spadkowymi. Uczestnicy interwencji SHAPE wyrazili duże zadowolenie z udziału w tym programie. Zbadano ich poczucie koherencji, które okazało się wyższe po zakończeniu programu. Dodatkowo przeprowadzono wywiady z uczestnikami, którzy wskazywali, iż program pomógł im przede wszystkim zmienić nastawienie do swojego wieku i procesu starzenia się, a jednocześnie przyczynił się do wzrostu zachowań proaktywnych (Seah i in. 2022).

PODSUMOWANIE

Podsumowując powyższe rozważania na temat dobrostanu, można wskazać kilka kwestii. Po pierwsze, występuje różnorodność w zakresie rozumienia i badania dobrostanu, a teorie psychologiczne nie znalazły dotychczas dobrego wyjaśnienia, jak poprawiać jeden z głównych elementów dobrostanu, czyli zdrowie psychiczne. Po drugie, *well-being* jednostki, tak jak w ogóle zdrowie człowieka, nie jest stanem stałym, zatem wymaga ciągłego działania, które będzie miało pozytywny wpływ na zadowolenie osoby z własnego zdrowia i dobrostanu. Po trzecie, badania dobrostanu w wysokim stopniu są skoncentrowane na jego obiektywnych wskaźnikach, które często mówią o tym, jak jest, ale nie odpowiadają przekonująco na pytanie, co zrobić, aby było lepiej. Dlatego też koncepcja salutogenezy, skoncentrowana na czynnikach wpływających na zdrowie, może znacząco wspomóc badaczy dobrostanu w prowadzonych w wielu państwach na świecie badaniach i analizach. Po czwarte, bogata literatura naukowa pozwala wypracować działania będące informacją dla polityków, przedsiębiorców, nauczycieli, ale także dla każdego człowieka, w zakresie tego, jak można budować środowiska sprzyjające zdrowiu i jak można pracować nad wzmocnieniem własnego poczucia koherencji.

BIBLIOGRAFIA

- Albertsen Karen, Nielsen Martin, Borg Vilhelm, 2001, *The Danish Psychosocial Work Environment and Symptoms of Stress: The Main, Mediating and Moderating Role of Sense of Coherence*, „Work and Stress”, t. 15(3), s. 241–253.
- Antonovsky Aaron, 1979, *Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Antonovsky Aaron, 1990, *A Somewhat Personal Odyssey in Studying the Stress Process*, „Stress Medicine”, t. 6, s. 71–80.
- Antonovsky Aaron, 2005, *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, tłum. Helena Grzegołowska-Klarkowska, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa.
- Bauer Georg, Jenny Gregor, 2022, *Applying Salutogenesis in Organizations*, w: Maurice B. Mittelmark i in. (red.), *The Handbook of Salutogenesis*, 2nd edition, Springer, Cham, s. 283–293.
- Ciairano Silvia i in., 2010, *Life Satisfaction, Sense of Coherence and Job Precariousness in Italian Adults*, „Journal of Adult Development”, t. 17(3), s. 177–189.
- Durkheim Émile, 2011, *Samobójstwo*, tłum. Krzysztof Wakar, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Eriksson Monica, 2022, *The Sense of Coherence: The Concept and its Relationship to Health*, w: Maurice B. Mittelmark i in. (red.), *The Handbook of Salutogenesis*, 2nd edition, Springer, Cham, s. 61–68.
- Eriksson Monica, Lindström Bengt, 2014, *The Salutogenic Framework for Well-Being: Implications for Public Policy*, w: Timo J. Hämäläinen, Juliet Michaelson (red.), *Well-Being and Beyond*, Edward Elgar Publishing, Northampton, Mass., s. 68–97.
- Espnes Geir Arild, Moksnes Unni Karin, Haugan Gørill, 2021, *The Overarching Concept of Salutogenesis in the Context of Health Care*, w: Gørill Haugan, Monica Eriksson (red.), *Health Promotion in Health Care — Vital Theories and Research*, Springer, Cham, s. 15–22.
- Garcia-Moya Irene, Suominen Sakari, Moreno Carmen, 2014, *Bullying Victimization Prevalence and Its Effect on Psychosomatic Complaints: Can Sense of Coherence Make a Difference?*, „Journal of School Health”, t. 84(10), s. 464–653.
- Haugan Gørill, Monica Eriksson, 2021, *An Introduction to the Health Promotion Perspective in the Health Care Services*, w: Gørill Haugan, Monica Eriksson (red.), *Health Promotion in Health Care — Vital Theories and Research*, Springer, Cham, s. 3–14.
- Honkinen Päivi-Leena i in., 2009, *Early Childhood Psychological Predict a Poor Sense of Coherence in Adolescents: A 15-Year Follow-Up Study*, „Journal of Health Psychology”, t. 14(4), s. 587–600.
- Karaś Dominika, 2019, *Pojęcia i koncepcje dobrostanu. Przegląd i próba uporządkowania*, „Studia Psychologica: Theoria et Praxis”, t. 19, nr 2, s. 5–23.
- Keyes Corey L., 1998, *Social Well-Being*, „Social Psychology Quarterly”, t. 61(2), s. 121–140.
- Keyes Corey L., 2005, *Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, t. 73(3), s. 539–548.
- Lindström Bengt, Eriksson Monica, 2005, *Salutogenesis*, „Journal of Epidemiology and Community Health”, t. 55, s. 440–442.

- Lindström Bengt, Eriksson Monica, 2011, *From Health Education to Healthy Learning: Implementing Salutogenesis in Educational Science*, „Scandinavian Journal of Public Health”, t. 39 (Suppl 6), s. 85–92.
- Mayer Claude-Helen, Boness Christian, 2011, *Interventions to Promoting Sense of Coherence and Transcultural Competencies in Educational Contexts*, „International Review of Psychiatry”, t. 23(6), s. 516–524.
- Mead George, 1975, *Umysł, osobowość i społeczeństwo*, tłum. Zofia Wolińska, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Mjøsung Nina Helen, 2021, *A Salutogenic Mental Health Model: Flourishing as a Metaphor for Good Mental Health*, w: Gørill Haugan, Monica Eriksson (red.), *Health Promotion in Health Care — Vital Theories and Research*, Springer, Cham, s. 47–59.
- Moksnes Unni Karin, 2021, *Sense of Coherence*, w: Gørill Haugan, Monica Eriksson (red.), *Health Promotion in Health Care — Vital Theories and Research*, Springer, Cham, s. 35–46.
- Nielsen Anne, Hansson Kjell, 2007, *Associations between Adolescents' Health, Stress and Sense of Coherence*, „Stress and Health”, t. 23(5), s. 331–341.
- Pahkin Krista i in., 2011, *Organizational Change and Employees' Mental Health: The Protective Role of Sense of Coherence*, „Journal of Occupational and Environmental Medicine”, t. 53(2), s. 118–123.
- Pasikowski Tomasz, 2000, *Stres i zdrowie. Podejście salutogenetyczne*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań.
- Paterson Catherine i in., 2024, *Sense of Coherence Moderates Job Demand-Resources and Impact on Burnout among Nurses and Midwives in the Context of the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey*, „Journal of Advanced Nursing”, t. 80(10), s. 4113–4125.
- Robitschek Christine, Keyes Corey, 2009, *Keyes's Model of Mental Health with Personal Growth Initiative as a Parsimonious Predictor*, „Journal of Counseling Psychology”, t. 56(2), s. 321–329.
- Ryff Carol D., 1989, *Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being*, „Journal of Personality and Social Psychology”, t. 57(6), s. 1069–1081.
- Seah Betsy, Espnes Geir Arild, Hong Wee Tin, Wang Wenru, 2022, *Salutogenic Healthy Ageing Programme Embracement (SHAPE) — An Upstream Health Resource Intervention for Older Adults Living Alone and with Their Spouses Only: Complex Intervention Development and Pilot Randomized Controlled Trial*, „BMC Geriatrics”, t. 22(932), s. 1–18.
- Wiesmann Ulrich, Hannich Hans-Joachim, 2019, *A Salutogenic Inquiry into Positive Aging — Longitudinal Analysis*, „Aging Mental Health”, t. 23(11), s. 1562–1568.
- Zielińska-Więczkowska Halina, Sas Katarzyna, 2020, *The Sense of Coherence, Self-Perception of Aging and the Occurrence of Depression Among the Participants of the University of the Third Age Depending on Socio-Demographic Factors*, „Clinical Interventions in Medicine”, t. 25(15), s. 1481–1491.



Constitution of the World Health Organization, 1946 (<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>).

Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986 — WHO/HPR/HEP/95.1.

SALUTOGENIC UNDERSTANDING OF WELLBEING:
ON HOW THE SALUTOGENESIS MODEL CAN HELP ACHIEVE WELLBEING

Paweł Przyłęcki
(Medical University of Lodz)

A b s t r a c t

Human wellbeing, understood as a good life, is an interdisciplinary concept that gained prominence in many scientific disciplines in the second half of the 20th century. Wellbeing encompasses various indicators that reflect whether a person is happy with their life, one of which is health. The article therefore focuses on the salutogenic model of health, which has a lot in common with the theory of wellbeing and helps answer the question regarding what to do, and how, to have a positive impact on an individual's sense of coherence. It thus provides the tools to help them move along the health-sickness continuum towards better health, so that they can enhance their wellbeing. Although the article explores theoretical perspectives, its theoretical analysis draws on a review of various empirical studies examining the impact of the relationship between an individual's sense of coherence and their ability to cope with various stressors.

key words: salutogenesis, wellbeing, sense of coherence, health, Aaron Antonovsky

słowa kluczowe: salutogeneza, dobrostan, poczucie koherencji, zdrowie, Aaron Antonovsky

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

MAGDALENA GAJEWSKA, MAGDALENA ŻADKOWSKA
Uniwersytet Gdański

PARA I PIES

WELLBEING JAKO PLANOWANA KONSEKWENCJA
PRAKTYK RODZINY MIĘDZYGATUNKOWEJ*

WPROWADZENIE

W co drugim polskim domu mieszka pies — jest ich w Polsce ponad 8 milionów (FEDIAF 2022). Wraz z towarzyszącymi nam zwierzętami tworzymy własne rutyny oraz realizujemy wartości, które są dla nas ważne. Swoją obecnością zwierzęta wpływają na jakość życia ludzi; wchodzimy z nimi w interakcje, tworzymy stałe relacje i codzienne rytuały. Rzeczywistość społeczną współtworzą z nami zarówno udomowione, jak i dzikie gatunki (Dore, Michalon, Monteiro 2019; Mamzer, Gajewska, Lange 2022). Dzięki badaniom prowadzonym nad terapiami z udziałem zwierząt wiemy, że ich obecność pozytywnie wpływa na kondycję fizyczną i psychiczną człowieka (Gorrity, Stallones 1998; Chmiel, Kubińska, Derewiecki 2014; Pawlik-Popielarska 2005; Girczys-Poędniok 2014; Jedynak 2017; Jagielski, Jagielska, Pyszora 2014; Machoś-Nikodem 2007; Albert, Bulcroft 1988; Allen 2003). Jednak obserwowanie tego pozytywnego wpływu nie

Adresy do korespondencji: magdalena.gajewska@ug.edu.pl; ORCID: 0000-0003-0377-854X; magdalena.zadkowska@ug.edu.pl; ORCID: 0000-0002-8146-5189

* Artykuł został oparty na danych badawczych pozyskanych z projektu „Para i Pies”. Pierwsza faza projektu (2023/2024) została sfinansowana przez Mały Grant Wydziału Nauk Społecznych UG. Kierowniczką projektu: dr Magdalena Gajewska. Druga faza projektu odbędzie się w 2025 roku.

zawsze było związane z analizą dobrostanu zwierzęcych towarzyszy (Haraway 2003). Choć stwierdzono (Clark 2020), że parametry fizjologiczne psów biorących udział w terapii w zasadzie pozostają stabilne, w celu zapewnienia dobrostanu zwierząt biorących udział w terapiach International Association of Human–Animal Interaction Organizations (IAHAIO), Pet Partners i American Veterinary Medical Association (AVMA) opublikowały przewodnik dobrych praktyk w tym zakresie. Nie zmienia to jednak faktu, że uwaga osób zajmujących się dogoterapią jest skierowana przede wszystkim na ludzi.

Badania z innego obszaru relacji międzygatunkowych sugerują, że także codzienne interakcje z zwierzętami, takie jak głaskanie, przytulanie czy rozmawianie z nimi, podnoszą poziom zadowolenia z życia człowieka (Connell i in. 2007; Cox 1993; Esposito i in. 2010). Zwierzęta domowe, szczególnie psy, wymagają od swoich opiekunów regularnej aktywności fizycznej. Możemy zatem powiedzieć, że z jednej strony zaproszenie zwierząt do naszych codziennych praktyk daje możliwość budowania życia, w którym równowaga pomiędzy pracą zawodową, rodziną, odpoczynkiem i dbaniem o zdrowie jest zachowana, a obecność zwierząt w rodzinie zaspokajają potrzeby emocjonalne i społeczne (Bekoff 2000; Kurdek 2008; Topál i in. 1998; Thielke, Udell 2017). Z drugiej strony przyjęcie psa wiąże się z wieloma wyzwaniami, jakie niesie socjalizacja przedstawiciela innego gatunku, i zarazem z socjalizacją do przedstawiciela innego gatunku (do psa i jego etogramu). Procesy te oznaczają zachwianie równowagi dotychczasowego systemu i sposobu funkcjonowania pary — możemy to określić jako turbulencję (Żadkowska 2024). Adaptacja do życia z psem wymaga bowiem ukonstytuowania się nowego podziału obowiązków między ludźmi, a nierzadko zrezygnowania z niektórych marzeń i aspektów życia towarzyskiego. Jednocześnie proces radzenia sobie z tymi trudnościami prowadzi do wytworzenia więzi międzygatunkowych, które dla wielu z nas mają tak duże znaczenie, że na pytanie, czy zwierzęta domowe stanowią część rodziny, odpowiadamy twierdząco (Bakke 2007; Blouin 2008, 2012, 2013; Bodsworth, Coleman 2001; Cain 1985). Co więcej, proces ten może prowadzić do modyfikacji rodzinności bądź do zastosowania innych dostępnych jej wzorców. To właśnie modyfikacja obowiązków opiekuńczych i odejście od tradycyjnego wzorca podziału obowiązków domowych może być bowiem jedną ze zmiennych „sukcesu” i dobrostanu pary ludzkiej.

W Polsce obserwujemy coraz więcej badań nad relacjami międzygatunkowymi (Gajewska i in. 2024; Kotyczka 2012; Korpikiewicz 2016; Lange 2022; Mamzer 2015; Mamzer, Gajewska, Lange 2021; Pręgowski 2016; Stwarz-Popek 2011; Zacharek 2017). Obecność zwierząt w rodzinie za-

częła być brana pod uwagę także jako zmienna wpływająca na podział obowiązków w polskich parach i rodzinach (Szczepańska 2006; Bożewicz 2018).

W zgodzie z badaczami i badaczkami relacji międzygatunkowych (Charles 2014, 2016; Charles, Davies 2008; Doré i in. 2019; Cudworth 2024) uważamy, że opis świata relacji rodzinnych jest niepełny, jeśli dotyczy tylko aktorów ludzkich, dlatego socjologia powinna uwzględniać również zwierzęta jako podmioty mające sprawstwo w tych relacjach (Taylor, Sutton, Wilkie 2018). Zwierzęta są uważane przez ludzi za ważnych agentów w sieci pokrewieństwa i funkcjonują jako aktorzy społeczni w tej sieci. W praktyce rodzinnej są antropomorfizowane i traktowane jak ludzie, często jak dzieci (Guveia, Castrén 2021), odgrywają ponadto rolę aktywnego ogniwa i pomostu między ludźmi (Herudzińska 2012).

Współczesne badania nad rodzinnością zwracają uwagę na „dzianie się” i tworzenie rodziny (Morgan 2011; Sikorska 2019; Skowrońska, Schmidt 2023; Líbano Monteiro 2024). Wiedząc, że zwierzęta wpływają pozytywnie na dobrostan systemu rodzinnego, możemy zrozumieć, na czym konkretnie ten wpływ polega, gdy przyglądamy się praktykom dnia codziennego, które związane są z ich obecnością (Gajewska i in. 2024). Do analizy codzienności rodziny międzygatunkowej można użyć ramy „*displaying family* — demonstrowania życia rodzinnego” (Finch 2007). Według Janet Finch rodziny tworzą się poprzez praktyki życia codziennego, które pozwalają zarówno członkom rodziny, jak i ich otoczeniu widzieć rodzinność i jej doświadczać. Do często analizowanych praktyk należą obowiązki domowe i zmiany dotyczące ich podziału (Żadkowska 2016).

Rodzina na wiele sposobów znacząco wpływa na zdrowie jednostek podczas wszystkich etapów i ścieżek życia rodzinnego (Hank, Steinbach 2018), a podział obowiązków domowych jest jednym z wyznaczników dobrostanu osób, które tworzą ognisko domowe. Wyniki badań psychologicznych podkreślają wpływ sprawiedliwego podziału obowiązków domowych na trwałość relacji, zdrowie i *wellbeing* członków rodziny (Rodríguez-Stanley i in. 2020). Zaangażowanie mężczyzn w równy podział obowiązków domowych i rodzinnych wpływa na satysfakcję z życia pary (Holter 2014; Kosakowska-Berezecka, Korzeniewska, Kaczorowska 2016). Kulturowa polaryzacja obowiązków domowych między płciami często prowadzi do przeciążenia kobiet, zwłaszcza w obszarze zadań opiekuńczych związanych z dziećmi, chorymi lub starszymi członkami rodziny. Niekorzystne jest to również dla nie-ludzkich towarzyszy, których potrzeby mogą być traktowane jako mniej znaczące i podlegać „odroczeniu” (Charles 2016; Irvine, Laurent 2017). Badania nad obowiązkami domowymi i ich

podziałem (Kaufmann 1995; Żadkowska 2016) pokazują, że nowy, nie-stereotypowy podział prac domowych jest możliwy. Po pierwsze, może to wynikać z pojawienia się sprzętu, który ułatwia niektóre prace domowe i wprowadza mężczyzn w niepraktykowane wcześniej czynności „kanałem technicznym”. Po drugie, zmiany są stymulowane przez nowe wzorce kulturowe wynikające z prorównościowych polityk społecznych. Na przykład polscy migranci w Norwegii o wiele chętniej biorą na siebie obowiązki rodzicielskie i zajmują się domem, korzystając z przysługujących im urlopów rodzicielskich (Żadkowska i in. 2022). Pojawienie się psa w domu pary powoduje z jednej strony zwiększenie czasu potrzebnego na konieczne prace domowe, ale z drugiej strony — daje szansę na wypracowanie nowych codziennych rytuałów i praktyk, które mogą zostać podzielone nietradycyjnie między oboje gospodarzy „kanałem emocjonalnym”, czyli dzięki realizowaniu praktyk opieki i troski bez odwoływania się do ról rodzinnych uzależnionych od stereotypu płci. Z badań o podziale obowiązków w opiece nad zwierzętami wśród Polaków (Szczepańska 2006; Hipsz 2013) wynika, że — przeciwnie do obowiązków opiekuńczo-wychowawczych (zajmowanie się dziećmi lub osobami niepełnosprawnymi przeważnie spadające na kobiety) — opieka nad zwierzętami domowymi jest „sprawiedliwiej dzielona — zazwyczaj poświęca im czas ten, kto akurat go ma”. Z innych badań zaś wynika, że obowiązki związane z opieką nad zwierzętami są częściej wykonywane wspólnie przez mężczyzn i kobiety niż opieka nad dziećmi (Bożewicz 2018).

W tym tekście przyglądamy się rodzinności międzygatunkowej tworzonej przez młode pary bez dzieci, które zdecydowały się na zakup lub adopcję psa, aby powiększyć swoje rodzinne „stado” lub — jak to sami badani nazywają — „wejść na nowy etap związku”. Analizujemy, jak obecność psiego towarzysza zmieniła życie codzienne młodych ludzi. Sprawdzamy, czy dodatkowe obowiązki oraz trudności związane z opieką nad psem wpływają na deklarowany dobrostan pary, a jeżeli tak, to w jakim obszarze i co sprawiło, że sytuacja taka interpretowana jest pozytywnie. Badamy, jak w odczuciu pary zakup lub adopcja psa (ze schroniska, czasem z niepełnosprawnością lub lękiem separacyjnym bądź nadaktywnego szczenięcia), przynosząca dodatkowe troski, obowiązki, a także obciążenia ekonomiczne, wpłynęła na jakość życia w parze. Przyglądamy się pozytywnym aspektom tworzenia relacji międzygatunkowej, badamy, jak „wspólna miłość” do psa wzmacnia parę. Mamy przy tym świadomość złożoności codzienności i tego, że nie każde przysposobienie psa kończy się sukcesem. Przedstawiamy warunki, które według respondentów pozwalają młodym dorosłym (budującym związek i wspólną codzienność) na utrwa-

lenie i wzmocnienie dotychczasowej więzi poprzez inkluzję zwierzęcego towarzysza i stworzenie rodziny międzygatunkowej.

CHARAKTERYSTYKA BADANIA

Projekt „Para i pies” zakłada dwie fazy badawcze. Jego celem naukowym jest przyjrzenie się relacjom międzygatunkowym w triadzie „para ludzka plus pies” i odpowiedź na dwa główne pytania badawcze: Czy i jak zamieszkanie z psem wpływa na dobrostan bezdzietnej pary? W jakim stopniu relacje pary ze zwierzęcym towarzyszem zastępują i/lub są podobne do relacji rodzicielskiej? Pierwsza faza badania składała się z przeprowadzonych on-line wywiadów łączonych (z parami). Druga faza odbędzie się po upływie dwóch lat. Szczegółowe pytania badawcze dotyczyły procesu budowania więzi od momentu współzamieszkiwania pary z przedstawicielem innego gatunku po moment oswojenia relacji i budowania rytualnych praktyk codzienności. Pogłębiony, częściowo ustrukturyzowany wywiad dotyczył także realizowania obowiązków związanych z integracją i adaptacją psa do norm oraz wartości rodziny ludzkiej (trening czystości, zdrowie, miejsce w strukturze rodzinnej i w przestrzeni domu/mieszkania), podziału obowiązków domowych związanych z opieką nad nowym członkiem gospodarstwa domowego oraz sposobów definiowania i praktykowania rodziny oraz rodzinności.

W ramach pierwszej fazy projektu zrealizowano 20 pogłębionych, łączonych wywiadów z bezdzietnymi heteroseksualnymi parami mieszkającymi razem oraz mającymi psa, który w czasie wywiadu często był obecny i widoczny na ekranie. Badanie zostało zrealizowane na platformach Teams lub Zoom, co dało możliwość spotkania z osobami spoza Trójmiasta, a także z tymi, którym trudno byłoby wygospodarować czas i zapewnić opiekę nad psem, co jest konieczne do przeprowadzenia rozmowy stacjonarnej. Przygotowanie do przeprowadzenia wywiadu uwzględniło wiedzę i rekomendacje zawarte w literaturze (Mizielińska i in. 2018; Żadkowska i in. 2018). Respondentów do udziału w wywiadach zrekrutowano z użyciem platformy społecznościowej Facebook oraz prywatnej grupy „Pjeski” o humorystycznej psiej tematyce. Opublikowano tam wpis informujący o poszukiwaniu bezdzietnych par, które mają psa i wyrażają chęć udziału w badaniu. Ogłoszenie spotkało się z dużym zainteresowaniem, odpowiedziało na nie blisko pięćdziesiąt par. Większość par, które zgłosiły się do projektu, funkcjonowała w związkach nieformalnych oraz zamieszkiwała duże miasta, takie jak Warszawa, Kraków, Gdańsk, Lublin. Pary różniły się między sobą okresem bycia razem i wspólnego zamieszkiwania, jak też

okresem, w którym towarzyszył im pies. Na wywiady udało się umówić 20 par, w których życiu domowym pies pojawił się jako nowy członek. Wiek respondentów oscylował pomiędzy 21 a 34 rokiem życia, a staż związku wahał się od roku do ośmiu lat. Spotkanie z parą polegało na realizacji on-line wywiadu pogłębionego, częściowo ustrukturyzowanego. Zastosowane narzędzie badawcze umożliwiło poznanie perspektyw prezentowanych przez pary z uwzględnieniem opinii obu partnerów. Dało też możliwość zgłębienia prywatnych aspektów ich relacji, a także obserwacji interakcji między partnerami i sposobu komunikacji w parze. Materiał został zakodowany w programie MaxQda i zanalizowany na zasadach refleksyjnej analizy tematycznej (Braun, Clarke, Gray 2017).

WNIOSKI Z BADANIA

Pora na psa

Pary, które podjęły decyzję o dzieleniu przestrzeni życiowej i które wzięły udział w projekcie, łączył fakt, że obie osoby pracowały zarobkowo i prowadziły wspólne gospodarstwo domowe. Po decyzji o wspólnym zamieszkaniu pojawiła się decyzja o przyjęciu do swojej wspólnoty psiego towarzysza. Dla wielu osób własna przestrzeń, czas i obecność współopiekuna/ki stwarzały możliwość zrealizowania marzenia o psie lub odnalezienia stanu, który znały z dzieciństwa, kiedy pies był częścią ich rodziny. Osiągnięcie niezależności finansowej i mieszkaniowej pozwoliło im zatem na poszukiwanie dobrostanu rozumianego subiektywnie (Kardaś 2019), a także dobrostanu dla pary, jaką tworzą:

Kobieta: W sumie zawsze chciałam mieć samojeda [rasa psa] i stwierdziłam, że w sumie to jest super opcja, bo mamy możliwość, bo zmieniliśmy mieszkanie i w końcu mieliśmy na to jakby czas (Zofia 26 lat/ Szymon 26 lat/ pies Samuraj).

Z kolei Tomek i Wika mieszkali razem, ale Wika dużo przebywała w domu samotnie z powodu długich godzin pracy Tomka. Pies Sambor pojawił się, by towarzyszyć jej w codziennym życiu domowym:

Mężczyzna: Wyglądało to tak, że przez pierwsze trzy miesiące pandemii ja potrafiłem wyjść rano z domu do pracy i wrócić, no w okolicach nawet 23, w zależności od tego, czy dzień był intensywny czy nie. No i doszliśmy do wniosku, że jeśli Wika siedzi w większości w domu na zajęciach, to czemu ma siedzieć sama? Uznałem, że kiedyś musi nadejść ta pora, żeby mieć zwierzę w domu. Na szczęście Wika zaakceptowała ten pomysł. Bardzo się cieszyłem, że będziemy mieć towarzysza (Tomek 25l/ Wika 23l/ pies Sambor).

Osoby uczestniczące w badaniu podjęły decyzję uwzględniając nie tylko fakt, że mieszkają razem, ale także sposób pracy i tryb życia, jaki prowadzą:

K: Ja myślę, że u mnie zadziałało to, że pies nie będzie siedział 8 godzin przez 5 dni sam w domu, no plus mamy już swoje mieszkanie. Także tutaj absolutnie nie było żadnego problemu, czy możemy mieć pieska w tym mieszkaniu (Monika 24l/ Mikołaj 26l/ pies Smolik).

Wykonywanie pracy zdalnie przez jedną lub dwie osoby, możliwość zabrania psa do pracy, a także pandemia, w której pary pozostawały razem w domu, były opisywane jako właściwy moment, pozwalający zintegrować psiego towarzysza do systemu rodzinnego. Niektórzy nazywali swoje psy „psami pandemicznymi”.

Stajemy się (międzygatunkową) rodziną

Ramą konstruującą status zwierzęcia towarzyszącego jest to, że staje się ono dla pary podmiotem troski. Wspólne dbanie o psiego towarzysza daje podstawę do rozwijania potencjału „pary” i „demonstrowania” bycia rodziną sobie nawzajem. Posiadanie psa stwarza więc okazję do doświadczenia uczuć, które określane są jako „rodzicielskie” (por. Greenebaum 2004; Irvine 2013; Irvine, Cilia 2017). Dodatkowo psy wnoszą do życia pary także fizyczne doświadczenia emocji, które wiążą się z bliskością, przyjaźnią i wsparciem.

K: Ja ją wtedy lubię przytulać, ona wtedy leży zazwyczaj tak na zasadzie, jakby chciała powiedzieć „dobra”. Później takie emocjonalne wsparcie bez słów (Ola 18l/Marcin 20l/ pies Mini).

M: No to ja, jak wracam z pracy, to tylko na to czekam. No, taka radość, czysta radość (Karol 26/ Joanna 27l/ pies Kenia).

Wszyscy badani i badane, pytani o to, czy pies jest członkiem rodziny, odpowiedzieli twierdząco. Taka jednomyślność jednak nie towarzyszyła pytaniu o to, czy czują się rodzicami swojego psa. W przypadku tego pytania zwracali uwagę na kontekst i na niektóre sytuacje, w których relacja z czworonożnym domownikiem sprawia, że uważają, iż jest lub zachowuje się „jak dziecko”:

M: Znaczy, to brzmi ogólnie absurdalnie i zanim jej nie miałem, to raczej bym się podśmiewał z takiego określenia. Że no mam córeczkę i tak dalej, ale teraz, jakby no też widzę, ile rzeczy się zmieniło między nami i odkąd mamy Mambi i też takiego, może nie wiem, wewnętrznego podejścia do tego, jakby do codzienności, do życia i totalnie, jakby no ja traktuję ją jak dziecko w dużej mierze (Mikołaj, 25 lat/ Agata, 25 lat/ pies Mambi).

Uczestniczące w badaniu pary opowiadały o tym, że praktykują w swoim codziennym życiu zwracanie się do siebie i opowiadanie o sobie nawzajem jako o tatusiu i mamusi swojego psa. W rolę te wchodzi nie tylko przed sobą, ale także przed znajomymi, weterynarzami i bliższą rodziną. Praktyki młodych, bezdzietnych par wpływają na to, że inni widzą w nich rodzinę. Pies łączy pary z dalszą rodziną, pozwala na podtrzymywanie więzi z rodzicami i rodzeństwem badanych poprzez fakt, że jest elementem opowieści o codziennych troskach pary.

Jednocześnie świadomość odmienności psa i jego statusu w rodzinie od sytuacji wychowywania dziecka była bardzo powszechna:

K: To jest trochę abstrakcyjne, że go nazywamy swoim dzieckiem. W mojej perspektywie, jest to mój partner w jakimś stopniu i gdzieś, mimo że go kochamy, staramy się utrzymywać zdrowe relacje, bo to jednak, no, to jest pies... myślę, że jako partnera, go tak postrzegamy. Członka rodziny... (Magda 271/ Bogdan 261/ pies Kenia).

K: Trochę taki dzieciaczek, dziecko. Czyli bardziej... No właśnie, ja gdzieś tam z tyłu głowy zawsze mam, że to jest jednak pies i ma potrzeby takie. [...] Raczej tak, takie poczucie obowiązku. No, może jesteśmy nauczeni odpowiedzialności dzięki temu i tak jakby to jest taki wstęp do..., bo pies jest zależny od człowieka. No, ale nie tak bardzo jak dziecko (Joanna 271/ Karol 261/ pies Pianka).

Badane pary przyznają, że odkładają rodzicielstwo ludzkie albo ze względu na niegotowość do bycia odpowiedzialnymi rodzicami w danej sytuacji zawodowej, mieszkaniowej czy finansowej albo z obawy przed możliwym stresem u psa, o którym wiadomo, że nie toleruje dzieci.

Odpowiedzialność za psa, jaką wzięła para, pierwotnie wyrażała się w obawach, jakie para miała przed adopcją psa. Część par wspomina też, że nie tylko oni żywili takie obawy, ale że były one także wyrażane przez ich rodziny. Przyjęcie psa do rodziny oznaczało dla nich uwzględnianie jego potrzeb gatunkowych, osobniczych, ale i społecznych.

K: Na dłuższą metę, no faktycznie gdzieś widać tę relację, jeśli pies żyje w domu z człowiekiem, śpi też powiedzmy w jakiś sposób i siłą rzeczy posiłki też gdzieś są razem zjedzone. No to widać, że to jakby uczucia, mimika psa okazuje, jakby jego nastrój. To, że gdzieś uczestniczy, a nie jest tylko biernym członkiem rodziny (Magda 271/ Bogdan 26 lat/ pies Kenia).

Wśród obaw najczęściej wymienianych przez młode pary znalazły się te, które dotyczyły kwestii czasu, jakiego w ich mniemaniu wymaga pies, oraz zasobów ekonomicznych, jakimi dysponowali. Uczestniczący w badaniu byli osobami pracującymi zawodowo, obawiali się więc, że nie będą mogli spędzić dostatecznej ilości czasu z psem, tak by nie był on osamotniony. Zapytani o to, co jest konieczne, aby móc wziąć psa, zgodnie mówili,

że czas, pieniądze i konsekwencja. Ta ostatnia dotyczy podjętej decyzji i świadomości, jakie konsekwencje emocjonalne spadają na porzuconego psa. Zwracali uwagę na to, że zmiana decyzji może przynieść zwierzęciu cierpienie. W ich odczuciu niezbędna jest pewność co do podjętej decyzji. Odpowiedzialność to dla tych młodych ludzi realizowanie obowiązków, w ramach których uwzględniane są potrzeby gatunkowe psów (spacery, zabawy, odpowiednia dla psowatych dieta). Właściwe sprawowanie opieki nad psem stanowi wartość moralną, która jest współdzielona przez parę. Dobrostan zwierzęcia staje się dla niej priorytetem.

K: Że jak nie ten, jak czegoś nie zrobimy, jak nie damy mu jeść, to umrze z głodu. No więc takie mam poczucie, chyba że to chyba jest tego obowiązku, który się po prostu pojawił względem Baramela, nie? że takiego, że wiemy, że po prostu musimy się nim zajmować i chcemy tak, no wybieramy tą drogę, że chcemy tak po prostu (Helena 25l/ Paweł 28l /pies Baramel).

K: No mi chodziło o to, że po prostu to jest tak samo jak dziecko istota zależna w stu procentach od człowieka, tak jak na przykład Mini, jeśli my jej nie damy jeść czy pić, to ona po prostu nie będzie miała tego picia i jedzenia, a ona sobie sama nie weźmie. No bo jak więc to jest na pewno tak samo, że to uczy takiego poczucia obowiązku (Ola 18l/ Marcin 20l/ pies Mini).

Pies daje parom możliwość sprawdzenia się z bycia odpowiedzialnymi. Jest to „rodzicielstwo *easy-mode*” albo „dziecko w wersji *light*”, jak mówili sami badani, uznając proces adopcji psa za lżejszą czy próbną wersję rodzicielstwa. Dawali w ten sposób wyraz odczuciu, że para przeszła już przez okres turbulencji i w związku z tym jest to kolejny etap relacji, co wiąże się z większą odpowiedzialnością za tworzoną rodzinę. W danym momencie osoby uczestniczące w badaniu nie planowały zostać rodzicami, pozostawało to „w zamrożeniu”. Druga faza badania pozwoli zweryfikować ich plany prokreacyjne:

K: My oboje nie planujemy na pewno na ten moment, bo nie wiadomo, jak to będzie za jakiś czas, ale na ten moment żadne z nas nie myśli o dzieciach. Więc załóżek czy coś tam to Zaja po prostu to zaspokaja, że tak powiem tym, że jest o kogo się martwić, ale no nie planujemy na ten moment właśnie żadnych potomków. [...] Myślałam, że będzie właśnie wstawanie o 5 albo 6 [rano] na spacer. Co z dziećmi? Na przykład nieraz tak jest, moja przyjaciółka, jak urodziła to ona śpi po trzy godziny na dobę, a już dziecko ma 1,5 roku. A ja z Zają potrafię spać do 12 i nie mamy z tym problemu i i też jest tak, że wyśpimy się, to wtedy pójdziemy na spacer i tyle (Dominika 20l/ Szymon 21/ pies Zaja).

Rodzicielstwo *easy-mode* często wiązało się z pogłębianiem swojej wiedzy i sięganiem po pomoc specjalistów od wychowania. Młodzi dorośli szukali wsparcia u behawiorystów, którzy mieli pomóc im w rozwiązaniu

problemów z zachowaniem, do których należał lęk separacyjny i agresja u psa. Ze specjalistycznej pomocy korzystały zarówno pary, w których jedna osoba miała już doświadczenie z psami, jak i pary z psami niedawno zakupionymi lub adoptowanymi. Warto zauważyć, że lęk separacyjny pojawiał się jako ważny problem wychowawczy, którego obawiały się młode pary. Inne zachowania problemowe to ciągnięcie na smyczy, trening czystości, podkradanie jedzenia. Część psów uczęszczała do psiego przedszkola.

Pies budowniczym partnerstwa

Nasi rozmówcy dzielili się obowiązkami związanymi z odpowiedzialnością za życie, zdrowie i dobrostan zwierzęcia w sposób, który określali jako partnerski. Większość z nich nie ustalała sztywnych zasad dotyczących finansowania utrzymania psa ani podziału prac przed przyjęciem go pod wspólny dach. Mówili jednak, że starają się utrzymać swoje obowiązki w równowadze.

K: Paweł myje zęby, no ale jeśli chodzi o jakiegokolwiek czesanie czy wycieranie zacieków pod oczami, czy jakiegokolwiek inne zabiegi pielęgnacyjne, to częściej jednak robię to ja, i ja też dbam o to, żeby były zamówione do niej zabawki, smakołyki, karma. Ogólnie interesuję się tym i na przykład szukam dobrej karmy na forach. (Helena 25 l/ Paweł 28 l/ pies Baramel)

K: No ale z takich obowiązków wynika, że mamy pewną rutynę, narzuca nam pewien rytm, który faktycznie zmusza nas do wstania rano z łóżka. Musimy wziąć psa na spacer, załatwić jego potrzeby, nakarmić go. Tworzy to rytmy i chęci do wstawania są większe. (Magda 27 l/ Bogdan 26 l/ pies Kenia)

Spacery dzielone są „po równo” albo według „ty rano, ja wieczorem”. Zależą często od grafiku oraz miejsca zamieszkania i pracy pary.

K: Albo przez pracę zdalną mogę wychodzić z nią na spacer w ciągu dnia. Czasami mogę też wziąć ją ze sobą do weterynarza, bo pracuję w domu. Wychodziliśmy też razem jako para z psem. (Joanna 27 l/ Karol 26 l/ pies Pianka)

Praktyki życia codziennego, które tworzą rutyny dla młodej pary z psem, to spacery przed i po pracy, zarówno rano, jak i wieczorem, karmienie psa, wykonywanie pracy zdalnej w obecności psa, oglądanie seriali albo gry komputerowe w obecności psa, spanie razem z psem. Większość psów jest karmiona kupionym przez badanych gotowym jedzeniem. Dieta psa nie zawiera produktów przeznaczonych dla ludzi. Tylko nieliczne psy jadły swój posiłek w tym samym czasie co ludzie. Psy miały własne miejsce do spania, takie jak legowisko lub kojec. Korzystały też z przestrzeni

wypoczynkowej, jak fotele, kanapy czy łóżko w sypialni. Osoby badane podkreślały, że podczas spacerów starają się dostosować się do potrzeb psów. Niektórzy pozwalają pupilom wybierać trasę, tak aby nie znalazły na przykład w miejscach odwiedzanych przez inne psy, co może być nieprzyjemne dla ich psa. Zakup karmy i wizyty u weterynarza finansowano ze wspólnego budżetu, który został utworzony w tym celu, albo po poniesieniu wydatku przez jednego z partnerów jest on dzielony w równych częściach.

PODSUMOWANIE

Badanie młodych bezdzietnych par wychowujących psa pozwoliło zagłębić się w doświadczenie życia codziennego rodzin międzygatunkowych na wczesnym etapie życia rodzinnego. Przeprowadzone wywiady pomogły dostrzec praktyki nowej, poturbolencyjnej codzienności z psem, rozpoznać nie tylko pozytywny wpływ obecności psiego towarzysza, ale także poświęcony czas, koszty, jakie para musi ponieść, aby tę relację ukonstytuować. Wprowadzenie przedstawiciela innego gatunku oznacza zachwianie równowagi dotychczasowego systemu, wymaga nowego podziału obowiązków i zrezygnowania z niektórych aspektów dotychczasowego życia.

Rodzicielstwo międzygatunkowe i rodzicielstwo monogatunkowe (ludzkie) nie są to dla badanych tożsame formy społeczne. Choć psy w ich opowieściach są „jak dzieci”, „jak niemowlęta”, a pary dzięki nim weszły na nowy etap relacji rodzinnej w formie *easy-mode*, to wszystkie badane pary zwróciły uwagę na to, że rodzicielstwo ludzkie wiąże się z jeszcze większą odpowiedzialnością, której one w tym momencie nie chcą. Nieliczne pary radykalnie wykluczały opcję takiego rodzicielstwa, a dla większości z nich pozostawało ono w zamrożeniu. Zdaniem osób uczestniczących w badaniu, zwierzę towarzyszące dopiero uczy ich „bycia rodzicami”: stawiania granic, przyjmowania perspektywy innej osoby, asertywności, korzystania ze wsparcia terapeutów, ale daje także przestrzeń do budowania wspólnoty zarówno w parze, jak i poza nią, na przykład z rodzicami (McConnell, Paige Lloyd, Humphrey 2019; Mueller, Fine, O’Haire 2019).

Budowany przez parę model partnerski związku ma szansę pozytywnie wpłynąć na trwałość relacji i jej dobrostan. Życie w rodzinie z psem pozwala osobom badanym polepszać swoje kompetencje opiekuńcze, doskonalić umiejętności komunikacji i negocjacji, uczy empatii. Daje poczucie, że podejmowane wyzwania prowadzą do wzrostu kompetencji, samorealizacji, otwartości na doświadczenia, co przekłada się na myśl o tym, że któregoś dnia podejmą się ludzkiego rodzicielstwa. Pies daje parom tak-

że możliwość współdziałania. Troska o psa ukierunkowuje ich wspólne życie. Przekonanie o konieczności posiadania wspólnego celu, zdolność do podejmowania i realizowania wspólnie zadań życiowych nadają sens istnieniu i codzienności pary i budują poczucie zadowolenia ze wspólnego życia. Rodzicielstwo międzygatunkowe staje się okazją do przeżywania ciepłych i pełnych zaufania relacji interpersonalnych i kontaktów społecznych, zdolność do miłości, przyjaźni, intymności oraz empatii i przez to wpływa znacząco na dobrostan młodych ludzi, a to oddziałuje na poczucie integracji społecznej i odnalezienie się w systemie więzi rodzinnych i towarzyskich.

Podkreślić należy, że mimo wielu walorów, emocjonalnej bliskości czy łatwiejszych w porównaniu do wyobrażenia o rodzinie z dzieckiem zadań wychowawczych rodzicielstwo międzygatunkowe nie jest postrzegane jedynie w pozytywnych barwach. W badaniu wybrzmiało wiele głosów mówiących o ograniczeniu dotychczasowej wolności. Dla młodych ludzi takim ograniczeniem okazała się rutyna taka jak wcześniejsze wstawanie, wcześniejsze powroty do domu, brak swobody w podróżowaniu, podwójna logistyka, zmniejszenie aktywności towarzyskiej albo dostosowanie jej do potrzeb psiego towarzysza. Dostosowanie się do potrzeb psów ma wpływ na dobrostan pary. W tym względzie badane pary wskazywały ograniczenia podobne jak wśród par z małymi dziećmi, gdyż opieka nad psem znacząco ograniczyła ich życie towarzyskie i relacje społeczne.

W opisach praktyk życia codziennego pierwszych dni z psem widać, że odpowiedzialność za los czworonoga prowadzi do dostosowania pary do jego potrzeb. Nowa codzienna rutyna pary podporządkowana zostaje normie związanej z zaspokajaniem gatunkowych potrzeb zwierząt. Następuje proces wychowawczy i socjalizacja psa do życia z parą. Dla młodych ludzi jest to spory wysiłek psychiczny i emocjonalny. Ich opowieść o rodzinie międzygatunkowej jest narracją o zdobywaniu kompetencji opiekuńczych i budowaniu więzi z psem. Skuteczna adopcja psa, zsocjalizowanie go do norm życia pary przynosi poczucie dobrostanu, życia zgodnie ze swoimi potrzebami i wartościami. Jest dla pary dowodem na to, że radzi sobie ona z trudnościami.

Dla młodych badanych par warunkiem koniecznym podjęcia decyzji o poszukiwaniu spełnienia w rodzinie międzygatunkowej jest moment osiągnięcia dobrostanu rozumianego, w kategoriach obiektywnych, jako stała praca, dobre wynagrodzenie, posiadanie samodzielnego miejsca zamieszkania i gospodarstwa domowego oraz partnera/ki. Stabilna sytuacja ekonomiczna, możliwość zapewnienia karmy i opieki weterynaryjnej oraz czasu, który będzie się spędzało z psem, są warunkiem dającym możliwość

podjęcia się adopcji/kupna psa. Kolejnym warunkiem, nie mniej ważnym, o jakim mówiły pary, jest gotowość do podjęcia się „trwałej” odpowiedzialności — cierpliwego i wytrwałego zaangażowania w relację na „dobre i na złe”. Takie wnioski pokazują zmiany dotyczące planowania rodziny w ogóle. Przyszłość i dobrostan rodziny zaczynają stanowić bowiem centralny punkt tego planu. Wyniki badania przyniosły tym samym nowe pytania badawcze, które warto byłoby postawić młodemu pokoleniu podejmującemu dziś świadome decyzje o rodzicielstwie. Jakie potrzeby i oczekiwania mają dziś młodzi ludzie względem siebie i własnych zasobów oraz swojej sytuacji ekonomicznej i zdrowotnej (w tym kondycji psychicznej), by myśleć o zakładaniu rodziny, o podejmowaniu razem całościowej odpowiedzialności za jej nowego członka i o deklaracji trwania w dobrej relacji?

BIBLIOGRAFIA

- Albert Alexa, Bulcroft Kris, 1988, *Pets, Families, and the Life Course*, „Journal of Marriage and the Family”, t. 50(2), s. 543–552.
- Allen Karen, 2003, *Are Pets a Healthy Pleasure? The Influence of Pets on Blood Pressure*, „Current Directions in Psychological Science”, t. 12(6), s. 236–239.
- Bakke Monika, 2007, *Między nami zwierzętami. O emocjonalnych związkach między ludźmi i innymi zwierzętami*, „Teksty Drugie”, nr 1–2, s. 222–234.
- Bekoff Marc, 2000, *Animal Emotions: Exploring Passionate Natures: Current Interdisciplinary Research Provides Compelling Evidence that Many Animals Experience Such Emotions as Joy, Fear, Love, Despair, and Grief—We Are Not Alone*, „BioScience”, t. 50(10), s. 861–870.
- Blouin David D., 2008, *All in the Family? Understanding the Meaning of Dogs and Cats in the Lives of American Pet Owners*, Indiana University ProQuest Dissertations Publishing.
- Blouin David D., 2012, *Understanding the Relationships between People and Their Pets*, „Sociology Compass”, t. 6(11), s. 856–869.
- Blouin David D., 2013, *Are Dogs Children, Companions, or Just Animals? Understanding Variation in People's Orientations Toward Animals*, „Anthropozoös”, t. 26(2), s. 279–294.
- Bodsworth Wendie, Coleman Grahame, 2001, *Child-Companion Animal Attachment Bonds in Single and Two-Parent Families*, „Anthropozoös”, t. 14(4), s. 216–223.
- Bożewicz Marta, 2018, *Kobiety i mężczyźni w domu*. Komunikat z badań, nr 127, CBOS (https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_127_18.PDF).
- Braun Virginia, Clarke Victoria, Gray Debra, 2017, *Collecting Qualitative Data: A Practical Guide to Textual, Media and Virtual Techniques*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Cain Ann Ottney, 1985, *Pets as Family Members*, „Marriage and Family Review”, t. 8(3–4), s. 5–10.
- Charles Nickie, 2014, *'Animals just love you as you are': Experiencing Kinship across the Species Barrier*, „Sociology”, t. 48(4), s. 715–730.
- Charles Nickie, 2016, *Post-Human Families? Dog-Human Relationships in the Domestic Sphere*, „Sociological Research Online”, t. 21(3), s. 1–12.
- Charles Nickie, Davies Charlotte Aull, 2008, *My Family and Other Animals: Pets as Kin*, „Sociological Research Online”, t. 13(5), s. 69–92.

- Chmiel Krystyna, Kubińska Zofia, Derewiecki Tomasz, 2014, *Terapie z udziałem zwierząt w rehabilitacji różnych form niepełnosprawności*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, t. 95(3), s. 591–595.
- Clark Stephanie i in., 2020, *Physiological State of Therapy Dogs during Animal-Assisted Activities in an Outpatient Setting*, „Animals”, t. 10(5): 819.
- Connell Cathleen M., Janevic Mary R., Solway Erica, McLaughlin Sara J., 2007, *Are Pets a Source of Support or Added Burden for Married Couples Facing Dementia?*, „Journal of Applied Gerontology”, t. 26(5), s. 472–485.
- Cox Ruth P., 1993, *The Human/Animal Bond as a Correlate of Family Functioning*, Clinical Nursing Research”, t. 2(2), s. 224–231.
- Cudworth Erika, 2024, *From Godkin to Oddkin: Love, Friendship and Kin Making Beyond the Human Family*, „The Sociological Review”, 0(0) (<https://doi.org/10.1177/00380261241261447>).
- Doré Antoine, Michalon Jérôme, Monteiro Teresa Líbano, Baslyk Valentina, 2019, *The Place and Effect of Animals in Families*. „Enfances Familles Générations”, nr 32 (<https://doi.org/10.7202/1064506ar>).
- Esposito Layla i in., 2010, *Introduction*, w: Peggy McCardle i in. (red.), *Animals in Our Lives: Human-Animal Interaction in Family, Community, and Therapeutic Settings*, Paul H. Brookes Publishing Company, Baltimore, MD, s. 1–5.
- .Finch Janet, 2007, *Displaying Families*, „Sociology”, t. 41(1), s. 65–81.
- Gajewska Magdalena Anita, Żadkowska Magdalena, Bieńko Mariola, Mizielińska Joanna, Stasińska Agata, 2024, *Doing Family in Three — Two Partners and an Animal Companion*, „Journal of Family Studies”, online first (<https://doi.org/10.1080/13229400.2024.2417246>).
- Girczys-Poledniok Katarzyna, 2014, *Zastosowanie terapii z udziałem zwierząt w praktyce psychiatrycznej*, „Psychiatria”, t. 11(3), s. 171–172.
- Gorrity Thomas F., Stallones Loronn, 1998, *Effects of Pet Contact on Human Well-Being: Review of Recent Research*, w: Cindy C. Wilson, Dennis C. Turner (red.), *Companion Animals in Human Health*, Sage, Thousand Oaks, CA, s. 3–22.
- Greenebaum Jessica, 2004, *It's a Dog's Life: Elevating Status from Pet to 'Fur Baby' at Yappy Hour*, „Society and Animals”, t. 12(2), s. 117–135.
- Gouveia Rita, Castrén Anna-Maija, 2021, *Redefining the Boundaries of Family in Personal Relationships*, w: Anna-Maija Castrén i in., (red.), *Handbook of Family Sociology in Europe*, Palgrave Macmillan, New York, s. 259–277.
- Hank Karsten, Steinbach Anja, 2018, *Families and Health: A Review*, w: Gabriele Doblhammer, Jordi Gumà (red.), *A Demographic Perspective on Gender, Family and Health in Europe*, Springer Open, s. 23–41.
- Haraway Donna, 2003, *The Companion Species Manifesto Dogs, People and Significant Otherness*, Prickly Paradigm Press, Chicago.
- Herudzińska Małgorzata Helena, 2012, *Rodzina w świadomości społecznej. Co (kto) tak naprawdę stanowi rodzinę? Społeczne (re)konstruowanie definicji rodziny*, w: Krystyna Ferenz, Ewa Kowalska (red.), *Odmienne sytuacje i nowe zadania*, „Wychowanie w Rodzinie”, t. VI, Karakonoska Państwowa Szkoła Wyższa, Jelenia Góra, s. 15–41.
- Hipsz Natalia, 2013, *O roli kobiet w rodzinie*, BS/30/2-13, CBOS (<https://www.cbos.pl/SPI-SKOM.POL/2013/K.030.13.PDF>).

- Holter Øystein Gullvåg, 2014, 'What's in it for men?' *Old Question, New Data*, „Men and Masculinities”, t. 17(5), s. 515–548.
- Irvine Leslie, 2013, *Animals as Lifechangers and Lifesavers: Pets in the Redemption Narratives of Homeless People*, „Journal of Contemporary Ethnography”, t. 42(1), s. 3–30.
- Irvine Leslie, Cilia Laurent, 2017, *More-Than-Human Families: Pets, People, and Practices in Multispecies Households*, „Sociology Compass”, t. 11(2): e12455.
- Jagielski Damian, Jagielska Agnieszka, Pyszora Anna, 2014, *Dogoterapia — historia, założenia, cele. Propozycja zastosowania w opiece paliatywnej*, „Medycyna Paliatywna w Praktyce”, t. 8(4), s. 163–167.
- Jedynak Małgorzata, 2017, *Moc wpływu zwierząt na kształtowanie więzi ludzkich*, w: Marta Komorska, Ewa Miszczak (red.), *Nowe formy wsparcia rozwoju osoby niepełnosprawnej*, Wydawnictwo WSPA, Lublin, s. 37–47.
- Kardaś Dominika, 2019, *Pojęcia i koncepcje dobrostanu: przegląd i próba uporządkowania*, „Studia Psychologica: Theoria et Praxis”, t. (19)2, s. 5–23.
- Kauffman Stuart A., 1995, *At Home in the Universe: The Search for Laws of Self-Organization and Complexity*, Oxford University Press, Oxford.
- Korpikiewicz Honorata, 2016, *Porozumienie w świecie zwierząt*, Biokomunikacja, Prodruk, Poznań.
- Kosakowska-Berezecka Natasza, Korzeniewska Ludmiła, Kaczorowska Marta, 2016, *Sharing Housework Can Be Healthy: Cultural and Psychological Factors Influencing Men's Involvement in Household Maintenance*, „Health Psychology Report”, t. 4(3), s. 189–201.
- Kotyczka Marzena, 2012, *Po cóż rozmawiać z psami? Wstęp do antropologii zwierząt*, „Studia Kulturowe”, nr 3, s. 57–66.
- Kurdek Lawrence A., 2008, *Pet Dogs as Attachment Figures*, „Journal of Social and Personal Relationships”, t. 25(2), s. 247–266.
- Lange Łucja, 2022, *Socjologia relacji międzygatunkowych. Impresje*, Wydawnictwo LangeL, Łódź.
- Líbano Monteiro Teresa, 2024, *Types d'insertion des animaux dans la famille: construction d'une perspective dynamique*, „Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux”, t. 72(1), s. 47–64.
- Machoś-Nikodem Marzena, 2007, *Dogoterapeutyczny program polisensorycznej stymulacji porozumiewania się*, Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa.
- Mamzer Hanna Maria, 2015, *Posthumanizm we współczesnych modelach rodzin: zwierzęta jako członkowie rodziny?*, w: Stella Grotowska, Iwona Taranowicz (red.), *Rodzina wobec wyzwań współczesności. Wybrane problemy*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław, s. 151–176.
- Mamzer Hanna Maria, Gajewska Magdalena Anita, Lange Łucja, 2021, *Jak rozumieć relacje międzygatunkowe*, „Porównania”, t. 29(2), s. 351–370 (<https://doi.org/10.14746/por.2021.2.20>).
- McConnell Allen R., Lloyd E. Paige, Humphrey Brandon T., 2019, *We Are Family: Viewing Pets as Family Members Improves Wellbeing*, „Anthrozoös”, t. 32(4), s. 459–470.
- Mizelińska Joanna, Stasińska Agata, Żadkowska Magdalena, Halawa Mateusz, 2018, *Dylematy etyczne w badaniu pary intymnej. Doświadczenia z pracy badawczej*, „Studia Socjologiczne”, nr 3, s. 71–100.
- Morgan David H.J., 2011, *Rethinking Family Practices*, Palgrave Macmillan, Basingstoke–New York.

- Mueller Megan Kiely, Fine Aubrey H., O’Haire Marguerite, 2019, *Understanding the Role of Human–Animal Interaction in the Family Context*, w: Aubrey H. Fine (red.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy: Foundations and Guidelines for Animal Assisted Interventions*, Elsevier, Amsterdam, s. 351–362.
- Pawlik-Popielarska Beata (red.), 2005, *Terapia z udziałem psa*, Via Medica, Gdańsk.
- Pręgowski Michał Piotr (red.), 2016, *Companion Animals in Everyday Life. Situating Human–Animal Engagement within Cultures*, Palgrave Macmillan, New York.
- Rodriguez-Stanley Jacqueline, Alonso-Ferres María, Zilioli Samuele, Slatcher Richard B. 2020, *Housework, Health, and Well-Being in Older Adults: The Role of Socioeconomic Status*, „Journal of Family Psychology”, t. 34(5), s. 610–620.
- Szczepańska Joanna, 2006, *Kobiety i mężczyźni o podziale obowiązków domowych*. Komunikat z badań, CBOS (<https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2006/K.183.06.PDF>).
- Sikorska Małgorzata, 2019, *Praktyki rodzinne i rodzicielskie we współczesnej Polsce — rekonstrukcja codzienności*, Scholar, Warszawa.
- Skowrońska Marta, Schmidt Filip, 2023, *Teorie praktyk a praktyka badawcza: potencjał i ryzyka na przykładzie studiów nad rodziną*, „Studia Socjologiczne”, nr 4, s. 69–95.
- Stawarz-Popek Kinga, 2011, *Rodzina z czworonogiem. Wybrane przejawy relacji człowiek–pies*, „Państwo i Społeczeństwo”, t. 11(3), s. 125–140.
- Taylor Nik, Sutton Zoei, Wilkie Rhoda, 2018, *A Sociology of Multi-Species Relations*, „Journal of Sociology”, t. 54(4), s. 463–466.
- Thielke Lauren, Udell Monique, 2017, *The Role of Oxytocin in Relationships between Dogs and Humans and Potential Applications for the Treatment of Separation Anxiety in Dogs: Oxytocin and Separation Anxiety*, „Biological Reviews of the Cambridge Philosophical Society”, t. 92, s. 378–388.
- Topál József, Miklósi Ádam, Csányi Vilmos, Dóka Antal, 1998, *Attachment Behavior in Dogs (Canis familiaris): A New Application of Ainsworth’s (1969) Strange Situation Test*, „Journal of Comparative Psychology”, t. 112(3), s. 219–229.
- Zacharek Natalia, 2017, *Zwierzę domowe jako członek rodziny w XIX i XXI wieku*, „Tematy z Szewskiej”, nr 2(19).
- Żadkowska Magdalena, 2016, *Para w praniu. Codzienność, partnerstwo, obowiązki domowe*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Żadkowska Magdalena, Olcoń-Kubicka Marta, Gądecki Jacek, Mizielińska Joanna, Stasińska Agata, Schmidt Filip, Halawa Mateusz, 2018, *Metodologiczne aspekty jakościowych badań par — synteza doświadczeń terenowych*, „Studia Socjologiczne”, nr 3, s. 41–69.
- Żadkowska Magdalena, Kosakowska-Berezecka Natasza, Szlendak Tomasz, Besta Tomasz, 2022, *When Migrant Men Become More Involved in Household and Childcare Duties — the Case of Polish Migrants in Norway*, „Journal of Family Studies”, t. 28(2), s. 401–421.
- Żadkowska Magdalena, 2024, *Para w pustym gnieździe — o turbulencjach relacyjnych po wprowadzce dorosłych dzieci z domu rodzinnego*, „Studia Socjologiczne”, nr 3, s. 31–58.



A COUPLE AND A DOG.
WELLBEING AS A PLANNED CONSEQUENCE
OF INTER-SPECIES FAMILY PRACTICES

Magdalena Gajewska, Magdalena Żadkowska
(University of Gdańsk)

Abstract

The presence of animals, especially dogs, in people's daily lives constitutes an important part of how we function as a society. Pets fit into our routines and help us satisfy both emotional and social needs, and are also associated with fostering inter-species bonds. The division of responsibilities in the family serves as an indicator of wellbeing for both humans and animals. Research into such relationships allows for a better understanding of the different stages of family life. The article analyses inter-species family relationships in the context of young couples who have a dog as a member of their family. It examines how the presence of a dog affects the lives of young people, and whether the additional responsibilities related to pet care affect their wellbeing. In addition, it describes how pet-care duties are shared between partners and analyses whether this affects their life satisfaction and family relationships.

key words: sociology of the couple, inter-species family, wellbeing

słowa kluczowe: socjologia pary, rodzina międzygatunkowa, dobrostan

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

STELLA GROTOWSKA
AGH Akademia Górniczo-Hutnicza

TURYSTYKA I DOBROSTAN
DOŚWIADCZENIA TURYSTÓW INDYWIDUALNYCH
W ŚWIECIE BLOGÓW PODRÓŻNICZYCH

WPROWADZENIE

Dobrostan postrzegany jest jako wartość, którą można osiągnąć na różne sposoby. Jednym z nich, powszechnie dostępnym dla współczesnego człowieka i popularnym, jest turystyka. Jest to aktywność chętnie podejmowana także w Polsce — w roku 2022 na co najmniej dwudniowy wyjazd wypoczynkowy (minimum jeden nocleg) wybrała się większość (54%) mieszkańców kraju. Zauważalny jest wzrost zainteresowania tą formą spędzania czasu wolnego (CBOS 2023a, s. 2). Zarówno dobrostan, jak i turystyka to zjawiska złożone, podlegające zmianom, uzależnione od społeczno-kulturowych wzorów, wpływów ekonomicznych i politycznych, a także preferowanych stylów życia. Stosunkowo nową cechą turystyki jest indywidualizacja ze względu na zainteresowania, potrzeby i możliwości podróżowania w czasie wolnym (Wiza 2016, s. 20). Popularność takiej turystyki rośnie wraz z rozwojem mediów społecznościowych. Relacje z podróży, w których wyrażono prywatne poglądy i refleksje, upubliczniane są bowiem w sieci. Z jednej strony media te udostępniają olbrzymie obszary doświadczeń własnych i aktualnych danych na temat zwiedzanych miejsc, z drugiej — stają się przestrzenią samoświadomości i autoprezentacji turystów, którzy zarządzają swoimi wrażeniami, prezentując na platformach

medialnych treści przeznaczone dla szerszej publiczności (Canavan 2020, s. 2).

Tematem artykułu jest badanie doświadczenia turystyki zindywidualizowanej w celu pokazania jej powiązań z dobrostanem jednostki na przykładzie polskojęzycznych blogów podróżniczych. Ze względu na masowość blogów można przyjąć, że wpływają one na funkcjonowanie społeczne ich odbiorców (Kuczamer-Kłopotowska 2018, s. 124). Zakładam, że publikowane tam wypowiedzi stanowią coś więcej niż pomoc w planowaniu podróży — pokazują sposób rozumienia siebie, tworzą narrację o sobie samym, która składa się z oryginalnych, wybranych przez daną jednostkę elementów. Poszukuję odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób doświadczenie blogera/turysty odnosi się do dobrostanu? Które z aspektów dobrostanu są dla blogerów na tyle istotne, że zostają włączone do opowieści i upublicznione? Jakie role odgrywa dobrostan w doświadczeniu turysty?

CZYM JEST DOBROSTAN?

We współczesnych badaniach sięga się po wiele koncepcji dobrostanu, które są oparte na odmiennych założeniach teoretycznych i kierują uwagę ku różnym stronom zjawiska (Karaś 2019, s. 21). Ogólnie można powiedzieć, że pojęcie to opisuje stan równowagi między różnymi sferami życia, poczucie zadowolenia, dobre funkcjonowanie, zarówno jeśli chodzi o więzi z innymi ludźmi, jak i stosunki z instytucjami społecznymi (Mikusova, Vrdoljak Raguz, Horvathova 2023, s. 1–2). Obejmuje takie komponenty jak: doświadczenie pozytywnych emocji (szczęście, zadowolenie), rozwój potencjału jednostki, kontrolę nad własnym życiem, poczucie celu i doświadczenie pozytywnych relacji. Jest to trwały stan, który pozwala jednostce lub populacji rozwijać się i prosperować dzięki połączeniu dobrego samopoczucia i dobrego funkcjonowania (Ruggeri i in. 2020, s. 2).

Rozróżnienie na dobrostan obiektywny i subiektywny wydaje się jednym z podstawowych. Jest ono tylko pozornie łatwe do przeprowadzenia, gdyż — jak pisze Dominika Karaś (2019, s. 14) — „wyznaczenie miar obiektywnych dobrostanu na gruncie psychologii może nastęrczać pewnych trudności, ponieważ większość narzędzi opiera się na subiektywnym samoopisie (Forgeard i in., 2011), i odwrotnie: obiektywne wskaźniki społeczno-ekonomiczne nie muszą odzwierciedlać wskaźników subiektywnego dobrostanu”. Można powiedzieć, że na obiektywny dobrostan składa się kilka wymiarów: zdrowie (wydatki na zdrowie, styl życia, choroby przewlekłe i niepełnosprawności), możliwości zatrudnienia (wskaźnik zatrud-

nienia, jakość pracy, *work-life balance*), wskaźniki społeczno-ekonomiczne (dochód, posiadany majątek, wydatki konsumpcyjne, warunki mieszkaniowe i inne), środowisko naturalne (czysta woda i powietrze, niezanieczyszczona żywność), bezpieczeństwo (ryzyko stania się ofiarą przestępstwa, cierpienia, strat ekonomicznych, szkód fizycznych i psychicznych), polityka (transparentność w działaniach rządów i instytucji publicznych, aktywność obywatelska i polityczna) (Voukelatou i in. 2021, s. 281–281).

W tych rozważaniach użyteczne będzie rozumienie dobrostanu obiektywnego jako zbioru czynników zewnętrznych — sytuacji materialnej, dochodów, statusu zawodowego, dostępności i jakości opieki zdrowotnej, wykształcenia, dostępu do zasobów uważanych za pożądane — i dobrostanu subiektywnego w sferze jednostkowej percepcji, emocji i oczekiwań. Analizowani blogerzy nie różnią się między sobą pod względem dobrostanu obiektywnego, dlatego koncentrują się tu się na dobrostanie subiektywnym, zwanym dalej po prostu „dobrostanem”.

Literatura na temat dobrostanu subiektywnego jest obszerna i rozproszona po wielu dyscyplinach wiedzy. Tutaj przyjmuję, że wysoki subiektywny dobrostan oznacza dobre samopoczucie i pozytywną ocenę własnego życia. Polega on na częstym doświadczeniu radości, satysfakcji z życia, a rzadkim odczuwaniu emocji negatywnych, jak złość czy smutek. Natomiast niski dobrostan wiąże się z częstym przeżywaniem emocji negatywnych, jak niepokój lub złość, niezadowolenie z życia i brak radości (Diener, Suh, Oishi 1997, s. 25).

PODRÓŻOWANIE I DOBROSTAN

Podróżowanie jest w Polsce aktywnością popularną — w 2022 roku Polacy odbyli łącznie 74,4 mln podróży z co najmniej jednym noclegiem (GUS 2023, s. 65). Głównym celem wyjazdów były wypoczynek, rekreacja i wakacje — służyło temu 46,5% podróży krajowych i 57,5% zagranicznych (GUS 2023, s. 68).

Związek podróżowania z dobrostanem jest dwustronny. Na prawdopodobieństwo podejmowania tej aktywności wpływa usytuowanie społeczne. Wybrany przez konkretnego człowieka model wypoczynku — formy podróży, kierunki itp. — zależy od zajmowanej pozycji społecznej, pełnionych ról społecznych, przynależności do określonej klasy społecznej lub wyraża aspiracje w tym względzie (Stasiak 2022, s. 27). Pogląd ten potwierdzają sondaże CBOS, z których wynika, że w 2022 roku popularność turystyki była wprost proporcjonalna do poziomu wykształcenia, posiadanych przez gospodarstwo domowe zasobów materialnych, wiel-

kości miejscowości zamieszkania, a odwrotnie proporcjonalna do wieku (CBOS 2023a, s. 3).

Badania pokazują, że zachodzi też zależność odwrotna — turystyka oddziałuje pozytywnie na dobrostan uprawiających ją osób, dostarczając między innymi samozadowolenia (z osiągnięć, kondycji, samorealizacji) oraz okazji do ucieczki od codziennej rutyny i odreagowania stresów (na przykład poprzez wysiłek fizyczny lub zabawę) oraz umożliwiając socjalizację (interakcje społeczne, poczucie wspólnoty) (Śniadek, Zajadacz 2014, s. 349–350).

BLOGOSFERA I BLOGOSFERA TURYSTYCZNA

W XXI wieku blogi stały się popularną formą wypowiedzi internetowej. Ze względu na znaczne odmienności wyróżnia się blogi osobiste i korporacyjne, a zarówno jedne, jak i drugie mogą mieć charakter informacyjny, opiniotwórczy, zasobowy lub edukacyjny (Gregor, Kaczorowska-Spychalska 2016, s. 49–51). Koncentruję się tu na blogach osobistych, które są dokumentami redagowanymi przez osobę lub grupę, złożonymi z wpisów udostępnianych na stronie internetowej. Wyrażają punkt widzenia autorów, umożliwiają ich autoprezentację i tworzenie społeczności poprzez dyskusje autorów z czytelnikami oraz czytelników między sobą (Rogoż 2023, s. 460; Knast 2018, s. 146). Blogi sytuują się na spektrum między „tym, co publiczne” a „tym, co osobiste”, są wprawdzie powszechnie dostępne, ale publikowane treści nierzadko odnoszą się do prywatnego życia autorów (Popiołek 2018, s. 33; Maryl 2021, s. 90).

Podstawą komunikacji na blogach jest tekst językowy, chociaż występują także inne materiały. Charakterystyczne dla nich są częste aktualizacje oraz prezentowanie treści w kolejności od najnowszych do najstarszych (Gumkowska, Maryl, Toczyski 2009, s. 5–6). Wszystkie blogi wraz z osobami je tworzącymi i odbiorcami składają się na blogosferę. Od czasu powstania blogosfera ewoluuje od osobistego pamiętnika do wiarygodnego źródła informacji w grupach zainteresowań czy środowiskach specjalistów (serwisy branżowe) i medium opiniotwórczego (Rabowska 2016, s. 89–90). Blogi funkcjonują w środowisku złożonym z interakcji społecznych obejmujących nie tylko blogosferę, ale też tradycyjne strony internetowe, inne sieci społecznościowe, portale informacyjne (Meinel i in. 2015, s. 10).

Liczba blogów na świecie i w Polsce — w tym blogów turystycznych — nie jest znana. Trudności z jej oszacowaniem wynikają z kilku czynników — rozproszenia platform blogerskich, hostowania blogów poza platformami blogowymi, braku informacji na temat blogów pustych i po-

brzuconych (Gregor, Kaczorowska-Spychalska 2016, s. 80). Czytanie blogów deklaruje 23% dorosłych mieszkańców Polski i co trzeci korzystający z internetu (30%). Jest to aktywność najbardziej popularna wśród osób w wieku od 18 do 24 lat (42%) oraz od 35 do 44 lat (37%), z wyższym wykształceniem (40%). Prowadzeniem bloga lub videobloga zajmuje się 2% ogółu badanych, ale 6% mieszkańców największych aglomeracji (CBOS 2023b). Z perspektywy odbiorców bloga turystycznego można przyjąć, że doświadczenie zapośredniczone zwiększa pulę możliwości, za sprawą których człowiek zyskuje dostęp do środowisk, sytuacji, zjawisk, stylów życia odległych w przestrzeni fizycznej (Giddens 2001, s. 116–117). W procesie komunikowania na blogu kreowane są wzory społeczne oparte na relacji między „doświadczonym podróżnikiem” a „potencjalnym podróżnikiem” (Morozowa 2016, s. 125), która obejmuje propozycje tras podróży, sugestie miejsc wartych odwiedzenia, informacje o odwiedzanym terenie, porady co do rozmaitych kwestii ważnych dla turysty. Blogi służą wytworzeniu wzorów, inspirowaniu i motywowaniu odbiorców, dostarczaniu informacji potrzebnych turystom, lecz także pozwalają na przeżywanie podróży przez identyfikację z blogerem (Kochanek 2018, s. 331).

KWESTIE METODOLOGICZNE

Analizę prowadzono od stycznia do marca 2024 roku. W badaniu zastosowano dobór celowy. Wykorzystano 25 polskich blogów o tematyce turystycznej, które charakteryzują się następującymi cechami: są rozpoznawalne w polskiej blogosferze turystycznej i dobrze widoczne w wynikach Google, można je znaleźć także w serwisach społecznościowych — Facebook, Instagram (zgromadziły co najmniej 2,5 tys. obserwujących na Facebooku).

Choć pojawiają się symptomy spadku zainteresowania blogowaniem na rzecz Facebooka (Więckiewicz-Archacka 2019, s. 66), to jednak Google Organic generuje zdecydowanie najwięcej ruchu (48–56%) w polskiej blogosferze (Kuczamer-Kłopotowska 2018, s. 132). W odpowiedzi na hasło „blogi podróżnicze” wyszukiwarka ta proponuje ponad 6 mln odpowiedzi, dlatego uznano za zasadne dobrać materiał do analizy z jej wykorzystaniem. Wskazówkę co do rozpoznawalności blogów zaczerpnięto z Polskiej Organizacji Turystycznej — uwzględniono finalistów IV Turystycznych Mistrzostw Blogerów oraz VII Turystycznych Mistrzostw Vlogerów i Blogerów. Ponadto wykorzystano opinię blogosfery turystycznej — odwołano się do czterech rankingów blogów turystycznych stworzonych przez blogerów: croLove.pl, readyforboarding.pl, bartekwpodrozy.pl, zbakcylowani.pl

(większość poddanych analizie blogów występowała w więcej niż jednym rankingu). Z puli materiałów odrzucono blogi koncentrujące się na wyjazdach wymagających specjalistycznego przygotowania psychofizycznego i uprawnień do posługiwania się sprzętem, opowiadające o wyjątkowo długich (ponad 6 miesięcy) podróżach oraz o wyjazdach z psem. Nie wzięto pod uwagę vlogów. Poddano analizie podstrony zatytułowane „O mnie” lub „O nas”, a wykluczono blogi nie zawierające takich podstron oraz kilka, w których notki były bardzo krótkie.

Wybrane blogi prowadzą zarówno kobiety, jak i mężczyźni, a podstawą wpisów są ich własne doświadczenia. Autorzy podejmują co najmniej kilka podróży rocznie, najczęściej zarówno w kraju, jak i zagranicą, choć zdarzają się osoby wyspecjalizowane w turystyce krajowej. Opisywane są wyjazdy dłuższe, ale także weekendowe lub nawet jednodniowe. Prezentowane doświadczenia są zróżnicowane — 9 blogów koncentruje się na podróżach z dziećmi (blogi rodzinne), 9 — opisuje wyjazdy par lub małżeństw, 7 — opowiada o samotnych turystach. Zdecydowana większość autorów należy — podobnie jak większość polskiej blogosfery — do millenialsów, czyli pierwszego pokolenia, które dorastało w świecie nowych technologii i mediów społecznościowych. Dla przedstawicieli tej generacji podróżowanie, przekraczanie granic, kontakty międzykulturowe od zawsze były codziennością (Guzek 2019, s. 10–11).

Opisywane w blogach doświadczenie turysty indywidualnego oparte jest na zasobach, których posiadanie jest warunkiem podjęcia takiej aktywności, a blogi podróżnicze odzwierciedlają perspektywę osób cieszących się w życiu obiektywnym dobrostanem. Podróżowanie indywidualne wymaga relatywnie wysokich zasobów — materialnych i niematerialnych (np. znajomość języków obcych umożliwiającą samodzielne podróżowanie) — podobnie jak prowadzenie bloga (np. umiejętność tworzenia atrakcyjnych tekstów, wykonywania dobrych zdjęć). Większość autorów mieszka w miastach powyżej 100 tys. mieszkańców, legitymuje się dyplomem wyższej uczelni i pracuje zawodowo poza branżą turystyczną.

Zawarte na analizowanych stronach informacje dotyczące zasad współpracy wskazują, że blogi podróżnicze mogą w pewnym stopniu mieć charakter marketingowy¹ i przynosić zarobek ich autorom. Na podstawie zamieszczonych wpisów można powiedzieć, że dodatkowe dochody z tego

¹ Współcześni blogerzy stali się liderami opinii i pośrednikami w docieraniu do klientów (Buchner, Maryl 2016, s. 48). Analiza blogów w procesie komunikacji marketingowej wykracza poza ramy tego artykułu. Więcej na ten temat zob. Gregor, Kaczorowska-Spychałska 2016.

tytułu osiągało 6 osób. W dwóch przypadkach prowadzenie bloga podróżniczego lub założenie biura turystycznego oraz związana z tym aktywność w sieci i mediach stały się podstawowym źródłem utrzymania blogerów. Takie wykorzystanie blogów może wpływać na prezentowane treści — skłania do opisywania sytuacji i zjawisk postrzeganych jako pozytywne, radosne, a unikania tematów trudnych czy kontrowersyjnych. Blogerzy nie ograniczają się do strony www, w przestrzeni komunikacyjnej są obecni na Facebooku, Instagramie, YouTube. Ponadto niektórzy występują w programach telewizyjnych i współpracują z prasą. Źródła dodatkowych dochodów to również pisanie i wydawanie książek o charakterze przewodników i wspomnień z podróży, wyróżnienia i nagrody uzyskane w konkursach, przygotowanie artykułów promocyjnych na zlecenie władz regionu lub kraju, na przykład Dolnego Śląska, Chorwacji.

Badanie ma charakter eksploracyjny i polega na jakościowej analizie treści wybranych blogów podróżniczych. Nie objęto nim blogów prowadzonych przez firmy, na przykład biura podróży i sklepy.

Przyjęto, że blogi turystyczne stanowią dokumenty osobiste, na podstawie których zrekonstruować można obraz świata autorów oraz ich cechy (np. intencje, przekonania, cechy osobowości, nastawienie), zidentyfikować tematy przekazywane i przemilczane, opisać wartości, autoprezentacje autorów i ich przemiany. Poprzez analizę treści dowiedzieć się można między innymi, kim są autorzy przekazów i ich odbiorcy, co jest przekazywane — jakie treści występują w danym przekazie, w jakim celu (Maj 2013, s. 132).

W prowadzonym badaniu odnajdywano powtarzające się wątki, którym blogerzy przypisywali najważniejsze znaczenie z punktu widzenia konstruowania ich tożsamości i autoprezentacji. Założono, że zarówno tożsamości jednostkowe, jak i grupowe w coraz większym stopniu opierają się na aktywnościach podejmowanych w czasie wolnym (Stasiak 2016, s. 194; Cynarski 2017, s. 208), a procesy wewnętrzne, jak sposób myślenia, rozumienie siebie, postawy, czynniki osobowościowe, wpływają na subiektywny dobrostan (Atkinson i in. 2020, s. 1908).

DOBROSTAN TURYSTY NA PODSTAWIE BLOGÓW PODRÓŻNICZYCH

Dobrostan jest pojęciem wielowymiarowym, ma aspekt środowiskowy, finansowy, zawodowy, intelektualny, duchowy, a także społeczny. Na podstawie analizy treści blogów podróżniczych wyodrębniono kilka wymiarów doświadczenia turysty. Najbardziej uderzającym rysem jest pasja i jej konsekwencje — zmaganie się z brakiem czasu, walka o urzeczywist-

nienie marzeń, dążenie do maksymalizacji wrażeń, relacje społeczne. Oto ich opis.

Pasja

Pasja charakteryzuje osoby, które poświęcają się jakiemuś zajęciu bez reszty, traktują je jako najważniejszą formę samorealizacji, podstawę tożsamości, sposób spędzania czasu wolnego i relaksu. Odczuwają przy tym silne pozytywne emocje, a samo zajęcie ma dla nich charakter nagradzający (Krajewski 2015, s. 38). Z badań Roberta J. Valleranda (2012, s. 5) wynika, że aktywności, które ludzie określają jako pasje, są długotrwałe (średnio 6 lat), pochłaniają przeciętnie 8,5 godziny tygodniowo, angażują ich nosicieli w stopniu co najmniej umiarkowanym. Odniesienia do tego tematu występowały niemal we wszystkich blogach. Bohaterowie wpisów przedstawieni zostali jako osoby realizujące w życiu wiele pasji, w szczególności ich przedmiotem była turystyka indywidualna i prowadzenie bloga na jej temat.

Pasja jest przeciwieństwem bierności, opiera się na zaangażowaniu, które daje zadowolenie, wymaga aktywnej postawy, wyznaczania celów, skupienia na pokonywaniu trudności podczas poszukiwania bezpośrednich przeżyć i umiejętności cieszenia się nimi (Jazukiewicz 2017, s. 95).

„Wierzmy w to, że podróże to nie tylko kierunek. To wyprawa pełna emocji, podczas której poznajemy nowych ludzi, zwyczaje, kulturę i kuchnię. Doświadczamy nowej historii, którą z radością zabieramy do domu i w pamięci pielęgnujemy przez lata. Bloga podróżniczego [...] zbudowaliśmy z miłości do podróży, chęci poznawania ludzi i świata oraz na doświadczeniu zdobytym podczas wizyt w ponad 60 krajach na 5 kontynentach. Pasja podróżowania napędza nas do odkrywania nowych miejsc i poszukiwania tego co na świecie piękne, wyjątkowe i niepowtarzalne”. [101countriesbefore50.com]

Pasja, o jakiej mówią blogerzy, to coś więcej niż sposób spędzania wolnego czasu, zainteresowania czy hobby. Jej wyjątkowy, głęboki i angażujący charakter podkreślono przez porównanie do uzależnienia:

„[...] tworzymy [...] jeden z najpopularniejszych blogów o tematyce podróżniczej w Polsce. Śmiało można rzec, że jesteśmy uzależnieni od gór i podróży. Nawet tych bliskich i nieśpiesznych, a przy okazji zarażamy innych naszą pasją”. [hasajacezajace.pl]

Pasja opisywana przez blogerów jest dla nich jedną z kilku najważniejszych wartości wiążących się z aktywnością turystyczną:

„Piszemy o trzech najważniejszych rzeczach w życiu — o pasji, o marzeniach i o ich spełnianiu Albo inny trójpodział — o pomysłach na samodzielne i tanie podróże, o ciekawych miejscach, o naszych wyprawach i odczuciach”. [gdziwyjechac.pl]

Pisania nie da się oddzielić od podróżowania. Z jednej strony osobiste doświadczenie jest absolutnie niezbędne, leży u podstaw blogowania, z drugiej — pisanie jest opracowaniem doświadczenia:

„Prowadzenie bloga pomaga [...] zbierać myśli. Jest też świetnym sposobem na łączenie moich zainteresowań. Kocham tworzyć. Lubię zapisywać swoje przemyślenia, robić zdjęcia, nagrywać filmy i opowiadać historie. Życie Jest Piękne pozwala mi realizować te wszystkie pasje w jednym miejscu”. [zyciejestpiekne.eu]

Pasja nie tylko jest czymś realizowanym, ale — podobnie jak emocje — jest zaraźliwa, a prowadzenie bloga ma na celu inspirowanie:

„To właśnie chęć zainspirowania innych do podróżowania była motywem do stworzenia bloga [...]. Blog podróżniczy prowadzimy od lipca 2014 roku i pisanie dla naszych czytelników bardzo nas wciągnęło. Bo podróżowanie było naszą pasją już dużo wcześniej. Do tej pory udało nam się odwiedzić kilkadziesiąt państw w Europie oraz Azji, a w planie mamy kolejne wojaże po świecie”. [wszedobylscy.pl]

Analizowane blogi podróżnicze zawierają również komponent marketingu pasyjnego, sugerują, że produkt tworzony przez blogera (blog, przewodnik, wspomnienia z podróży, biuro turystyczne) powstał przede wszystkim z potrzeby samorealizacji, a nie z motywów ekonomicznych:

„Nie będziemy ukrywać, że to wypalenie zawodowe, ciągły brak urlopu na kolejne podróże oraz przede wszystkim sugestie naszych kochanych Czytelników i ich prośby o pomoc w zorganizowaniu im podróży pchnęły nas do działania i otworzenia swojego wymarzonego biura podróży. Wyszliśmy ze swojej strefy komfortu i pomimo pandemii, konfliktów zbrojnych, szalejącego kursu dolara, inflacji czy strajków kontrolerów lotów oraz całej mąci różnych przeciwności losu nie poddajemy się i działamy, bo planowanie i organizowanie podróży to jest to co kochamy najbardziej!”. [101countriesbefore50.com]

Pasja przedstawiana jest na blogach podróżniczych jako coś istotnego i osobistego. Mimo angażującego charakteru nie jest odczuwana jako obciążenie, ale harmonijnie splata się z innymi sferami życia (praca, relacje społeczne). Nawet gdy w życiu jednostki wywołuje głębokie zmiany, postrzegana jest pozytywnie. Harmonijna pasja owocuje „wewnętrznym poczuciem kontroli, łatwością i głębokością skupienia na cenionej czynności, doświadczeniem płynności i zanurzeniem w jej przebiegu. Motywacja

[...] zorientowana jest na przyjemność płynącą z wykonywania czynności oraz na korzystne jej następstwa w postaci wzrostu poczucia kompetencji, własnej skuteczności i dobrego nastroju” (Zinczuk-Zielazna 2021, s. 18).

We współczesnym doświadczeniu czasu rywalizują ze sobą dwa podejścia — nastawienie na konsumpcję i orientacja na produktywność oraz dążenie do rozrywki oparte na samodyscyplinie (Cynarski 2017, s. 108). Wątki te występują w wypowiedziach blogerów podróżniczych. Z dążenia do maksymalizacji przeżyć wynika poczucie ograniczonych zasobów czasu i konieczności godzenia wielu różnych zainteresowań. Wiąże się to z odczuwalną presją:

„Ciągle brakuje mi wolnego czasu, ponieważ posiadam wiele pasji, a największymi z nich są podróże [...]. Na te właśnie czynności poświęcam bardzo dużo czasu i wysiłku. Nieraz zdarza się, że na długie godziny przepadam w odmętach Google Maps i planuję kolejne wyjazdy w nowe zakątki świata. Łatwo byłoby mi się we wszystkim pogubić, dlatego uwielbiam tworzyć listy dosłownie wszystkiego, zwłaszcza rzeczy potrzebnych do wyjazdu. Dzięki temu nigdy niczego nie zapominamy”. [wolnymkrokiem.pl]

Powyższy fragment pochodzi z bloga wolnymkrokiem.pl. Nazwa ta nawiązuje do idei *slow life*, tymczasem cytowana wypowiedź opisuje raczej nastawienie na szybkość i podporządkowanie ścisłemu reżimowi. Autorka doświadcza ograniczeń czasowych, których nie da się ignorować i próbuje radzić sobie z nieubłaganym upływem czasu przez racjonalizację. Dwoistość przeżywania czasu (doświadczenie vs. pośpiech) zaznacza się jeszcze wyraźniej w kolejnej wypowiedzi, której autor używa metafory walki z czasem:

„Ciężko mi usiedzieć na miejscu więc często spotkacie mnie w podróży, w lesie czy na spacerze!
Lubię nowe smaki, miejsca i przedmioty. Pasji mam wiele i walczę z czasem, żeby jak najwięcej go posiadać. Podróżuję, gotuję, recenzuję, zwiedzam, piszę, fotografuję i wiele innych”. [tymrazem.pl]

Realizacja podróżowania jako jednej z wielu pasji wymaga uwewnętrznienia dyscypliny i racjonalizacji, które stają się dla działającego podmiotu naturalne i oczywiste. Doświadczenie czasu indywidualnego turysty charakteryzuje szybkie tempo, racjonalizacja, elementy przymusu zewnętrznego. Jest to kolejny krok na drodze do zapewnienia możliwości konsumowania bez limitów czasowych (Ritzer 2001, s. 249). W świecie podróżników czas na konsumowanie ogranicza różnorodność form, jakie może przybierać sama konsumpcja (wiele pasji), ale nie tylko to, lecz — jak dawniej — konieczność pracy zawodowej i inne obowiązki. Wielość

możliwości spędzania czasu wolnego okazuje się źródłem presji, wymaga radzenia sobie z nią, podobnie jak z rutyną codziennych zadań w pracy i w domu. Jednym z czynników dobrostanu turystów okazało się zatem racjonalne wykorzystanie czasu. Jest to zbieżne z wynikami innych badań, które wskazują na zależność między ilością posiadanego czasu a poczuciem jego produktywnego wykorzystania — na poprawę samopoczucia wpływa nie samo dysponowanie czasem, ale przeświadczenie, że został on efektywnie spożytkowany na ważne, sensowne działania (Sharif, Mogilner, Hershfield 2010; Hsee, Yang, Wang 2010).

Walka o realizację marzeń

Dobrostan można rozumieć jako wielość życiowych podróży w kierunku sensu i celowości, a nie jako permanentny, osiągnięty raz na zawsze stan zadowolenia (Kane 2007). Droga ta rozpoczyna się wcześniej i wymaga determinacji. W doświadczeniu blogerów podróżowanie jest realizacją fantazji z lat dziecińczych. Jednak marzenia nie spełniają się same, ale są urzeczywistniane przez turystów. To zaangażowani ludzie swoim wysiłkiem sprawiają, że mogą się one ziszczyć:

„Dziecięcy pokoik, na dywanie leży mała dziewczynka. Jeździ palcem po globusie, zastanawia się jak wyglądają te dalekie krainy, kto w nich żyje, jacy są tam ludzie [...]. Marzy by zobaczyć Przylądek Dobrej Nadziei, być na Gali Oskarowej. I niech ktoś powie, że marzenia się nie spełniają. Część z nich już spełniłam, również poprzez ten blog i kontakt z Wami. Gala Oskarowa poczeka”. [szalonewalizki.pl]

„Marzenia nigdy nie spełniają mi się same. To ja je spełniam! Dlatego jeśli tylko mogę, pakuję większy lub mniejszy plecak i jadę gdzieś w świat”. [osmol.pl]

W niektórych przypadkach podróżowanie i pisanie są postrzegane jako sposobność odnalezienia autentycznego „ja”. Doświadczenie turysty zawiera w sobie koncepcję oswobodzenia, które może być realizowane przez wyjazd wakacyjny — rekreacyjny, przygodowy lub edukacyjny. „Oparty jest on na idei indywidualizmu w takiej postaci, w jakiej kulturowana jest ona w innych obszarach życia społeczno-kulturowego. Wiąże się z wypracowywanymi tam strategiami, mającymi umożliwić samostanowienie i zrealizowanie się w życiu” (Wieczorkiewicz 2005, s. 119). Droga do tego nie jest jednak prosta, dla kilkorga blogerów oznaczała porzucenie życiowej stabilizacji i wejście na całkiem nową ścieżkę kariery zawodowej, związaną z podróżowaniem i pisanem o podróżach. Oto dwie wypowiedzi relacjonujące ten proces:

„[...] skończyła studia prawnicze i aplikację. Zdała egzamin i miała fach w rękę. «Ok. To teraz już mogę pisać» — pomyślała. Ponieważ nie wiedziała jak zacząć, poszła do «normalnej pracy», gdzie poznała Maćka. [...] Wspólnie postanowili założyć i prowadzić bloga. Tak powstał blog «Ruszaj w drogę!», który dla Kasi był spełnieniem jej dwóch największych marzeń — podróżowania i pisanie [...]. Od dwóch lat nie chodzi już do «normalnej pracy», która przez wiele lat dawała jej mnóstwo satysfakcji”. [ruszajwdroge.pl]

„Podróżuję, fotografuję, piszę, a także filmuję. Jeżdżę po świecie z plecakiem, rowerem, a także latam tanimi liniami. Zawsze z aparatem, zawsze na własną rękę, zawsze jak najbliżej natury, ludzi, kultury i historii. Od 2011 roku spisuję moje przygody na tym blogu. Skończyłem studia na wydziale Mechaniczno-Technologicznym w Politechnice Śląskiej, jednak po roku pracy w zawodzie zwolniłem się, skupiając się w 100% na blogu i wszystkim co wokoło niego. Jest to mój sposób na życie”. [kolemsietoczy.pl]

Mogłoby się wydawać, że tożsamość turysty wystawiona na konfrontację z otoczeniem ulega ciągłym przekształceniom. Tak się jednak nie dzieje. Cytowani blogerzy mają poczucie biograficznej ciągłości — od dziecięcych fantazji przez młodzieńcze niezdecydowanie do realizacji marzeń. Podróżowanie przedstawiają jako drogę powrotu do autentycznego „ja”, które zostało stłumione przez zewnętrzne uwarunkowania, jak wybór studiów, praca zawodowa, codzienne obowiązki. Spełnienie marzeń o podróży wymaga zaangażowania, samozaparcia, a nawet walki, aby pozostać sobą, zrealizować i rozwinąć tkwiący w człowieku potencjał, nie poddać się przeciwnościom zewnętrznym:

„Walczymy z czasem, którego wciąż jest «za mało»: praca na etacie, nadgodziny, [...] korki, dziecięce przeziębienia i ząbkowanie. Tak wygląda nasza codzienność. Skutecznie zabiera nam energię, toteż często [...] popadamy w rutynę: zakupy, sprzątanie, krótki spacer, wieczorny serial [...]. Nie chcemy tak żyć. Nie damy się lenistwu i rutynie. Kochamy naturę i podróże. Lubimy spędzać czas we czworo. Mamy wielkie marzenia i zamierzamy je zrealizować. Dlatego powstał nasz blog o podróżach z dziećmi. Chcemy zobaczyć świat i pokazać go naszym córkom”. [zbierajsie.pl]

W podróży uzyskuje się dobre samopoczucie w wymiarze eudajmonistycznym. Podstawą dobrostanu w takim rozumieniu jest rozwój osobisty, samorealizacja potencjału jednostki, pełne zaangażowanie oraz podejmowanie znaczących działań. Rola wyjazdów turystycznych polega na dostarczaniu doświadczeń, które przyczyniają się do zmiany postrzegania zarówno samych siebie, jak i otaczającej rzeczywistości, a pośrednio —

wywołują zmiany w życiu (DSouza, Shetty 2024, s. 3). W wypowiedziach blogerów ten aspekt dobrostanu jest wyraźnie widoczny i powiązany z nastawieniem na zbieranie doświadczeń.

Kolekcjonowanie doświadczeń

Aby rozpocząć podróż, turysta indywidualny musi przezwyciężyć ograniczenia zewnętrzne, na które nie ma wpływu, i wewnętrzne. Ale porażenie sobie z tym wszystkim to dopiero pierwszy krok. Gdy udaje się wyruszyć, walka nie jest skończona, pojawia się nowy cel — maksymalizacja wrażeń:

„[...] w podróżowaniu jest coś takiego, co stale popycha nas do przodu i nie pozwala się zatrzymać. Ja od lat się nie zatrzymuję i zwiedzam świat zachłannie. Wszędzie chcę jechać, wszystko zobaczyć, wszystkiego dotknąć i spróbować”. [w10inspiracjidookolaswiata.pl].

Wypowiedzi blogerów wyrażają hedonistyczne nastawienie, gonitwę za zabawą i szczęściem. „Niemożliwy do zaspokojenia głód przyjemności rodzi permanentną pogoń za doświadczaniem nowości, odmienności, różnorodności, pragnienie zaskoczenia i zachwytu, a w konsekwencji potrzebę doznawania coraz to nowych i silniejszych bodźców. Jednym ze sposobów odreagowania tego napięcia jest niepohamowany, kompulsywny konsumpcjonizm” (Stasiak 2016, s. 194).

Jedna z blogerek tak opisuje dążenie do maksymalizacji przeżyć:

„[...] przemierzamy górskie szlaki, schodzimy do podziemi, odwiedzamy muzea, wystawy oraz najpiękniejsze zamki i pałace. Szalejemy w parkach rozrywki, jeździmy na quadach, pływamy kajakami, pontonami i zdobywamy szczyty do Korony Gór Polski. Po co? Żeby przeżyć i doświadczyć jak najwięcej. By pokazać dzieciakom, że życie jest po to, by czerpać z niego garściami!”. [ahojprzygodo.pl]

Kolekcjonowane wrażenia są łatwo dostępne i zwyczajne, wyjątkowość czyni je nastawienie turysty — „przeżyć i doświadczyć jak najwięcej”, „czerpać z życia garściami”. Poszukiwane i upragnione są doznania własne, indywidualne, czyli niezapośredniczone, nawet jeśli celem podróży są atrakcje popularne, wielokrotnie omawiane w przewodnikach i folderach biur podróży, pokazywane w telewizji, opisywane w prasie itd. Cytowani dalej blogerzy podkreślają, że uczęszczane szlaki, odwiedzane przez masowych turystów miejsca, banalne trasy turystyczne stanowią okazję do takich pożądanых doświadczeń. Warunkiem jest nastawienie, które przywozi się ze sobą. Musi ono być niezależne od odwiedzanych miejsc, które

nierzadko okazują się rozczarowujące lub nawet wzbudzają negatywne reakcje, na przykład rozdrażnienie:

„[...] nie szukamy białych plam na mapie, ale każda podróż jest naszym osobistym odkryciem, szansą na zobaczenie nowych miejsc, poznanie kultury, kuchni, zwyczajów i historii. Nawet jeśli są to miejsca udeptane, z pierwszych stron katalogów biur podróży, to nie omijamy ich szerokim łukiem. Tak, denerwują nas tłumy turystów, horrendalne ceny za atrakcje, ale lubimy na własnej skórze doświadczyć wszystkiego, a to co nas denerwuje staramy się po prostu minimalizować. Jadąc gdzieś nie szukamy na mapie miejsca, które jeszcze nie zostało opisane przez żadnych innych blogerów (to jest chyba niemożliwe!), a jedynie staramy się wybrać to co nas osobiście najbardziej interesuje”. [readyforboarding.pl]

Podróżnik poszukuje subiektywnego przeżycia, dokonując wyboru w ramach realnego świata zewnętrznego, w którym określone są alternatywy działania — dostępne możliwości podróży, a także materiał symboliczny: kulturowe interpretacje atrakcji turystycznych, aktywności turystycznej i samego turysty. Dążenie do indywidualnego doświadczenia nie uwzględnia stawiania pytań o to, w jakim stopniu subiektywne przeżycia są kształtowane przez rozmaite czynniki zewnętrzne, w tym przewodniki turystyczne, blogi i inne lektury, programy znalezione w mediach, z którymi turyści zapoznają się przed wyruszeniem w podróż.

Teoretyczne konceptualizacje dobrostanu w wymiarze hedonistycznym koncentrują się na odczuwanej satysfakcji z życia, przyjemności, emocjach pozytywnych i negatywnych, niektóre podkreślają, że szczęście jest rezultatem równowagi między pozytywnymi i negatywnymi doświadczeniami człowieka (Ryff, Morozink Boylan, Kirsch 2021, s. 95). Spojrzenie na blogi turystyczne z tej perspektywy pokazuje, że doświadczenia podróży przeważnie są pozytywne. Można postawić hipotezę, że równoważą one negatywne emocje związane z oczekiwaniami kierowanymi do człowieka w życiu codziennym.

SILNE I SŁABE WIEZI

Wysoki poziom dobrostanu powiązany jest z pozytywnymi relacjami społecznymi (Seligman 2011). Różne koncepcje dobrostanu kładą nacisk na znaczenie więzi międzyludzkich i takich zjawisk jak zaufanie, przynależność, wzajemność czy integracja społeczna (Atkinson i in. 2020, s. 1914). Co więcej, dobrostan jest nie tylko efektem satysfakcjonującego funkcjonowania, ale również ważnym predyktorem udanych relacji społecznych (Kansky, Diener 2017, s. 130).

Wypowiedzi blogerów odnoszą się do dwóch rodzajów więzi: silnej — bliskiej, intymnej o charakterze wspólnotowym, a także słabej — sieci zbudowanej wokół bloga i innych mediów. Społeczne środowisko w podróży tworzą najczęściej małżonkowie/partnerzy i dzieci. Postrzegani są oni jako podobni ze względu na styl życia i sposób myślenia, wspólnotę losu i wartości, a przede wszystkim potrzeby poznawcze zaspokajane przez podróżowanie. Więź społeczna ma tu wymiar osobowy i emocjonalny:

„Od prawie 4 lat wszystkie podróże i smakowanie świata przeżywam wspólnie z mężczyzną mojego życia, który choć czasem mnie wkurza, jest najlepszym partnerem (i w życiu, i w podróży), jakiego mogłam spotkać. Prawie 2 lata temu dołączył do nas mały towarzysz podróżowania, który pozwala spojrzeć na świat z innej perspektywy”. [tasteaway.pl]

Turystyka jest opisywana jako doświadczenie autoteliczne, nawet jeśli wpływa na więzi rodzinne, to nie jest to jej głównym zadaniem. Może jednak mieć znaczenie wspólnototwórcze, zważywszy, że współcześnie zanika wiele czynności, które poprzez ich wspólne wykonywanie integrowały członków rodziny, jak oglądanie telewizji, posiłki, prace porządkowe, przygotowania do świąt i świętowanie (Budzyńska 1998; Giza-Poleszczuk 2005, s. 246).

Związki z szerszym środowiskiem społecznym są podtrzymywane w internecie. Bloger świadomie dąży do zbudowania sieci społecznej złożonej z odbiorców bloga, zwykle innych podróżników, którym dostarcza użytecznych wskazówek, a przede wszystkim inspirowa ich i motywuje:

„Nie jesteśmy edukatorami, historykami, architektami, geografami itp. [...] naszym celem nie jest uczenie i wpajanie Wam całej historii miejsc, które opisujemy. Chcemy INSPIROWAĆ! [...] Przez bloga chcemy Wam przede wszystkim dostarczyć garść praktycznych informacji z ewentualnymi historycznymi smaczkami :) Lubimy podejście praktyczne, bez zbędnego lania wody, więc staramy się aby nasze wpisy były jasne, przejrzyste i konkretne”. [readyforboarding.pl]

„Blog podróżniczy ZBIERAJ SIĘ jest blogiem o podróżach z dzieckiem. To miejsce dla wszystkich tych, którzy chcą żyć aktywniej i zdrowiej. Uodwadniamy, że małe dziecko, natura, podróże i sport wcale się nie wykluczają! Podróżowanie z dzieckiem nie jest łatwe, ale... wcale nie jest takie skomplikowane jak można przypuszczać. Chcemy inspirować i pokazywać piękne i atrakcyjne miejsca na podróże z dziećmi”. [zbierajsie.pl]

UWAGI KOŃCOWE

Rozważania zaprezentowane w niniejszym artykule mają charakter wstępny, dlatego nie przesądzą niczego o całej populacji blogerów czy turystów indywidualnych. Mogą natomiast służyć jako asumpt do dalszych badań i podstawa do postawienia hipotez.

Punktem wyjścia analizy było założenie, że dyskurs blogerów turystycznych tworzy i popularyzuje pewne doświadczenia turystyki indywidualnej, które wiążą się z subiektywnym dobrostanem jednostki. Na materiał badawczy złożyły się blogi ludzi pracujących, którzy wyruszają na urlop, dlatego ich podróże w większości nie są dłuższe niż 21 dni. Mimo to dla autokonceptcji i autoprezentacji autorów wydają się znaczące — w opisach aktywności turystycznej widoczna jest odpowiedź na pytanie, kim jestem nie tylko w podróży, ale i w życiu.

Ogólnie można powiedzieć, że podróżnik-blogger przeżywa pozytywne emocje, satysfakcję z życia i swojego w nim miejsca, a odczucia negatywne, choć występują, zostają przewyciężone. Do ujemnych stron turystyki indywidualnej należy kultura prędkości, która w doświadczeniu turysty przejawia się jako konkurencja wielu pasji, które chciałoby się zrealizować, wielu wrażeń domagających się kolekcjonowania w ograniczonym czasie wyjazdu. Blogerzy opisują tę sytuację za pomocą metafory walki z czasem.

Podróżowanie postrzegane jest przez pryzmat rozmaitych możliwości, których realizacja okazuje się projektem niezwykle wymagającym. Jest to świat przeciwności, które muszą zostać pokonane — samorealizacja poprzez turystykę wymaga samodyscypliny i zaangażowania. Jest to wszakże walka wygrana — podróżnik uzyskuje poczucie sprawowania kontroli, dlatego pojawia się pozytywna ocena wyjazdu i własnej sytuacji. Powraca do domu człowiek, który zrealizował swoją największą pasję — podróżowanie, przywożąc kolekcję wrażeń, którymi dzieli się na blogu.

Na zakończenie należałoby pokusić się o próbę odpowiedzi na pytanie: Jakie jest znaczenie doświadczenia turysty dla jego dobrostanu?

Najkrócej można powiedzieć, że w opowieściach blogerów turystyka nie jest przyczyną dobrostanu subiektywnego, ale go uobecnia, podtrzymuje i reprodukuje. Jest to urzeczywistnienie projektu biograficznego — turysta jest sobą, realizuje swoje trwałe dyspozycje (formy konsumpcji są konsekwencją określonej tożsamości). Tożsamość jest w podróży uobecnianiana, a nie kreowana. Dlatego nie występuje zjawisko poszukiwania centrum kulturowego w rozumieniu Erica Cohena (1979) — wyjeżdża osoba o stabilnej i spójnej koncepcji siebie, zabierając ze sobą posiadany kapitał kulturowy, by go urzeczywistnić. Podróż nie powoduje zmiany w życiu,

z wyjątkiem jednej specyficznej sytuacji — gdy człowiek odnajduje swoje autentyczne „ja”, które zagubił w codziennej rutynie. Nie jest to jednak budowa nowej autokoncepcji, ale powrót do siebie samego. Podobnie stabilny jak autokoncepcja jest świat społeczny złożony ze znaczących innych — większość turystów podróżuje w rodzinie/związku, a relacje te nie ulegają zmianie, były satysfakcjonujące przed wyjazdem i pozostają takie podczas podróży. Inaczej jest w przypadku słabych więzi, czyli tworzonej przez blogerów sieci odbiorców. Tu rola podróżowania wydaje się kluczowa — wrażenia i refleksje z podróży dostarczają materiału, bez którego realizacja marzenia o pisaniu nie byłaby możliwa.

BIBLIOGRAFIA

- Atkinson Sarah i in., 2020, *Being Well Together: Individual Subjective and Community Wellbeing*, „Journal of Happiness Studies”, t. 21, s. 1903–1921 (<https://doi.org/10.1007/s10902-019-00146-2>).
- Buchner Anna, Maryl Maciej, 2016, *Nowi literaci. Warsztat twórczy blogerów w kontekście współczesnych przemian kultury literackiej*, w: Wojciech Doliński, Jerzy Żurko, Katarzyna Grzeszkiewicz-Radulska, Sylwia Męćfal (red.), *Rzeczywistość i zapis. Problemy badania tekstów w naukach społecznych i humanistycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Budzyńska Ewa, 1998, *Ciągłość i zmiana tradycji kulturowej rodziny śląskiej*, w: Leon Dyczewski, Dariusz Wadowski (red.), *Kultura dnia codziennego i świątecznego w rodzinie*, KUL, Lublin.
- Canavan Brendan, 2020, *Let's Get This Show on the Road! Introducing the Tourist Celebrity Gaze*, „Annals of Tourism Research”, t. 82: 102898 (<https://doi.org/10.1016/j.annals.2020.102898>).
- Cohen Eric, 1979, *A Phenomenology of Tourist Experience*, „Sociology”, t. 13(2), s. 179–201 (<https://doi.org/10.1177/003803857901300203>).
- Cynarski Wojciech, 2017, *Czas wolny, turystyka i rekreacja w perspektywie socjologicznej*, Universitas, Kraków.
- Diener Ed, Suh Eunkook, Oishi Shieghiro, 1997, *Recent Findings on Subjective Well-Being*, „Indian Journal of Clinical Psychology”, t. 24(1), s. 25–41.
- DSouza Komal, Shetty Ankitha, 2024, *Tourism and Wellbeing: Curating a New Dimension for Future Research*, „Cogent Social Sciences”, t. 10(1): 2319705 (<https://doi.org/10.1080/23311886.2024.2319705>).
- Forgeard Marie J.C., Jayawickreme Eranda, Kern Margaret L., Seligman Martin E.P., 2011, *Doing The Right Thing: Measuring Wellbeing For Public Policy*, „International Journal of Wellbeing”, t. 1(1), s. 79–106 (doi.org/10.5502/ijw.v1i1.15).
- Giddens Anthony, 2001, *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, tłum. Alina Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Giza-Poleszczuk Anna, 2005, *Rodzina a system społeczny. Reprodukcyjność i kooperacja w perspektywie interdyscyplinarnej*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Gregor Bogdan, Kaczorowska-Spychalska Dominika, 2016, *Blogi w procesie komunikacji marketingowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.

- Gumkowska Anna, Maryl Maciej, Toczyński Piotr, 2009, *Blog to... blog. Raport z badania jakościowego zrealizowanego przez Instytut Badań Literackich PAN i Gazeta.pl.*, Agora SA., Warszawa.
- Guzek Monika, 2019, *Millenialsi — nowe pokolenie migrantów?*, w: Klaudia Pujer (red.), *Humanistyka i nauki społeczne: doświadczenia, konteksty, wyzwania*, t. 11, Exante Wydawnictwo Naukowe, Wrocław.
- Hsee Christopher K., Yang Adelle X., Wang Lianyan, 2010, *Idleness Aversion and the Need for Justified Busyness*, „Psychological Science”, t. 21(7), s. 926–930 (<https://www.jstor.org/stable/41062447>).
- Jazukiewicz Iwona, 2017, *Pasja jako istotny wymiar doświadczania pracy*, „Studia Paedagogica Ignatiana”, t. 20, nr 2.
- Kane Pat, 2007, *Not Wellbeing, but Wellbecoming*, „The Guardian”, 26 lutego.
- Kansky Jessica, Diener Ed, 2017, *Benefits of Well-Being: Health, Social Relationships, Work, and Resilience*, „Journal of Positive Psychology and Wellbeing”, t. 1(2), s. 129–169.
- Karaś Dominika, 2019, *Pojęcia i koncepcje dobrostanu: przegląd i próba uporządkowania*, „Studia Psychologica: Theoria et Praxis”, t. 19, nr 2, s. 5–23 (<https://doi.org/10.21697/sp.2019.19.2.01>).
- Kochanek Patrycja, 2018, *Blogi podróżnicze — nowa forma komunikacji dzieci, dla dzieci czy o dzieciach?*, „Orbis Linguarum”, t. 51, s. 329–342.
- Knast Patrycja Kinga, 2018, *Esej o aktualność teorii Stuarta Halla w kontekście badań nad blogosferą*, „Kultura — Społeczeństwo — Edukacja”, t. 13, nr 1 (<https://doi.org/10.14746/kse.2018.13.11>).
- Krajewski Marek, 2015, *Pasja i formy jej degeneracji*, w: Maria Dudzikowa, Marian Nowak (red.), *O pasjach cudzych i własnych — profesorowie*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Kuczamer-Kłopotowska Sylwia, 2018, *Rola Google w komunikowaniu treści blogów w segmencie polskich młodszych millenialsów*, „Zarządzanie w Kulturze”, t. 19, nr 2.
- Magano José, Leite Ângela, 2021, *Destination Emotions, Loneliness, and Reasons to Travel: Predictors and Moderators of Tourism Well-Being*, „African Journal of Hospitality, Tourism and Leisure”, t. 10(4), s.1321–1338.
- Maj Agnieszka, 2013, *Analiza treści*, w: Makowska Marta (red.), *Analiza danych zastanych*, Scholar, Warszawa.
- Maryl Maciej, 2021, *Blog jako „dziennik elektroniczny”. Analiza genologiczna blogów pisarzy*, „Zagadnienia Rodzajów Literackich”, t. 66, z. 2.
- Meinel Christoph, Broß Justus, Berger Philipp, Hennig Patrick, 2015, *Blogosphere and its Exploration*, Springer-Verlag, Berlin–Heidelberg.
- Mikusova Marie, Vrdoljak Raguz Ivona, Horvathova Petra, 2023, *Economic and Social Aspects of Three Generations Well-Being. Czech Study*, „Economic Research — Ekonomská Istraživanja”, t. 36(1): 2106263 (<https://doi.org/10.1080/1331677X.2022.2106263>).
- Morozova Irina, 2016, *Blog podróżniczy jako przestrzeń dla kreowania i komunikowania wzorców podróży*, „Folia Turistica”, nr 40, s. 119–133.
- Popiółek Malwina, 2018, *Czy można żyć bez Facebooka? Rola serwisów społecznościowych w sieciowym społeczeństwie informacyjnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Rabowska Aleksandra, 2016, *Blogosfera — jak Internet zmienił komunikację i marketing?*, „Media — Biznes — Kultura”, t. 1(1), s. 81–95 (<https://doi.org/10.4467/25442554.MBK.16.005.6999>).

- Ritzer George, 2001, *Magiczny świat konsumpcji*, tłum. Ludwik Stawowy, Muza, Warszawa.
- Rogoż Michał, 2023, *Internetowe blogi jako sposób prezentacji miasta na przykładzie Krakowa*, „Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia ad Bibliothecarum Scientiam Pertinentia”, no 21, s. 460–474.
- Ruggeri Kai, Garcia-Garzon Eduardo, Maguire Áine, Matz Sandra, Huppert Felicia A., 2020, *Well-Being Is More Than Happiness and Life Satisfaction: A Multidimensional Analysis of 21 Countries*, „Health Qual Life Outcomes”, t. 18: 192 (<https://doi.org/10.1186/s12955-020-01423-y>).
- Ryff Carol D., Morozink Boylan Jennifer, Kirsch Julie A., 2021, *Eudaimonic and Hedonic Well-Being*, w: Matthew T. Lee, Laura D. Kubzansky, Tyler J. VanderWeele (red.), *Measuring Well-Being*, Oxford University Press, s. 192–135 (<https://doi.org/10.1093/oso/9780197512531.003.0005>).
- Seligman Martin E.P., 2011, *Flourish*, Simon & Schuster, New York.
- Sharif Marissa A., Mogilner Cassie, Hershfield Hal E., 2021, *Having Too Little or Too Much Time Is Linked to Lower Subjective Well-Being*, „Journal of Personality and Social Psychology”, t. 121(4), s. 933–947 (<https://doi.org/10.1037/pspp0000391>).
- Stasiak Andrzej, 2016, *Doświadczenie — stary-nowy paradygmat turystyki*, „Folia Turistica”, nr 41, s. 191–216.
- Stasiak Andrzej, 2022, *Turystyka a jakość życia*, w: Paweł Różycki (red.), *Turystyka społeczna a jakość życia. Monografia naukowa. Przewodnik dobrych praktyk*, Oficyna Wydawnicza „Wierchy”, Kraków.
- Śniadek Joanna, Zajadacz Alina, 2014, *Turystyka i rekreacja a jakość życia mieszkańców Leszna*, „Ekonomiczne Problemy Turystyki”, nr 1 (25).
- Vallerand Robert J., 2012, *The Role of Passion in Sustainable Psychological Well-Being*, „Psychology of Well-Being: Theory, Research and Practice”, t. 2: 1 (<https://doi.org/10.1186/2211-1522-2-1>).
- Voukelatou Vasiliki, Gabrielli Lorenzo, Miliou Ioanna, Cresci Stefano, Sharma Rajesh, Tesconi Maurizio, Pappalardo Luca, 2021, *Measuring Objective and Subjective Well-Being: Dimensions and Data Sources*, „International Journal of Data Science and Analytics”, t. 11, s. 279–309 (<https://doi.org/10.1007/s41060-020-00224-2>).
- Wieczorkiewicz Anna, 2005, *Projekt turystycznego świata*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 1.
- Więckiewicz-Archacka Marta, 2019, *Nlog, Prawda.org, Blog.art.pl. Pierwsze niekomercyjne platformy blogowe w Polsce i ich wpływ na rozwój sieci blogów*, „Studia Medioznawcze”, t. 19, nr 1.
- Wiza Agata, 2016, *Aktywność turystyczna osób starszych w kontekście jakości życia*, „Turystyka Kulturowa”, nr 6.
- Zinczuk-Zielazna Joanna, 2021, *Pasja studiowania a samoregulacja, emocje i jakość relacji akademickich*, Wydawnictwo Rys, Poznań (DOI: 10.48226/978-83-66666-83-2).
- ❖
- CBOS, 2023a, *Wyjazdy turystyczne Polaków w 2022 roku i plany na rok 2023*. Komunikat z badań nr 19/2023 (https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2023/K_019_23.PDF).
- CBOS, 2023b, *Korzystanie z internetu w 2023 roku*. Komunikat z badań nr 72/2023 (https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2023/K_072_23.PDF).
- GUS, 2023, *Turystyka w 2022 r.*, Warszawa–Rzeszów (stat.gov.pl/obszary-tematyczne/kultura-turystyka-sport).

TOURISM AND WELLBEING.
EXPERIENCES OF INDIVIDUAL TOURISTS
AS PRESENTED IN TRAVEL BLOGS

Stella Grotowska
(AGH University of Krakow)

Abstract

One widely accessible and popular way to enhance people's wellbeing today is tourism, and its appeal continues to grow in Poland. Both wellbeing and tourism are complex and evolving phenomena shaped by socio-cultural patterns, economic and political influences, and lifestyle preferences. The growing popularity of individual tourism is closely linked to the ongoing development of social media. Tourist blogs serve as personal accounts that allow readers to reconstruct the world presented by the bloggers, offering insights into their intentions, beliefs, personality traits and attitudes. Their readers can also discern both the topics highlighted and those left unspoken, while identifying the bloggers' values, self-presentations, and the transformations they have undergone. The aim of this article is to examine the experience of individualised tourism and show its connections with the wellbeing of the individual on the example of Polish-language travel blogs. The study is exploratory in nature, and involves qualitative content analysis. The article seeks to answer how the experiences of bloggers or tourists relate to wellbeing, which aspects of wellbeing bloggers consider significant enough to share publicly, and what role wellbeing plays in the tourist experience.

key words: tourism, travelling, wellbeing, subjective wellbeing, tourist experience

słowa kluczowe: turystyka, podróżowanie, dobrostan, dobrostan subiektywny, doświadczenie turysty

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

JACEK MIANOWSKI
Uniwersytet Gdański

ALTRUIZM I SOLIDARNOŚĆ SPOŁECZNA
JAKO ŹRÓDŁA DOBROSTANU UCZESTNICZEK PROJEKTU
„ONKOMARSZ GRANICAMI POLSKI”
FUNDACJI ONKOREJS — WYBIERAM ŻYCIE

WPROWADZENIE

Według danych Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem (International Agency on Research of Cancer — IARC) gromadzonych przez Globalne Obserwatorium Raka (Global Cancer Observatory — GCO) w 2022 roku zanotowano na świecie ponad 19,9 mln przypadków zachorowania i ponad 9,7 mln zgonów z powodu raka. Oznacza to, że choroby nowotworowe są drugą, po chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów w skali świata (WHO 2022). Również w Polsce stanowiły drugą przyczynę zgonów (18,8% mężczyzn i 17,2% kobiet) (Didkowska i in. 2023, s. 3). W 2021 roku zarejestrowano niemal 171,6 tys. nowych zachorowań na nowotwory i 93,6 tys. zgonów z ich powodu. Choroby nowotworowe ze względu na wysokie prawdopodobieństwo zachorowania i straty społeczne, które powodują (Tobiasz-Adamczyk 2012, s. 84), są poważnym problemem i wyzwaniem w wymiarze mikro- i makrospołecznym.

W wymiarze makrospołecznym jest to problem, ponieważ szacuje się, że spośród osób, które chorują onkologicznie, co 9 mężczyzna i co 12 kobieta mogą umrzeć z powodu tej choroby (WHO 2022). Choroby nowotworowe są też przyczyną niepełnosprawności, która ma poważne konsekwencje dla całego społeczeństwa, ponieważ ogranicza zdolność

do pracy, co implikuje konieczność zapewnienia osobom chorym adekwatnej, długoterminowej opieki. W wymiarze mikrospołecznym skutki choroby nowotworowej dotyczą osobę chorą i bliskie jej osoby. Zastosowanie inwazyjnych terapii (chemio- i radioterapii czy leczenia chirurgicznego) ma poważne konsekwencje fizyczne dla osoby chorej (np. osłabienie czy okaleczenie organizmu). Ponadto niepewność dotycząca skuteczności leczenia destabilizuje jej równowagę psychiczną i wywołuje na przykład lęk antycypacyjny (Ostrowska 2008) czy stany depresyjne. W kontekście społecznym natomiast choroba nowotworowa wymusza zmianę stylu życia, powoduje stygmatyzację, zaburza relacje interpersonalne, wywołuje modyfikację ról społecznych i może być przyczyną izolacji społecznej osoby chorej (Bisschop i in. 2004; Tobiasz-Adamczyk 2009, s. 115; Tobiasz-Adamczyk 2012, s. 84; Synowiec-Piłat 2020, s. 32).

Działania, które podejmuje lekarz, gdy stawia diagnozę choroby nowotworowej, opierają się na założeniach biomedycznego paradygmatu myślenia o zdrowiu i chorobie (Engel 1977). Z tego punktu widzenia na podstawie oznak i symptomów oraz wyników testów laboratoryjnych może on ocenić stan organizmu człowieka, na przykład w świetle komórkowej koncepcji choroby, w której pierwszoplanowe znaczenie mają zmiany w obrębie komórki jako kluczowej komponenty choroby nowotworowej (Uramowska-Żyto 2009, s. 68). W biomedycznym modelu postrzega się więc pacjenta przez pryzmat chorego ciała, które musi być zdiagnozowane i leczone. Zakłada się, że choroba jest formą załamania stanu równowagi w organizmie, czemu może zaradzić lekarz jako kompetentny ekspert w sprawach leczenia choroby (Giddens, Sutton 2021, s. 649). Funkcją diagnozy choroby nowotworowej postawionej przez medycznego profesjonalistę jest zatem identyfikacja danej choroby w kategoriach somatycznych (*disease*). Koncentracja na organicznych jej objawach pomniejsza jednak znaczenie samopoczucia pacjenta. Wynika to między innymi z faktu, że organizacja opieki zdrowotnej zakłada kontakt z lekarzem w gabinecie lekarskim, który nie jest naturalnym środowiskiem życia pacjenta. Dlatego lekarz zajmuje się wyizolowaną jednostką i często nie traktuje pacjenta holistycznie. Ograniczenia funkcjonalnej teorii choroby sprawiają, że zanedbana jest kwestia subiektywnego znaczenia choroby, czyli indywidualna wrażliwość i podatność na nią, a także percepcja własnej sytuacji życiowej przez osobę chorą oraz działalność zdrowotna laików (Sokołowska 2009, s. 28, 32–33). Rodzi to potrzebę holistycznego uwzględnienia czynników, które mogą warunkować sytuację osoby chorej i jej bliskich. Taką perspektywę zakłada się w paradygmacie społeczno-ekologicznym,

w którym przyjmuje się, że zdrowie jednostki i jej rodziny determinują: czynniki biologiczne, zachowania pro- i/lub antyzdrowotne, środowisko psychospołeczne i fizyczne. Zdrowie jest więc przy tym podejściu ściśle powiązane ze środowiskiem fizycznym i społecznym, a działania w ramach społeczności i szerszej kultury są ważnymi wyznacznikami zdrowia, ponieważ laickie społeczności mają własne wartości, standardy, system wsparcia i funkcjonują w szerszym kontekście biosfery. Wartości, postawy, wierzenia określają, jak laicy postrzegą zdrowie i jak reagują w sytuacji choroby (Hancock 1985). Zdrowie i chorobę rozumie się jako kontinuum: dobrostan–dyskomfort (Domaradzki 2013, s. 411), wskazując, że potrzebna jest równowaga między nimi.

Założenia modelu społeczno-ekologicznego pozwalają projektować badanie potencjału samoorganizacji osób chorych w kierunku wypracowania strategii radzenia sobie ze skutkami choroby nowotworowej. Ważny jest przy tym wymiar społeczno-kulturowy, a także otoczenie przyrodnicze, w którym można weryfikować założenia strategii adaptacyjnej przyjętej w trakcie leczenia i po jego zakończeniu. W związku z tym zagadnieniem bardzo istotnym w sensie poznawczym i aplikacyjnym jest zrozumienie, w jaki sposób osoby z historią choroby onkologicznej (w trakcie leczenia oraz tzw. ozdrowieńcy) radzą sobie ze swoją chorobą i w jaki sposób starają się utrzymać/poprawić dobrostan bio-psycho-społeczny. Podejmuję tu próbę zrozumienia tych kwestii na przykładzie działań uczestniczek projektu „OnkoMarsz Granicami Polski” Fundacji Onkorejs — Wybieram Życie. Celem artykułu jest określenie i analiza czynników, które konstytuują dobrostan bio-psycho-społeczny uczestniczek tego projektu, z myślą o odpowiedzi na pytanie: co jest źródłem ich dobrostanu?

Pierwsza część tekstu przybliży rozumienie pojęć zdrowia, choroby, dobrostanu, altruizmu i solidarności społecznej. Druga część zawiera analizę wyników badań własnych opartych na pogłębionych rozmowach z uczestniczkami OnkoMarszu.

POJĘCIA ZDROWIA, CHOROBY I DOBROSTANU

Zastosowanie innowacyjnych terapii leczenia chorób nowotworowych sprawia, że stopniowo zmienia się ich charakter. Nie są one już przede wszystkim śmiertelne, ale stają się chorobami przewlekłymi, ponieważ rozwój terapeutycznych kompetencji współczesnej medycyny pozwala osobom z historią choroby onkologicznej funkcjonować przez długie lata, mimo że choroba nowotworowa może się wznowić (Tobiasz-Adamczyk 2009, s. 114; Frank 2002, 2013, s. 8; Synowiec-Piłat 2020, s. 32).

Osoby z historią choroby onkologicznej są więc reprezentantami społeczeństwa remisji, w którym choroba i dobre samopoczucie zmieniają się w zależności od tego, co jest na pierwszym planie, a co w tle, ponieważ zdrowie, poczucie dobrostanu psychofizycznego i choroba wzajemnie się przenikają, a więc jedno nie istnieje bez drugiego (Frank 2002, s. 135; 2013, s. 9). Wzajemne przenikanie się zdrowia i choroby implikuje funkcjonowanie osoby z chorobą onkologiczną w stanie pośrednim między zdrowiem a chorobą (*lived-with the illness*) (Conrad 1987, s. 24–27). Specyfiką życia z chorobą nowotworową jest to, że można być coraz mniej osobą chorą onkologicznie, ale ryzyko nawrotu choroby przypomina, że może ona wrócić (Frank 2002, s. 132–133).

Myślenie o zdrowiu implikuje refleksję na temat jakości egzystencji fizycznej, psychicznej i społecznej (Crawford 1984, s. 76; 1993, s. 133). Definicja zdrowia ogłoszona w *Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia* określa „zdrowie jako stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie jedynie brak choroby czy niepełnosprawności” (WHO 1948, s. 100). Po uwzględnieniu zastrzeżeń, jakie zostały wyartykułowane na temat możliwości zastosowania tej definicji w praktyce¹, istotne wydaje się, jak interpretuje się zdrowie jako pełny dobrostan (*complete well-being*). A zatem — czy zdrowie interpretuje się: jako osiągnięcie najwyższego punktu na hipotetycznej skali zdrowia (czyli w kategoriach perfekcyjności), czy jako pełen zakres czynników determinujących określoną dyspozycję człowieka (Ware i in. 1981), czyli w kategoriach holistycznych.

Wielowymiarowa koncepcja zdrowia zawarta w definicji zdrowia WHO obejmuje takie wymiary, jak: zdrowie fizyczne i psychiczne, społeczne funkcjonowanie, pełnienie ról, ogólny dobrostan, autonomię decyzyjną oraz wymiar duchowy² (Tobiasz-Adamczyk 2016, s. 174). Przy czym ogólny dobrostan wiąże się także z ogólną satysfakcją z życia (Tobiasz-Adamczyk 2009, s. 124). Dobrostan może mieć zatem subiektywny i obiektywny charakter. W przypadku osoby z historią choroby onkologicznej przez ogólny dobrostan można rozumieć taki stan tej osoby, który pozwala jej funkcjonować mimo warunków zmienionych z powodu choroby. W wymiarze obiektywnym stan ten określają takie wskaźniki, jak: kondycja fizyczna, symptomy choroby, stan funkcjonalny, ogólny stan zdrowia,

¹ Na przykład w sytuacji, gdy postulowany stan zdrowia nie jest możliwy do osiągnięcia, zob. Callahan 1973; Kass 1975; Sokołowska 1980.

² Ogólny dobrostan jest jednym z konstruktów teoretycznych wykorzystywanych w definiowaniu i pomiarze jakości życia. Złożone relacje między elementami koncepcji jakości życia wymagałyby osobnego omówienia, na co nie ma tu miejsca.

obecność bólu, poczucie energii lub zmęczenia (aspekt fizyczny); relacje rodzinne, pełnienie ról społecznych, zakres i jakość relacji społecznych, wygląd zewnętrzny, podejmowanie pracy (aspekt społeczny). W wymiarze subiektywnym dobrostan jest wyznaczany przez poczucie kontroli nad własnym życiem, stres z powodu diagnozy lub procesu leczenia czy lęk antycypacyjny w związku z możliwością wznowy choroby (aspekt psychiczny) (Knobf 2007, s. 73; Tobiasz-Adamczyk 2015, s. 161).

Istotnymi czynnikami dobrostanu uczestniczek opisywanego tu projektu w wymiarze obiektywnym są: skutki choroby nowotworowej i jej leczenia, kondycja fizyczna oraz udział w roli uczestnika i/lub koordynatora projektu OnkoMarsz. W wymiarze subiektywnym ważne czynniki dobrostanu to: motywy udziału w projekcie, ogólna ocena zadowolenia z tej formy spędzania wolnego czasu i poczucie sensu udziału w projekcie własnego środowiska nadawane przez samą uczestniczkę.

EGOIZM, ALTRUIZM I SOLIDARNOŚĆ SPOŁECZNA

Pojęcia egoizmu, altruizmu i solidarności społecznej są obecne w myśli socjologicznej od początku jej rozwoju. W socjologii jako pierwszy słowa „altruizm” użył August Comte (1903, 2000). Łączył go z działaniami, które przynoszą korzyść innym osobom, w kontraście do egoizmu, który oznaczał dla niego nadmierną koncentrację na sobie i własnym interesie. Comte uznał egoizm-altruizm za fundamentalne czynniki tworzenia relacji społecznych (Jeffries i in. 2006, s. 68). Podłożem altruizmu i egoizmu jest, według Comte’a, naturalny instynkt, przy czym egoizm jest ukierunkowany na ochronę tego, co indywidualne, a altruizm na ochronę gatunku (Mangone 2020, s. 87; Gualda 2022, s. 30). Z kolei Émile Durkheim wskazał na rolę altruizmu w dialektyce społecznej integracji/dezintegracji i pośrednio rozpatrywał go jako element swojej koncepcji moralności. Podstawy solidarności społecznej w nowoczesnym społeczeństwie wyjaśniał poprzez kontrast między egoizmem i altruizmem (Durkheim 1999 [1893]; Jeffries i in. 2006, s. 68; Mangone 2020, s. 34).

Kontrastowanie egoizmu i altruizmu wynika z założenia, że są to pojęcia rozłączne, jednoznacznie określone. Nie można więc odpowiadających im zjawisk rozpatrywać na kontinuum. Tymczasem natura altruizmu jest złożona, dlatego na przykład trudno jest odpowiedzieć na pytanie — czy możliwy jest czysty altruizm? (Spencer 1873). Jeżeli jednak przyjmiemy założenie, że motywację i zachowanie altruistyczne można stopniować, to zachowanie altruistyczne ulokujemy na jednym biegunie kontinuum, a zachowanie egoistyczne na drugim (Jeffries 1998; Galston 1993; Krebs, Van

Hesteren 1992, s. 159; Rushton 1980, s. 8). W środku kontinuum znajdują się mieszane motywacje zachowań. Biegun egoizmu oznacza obszar, w którym w pierwszej kolejności poszukuje się własnych, pozytywnych korzyści (Jeffries 1998, s. 152). Zachowanie altruistyczne możemy zaś rozpatrywać w kategoriach orientacji na drugą osobę. Altruizm oznacza więc zwrot w stronę innego (*other-ism*), czego wyrazem jest wysiłek lub zdolność do działania w interesie innych (Habito, Inaba 2006, s. 1).

Altruizm i egoizm trudno odseparować, ponieważ są to elementy komplementarne. W tym kontekście działania typu: wzajemna troska, wzajemność, wolontariat i te formy zachowań, które odnoszą się do innych osób, są niezbędnymi elementami tworzenia i wspierania solidarności. Motywem takich działań może być osobne dążenie do dobra własnego i dobra drugiej osoby, ale obydwa motywy mogą także występować w jednym działaniu (Kraut 2018). A zatem to, co robi jednostka, może być w jakiś sposób jednocześnie altruistyczne i egoistyczne (Weiss, Peres 2014, s. 74–75). W związku z tym działaniem altruistycznym jest działanie, w którym chociaż jeden z motywów odnosi się do dobra drugiej osoby (Kraut 2018; Hałas 2023, s. 63).

Pojęcie solidarności jest używane w stosunku do pozytywnych sposobów odnoszenia się do innych jako adresatów altruizmu (Sorokin 1947, s. 93–144; 2002 [1954], s. 13). Solidarność to zatem forma interakcji i relacji międzygrupowych (Sorokin 1947, s. 93–118). W sensie atrybutywnym solidarność określają takie cechy, jak: zdolność do angażowania się we wspólne działania z myślą o osiągnięciu wspólnych celów oraz poczucie jedności i więzi (Jeffries 2014, s. 7).

Egoizm, altruizm i solidarność społeczna mogą być podstawą działań, które są wpisane w interakcje między jednostkami usytuowanymi we wpływającym na nie kontekście socjokulturowym, ale jednostki wpływają także na ten kontekst (Mangone 2020, s. 159). W procesie relacyjnym działania jednostek nie są czystą wymianą (na zasadzie *do ut des*), ale wynikają z interakcji, które są społecznie i kulturowo uwarunkowane (Mangone 2019, s. 35).

Psychofizyczne skutki leczenia raka, a także fatalistyczne przekonania na temat tej choroby sprawiają, że osoba chora i jej bliscy potrzebują wsparcia: informacyjnego, emocjonalnego, społecznego, finansowego czy rzeczowego (Synowiec-Piłat 2015, s. 206). Doświadczenie choroby onkologicznej wymaga bowiem od osoby chorej podjęcia działań, które pozwolą jej zaadaptować się do choroby w kontekście instytucjonalnej medycyny i/lub poza tym kontekstem (np. w ramach laickiej sieci społecznej) z myślą o prowadzeniu normalnego życia mimo wszystko (Skrzypek 2011,

s. 134). W adaptacji do choroby jednostka musi nauczyć się, jak interpretować nową rzeczywistość i radzić sobie z ograniczeniami w realizacji życiowych zadań z powodu zmienionych warunków (Ostrowska 2008, s. 28). Potrzebuje więc informacji, które pomogą jej wypracować nowy reżim w zarządzaniu objawami choroby; zreinterpretować zadania realizowane dotychczas w życiu codziennym (np. w rodzinie); przemyśleć sposób konstruowania relacji społecznych (np. z bliskimi w aspekcie podziału zadań domowych oraz z przyjaciółmi czy znajomymi).

Różnorodność chorób nowotworowych i ich skutków implikuje zróżnicowane zapotrzebowanie na pomoc. W Polsce według danych Krajowego Rejestru Nowotworów zróżnicowaną pomoc na rzecz osób z doświadczeniem choroby nowotworowej świadczą 44 fundacje i stowarzyszenia onkologiczne (KRN)³. Wsparcie w konstruowaniu strategii adaptacji do choroby nowotworowej oferuje także Fundacja OnkoRejs — Wybieram Życie.

FUNDACJA ONKOREJS — WYBIERAM ŻYCIE I JEJ PROJEKT „ONKOMARSZ GRANICAMI POLSKI”

Fundacja OnkoRejs — Wybieram Życie powstała w 2013 roku, gdy jej założycielka, Magdalena Lesiewicz, zachorowała na raka piersi. Doświadczenie choroby onkologicznej i terapia spowodowały, że zaczęła zastanawiać się, jak nauczyć się żyć po chorobie. Gdy dowiedziała się o rejsach morskich organizowanych dla osób z dysfunkcją wzroku, postanowiła zorganizować rejs statkiem dla osób z historią choroby onkologicznej — 31 maja 2015 r. dwanaście kobiet popłynęło po Morzu Bałtyckim na żaglowcu „Zjawa IV” w rejsie, który miał symbolizować pokonanie raka. Jednak pierwszy rejs się nie udał — po trzydziestu godzinach jacht zaczął tonąć pośrodku Bałtyku i potrzebna była akcja ratunkowa. We wrześniu 2015 roku odbył się drugi etap pierwszego rejsu. Tym razem na dwóch małych jachtach do Szwecji. Osoby z historią choroby onkologicznej chciały w ten sposób zwrócić uwagę, że nie są osobami, które leżą w łóżku i czekają na śmierć, i że trzeba walczyć z takim stereotypem. Rejs ten miał szeroki oddźwięk w środowisku onkologicznym i w konsekwencji zrodziła się potrzeba instytucjonalizacji pomysłu. W styczniu 2016 roku powstała Fundacja OnkoRejs — Wybieram Życie, która miała realizować projekty onkologiczne⁴. Już w tym samym roku (w dniach 21–28 sierpnia) zorgani-

³ <https://onkologia.org.pl/pl>

⁴ W dalszej części tekstu zostaną przedstawione wyniki analizy, które dotyczą tylko OnkoMarszu.

zowała pierwszy „OnkoMarsz Granicami Polski”. Do 2023 roku odbyło się osiem jego edycji. W ósmej edycji, w dniach 25 czerwca – 1 lipca 2023 r., wzięło udział 115 osób⁵.

OnkoMarsz przygotowują i realizują koordynatorzy we współpracy z uczestnikami. Zawsze odbywa się on na kilku trasach wzdłuż granic Polski. Niezależnie od trasy (nizinna, góraska, nadmorska, zalesiona, specjalna — białymi plamami dostępu do diagnostyki raka jelita grubego), jej długości (100–300 km) i formy (piesza, rowerowa) algorytm działań jest stały: wytyczyć trasę, znaleźć nocleg, skontaktować się z jednostkami samorządu terytorialnego, mediami, organizacjami pacjenckimi, zorganizować spotkanie profilaktyczne dla osób bez doświadczenia choroby onkologicznej i transport bagaży oraz poszukać sponsorów.

OPIS PRÓBY BADAWCZEJ I ZAŁOŻENIA METODOLOGICZNE

Projekt „OnkoMarsz Granicami Polski” realizowany jest poza kontekstem instytucjonalnej medycyny i dotyczy niemedycznych aspektów zdrowia, choroby i chorowania (Skrzypek 2012, s. 156). Rodzi to pytanie: co sprzyja utrzymaniu/poprawie dobrostanu jego uczestników? W poszukiwaniu odpowiedzi na to pytanie podjęto badania jakościowe, których przedmiotem były działania uczestniczek OnkoMarszu. W konstruowaniu próby badawczej zastosowano dobór celowy. Zasadniczym kryterium doboru był udział danej osoby w projekcie.

W badaniu uczestniczyło 20 osób: 4 osoby wspierające i 16 osób z doświadczeniem onkologicznym. 7 osób koordynowało wybraną trasę OnkoMarszu w edycji z 2023 roku. 6 osób koordynowało trasy piesze: Jastrzębia Góra–Ustka (108 km); Jastrzębia Góra–Rewa (106 km); Krynica Morska–Braniewo (109 km); Hajnówka–Sokółka (100); Włodawa–Zosin (100 km); Śnieżnik–Kudowa Zdrój (109 km) i 1 osoba koordynowała trasę rowerową: Białowieża–Janów Podlaski (200 km). W tym 2 osoby koordynowały też trasy w edycji OnkoMarszu z 2022 roku. 12 osób wzięło udział w OnkoMarszu w roli uczestnika (zob. Zestawienie).

Po uzyskaniu zgody na udział w badaniu jakościowym zostały przeprowadzone rozmowy telefoniczne w formie pogłębionych wywiadów jakościowych (*in-dept interview*) (Miller, Glassner 2004, s. 125, 139; Lofland i in. 2006, s. 148–158), częściowo strukturyzowanych. Rozmowy trwały

⁵ Wzdłuż północnej granicy Polski — 45 osób; wzdłuż wschodniej — 35 osób (w tym 6 osób na trasie rowerowej); wzdłuż południowej — 27 osób; wzdłuż zachodniej granicy Polski — 8 osób (trasa rowerowa).

Charakterystyka respondentek wywiadów jakościowych*

Wiek	Wykształcenie	Miejsce zamieszkania	Rola w projekcie	Rok zachorowania
45	wyższe	Brzeg	uczestniczka	osoba zdrowa
47	wyższe	Łęczna	koordynatorka 2022	2018
47	wyższe	Czarnochowice/Wieliczka	koordynatorka	2018
51	wyższe	Gdańsk	koordynatorka	2013
52	średnie	Radzymin	uczestniczka	2014
54	średnie	Sokołów Podlaski	koordynatorka	2015
55	wyższe	Brzeg	koordynatorka	2017
55	wyższe	Kościerzyna	uczestniczka	osoba zdrowa
55	wyższe	Brzeg	uczestniczka	2007
56	średnie	Pisary Dolnośląskie	koordynatorka	2011
56	wyższe	Brzeg	uczestniczka	osoba zdrowa
56	wyższe	Kutno	uczestniczka	2021
57	wyższe	Brzeg	uczestniczka	2017
58	zawodowe	Olszynka	uczestniczka	2010
59	wyższe	Zambrów	koordynatorka	2013
60	średnie	Brzeg	uczestniczka	2016
63	średnie	Garwolin	koordynatorka 2022, uczestniczka 2023	2010
63	wyższe	Pępice	uczestniczka	osoba zdrowa
65	średnie	Pogrzebów	uczestniczka	2009
69	zawodowe	Ostrów Wielkopolski	koordynatorka	1994/2012

*W akcji profilaktycznej „OnkoMarsz Granicami Polski” biorą udział przede wszystkim kobiety. Utrudnia to docieranie do mężczyzn, dlatego nie ma ich wśród badanych. W części analitycznej tekstu niektóre imiona uczestniczek badania zostały zmienione w celu anonimizacji ich udziału w badaniu.

od 30 do 60 minut i odbyły się w lipcu, sierpniu i wrześniu 2023 roku. W przypadku osób z doświadczeniem choroby onkologicznej dotyczyły one: sytuacji poprzedzającej pojawienie się choroby i przebiegu choroby; zdobywania wiedzy o chorobie; radzenia sobie z chorobą (np. w domu, poza domem, w życiu codziennym); poszukiwania pomocy uzupełniającej opiekę medyczną (np. drogi do Fundacji, roli w projekcie). Rozmowy z osobami wspierającymi dotyczyły genezy spotkań z osobami onkologicznymi i wiedzy na temat chorób onkologicznych, drogi do Fundacji oraz roli

w projekcie. Rozmowy z uczestniczkami OnkoMarszu były źródłem pierwotnych danych empirycznych, które dotyczyły ich udziału w projekcie, w formie pieszej lub rowerowej.

Problemem badawczym było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie: jakie czynniki konstytuują dobrostan bio-psycho-społeczny uczestniczek OnkoMarszu? Analizę danych z wywiadów jakościowych przeprowadzono metodą indukcyjną. Dane empiryczne z wywiadów były poddane procedurze kodowania wstępnego i zogniskowanego (Strauss, Corbin 1990; Charmaz 2001; Lofland i in. 2006). W fazie kodowania wstępnego dokonano rejestracji danych i ich kodowania w języku rozmówców i zgodnie z ich perspektywą. W drugiej fazie przeprowadzono kodowanie analityczne zogniskowane (Lofland i in. 2006, s. 204–208), zaznaczano i kodowano fragmenty, które charakteryzowały i wyjaśniały kluczowe czynniki dobrostanu w aspekcie biofizycznym: skutki choroby i terapii, aktywność i kondycję fizyczną; w sferze społecznej: formy kooperacji i sposoby eksploracji otoczenia przyrodniczego przez osoby z chorobą onkologiczną i zdrowe; w aspekcie psychicznym: percepcję siebie w/lub po chorobie i motywację udziału w OnkoMarszu. Analizowane były też dane zastane, to jest pisemne sprawozdania z udziału w projekcie w 2023 roku znajdujące się w zasobach grupy na portalu Facebook⁶ i na stronie internetowej Fundacji OnkoRejs — Wybieram Życie⁷. Dane wtórne zostały skategoryzowane według rodzajów faktów (liczba uczestników, podział pracy, sposób i środki mobilności). Do analizy danych zastanych wykorzystano strategię retrospektywnej interpretacji (Ruggiano, Perry 2019; Turner P. 1997, s. 4).

OBIEKTYWNE CZYNNIKI DOBROSTANU UCZESTNICZEK „ONKOMARSZU GRANICAMI POLSKI”

Struktura i organizacja działań Fundacji są wynikiem realizacji podmiotowo-sprawczej koncepcji kooperacyjnych i dobrowolnych działań społecznych. Kolektywne konstruowanie strategii adaptacyjnej do życia z doświadczeniem onkologicznym w Fundacji polega na współpracy osób chorych i zdrowych. Elementem takiej koncepcji jest założenie, że jednostki

⁶ Było to siedem pisemnych relacji (sześciu grup pieszych i jednej rowerowej, których uczestniczki wzięły udział w badaniu). Osoby uczestniczące w projekcie po każdym dniu marszu wprowadzają relacje do zasobów ogólnej grupy na portalu Facebook (20+) OnkoRejs granicami Polski | Grupy | Facebook.

⁷ W analizie danych zastanych wykorzystano także ogólne informacje (dane statystyczne), które znajdują się na stronie internetowej Fundacji Onkorejs — Wybieram Życie (<http://onkorejs.pl>) w formie ogólnego sprawozdania.

są twórczymi istotami, które w problematycznej sytuacji (choroby onkologicznej) szukają sposobu radzenia sobie ze związanymi z nią ograniczeniami, czyli na przykład projektują i wypróbowują różne warianty rozwiązań (Lofland i in. 2006, s. 166).

Osoba z przewlekłą chorobą musi w wymiarze obiektywnym w aspekcie biofizycznym konfrontować się z bólem czy ograniczeniem sprawności fizycznej (Bisschop i in. 2004, s. 721), co warunkuje jej podejście do życia i określa dobrostan biofizyczny. Ów dobrostan w przypadku osób chorych onkologicznie uczestniczących w OnkoMarszu w sposób istotny wyznaczają: skutki choroby i terapii oraz kondycja fizyczna. Osoby z nowotworem piersi (w przedstawianym badaniu 12 osób), osoby z nowotworem tarczycy (2 osoby), rakiem jelita (1 osoba) czy rakiem krwi (1 osoba) przeszły terapię chirurgiczną i/lub chemio- czy radioterapię bądź hormonoterapię. Efekty tych terapii to na przykład wycięte węzły chłonne, skutki naświetlania czy użycia kontrastu. Osłabiają one organizm i zmniejszają sprawność i kondycję fizyczną, ale właśnie dlatego uczestniczki OnkoMarszu potraktowały go jako okazję do sprawdzenia się w aspekcie biofizycznym:

Pojechałyśmy na OnkoMarsz w 2019 roku, dziewczyny z odrostami na głowie, bo po chemii włosy zaczynały rosnać. Nie bardzo siły miałyśmy — to było bardzo dobre, motywujące dla nas (Elżbieta, uczestniczka).

Miesiąc po chemii poszłam już na pierwszy marsz, jeszcze w peruce. [...] To mnie tak podbudowało, że wcale nie jest ze mną tak źle w wymiarze psychicznym i fizycznym (Katarzyna, koordynatorka).

Możliwość gospodarowania siłami tak, żeby dotrzeć do wyznaczonego celu marszu, zależy od skutków choroby i terapii. Na przykład dla osoby, która musi korzystać z rurki tracheotomijnej z powodu nowotworu tarczycy, jest to istotne wyzwanie:

W górach byłam pierwszy raz i w pierwszy dzień przeszliśmy 27 km. I po pierwszym dniu złapał się za głowę — koordynatorka i ja, my najbardziej chore, że dałyśmy radę i jestem nastawiona pozytywnie (Maria, uczestniczka).

Udział w projekcie w formie marszu lub na rowerze wymaga aktywności i dobrej kondycji fizycznej. Zdaniem osób wspierających, zdrowych uczestniczek grupy onkorowerowej, osoby z historią onkologiczną dają przykład, jak można żyć z doświadczeniem choroby onkologicznej:

Tu jest akcja, że ja wiele mogę, że tyle jeszcze przede mną (Krystyna, uczestniczka, osoba zdrowa).

Dziewczyny są mocne psychicznie i fizycznie. Teraz we wszystkim chcą uczestniczyć (Małgorzata, uczestniczka, osoba zdrowa).

Aktywność fizyczna i eksploracja środowiska przyrodniczego (biosfery) służy realizacji celów Fundacji — pokazuje, że osoby, które są w trakcie choroby onkologicznej lub ją pokonały, mają prawo aktywnie przeżywać chorobę (Frank 2002, s. 3). W Fundacji spotykają się osoby, które mają doświadczenie różnych chorób onkologicznych. Udział w marszu jest więc okazją do zachęcania do badań profilaktycznych oraz zmiany negatywnych skojarzeń z chorobą nowotworową. Trajektoria choroby nowotworowej stanowi bowiem kontinuum stanów biologicznych, które implikują reakcje chorego i jego otoczenia, tworząc trajektorię stygmatyzacji (Alonzo, Reynolds 1995). Spotkanie z ludźmi podczas OnkoMarszu jest dla uczestniczek projektu okazją do przekazania im informacji, które pomogą im adekwatnie zareagować, gdy pojawią się symptomy choroby nowotworowej.

Idąc na marsz traktuję się jako osobę doświadczoną chorobą i leczeniem i idącą po to, [...], żeby [...] poinformować o wielu rzeczach, o których ja nie wiedziałam, jak zachorowałam (Katarzyna, koordynatorka).

Zmiany, jakie są skutkiem choroby, dotyczą także statusu społecznego osoby chorej. Ian Robinson (1990) zwraca uwagę, że możemy wyróżnić trzy trajektorie: biologiczno-medyczną (*disease*, choroba obiektywna), związaną z subiektywnym odczuciem choroby (*illness*) i wyznaczoną sytuacją społeczną (*sickness*), które się przecinają, są równoległe lub się rozchodzą.

Osoby z historią choroby nowotworowej i osoby zdrowe zgadzają się, że w sferze społecznej kluczowym czynnikiem, który wyznacza dobrostan uczestniczek OnkoMarszu, jest spotkanie z ludźmi i konstruowanie z nimi relacji w grupach marszowych lub grupie rowerowej.

Przebywanie w środowisku, w którym osoby mają wspólne doświadczenie, pozwala lepiej siebie rozumieć [...]; Przede wszystkim [osoba] zdrowa [...], nie przeszła leczenia systemowego. Nie zna skutków ubocznych chemioterapii. Nie zna też tego lęku przed ponownym zachorowaniem. Natomiast osoba, która zetknęła się z tą chorobą lub sama ją przeszła, ma rozeznanie w tym. Potrafi lepiej zrozumieć tą, która zachorowała (Iza, koordynatorka).

Inna osoba z historią onkologiczną staje się układem odniesienia, ponieważ chorowanie stanowi wspólne źródło zrozumienia takiego doświadczenia.

Działania, które podejmują osoby z grupy marszowej i rowerowej, dotyczą tego, co trzeba zrobić, żeby zaplanować projekt. Są to działania wewnętrzne (podział zadań według algorytmu) i zewnętrzne (kontakty z osobami prywatnymi i podmiotami prawnymi: media, instytucje samorządowe, NGO-s). Ramują one współpracę w projekcie i pozwalają prak-

tykować altruizm wolontaryjny, który służy pomnażaniu korzyści innych osób (czasem za cenę rezygnacji z własnej wygody podczas nocowania w warunkach polowych w remizie strażackiej czy szkole) lub polega w tym wypadku na samorealizacji poprzez zaangażowanie na rzecz osób bez doświadczenia onkologicznego (Weiss, Peres 2014, s. 74–75).

Całokształt działań jest wypadkową wizji OnkoMarszu, którą koordynator uzgadnia z uczestnikami, i ustaleń z prywatnymi oraz publicznymi kooperantami. Działania w projekcie onkomarszowym wymagają kooperacji zróżnicowanych grup osób chorych i zdrowych, ale też urzędników, służb mundurowych, przedstawicieli mediów. Implikuje to działania międzysektorowe. Udział w roli uczestnika i/lub koordynatora w projekcie OnkoMarsz, który wspólnie przygotowują osoby z doświadczeniem choroby onkologicznej i osoby zdrowe, jest czynnikiem wyznaczającym dobrostan w aspekcie społecznym.

OnkoMarsz to integracja, sprawdzanie swoich sił i spotkanie profilaktyczne z zachętą do badania się. Poznałam nowe osoby — „świeżynki” po chorobie. Są dziewczyny wiele lat po chorobie i to jest taka integracja, wymiana swoich doświadczeń (Elżbieta, uczestniczka).

Planowanie i organizacja projektu utrzymują grupę w aktywności i są formą mobilizacji organizmu:

Jak nie mam planu, nic się nie dzieje, to trzeba czegoś szukać, bo czegoś brakuje. Organizowanie się trzyma w aktywności. I to jest cel na najbliższy czas [...]. Skoro za pół roku wyjeżdżam, to muszę być zdrowa (Małgorzata, koordynatorka).

Cele pozwalają koncentrować się na przyszłości i nie myśleć o tym, że skutki choroby i terapii mogą przeszkodzić w aktywności fizycznej. Inspirują zatem osoby z historią onkologiczną bardziej do myślenia perspektywnego niż retrospektywnego.

Mimo że grupy projektowe tworzą osoby z różnych części Polski, to po OnkoMarszu komunikują się one ze sobą, żeby przekazywać bieżące informacje, które dotyczą własnych wydarzeń życiowych. Grupa funkcjonuje wówczas z pomocą aplikacji służących do zdalnej komunikacji i stanowi platformę wielopłaszczyznowej wymiany doświadczeń, co pozwala utrwaląć dobrostan w aspekcie społecznym.

SUBIEKTYWNE CZYNNIKI DOBROSTANU UCZESTNICZEK „ONKOMARSZU GRANICAMI POLSKI”

W wymiarze subiektywnym ważnymi czynnikami dobrostanu uczestnika/koordynatora projektu są ogólna ocena zadowolenia z formy spę-

dzania wolnego czasu i poczucie sensu udziału w projektach własnego środowiska, jakie nadaje im sam uczestnik. Dobrostan osoby z chorobą onkologiczną jest tutaj wynikiem radzenia sobie z doświadczeniem stresującego wydarzenia życiowego i trudną sytuacją oraz stopnia adaptacji do nowej rzeczywistości (Tobiasz-Adamczyk 2009, s. 123).

Wyniki badań w naukach społecznych wskazują, że członkostwo w organizacjach o dobrowolnym charakterze zmniejsza poziom stresu, zwiększa satysfakcję i poprawia dobrostan fizyczny (Turner B. 2004, s. 21). Peggy Thoits i Lyndi Hewitt (2001, s. 126) stwierdziły na przykład, że wolontariat korzystnie utrwała subiektywny dobrostan, dając indywidualną korzyść osobie zaangażowanej niezależnie od innych form religijnej czy świeckiej partycypacji. Praca wolontariacka i członkostwo w tego typu organizacjach wzmacnia dobrostan w wymiarze obiektywnym (np. zdrowie fizyczne) i subiektywnym (np. poczucie satysfakcji) (Turner B. 2004, s. 21).

Charakter altruistycznej pracy organicznej, której istotą jest postawa gotowości do spotkania z adresatami podejmowanych działań, ma też propagowanie i zachęcanie do badań profilaktycznych w ramach OnkoMarszu:

Nawet, jak nam się uda jednej osobie pomóc, to już jest dużo [...], bo właśnie nam o to chodzi, żeby jakoś ruszyć ludzi, żeby przełamać tabu (Katarzyna, koordynatorka).

Czasem zdarzają się spotkania z osobami, które mają doświadczenie choroby onkologicznej, ale zabrakło im wsparcia społecznego podczas choroby i po wyleczeniu. Okazuje się na przykład, że mąż *nie umiał być takim partnerem w chorobie, jakim powinien, że mógł to zrobić dużo lepiej, a sam nie wiedział jak* (Małgorzata, koordynatorka). Można wówczas trafić do tych osób z doświadczeniem choroby nowotworowej, które nie działają aktywnie w środowisku pacjenckim, a mogłaby być to dla nich szansa na polepszenie funkcjonowania i zwiększenie dobrostanu oraz na przełamanie poczucia samotności.

Osoby z historią choroby onkologicznej, które uczestniczą w OnkoMarszu, podejmują działania projektowe, żeby aktywnie docierać do osób, które nie mają doświadczenia choroby onkologicznej, i dzielić się z nimi własnym doświadczeniem:

Te spotkania i dzielenie się własnymi doświadczeniami z ludźmi, którzy nie mieli doświadczenia z chorobą onkologiczną, mają znamiona takiej misji. To jest takiego oczyszczenia, uczucia niesienia dobra, pomagania ludziom (Iza, koordynatorka).

Dobrostan w sensie obiektywnym (spotkania z ludźmi) ma także podłoże subiektywne, ponieważ daje zadowolenie z uczestnictwa w działaniach motywowanych altruistycznie (troska o innych). Z badań Maren Klawiter (2008) wynika, że osoby z historią onkologiczną („ozdrowieńcy”) organizują się na wiele sposobów, żeby kształtować swoją własną pozycję, a osoby, które uzyskują pomoc dzięki tym organizacjom, mogą kształtować swoją podmiotowość. Osoba, która skutecznie zмага się z chorobą onkologiczną, tworzy więc jednocześnie historię swojej podmiotowości w ciągłym procesie opowiadania w oczekiwaniu na odpowiedź, otrzymywania odpowiedzi i odpowiadania na nią (Frank, Solbraekke 2023, s. 79). Może ona zaprezentować swoją historię w spotkaniach z osobami, które nie mają takiego doświadczenia.

Uczestniczki OnkoMarszu w swojej retrospektywnej refleksji nad tym, w jakim stopniu poświęcały się obowiązkom związanym z pracą, domem czy rodziną przed chorobą, a w jakim myślały o sobie, i czy robiły to, co musiały robić, a nie to, co chciały robić, zwracają uwagę na to, że w wyniku choroby inaczej percypują relację między obowiązkami i przyjemnościami. Pojawienie się choroby zaburzyło rytm życia codziennego i wymagało interpretacji nowej rzeczywistości oraz adaptacji do ograniczeń z nią związanych. Porównując życie przed chorobą i po chorobie, osoby z historią nowotworu piersi zauważają, że przed chorobą pierwszoplanowe były obowiązki, a po chorobie zaczynają one odkrywać, że ważne są dla nich także własne przyjemności.

Pomoc osobom z otoczenia w sprawach codziennych: strzyżenie, opieka nad osobą chorą w rodzinie — były czasochłonne. Nie potrafiłam odmówić pomocy sąsiadce. Obecnie, jak idę do kosmetyczki, to nie pytam, czy mogę. W poprzednim okresie życia to byłoby niemożliwe (Ewa, uczestniczka).

Leczenie onkologiczne jest intensywne. Badania, wlewy, chemia plus praca równa się nie ma czasu na myślenie. Nowa ja po chorobie nauczyłam się żyć dniem dzisiejszym. Wyciskać z życia, ile się da. Wcześniej było tak, że najpierw były dzieci, a ja na końcu. Odkładałam na później swoje potrzeby (Anna, uczestniczka).

Podobny styl myślenia wypracowała osoba z historią nowotworu tarczycy i płuc z nieoperacyjnym guzem:

Przed chorobą ważne było spełnienie potrzeb innych, a moje były na drugim planie. Wszyscy byli zadowoleni. Później zaczęłam myśleć o sobie. Niewiele życia mi zostało, a zawsze chciałam mieć wernisaż malarski. Zaczęłam więcej malować. Nie myślałam, żeby innych zadowolić, tylko postawiłam się na pierwszym planie (Elżbieta, uczestniczka).

Kształtowanie swojej podmiotowości i stylu życia oraz dobrostanu w chorobie onkologicznej są uwarunkowane między innymi stopniem zaawansowania choroby w momencie jej diagnozy i rezultatami procesu leczenia lub ich brakiem. Zdarza się, że wykrycie choroby nowotworowej jelita w ostatnim stadium i brak oczekiwanych rezultatów radykalnego leczenia (bo leki przestały już działać) sprawiają, że osoba z taką historią może leczyć się już tylko paliatywnie i stale przyjmować chemię. W takiej sytuacji najtrudniej jest zapanować nad lękiem antycypacyjnym, ponieważ ograniczone możliwości transformacji choroby i tworzenia dobrostanu biofizycznego w wymiarze obiektywnym (*disease*) powodują poczucie beznadziei. Osoba w takiej fazie choroby skoncentrowała się na transformacji choroby w wymiarze subiektywnym (*illness*) i zaczęła troszczyć się o swój dobrostan psychospołeczny:

Jako koordynator przez pół roku działałam, szukam. Czuję, że jestem dla kogoś ważna. Poznaję nowe osoby, widzę, że są wystraszone, a potem widzę, że spełniają swoje marzenia. Mogę się podzielić i pokazać, że mimo ciężkiej diagnozy jestem nadal aktywna, że mogę być dla kogoś [...]. W moim chorowaniu uznałam, że mój dobrostan psychiczny jest najważniejszy, bo od tego zależy, jak ja będę żyła z tą chorobą. Zaczęłam się koncentrować na swoim stanie psychicznym, żeby on był dobry. Planuję życie pomiędzy leczeniem tak, żeby z niego korzystać. Byłam osobą zadaniową i kontrolowałam się. Teraz tego nie robię. Jeżeli czuję, że coś budzi we mnie lęk [...] i obniża mi jakość życia, to oddaję to specjalistom od leczenia. Przystałam kontrolować swoje życie. Najważniejsze dla mnie jest, żeby moje podejście do życia było pozytywne, a nie z lękiem (Jolanta, koordynatorka).

Przywołane przykłady transformacji historii choroby onkologicznej ilustrują taki rodzaj stylu życia z chorobą nowotworową, którego funkcją jest dowartościowanie siebie i uświadomienie sobie własnej podmiotowości w chorobie (Frank, Solbraekke 2023). Osoby z historią onkologiczną i osoby zdrowe podejmują w ramach grup marszowych i grupy rowerowej działania społeczne motywowane egoistycznie i/lub altruistycznie, które służą szeregowi profilaktyki wykrywania choroby nowotworowej i eksploracji środowiska przyrodniczego. Strategia adaptacyjna uczestniczek OnkoMarszu jest zatem kombinacją działań zorientowanych subiektywnie/egoistycznie i obiektywnie/altruistycznie. Egoizm oznacza tutaj intencjonalne działanie uczestniczek projektu służące czerpaniu indywidualnej przyjemności z udziału w nim, altruizm zaś intencjonalne działanie, którego funkcją jest dzielenie się doświadczeniem choroby z osobami o podobnym doświadczeniu i osobami bez takiego doświadczenia. Egoistyczna motywacja i altruistyczna orientacja działań służą solidarności społecznej w obrębie układu społecznego, który wspólnie tworzą osoby chore i zdro-

we. W ten sposób osoby chore mogą pozytywnie transformować skutki swojej choroby i jej leczenia, a osoby zdrowe mogą być partnerami tej transformacji.

Kluczowym czynnikiem biofizycznego i psychospołecznego dobrostanu uczestniczek OnkoMarszu jest ich dyspozycja do aktywności fizycznej i społecznej. Z jednej strony jest to zdrowie w sensie braku choroby, co potwierdzają wyniki badań medycznych, a z drugiej optymalna w danym momencie dyspozycja, której w świetle wyników badań medycznych nie można nazwać zdrowiem, ponieważ nie jest to stan ilościowo odpowiadający normie medycznej (Schramme 2023, s. 3).

PODSUMOWANIE

Zasadniczym ograniczeniem przedstawionych badań własnych (np. w aspekcie metodologicznym) jest mała próba badawcza (N = 20 osób). Konieczne jest zatem powtórzenie badania, żeby poszerzyć analizę podjętej problematyki o uwarunkowania dobrostanu bio-psycho-społecznego osób z innych grup projektowych (w tym na przykład dotrzeć do uczestników płci męskiej), a także pogłębić analizę treści zawartych w zasobach online grupy pacjenckiej związanej z projektem.

Niezależnie od wyartykułowanych ograniczeń przeprowadzonego badania można stwierdzić, że jego wyniki wskazują, iż do udziału w OnkoMarszu uczestniczki zainspirowały: ciekawość poznawcza, chęć przeżycia przygody czy sprawdzenia się w nowych warunkach, ale także możliwość spotkania z innymi osobami onkologicznymi. Są to czynniki, które pozwalają im utrzymywać i poprawiać dobrostan w wymiarze bio-psycho-społecznym. Okazało się, że mimo skutków choroby i skutków ubocznych leczenia chirurgicznego (np. zaburzonej pracy węzłów chłonnych) czy chemio- lub radioterapii (np. ograniczenia sprawności fizycznej czy osłabienia organizmu) uczestniczki OnkoMarszu starają się spędzać wspólnie czas w środowisku przyrodniczym. Dzięki temu testują one swój stan zdrowia i choroby oraz weryfikują własne możliwości adaptacji do otoczenia przyrodniczego i społecznego. Łączy je więc aktywność fizyczna, społeczna i eksploracja środowiska (biosfery).

Działania onkomarszowe przede wszystkim integrują środowisko osób z historią onkologiczną, co utrwała ich dobrostan społeczny. Z jednej strony udział w projekcie jest motywowany egoistyczne, ponieważ eksploracja środowiska przyrodniczego służy czerpaniu przyjemności i radości z życia w danej chwili i miejscu, co utrwała, a także poprawia dobrostan uczestniczek projektu w wymiarze subiektywnym. Z drugiej strony należy podkre-

ślić, że działania onkomarszowe są również zorientowane altruistycznie, ponieważ osoby uczestniczące w projekcie przygotowują go z myślą o tym, żeby zachęcać osoby bez doświadczenia onkologicznego do badań, których celem jest wczesne wykrywanie chorób nowotworowych.

Aktywny charakter spędzania czasu w trakcie OnkoMarszu wynika z tego, że w Fundacji OnkoRejs — Wybieram Życie dąży się, by osoba chora czuła się jak zdrowa i żyła tak zdrowo, jak to możliwe. Formy aktywizowania ludzi chorych proponowane przez Fundację służą poprawie ich funkcjonowania w wymiarze indywidualnym i społecznym. Z tego punktu widzenia wyniki badania można wykorzystać podczas tworzenia i wdrażania takich projektów, które będą skuteczniej wspierać osoby chore na raka tak, aby mogły one aktywnie adaptować się do trudnej sytuacji w trakcie choroby i po niej oraz osiągać i utrzymywać dobrostan psychospołeczny niezbędny do poprawnego funkcjonowania społecznego.

BIBLIOGRAFIA

- Alonzo Angelo A., Reynolds Nancy R., 1995, *Stigma, HIV and AIDS: An Exploration and Elaboration of a Stigma Trajectory*, „Social Science & Medicine”, t. 41(3), s. 303–315.
- Bisschop Isabella M., Kriegsman Didi M.W., Beekman Aartjan T.F., Deeg Dorly J.H., 2004, *Chronic Diseases and Depression: The Modifying Role of Psychosocial Resources*, „Social Science & Medicine”, t. 59(4), s. 721–733.
- Callahan Daniel, 1973, *The WHO Definition of ‘Health’*, „The Hastings Center Studies”, t. 1(3), s. 77–87.
- Charmaz Kathy, 2001, *Grounded Theory*, w: Robert M. Emerson (red.), *Contemporary Field Research: Perspectives and Formulations*, Waveland Press, Prospect Heights, IL.
- Conrad Peter, 1987, *The Experience of Illness: Recent and New Directions*, w: Julius A. Roth, Peter Conrad (red.), *Research in the Sociology of Health Care: A Research Annual: The Experience and Management of Chronic Illness*, JAJ Press, Greenwich–London.
- Comte Auguste, 1903 [1844], *A Discourse on the Positive Spirit*, tłum. Edward Spencer Beesly, Reeves, London.
- Comte Auguste, 2000 [1896], *Positive Philosophy*, tłum. Harriet Martineau, Kitchener Batoche Books, London.
- Crawford Robert, 1984, *A Cultural Account of ‘Health’*, w: John B. McKinlay (red.), *Issues in the Political Economy of Health Care*, Tavistock, London, s. 60–103.
- Crawford Robert, 1993, *A Cultural Account of ‘Health’: Control, Release, and the Social Body*, w: Alan Beattie, Marjorie Gott, Linda Jones, Moyra Sidell (red.), *Health and Wellbeing: A Reader*, Palgrave Macmillan, Basingstoke, s. 133–143.
- Didkowska Joanna A. i in., 2023, *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2021 roku*, Krajowy Rejestr Nowotworów, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa.
- Domaradzki Jan, 2013, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia”, nr 1, s. 5–29.

- Durkheim Émile 1999 [1893], *O podziale pracy społecznej*, tłum. Krzysztof Wakar, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Engel George L., 1977, *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine*, „Science”, 196 (4286), s. 129–136.
- Frank Arthur W., 2002, *At the Will of the Body: Reflections on Illness*, A Mariner Book, Houghton Mifflin Company, Boston–New York.
- Frank Arthur W., 2013, *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics*, The University of Chicago Press, Chicago–London.
- Frank Arthur W., Solbraekke Nyheim K., 2023, *Becoming a Cancer Survivor: An Experiment in Dialogical Health Research*, „Health”, t. 27 (1), s. 78–93.
- Galston William A., 1993, *Cosmopolitan Altruism*, „Social Philosophy and Social Policy”, t. 10, s. 118–134.
- Giddens Anthony, Sutton Philip, 2021, *Sociology*, Polity Press, Cambridge.
- Gualda Estrella, 2022, *Altruism, Solidarity and Responsibility from a Committed Sociology: Contributions to Society*, „The American Sociologist”, t. 53, s. 29–43.
- Habito Ruben L.F., Inaba Keishin, 2006, *The Practice of Altruism: Caring and Religion in Global Perspective*, Cambridge Scholars Publishing, Newcastle.
- Hałas Elżbieta, 2023, *Etos altruizmu i jego odmiany*, Scholar, Warszawa.
- Hancock Trevor, 1985, *The Mandala of Health: A Model of the Ecosystem*, „Family & Community Health”, t. 8(3), s. 1–10.
- Jeffries Vincent, 1998, *Virtue and the Altruistic Personality*, „Sociological Perspectives”, t. 41(1), s. 151–166.
- Jeffries Vincent, Johnston Barry V., Nichols Lawrence T., Oliner Samuel E., Tiryakian Edward, Weinstein Jay, 2006, *Altruism and Social Solidarity: Envisioning a Field of Specialization*, „The American Sociologist”, t. 37(3), s. 67–83.
- Jeffries Vincent 2014, *Altruism, Morality, and Social Solidarity as a Field of Study*, w: Vincent Jeffries (red.), *The Palgrave Handbook of Altruism, Morality, and Social Solidarity: Formulating a Field of Study*, Palgrave Macmillan, New York.
- Kass Leon R., 1975, *Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health*, „Public Interest”, t. 40, s. 11–42.
- Klawiter Maren, 2008, *The Biopolitics of Breast Cancer, Changing Cultures of Disease and Activism*, University of Minnesota Press, Minneapolis–London.
- Knobf Tish M., 2007, *Psychosocial Responses in Breast Cancer Survivors*, „Seminars in Oncology Nursing”, t. 23(1), s. 71–83.
- Kraut Richard, 2018, *Altruism*, w: Edward N. Zalta (red.), *Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Altruism (Stanford Encyclopedia of Philosophy), [dostęp: 02.07.24].
- Krebs Denis L., Van Hesteren Frank, 1992, *The Development of Altruistic Personality*, w: Pearl M. Oliner i in. (red.), *Embracing the Other: Philosophical, Psychological, and Historical Perspectives on Altruism*, University Press, New York, s. 142–169.
- Lofland John, Snow David, Anderson Leon, Lofland Lyn H., 2006, *Analyzing Social Settings: A Guide to Qualitative Observation and Analysis*, Thomson Wadsworth, Toronto.
- Mangone Emiliana, 2019, *Gratitude and the Relational Theory of Society*, „Human Arenas: An Interdisciplinary Journal of Psychology, Culture, and Meaning”, t. 2(1), s. 34–44.
- Mangone Emiliana, 2020, *Beyond the Dichotomy Between Altruism and Egoism: Society, Relationship and Responsibility*, Information Age Publishing, Charlotte.

- Miller Joddy, Glassner Barry, 2004, *The 'Inside' and the 'Outside'. Finding Realities in Interviews*, w: David Silverman (red.), *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, Sage, London–New Delhi.
- Ostrowska Antonina, 2008, *The Struggle with Time in Chronic Illness*, „Polish Sociological Review”, nr 1, s. 25–37.
- Robinson Ian, 1990, *Personal Narratives, Social Careers and Medical Courses: Analysing Life Trajectories in Autobiographies of People with Multiple Sclerosis*, „Social Science & Medicine”, t. 30(11), s. 1173–1186.
- Ruggiano Nicolle, Perry Tam E., 2019, *Conducting Secondary Analysis of Qualitative Data: Should We, Can We, and How?*, „Qualitative Social Work”, t. 18(1), s. 81–97.
- Rushton Philippe J., 1980, *Altruism, Socialization, and Society*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Schramme Thomas, 2023, *Health as Complete Well-Being: The WHO Definition and Beyond*, „Public Health Ethics”, t. 16(3), s. 210–218.
- Skrzypek Michał, 2011, *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej. Ujęcia teoretyczne, ich ewolucja i recepcja*, Wydawnictwo KUL, Lublin.
- Skrzypek Michał, 2012, *Medycyna w polu badań socjologii choroby, zdrowia i medycyny w kontekście niemedycycentrycznej orientacji badawczej subdyscypliny*, „Przegląd Socjologiczny”, nr 2, s. 155–172.
- Sokołowska Magdalena, 1980, *Granice medycyny*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Sokołowska Magdalena, 2009, *Socjologia medycyny*, w: Antonina Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, IFiS PAN, Warszawa, s. 21–40.
- Sorokin Pitirim A., 1947, *Society, Culture, and Personality*, Harper & Brothers, New York.
- Sorokin Pitirim A., 2002 [1954], *The Ways and Power of Love. Types, Factors, and Techniques of Moral Transformation*, Templeton Foundation Press, Philadelphia–London.
- Spencer Herbert, 1873, *The Study of Sociology*, Henry S. King & Co, London.
- Strauss Anselm, Corbin Juliet, 1990, *Basic of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*, Sage, Newbury Park.
- Synowiec-Piłat Małgorzata, 2015, *Możliwości praktycznych zastosowań wyników badań socjomedycznych w onkologii*, w: Antonina Ostrowska, Michał Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*, IFiS PAN, Warszawa, s. 189–216.
- Synowiec-Piłat Małgorzata, 2020, *Przekonania i wiedza dotyczące chorób nowotworowych a uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych. Studium socjologiczne*, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław.
- Tobiasz-Adamczyk Beata, 2009, *Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. Nowe spojrzenie na chorego*, w: Antonina Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, IFiS PAN, Warszawa, s. 113–144.
- Tobiasz-Adamczyk Beata, 2012, *„Życie w ramach” wyznaczonych chorobą nowotworową — rola socjologii medycyny*, „Przegląd Socjologiczny”, nr 2, s. 81–113.
- Tobiasz-Adamczyk Beata, 2015, *Jakość życia w chorobie z perspektywy socjologicznej*, w: Antonina Ostrowska, Michał Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*, IFiS PAN, Warszawa, s. 251–268.

- Tobiasz-Adamczyk Beata, 2016, *Społeczny wymiar jakości życia i jego uwarunkowania*, w: Mateusz Cybulski, Elżbieta Krajewska-Kułąk (red.), *Opieka na osobami starszymi. Przewodnik dla zespołu terapeutycznego*, PZWL, Warszawa, s. 171–182.
- Thoits Peggy A., Hewitt Lindy N., 2001, *Volunteer World and Well-Being*, „Journal of Health and Social Behaviour”, t. 42(2), s. 115–131.
- Turner Bryan, 2004, *The New Medical Sociology. Social Forms of Health and Illness*, W.W. Norton, New York–London.
- Turner Paul D., 1997, *Secondary Analysis of Qualitative Data*. Paper Presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Chicago, 24–28 marca.
- Uramowska-Żyto Barbara, 2009, *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*, w: Antonina Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, IFiS PAN, Warszawa, s. 65–86.
- Ware John E., Brook Robert H., Davies Allyson R., Lohr Kathleen N., 1981, *Choosing Measures of Health Status for Individuals in General Populations*. „American Journal of Public Health”, t. 71, s. 620–625.
- Weiss Raquel, Peres Paulo, 2014, *Beyond the Altruism-Egoism Dichotomy: A New Typology to Capture Morality as a Complex Phenomenon*, w: Vincent Jeffries (red.), *The Palgrave Handbook of Altruism, Morality, and Social Solidarity: Formulating a Field of Study*, Palgrave Macmillan, New York, s. 71–97.



- WHO, 1948, *Summary report on proceedings, minutes and final acts of the International Health Conference held in New York from 19 June to 22 July 1946*, World Health Organization (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/85573>).
- WHO, 2002, *All Cancers*, Global Cancer Observatory, The International Agency for Research on Cancer, World Health Organization.

ALTRUISM AND SOCIAL SOLIDARITY AS SOURCES OF WELLBEING
AMONG PARTICIPANTS IN THE “ONKOMARSZ PROJECT”
OF THE ONKOREJS FOUNDATION

Jacek Mianowski
(University of Gdańsk)

Abstract

The article analyses the activities of female participants in the OnkoMarsz project, an initiative of the “Onkorejs — Wybieram Życie” foundation. This project aims to support adaptation to oncological diseases within a social system that includes both cancer survivors and healthy individuals. The analyse is grounded in the social-ecological model of health and illness, which prioritises health as a process whose essence is the balance between health and illness. In this context, wellbeing is understood as the ability of OnkoMarsz participants to carry out life’s tasks despite the challenges posed by their illness. To explore this, in-depth qualitative interviews were conducted with project participants to determine the

source of their wellbeing in sickness and in health. The findings reveal that the participants' strategies for adapting to their disease are egoistically motivated (enjoying life here and now) and altruistically oriented (caring for others). Egoism, altruism and social solidarity intermingle and determine the wellbeing of the participants in both subjective and objective dimensions.

key words: oncology patients, cancer, egoism, altruism, wellbeing

słowa kluczowe: pacjenci onkologiczni, choroby nowotworowe, egoizm, altruizm, dobrostan

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

STANISŁAW MAKSYMOWICZ

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

NIEWIDZIALNI
CIERPIENIE, WYKLUCZENIE I ADAPTACJA
W CHOROBAH RZADKICH

WPROWADZENIE

W bazie Orphanet istnieje 6172 unikalnych chorób rzadkich, w 71,9% mających podłoże genetyczne i w 69,9% zaczynających się w dzieciństwie. Prewalencja, czyli występowanie chorób rzadkich w populacji, to około 1 osoby na 2 tys. (według definicji europejskiej, w różnych krajach podaje się różne definicje), przy czym jest to oczywiście wskaźnik różny dla różnych chorób (Nguengang Wakap i in. 2020). Choć zatem chorych na choroby rzadkie tylko w Europie może być nawet 30 milionów, a na świecie między 263 a 446 milionów (Nguengang Wakap i in. 2020), to wydaje się, że nadal funkcjonują na obrzeżach szeroko pojętego „zdrowia publicznego”. Choroba rzadka jest bowiem zwykle genetyczna i nieuleczalna, a celem zabiegów wokół zdrowia publicznego jest wszak prewencja pierwotna, czyli zapobieganie chorobom na szeroką skalę i redukcja przedwczesnych zgonów.

„Zdrowie publiczne” jest pojęciem szerokim, odnoszącym się „do wszystkich podmiotów i ich działań mających na celu poprawę zdrowia grupy ludzi” (Edemekong, Tenny 2024). Jednak definicja tej „grupy ludzi” jest zwykle bardzo ogólna. Idea zdrowia publicznego, powołana na

zgiszczach epidemii trawiących stary kontynent (Tulchinsky, Varavikova 2014), dotyczy jakiejś większej populacji, na przykład danego narodu, a celem podejmowanych działań ma być przede wszystkim zabezpieczenie go przed chorowaniem i destrukcją. Wizję zdrowia publicznego jako jednej z polityk publicznych nakreślił już w XIX wieku Rudolf Virchow, nazywając medycynę „nauką społeczną”, a politykę „medycyną na szeroką skalę” (Cymbrowski 2019; Virchow 2019 [1848]). Także w klasycznych funkcjonalnych rozważaniach Talcotta Parsonsa (2009 [1951]) medycyna jawi się jako element podsystemu kontroli, którego celem jest zapewnienie odpowiedniego poziomu zdrowia populacji. Już sam termin „zdrowie publiczne” wskazuje na pewien idealny stan, do którego społeczeństwo ma dążyć — do zdrowia. Definiowanego przede wszystkim jako brak choroby, a w bardziej dojrzałej definicji Światowej Organizacji Zdrowia — jako pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny (WHO 1946).

Należy zaznaczyć, że istnieje wiele dokumentów i działań, które mają za zadanie wprowadzić choroby rzadkie w szerszy proces zarządzania zdrowiem publicznym. 16 grudnia 2021 r. Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych przyjęło „Rezolucję w sprawie sprostania wyzwaniom stojącym przed osobami żyjącymi z chorobami rzadkimi i ich rodzinami” (*The United Nations Resolution on Addressing the Challenges of Persons Living with a Rare Disease and Their Families*; UN 2022). Dokument wezwał państwa członkowskie do zaspokojenia praw osób żyjących z chorobą rzadką. Innym przykładem szerokich działań są te prowadzone przez Unię Europejską, w tym komunikat Komisji Europejskiej z 2008 r. pt. „Rzadkie choroby: wyzwania stojące przed Europą”, określający „ogólną strategię wspierania państw członkowskich w diagnozowaniu i leczeniu obywateli UE cierpiących na rzadkie choroby oraz sprawowaniu nad nimi opieki”, późniejsze zalecenie Rady „w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób” oraz „Rozporządzenie w sprawie sierocych produktów leczniczych” ułatwiające pacjentom dostęp do zróżnicowanych terapii (Komisja Europejska 2014). W Polsce natomiast obowiązywał w latach 2021–2023 „Plan dla Chorób Rzadkich”, którego celem była „trwała realizacja polityki zdrowotnej ukierunkowanej na potrzeby pacjentów z chorobami rzadkimi” i „systemowe rozwiązania problemów zdrowotnych i socjalnych tej grupy chorych” (Ministerstwo Zdrowia 2021). Dziś wiadomo, że ten plan nie został w pełni zrealizowany, a nowego planu nadal nie przyjęto (dane na czerwiec 2024). I choć niewątpliwie coraz więcej polityk zdrowotnych nakierowanych jest na sytuację osób cierpiących na choroby rzadkie, to nie ulega wątpliwości, że definicyjnie, a także w społecznym postrzeganiu, choroba rzadka ma charakter wykluczający, często będąc problemem nie-

dostrzeganym w systemie ochrony zdrowia. Wyrazem tego jest konieczność wzywania państw członkowskich różnych organizacji do działania i szerokie dyskusje na ten temat.

Wprowadzenie to jest niezbędne, żeby móc w pełni ukazać kontekst, w którym analizuję doświadczenia pacjentów i ich rodzin. Mimo pewnych zmian, które wciąż trwają, sytuacja tych osób jest nadal bardziej ich indywidualną niż społeczną kwestią, co koresponduje z modelami indywidualnym/medycznym i społecznym niepełnosprawności. I jeszcze bardziej dotkliwie dotyka to osoby chore na choroby rzadkie i ich otoczenie, na co między innymi uwagę zwraca w swojej książce Urszula Klajmon-Lech, wzywając do dostrzeżenia „potrzeb (zwłaszcza dotyczących wsparcia społecznego i pedagogicznego) specyficznej grupy osób — rodziców dzieci chorujących na rzadkie zespoły genetyczne” (Klajmon-Lech 2018, s. 9).

Dlatego główne pytania, jakie sobie tu zadaję, dotyczą tego, w jaki sposób choroba rzadka i jej doświadczenie wpływają na chorych i ich rodziny oraz dlaczego problemy tych osób są nadal niedostatecznie dostrzegane w szerszej perspektywie społecznej. Powyższe pytania powstały, zgodnie z założeniami teorii ugruntowanej (Glaser, Strauss 2009), po przeprowadzonej analizie danych uzyskanych z wywiadów, które były zaprojektowane zgodnie z roboczą hipotezą, że istnieje jakiś rodzaj zaburzenia funkcjonowania społecznego pacjentów i ich rodzin, który nie wynika wyłącznie z ich stanu zdrowotnego. Dotyczy to także opisywanych poniżej trajektorii wykluczenia i adaptacji, które wyraźnie wyłoniły się w toku wypowiedzi badanych osób. Podjęcie tej problematyki jest niezwykle ważne, zarówno w kontekście poznawczym z zakresu socjologii i antropologii, dotyczącym problematyki trajektorii w chorobach rzadkich i przewlekłych, jak i praktycznym, związanym z funkcjonowaniem instytucji opiekuńczych i leczniczych. Dostrzeżenie procesu adaptacji poprzez wykluczenie może bowiem prowadzić do krytycznej oceny działania systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej, zwracając tym samym uwagę na konieczność zredefiniowania istniejących mechanizmów wsparcia tak, by były bardziej wrażliwe na doświadczenia pacjentów i ich najbliższego otoczenia.

MATERIAŁ BADAWCZY I METODY BADANIA

W celu zobrazowania tak sformułowanych problemów analizie zostały poddane dwie choroby. Pierwszą jest zespół Pradera-Williego (ang. *Prader-Willi Syndrome* — PWS), rzadka choroba spowodowana aberracją chromosomalną (częściową utratą długiego ramienia chromosomu 15) o czę-

stości występowania między 1 na 15 tys. a 1 na 30 tys. żywych urodzeń. Charakterystyczne dla zespołu są rozpoznawalne cechy dysmorficzne oraz zaburzenia neurologiczne, poznawcze, endokrynologiczne i behawioralne. Jedną z najbardziej charakterystycznych cech choroby jest hiperfagia, czyli nadmierne zwiększenie łaknienia, prowadzące do otyłości. Leczenie PWS jest tylko objawowe i wspierające, przede wszystkim związane z kontrolą spożycia pokarmu, oparte na terapiach hormonalnych i odpowiedniej organizacji edukacji i zatrudnienia oraz kontroli zachowania osób chorych czy ich rehabilitacji (Cassidy, Driscoll 2009; Skrzypek i in. 2023).

Druga choroba to stwardnienie zanikowe boczne (SLA — *sclerosis lateralis amyotrophica*), rzadka, nieuleczalna i śmiertelna choroba neurodegeneracyjna osób dorosłych, charakteryzująca się postępującym paraliżem mięśni (związanych zarówno z poruszaniem się, mową, połykaniem, jak i oddychaniem), będącym wynikiem trwałego uszkodzenia centralnych i obwodowych neuronów ruchowych (Stifani 2014). Mediana przeżycia z SLA wynosi od 37 do 49 miesięcy od pierwszych objawów, jest to więc choroba bardzo szybko postępująca. Częstość występowania SLA waha się od około 1 na 100 tys. do nawet 8 na 100 tys. w niektórych regionach (Chio i in. 2013). Dotychczas nie odkryto skutecznego leku na SLA, a jego leczenie polega przede wszystkim na opóźnieniu progresji choroby i redukcji objawów (Puchała i in. 2020). Nie jest też znana etiologia choroby: za około 5–10% przypadków odpowiadają dziedziczne czynniki genetyczne, w pozostałych przypadkach choroba ma charakter sporadyczny, choć kolejne badania wskazują na konkretne mutacje genetyczne, co daje nadzieję na odkrycie leku (Logan i in. 2022).

Obie choroby, choć w różny sposób, dotyczą cierpiące na nie osoby i ich otoczenie społeczne, stwarzają specyficzne, widoczne problemy. Na podstawie przedstawionej tu analizy udało się zrekonstruować dwie trajektorie życia z chorobą rzadką: wykluczenia społecznego i adaptacji. Obie będące efektem zarówno samej choroby, jak i społecznej konstrukcji zdrowia i choroby oraz działania instytucji zdrowia publicznego.

W artykule wykorzystano dane pozyskane w dwóch oddzielnych badaniach:

(1) Badanie osób chorych na stwardnienie zanikowe boczne (SLA), neurodegeneracyjną chorobę rzadką dotyczącą osoby dorosłe, zostało przeprowadzone techniką PAPI (wywiad osobisty z wykorzystaniem papierowego kwestionariusza — *pen-and-paper personal interviews*) przez autora tej publikacji od lutego do czerwca 2018 roku i opierało się na wystandaryzowanym oryginalnym kwestionariuszu zawierającym 30 pytań zamkniętych (demograficznych, dotyczących ścieżki diagnostycznej

oraz opinii na temat diagnozy) oraz 5 pytań otwartych (związanych z doświadczeniami pacjenta dotyczącymi diagnozy). Badanymi byli pacjenci prywatnej kliniki neurologicznej w Polsce z rozpoznaniem choroby SLA na podstawie standardów El Escorial (Johnsen 2020). Kryteria włączenia pacjentów stanowiły zdolność do komunikowania się — nawet przy pomocy opiekuna — oraz dobry stan psychiczny. Do badania zakwalifikowano 30 pacjentów, ale ostatecznie wyniki zebrano od 26 osób. Dwa przypadki zostały odrzucone z powodu braku pełnych odpowiedzi. Ostatecznie do analizy wykorzystano 24 odpowiedzi. Uzyskana grupa badawcza była demograficznie niejednorodna: wiek rozkładał się na trzy kohorty: 40–49 (33,3%), 50–59 (37,5%) i 60–69 lat (25%). Rozkład płci (15 mężczyzn i 9 kobiet) odpowiadał rozkładowi występującemu w SLA — choroba charakteryzuje się przewagą mężczyzn w stosunku 2 : 1 (Logroscino i in. 2008). Rozkład próby według zmiennej „miejsce zamieszkania” był również stosunkowo duży, z niewielką przewagą dużego miasta (ponad 250 tys.). Respondenci pochodzili z różnych regionów Polski oraz byli diagnozowani w różnych klinikach na terenie Polski i Niemiec. Zostały zebrane pisemne zgody formalne badanych na przeprowadzenie badania i publikację anonimowych wyników¹.

(2) Badanie przeprowadzone z dorosłymi opiekunami dzieci chorych na rzadki zespół genetyczny Pradera-Williego (PWS) techniką FGI (zogniskowanego wywiadu grupowego — *focus group interview*) przez autora tej publikacji oraz Marię Liburę na początku 2021 roku². Z powodu sytuacji pandemicznej badanie zrealizowano zdalnie przy użyciu platformy Zoom. Uczestników rekrutowano za pośrednictwem internetowych grup opiekunów dzieci z tą chorobą. Przeprowadzono 4 wywiady grupowe: 3 wywiady z matkami dzieci z PWS (15 osób) i 1 wywiad z ojcami (2 osoby). Łącznie w badaniu wzięło udział 17 opiekunów z różnych miejsc w Polsce. Grupy podzielono według płci uczestników i wieku chorego podopiecznego: młodsze dzieci, nastolatki i osoby dorosłe. Ze względu na niską liczbę odpowiedzi od ojców przeprowadzono tylko jeden wywiad z ich udziałem.

¹ Badanie uzyskało zgodę Komisji ds. Etyki Badań Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie (decyzja nr 5/2018). Nie było objęte dodatkowym finansowaniem.

Dalej w tekście cytaty z tego badania oznaczono numerem kodowym pacjenta (np. p4).

² Badanie uzyskało zgodę Komisji ds. Etyki Badań Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie (decyzja nr 2/2021). Zostało dofinansowane ze środków statutowych uczelni.

Dalej w tekście cytaty z tego badania oznaczono literą f oraz numerem kodowym pacjenta (np. f1, 06).

Skład badanych grup:

Grupa młodszych dzieci (F1, n = 6): Wiek matek: od 29 do 43 lat (średnia 35,5). Wiek dzieci: od 3,5 do 17* lat (średnia 9,5). Płeć dzieci: 3 chłopców i 3 dziewczynki. (*Osoba z dzieckiem w wieku 17 lat została pomyłkowo przypisana do grupy w trakcie badania).

Grupa nastolatków (F2, n = 3): Wiek matek: od 38 do 40 lat (średnia 39). Wiek dzieci: od 14 do 16 lat (średnia 15). Płeć dzieci: dziewczynki.

Grupa dorosłych (F3, n = 6): Wiek matek: od 44 do 54 lat (średnia 47). Wiek dzieci: od 18 do 28 lat (średnia 22). Płeć dzieci: 5 mężczyzn i 1 kobieta.

Grupa ojców dorosłych dzieci (F4): dwóch ojców w wieku 54 lata. Wiek dzieci: 21 lat. Płeć dzieci: 1 mężczyzna i 1 kobieta.

Wywiady oparto na wystandaryzowanym scenariuszu wywiadu, podzielonym na cztery podstawowe bloki:

- wyzwania i bariery związane z funkcjonowaniem dziecka oraz opiekunów,
- proces uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności — strategie i bariery systemowe dla pacjentów z PWS,
- wpływ PWS u dziecka na życie rodzinne,
- rekomendacje od rodziców.

Wywiady były nagrywane, transkrybowane i zostały poddane analizie jakościowej i ilościowej. Badacze uzyskali ustne zgody formalne badanych na przeprowadzenie badania i publikację wyników w formie zanonimizowanej.

TRAJEKTORIA CIERPIENIA W CHOROBYCH RZADKICH ORAZ RÓWNOLEGŁE TRAJEKTORIE WYKLUCZENIA I ADAPTACJI

Koncepcja trajektorii funkcjonuje w socjologii już stosunkowo długo. Swoją fundament ma w w obszarze socjologii medycyny, zwłaszcza w badaniach Barneya G. Glasera i Anselma L. Straussa dotyczących procesów cierpienia w chorobie i umierania (Glaser, Strauss 1965, 1968). Pojęcie trajektorii cierpienia — jednego z czterech sposobów doświadczania wydarzeń w życiu, czyli struktur procesowych (instytucjonalny wzorzec oczekiwań, biograficzny plan działania, trajektoria cierpienia i biograficzna metamorfoza; Schütze 2012) — „umożliwia teoretyczną oraz koncepcyj-

ną analizę interakcyjnych i biograficznych mechanizmów rozwijania się cierpienia i jego oddziaływania na tożsamość osób dotkniętych cierpieniem” — jak twierdzi Fritz Schütze (1997, s. 21). Koncepcja ta wywodzi się z metody biograficznej, o której Marek Czyżewski pisze, że „w obliczu potężnej presji wywieranej współcześnie na jednostki, by stały się autonomiczne, zaradne, aktywne, zdolne do podejmowania wyborów i gotowe do realizacji własnych projektów działania, a także wobec obarczania jednostek odpowiedzialnością za ich niepowodzenia i niemożność spełnienia społecznych oczekiwań, metoda biograficzna pokazuje: to nie jest takie proste” (Czyżewski 2013, s. 21).

Autorzy klasycznego tekstu *Trajektoria jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych* Gerhard Riemann i Fritz Schütze zdefiniowali trajektorię jako „bezładne procesy społeczne i procesy cierpienia: kategoria ta umożliwić ma identyfikację, zrekonstruowanie i zrozumienie fenomenów, których rozpoznanie zostało zaniedbane w większości badań” (Riemann, Schütze 1992, s. 92). Z kolei Elżbieta Zakrzewska-Manterys opisuje trajektorię cierpienia następująco: „Trajektoria odnosi się do badania procesów nieuporządkowanych, nieustrukturyzowanych, chaotycznych, a jednocześnie przysparzających uczestniczącym w nich osobom cierpienia i bólu, niosących ze sobą rozpacz, poczucie nieszczęścia i klęski, wyzwających szok i prowadzących do załamania. W tym więc ujęciu trajektoria zawsze dotyka cierpienia i użyta być może jako swego rodzaju metodologiczna pomoc w opisywaniu i badaniu radzenia sobie z cierpieniem” (Zakrzewska-Manterys 1995, s. 41).

Trajektorie mają charakter deterministyczny (określany przez Schützego jako „fatum”): wraz z narastającym trudnym doświadczeniem osoba chora i cierpiąca w coraz większym stopniu wtłaczana jest w trajektorię cierpienia, pozbawiając ją możliwości aktywnego działania. Kolejne wydarzenia, sprzęgnięte z objawami choroby, stanowią ramowe warunki jej funkcjonowania, zmuszając do reaktywnego sposobu zachowania (Schütze 1997). I to fatum zabiera chorym poczucie sprawczości i wtłacza ich w rolę biernego obserwatora kolejnych negatywnych wydarzeń. Spojrzenie takie kontrastuje z typowym dla socjologii interpretatywnej postrzeganiem rzeczywistości w kategoriach porządku opartego na interakcji symbolicznej, czyli z zainteresowaniem „osobą jako działającym podmiotem i interpretatorem społeczeństwa”. U podstaw takiego podejścia leży założenie, że „rzeczywistość społeczna jest budowana, konstruowana w toku działań aktora społecznego, wyposażonego w jaźń, interpretującego zarówno środowisko, jak i siebie samego” (Rokuszevska-Pawełek 1996, s. 38). Tymczasem koncepcja trajektorii kieruje uwagę na znaczenie

anomicznych aspektów rzeczywistości społecznej, dalekich od idealnego ładu, znajdując się po stronie cierpienia, chaosu i destrukuryzacji, którym — zdaniem Schützego (1997, s. 24) — socjologia interpretatywna poświęcała zbyt mało uwagi.

Na podstawie zróżnicowanych badań, nie tylko w polu medycyny, ale także związanych z systemem edukacji czy wojną, Schütze zrekonstruował kolejne stadia i mechanizmy rozwijania się trajektorii. Omówię je w odniesieniu do analizowanych chorób oraz dwóch widocznych w chorobach rzadkich trajektorii: społecznego wykluczenia i adaptacji.

Pierwszym stadium trajektorii jest gromadzenie się potencjału trajektoryjnego, który narasta w obrębie danej biografii. W kontekście choroby rzadkiej potencjałem tym jest oczywiście sama choroba, która zdeterminuje kolejne etapy wytwarzania się trajektorii. Co ciekawe, na tym etapie potencjał trajektoryjny może być dla chorego i opiekunów niedostrzegalny: małe dziecko z PWS początkowo może funkcjonować „normalnie”, gdyż objawy choroby nie są od razu dominujące i dostrzegalne, zwłaszcza poza rodziną. Tak opisuje sytuację jedna z matek dziecka cierpiącego na PWS:

[...] *tego upośledzenia oni [inne osoby, w tym specjaliści — przyp. S. M.] u naszych dzieci w ogóle nie widzą — Boże, jakie one są kochane, cudowne, wszędzie pójdą, zagadają. I w ogóle jest nie widziane, nie brane w ogóle pod uwagę. Ja na przykład, jak mam iść do psychologa, to ja nie umiem powiedzieć po co, bo przecież no dziecko jest okej, tak? Wszystko odpowiada, jest zadowolone, szczęśliwe, a to, co się dzieje w domu i wyprawia... Tak naprawdę on dorasta i ja dopiero teraz widzę, że... jakie jest jego upośledzenie i że ono się coraz bardziej pogłębia (f1,06).*

Podobnie dzieje się z osobami dorosłymi, których choroba początkowo często rozwija się powoli, dając objawy, które nie zawsze są alarmujące, co z kolei spowolnia diagnozę (Black, Martineau, Manacorda 2015; Maksymowicz, Siwek 2024). Zdarza się nawet, że sami specjaliści niechętnie stawiają definitywną diagnozę, czekając aż pełny obraz choroby rozwinię się, co pokazuje wypowiedź pacjenta chorego na SLA:

Neurolog długo zwlekał z diagnozą: „to jest cały worek chorób”. Drogą eliminacji kazał co kilka miesięcy wykonywać kolejne badania i czekać na kolejne objawy — to było bardzo dobre, to narastanie informacji. Szykowaliśmy się na to na każdej wizycie (p.4).

Chorzy i instytucje medyczne starają się więc — mówiąc językiem trajektorii — nie pozwolić na przekroczenie granicy między powstaniem potencjału a wejściem w trajektorię. To przejście jest jednak nieuniknione i zdeterminowane chorobą. Sytuacja przypomina znany dylemat z fizyki

kwantowej (kot Schrödingera): biologiczny potencjał już jest, ale nie jest on odkryty lub zaakceptowany. W przypadku diagnozy chorób rzadkich często mamy do czynienia z tzw. odyseją diagnostyczną, czyli procesem, w którym pacjent lub lekarz szukają alternatywnej diagnozy dla nieuleczalnej choroby, odwołując się do nieuniknionej (Maksymowicz, Siwek 2024).

Drugim etapem jest więc wejście w trajektorię, nazwane przez Schützego „nagłym przekroczeniem granicy uczynnienia potencjału trajektorijnego” (choć warto podkreślić, że w przypadku dzieci diagnozowanych podczas badań przesiewowych etap pierwszy i drugi są niemal tożsame). Jest to moment szczególnie, w którym osoba chora — w przypadku analizowanych w tym artykule pacjentów z SLA — nie mogąc dalej kształtować swojej codzienności, popada w zależność od swojego stanu. Podobnie zależni od choroby stają się też opiekunowie dzieci z PWS. Dezorientacja i szok towarzyszące ostatecznej diagnozie stwardnienia zanikowego bocznego dobrze oddają ten problem, gdy chorzy stają przed trudną wizją dalszego życia i procesu umierania. Oto jak to opisują badane przeze mnie osoby chore na SLA:

Pani umiera, nie ma na to ratunku, nie ma sensu nic już robić. Płakałam w kątku, ktoś obcy mnie pocieszał. Opis został dokonany w zimny, drastyczny sposób (p.11).

Otrzymałam diagnozę w izbie przyjęć szpitala. Żona została poproszona o opuszczenie pomieszczenia. „Nie możemy nic zrobić, przepraszamy. Umrze Pan śmiercią przez uduszenie” — brzmiała diagnoza (p.15).

Często po diagnozie choroby rzadkiej, chorzy wracają do lekarza i pytają, czy coś można jeszcze zrobić. Szukają różnych terapii mających charakter eksperymentalny. Poddają się dodatkowym diagnozom u innych specjalistów. Często również, jak pokazuje badanie dotyczące tzw. odysei diagnostycznej, czyli długotrwałego i wieloelementowego procesu poszukiwania ostatecznej diagnozy choroby rzadkiej, są nawet leczeni na inne, pozornie podobne schorzenia (Maksymowicz, Siwek 2024). Rodzice zdiagnozowanych dzieci natomiast szukają sposobów, by objawy choroby nie dominowały życia ich dziecka i całej rodziny. Strategie te dobrze obrazują trzecie stadium trajektorii, gdy następuje „próba rozwinięcia chwiejnej równowagi radzenia sobie z życiem codziennym, dzięki czemu pierwsze doświadczenie szoku i następujący po nim stan zamętu mogą być przezwyciężone” (Schütze 1997, s. 25).

Rozpoczyna się więc nowa trajektoria, którą w ramach analizy cierpienia nazwałbym trajektorią adaptacji. Można ją odnieść do innej struktury procesowej Schützego, mianowicie do instytucjonalnego wzo-

ru oczekiwań, rozumianego jako „realizacja scenariuszy i ról napisanych dla niego [pacjenta — przyp. S.M.] (przez rodziców, nauczycieli, przełożonych), ale nie przez niego” (Waniek 2019, s. 153–154). I adaptacja ta będzie trwać aż do śmierci chorego, a nawet — w przypadku rodziny chorego — dłużej, gdy po śmierci podopiecznego rodzina musi nauczyć się żyć na nowo, odbudowując utraconą w wyniku choroby „normalność”. Mimo że trzeci etap ukazuje możliwość uzyskania jakiejś chwiejnej równowagi, to potencjał trajektoryjny nie zmienił się: choroba jest rzadka i nieuleczalna. Nie ma więc możliwości stwierdzenia, czy już doszło do domknięcia procesu trajektoryjnego i do ostatecznej adaptacji, czy jedynie do uzyskania chwilowej równowagi, a nowy układ pozycji i ról chorego oraz jego opiekunów będzie odtąd przez chorobę determinowany. Trudno w tej sytuacji mówić także o procesach opisanych przez Schützego jako biograficzny plan działania lub biograficzna metamorfoza, gdyż te mają charakter przemiany pozytywnej (Waniek 2019), czego jednak nie zaobserwowano w omawianych badaniach (ani w innych badaniach dotyczących chorób rzadkich, o których wspominam na końcu tej pracy). Także sam proces umierania, widoczny w przypadku stwardnienia zanikowego bocznego, jest trudny do przewidzenia, co udaremnia przygotowanie się na ten etap. Umieranie bowiem — jak opisują w swoich badaniach Glaser i Strauss (1968) — dzieje się w sposób trudny do przewidzenia i uniemożliwia tym samym uzyskanie stabilności. Jeśli zaś chodzi o adaptację, także tę rozumianą negatywnie, czyli poprzez wykluczenie, ukazuje jej dużą nieprzewidywalność.

Dlatego kolejnym stadium jest coraz większa destabilizacja wspomnianej przed chwilą „chwiejnej równowagi”: skoncentrowanie się na chorobie powoduje narastające zaniedbania w innych obszarach życia. Rodzina dziecka z PWS popada w problemy finansowe, rezygnuje z szerszych kontaktów społecznych, coraz bardziej ograniczając interakcje zewnętrzne i popadając w drugą trajektorię, którą nazwałem trajektorią wykluczenia społecznego. Problem, który wyraźnie obrazują cytowane poniżej wypowiedzi matek dzieci z PWS. Co wydaje się istotne, ograniczenia dotyczą zwłaszcza kobiet, które najczęściej rezygnują z pracy na rzecz wychowania dziecka:

Bo jeśli rodzic rezygnuje z pracy, to jego sytuacja finansowa jest znacznie mniejsza niż to minimum, które otrzymuje opiekun, i jeszcze na domiar wszystkiego nie może sobie dorobić, tak? W żaden sposób (f1, 02).

[...] czasami człowiek na przykład rezygnuje z różnych rzeczy sam świadomie, żeby już po prostu tych dzieci nie męczyć dodatkowo. Bo myśmy też byli postawieni ile razy przed taką sytuacją, że na przykład byliśmy gdzieś zapraszani i po prostu, nie wiem, z racji takiego świętego spokoju rezygnowaliśmy z takich na przykład

jakichś imprez [...] jeśli jest stół zastawiony, no to dla niej to jest też frustracja, więc czasami po prostu człowiek rezygnuje, ograniczają się wtedy kontakty i znajomości. No to chyba każdy powie i potwierdzi to, że po urodzeniu dziecka i później, im to dziecko starsze, to tak naprawdę człowiek zostaje z taką najbliższą rodziną i najbliższymi znajomymi (f1, 03).

[...] są również takie sytuacje, gdzie właśnie dzwonią ze szkoły, że trzeba dziecko odebrać, bo jest w złym stanie psychicznym. To są takie sytuacje, których nie jesteśmy w stanie przewidzieć, na które na dłuższą metę nie zgodzi się żaden pracodawca, tak że tu jedna osoba i to jednak wśród rodziców pokazuje, że zdecydowana większość matek, no po prostu rezygnuje z pracy (f2, 01).

Wykluczenie społeczne dotyka też oczywiście chorych. W przypadku nastoletnich dzieci, których zachowania w spektrum autyzmu nie można już „zrzuć” na dziecięcy wiek, następuje silne odrzucenie przez rówieśników. Dodatkowo ciągły głód powoduje, że dziecko coraz gorzej kontroluje swoje emocje. Z kolei w przypadku dorosłych chorych na SLA opiekunowie skoncentrowani na chorym członku rodziny zaniedbują własne zdrowie, a jednocześnie narastają problemy zawodowe samych pacjentów, których objawy przestają umożliwiać dalszą pracę (np. problemy z mową czy poruszaniem się). Początkowo budowany fundament stabilności zaczyna więc się kruszyć, a wraz z tym organizacja życia codziennego zaczyna koncentrować się na chorobie. Coraz bardziej narasta kontrola: w przypadku dziecka z PWS budowany jest szczegółowy harmonogram posiłków, w SLA życie staje się zdominowane przez reżimy medyczne i kontrolę stanu zdrowia, która narzuca kolejne etapy dostosowania się (np. zmianę konsystencji posiłków).

Jednak i to skrupulatne planowanie, związane z trajektorią adaptacji, z czasem nie wytrzymuje naporu choroby, prowadząc do kolejnego stadium opisywanego przez Schützego: „załamania organizacji życia codziennego i orientacji wobec samego siebie”. Problemy bowiem zaczynają się nasilać. Dorastający pacjent z PWS wymaga coraz więcej uwagi i kontroli, co generuje kolejne problemy dnia codziennego i dalsze wykluczenie społeczne jego i najbliższej rodziny. Do tego narastają problemy natury systemowej: utrzymania renty i pracy, uzyskania orzeczenia o niepełnosprawności, które trzeba odnawiać co kilka lat, i tym podobne. A chory z SLA, mimo rehabilitacji i prób leczenia, staje przed niepowstrzymanym postępem choroby coraz bardziej ograniczającej jego funkcjonowanie. W efekcie jednostka — czy to rodzina, czy sam chory — uznają się za niezdolnych do działania innego niż skoncentrowane na chorobie. Matka dziecka z PWS wyznaje:

[Imię dziecka] *potrzebuje opieki nieustannie 24 godziny na dobę, bo sam nie funkcjonuje i zagraża sobie, może zagrażać innym. Absolutnie jest totalna nieprzewidywalność. Albo i przewidywalność, bo my wiemy, że potrafi zrobić najróżniejsze rzeczy. Od podpalenia czegoś, po zalanie domu, po ucieczkę gdzieś przed siebie daleko, po odkręcenie wody, które się zdarzało już nocami, kiedy nie śpi, ponieważ nie śpi wiele nocy w swoim życiu i nie ma nocy, którą by całą przespał. Tak że oczywiście na zewnątrz, czyli poza domem, to musi być nieustanna kontrola, wręcz trzymanie za rękę, bo potrafi się wyrwać i podbiec do ludzi, do zwierząt, pod samochód wpaść. No właściwie na kajdankach powinien chodzić za rękę z nami. I tak to właśnie wygląda. Już pomijam oczywiście to, że może wszystko i wszędzie zjeść i wypić, to wiadomo, oczy wkoło głowy cały czas, bo są różne sytuacje, kiedy pojawia się coś co może nagle szybka ręka zwinąć, no ale jakby to już wiemy. A więc nie może również być de facto wyjątkowo pod opieką kogokolwiek innego, co najwyżej się zdarza, że zostawiamy go z dwoma, trzema osobami, które znają go od dziecka, z którymi jest zżyty, to są moi bracia, jeden przyjaciel, jeden wolontariusz, który z [imię dziecka] przez kilka lat na obozy jeździł, ale już nie jeździ. I właściwie nikt inny nie jest w stanie przewidzieć też tego, co nieprzewidzianie [imię dziecka] może zrobić. A więc 24 godziny non stop kontrola i opieka, także w nocy (f4, 01).*

Trajektoria adaptacji biegnie równoległe z trajektorią wykluczenia. Wraz z postępującą marginalizacją rodziny i chorego, związaną ze skupieniem się na chorobie i jej objawach, dotknięci trajektorią muszą nauczyć się innego funkcjonowania, adaptują się do sytuacji. Co jednak istotne, ze względu na brak wsparcia ze strony instytucji, czy to leczniczo-opiekuńczych, czy edukacyjnych, adaptacja ta ma zwykle charakter negatywny: polega na podejmowaniu strategii wykluczających, ograniczających kontakty i dobrostan społeczny. „Chora jest cała rodzina” — mówią rodzice dzieci z PWS:

[...] chora jest cała rodzina, bo to jednak przekłada się na całą rodzinę, na plany, na życie codzienne. Nawet na zwykły wyjazd na wakacje, też najczęściej jest to podporządkowane pod możliwości dziecka (f1, 02).

[...] o ile na początku wszyscy mówią, że to dzieciątko jest kochane i takie słodziutkie, i różowiutkie, i o Jezu, tylko klepać po pupci przysłowiowo, to w momencie, kiedy zaczyna dorastać, różnice się nasilają, są coraz bardziej widoczne dysfunkcje tej osoby. Ona jest coraz bardziej odtrącana właśnie przez społeczeństwo (f1, 01).

I tu też pojawiają się dwa ostatnie stadia trajektorii Schützego (1997, s. 26): „próba teoretycznego przepracowania (*Verarbeitung*) załamania się systemu orientacji oraz trajektorii” oraz „praktyczne próby opracowania (*Bearbeitung*) trajektorii i uzyskania nad nią kontroli oraz/lub próby uwolnienia się z jej więzów”. W wypowiedziach badanych przeze mnie osób próba teoretycznej redefinicji swojej sytuacji życiowej była często pod-

noszona. Rodzice dzieci chorych na PWS wspominali o tworzeniu nowej normalności w swoim życiu i o budowie dla swojego dziecka bezpiecznego otoczenia, tak by stawało się nową normalnością i rutyną. Przyjmowali też narrację innych rodziców, tworząc układy o podobnej charakterystyce, na przykład budując, jak inni, ograniczoną przestrzeń przystosowaną do funkcjonowania dziecka czy podejmując podobne strategie dotyczące pozyskiwania orzeczenia o niepełnosprawności. Wytwarzali więc relacje społeczne oraz tożsamość oparte na podobieństwach wynikających z diagnozy choroby genetycznej — Paul Rainbow opisywał to terminem *biosociality* (zob. Bradley 2021). Dostrzegali też rosnącą potrzebę dopasowania się do specyficznych oczekiwań społecznych wobec nich i ich dziecka, co zwykle polegało na wzmożonej kontroli. Zdarzało się nawet, że niespełnienie tych oczekiwań spotykało się z karą, na przykład gdy dziecko wyglądało zbyt zdrowo i szczupło jak na pacjenta z PWS, który „powinien być” bardzo otyły, rodzic spotykał się z zarzutem zaniedbania zdrowia dziecka (przez zbyt duże ograniczenia w odżywianiu) lub nawet z podważaniem istnienia choroby, która nie miała modelowego obrazu.

Częściej jednak widoczne były praktyczne próby przejęcia kontroli nad trajektorią. Na przykład w zetknięciu z komisjami orzekającymi o niepełnosprawności rodziny uczyły się, w jaki sposób odpowiadać przed komisjami, by uzyskać — należne im przecież — wsparcie. Należy jednak podkreślić, że wobec choroby dziecka oraz szybko postępującej nieuleczalnej choroby, jaką jest SLA, pełna ucieczka od trajektoryjnej sytuacji życiowej nigdy nie była możliwa. Raczej więc podejmowano strategię systematycznej organizacji życia, co w przypadku PWS obrazowało proces adaptacji do pełnej kontroli nad dzieckiem, a w przypadku chorych na SLA polegało na pełnym oddaniu się reżimom medycznym, które stawały się codzienną rutyną.

W tym miejscu należy poczynić ważną uwagę: stadia przedstawione przez Schützego ukazują trajektorię, która ma wyraźny wektor i kolejność zdarzeń. W rozmowach z pacjentami wyraźnie widać jednak, że niektóre stadia potrafią układać się w zupełnie inny sposób. Przykładem są próby praktycznego przejęcia kontroli na trajektorię podejmowane przez pacjentów z SLA wkrótce po diagnozie, kiedy rehabilitacja i wzmożona kontrola zdrowia spowalniają bieg choroby, co daje wrażenie zapanowania nad nią. Ponadto wydaje się, że choć Schütze wskazuje, iż wczesne stadium polega na próbie uzyskania chwiejnej równowagi, stadium ostatnie może być równie chwiejne — pacjenci w końcu adaptują się do swojej choroby, wypełniając warunki ostatniego stadium, jednak często kolejne negatywne wydarzenia „cofają” ich do wcześniejszych chaotycznych reakcji, w których pojawia się ponowna próba zdefiniowania problemu, a nawet porzucenie

leczenia i skierowanie się pod opiekę medycyny alternatywnej (Maksymowicz, Siwek 2024).

Modelowa trajektoria ma więc swój wektor, od narastania potencjału po próbę przejęcia kontroli (adaptację), ale kolejne stadia mogą w niej następować w różnej kolejności, niektóre będą nawracać, inne zanikać itp. Trajektoria jest więc raczej zbiorem zachowań i reakcji niż deterministycznym modelem z identycznym jednokierunkowym przebiegiem. Podobnie jest z trajektoriami wykluczenia i adaptacji. Choć mają one swój wyraźny kierunek: od „normalności” do wykluczenia społecznego i adaptacji do tej sytuacji, to jednak poszczególne stadia niekoniecznie muszą następować po sobie, lecz raczej stanowią kumulację pewnych wydarzeń. Dzieci z PWS dzięki silnej kontroli posiłków mogą uzyskać stabilność w zakresie zdrowia fizycznego, ale z wiekiem ich nietypowe zachowanie staje się coraz bardziej widoczne, co mimo opanowania fizycznych objawów choroby wypycha je ze społeczeństwa i wymaga podjęcia nowych strategii adaptacyjnych. Dorosły z PWS funkcjonuje już poza „normalnym” społeczeństwem, a rodzice ze względu na zaawansowany wiek szukają miejsca, gdzie ich podopieczny będzie mógł przebywać do końca życia, co wymaga uruchomienia nowych procesów adaptacyjnych. Instytucje, w których dziecko kolejno funkcjonuje, uruchamiają kolejne strategie adaptacyjne i wykluczające. Widoczne jest to na przykład w systemie edukacji, w którym dziecko jest nieustannie przenoszone z jednej placówki do drugiej:

[...] mam wrażenie, że przechodzę tę samą drogę, zaczynam ją przechodzić drugi raz, gdzie pani psycholog stara się namówić mnie na szkołę masową, w której już raz [imię dziecka] był, już raz się to nie sprawdziło, przechodził... był przenoszony z jednej szkoły do drugiej [...] jest to podstawą problemów z funkcjonowaniem osób z Prader-Willi w społeczeństwie (f1, 01).

Problem nieliniowości modeli teoretycznych, które zawierają wyraźnie zarysowaną logikę i kolejność występowania, już wcześniej został podjęty w polu socjologii medycyny i psychologii. Na przykład model DABDA Elisabeth Kübler-Ross opisywał pięć postępujących po sobie stadiów umierania: zaprzeczenie (*denial*), złość (*anger*), targowanie się (*bargaining*), depresja (*depression*) i akceptacja (*acceptance*) (Kübler-Ross 2021). Jednak kolejne badania związane z opieką paliatywną ujawniły, że choć poszczególne zachowania faktycznie pojawiają się w reakcjach pacjentów, to niekoniecznie postępują one w modelu liniowym (Corr 1993, 2019). Ponadto model ten sugeruje, że pacjent powinien przechodzić przez każdy etap, dochodząc do akceptacji. Jednak taka próba forsowania pacjenta, by ten przechodził przez kolejne etapy (np. przez psychoterapeutę) według nie-

których badaczy jest szkodliwa i nie uwzględnia indywidualnych strategii adaptacyjnych. Etapy te nie są więc liniowe, lecz płynne, często nachodząc na siebie i zmieniając się z dnia na dzień. Są tak unikalne, jak sami pacjenci i ich sytuacja. Wreszcie ostatnim elementem niekoniernie musi być akceptacja. Wszak w wielu chorobach nieuleczalnych samobójstwo wynikające z ciężkiej depresji często jest tragicznym wyjściem wybieranym przez chorych (Nafilyan i in. 2023). Trudno tu więc doszukiwać się zapanowania nad trajektorią, choć Schütze przewidział to, opisując ostatnie stadium trojako, uciekając od twardego zdefiniowania punktu końcowego. Według niego może nastąpić „[...] ucieczka z trajektoryjnej sytuacji życiowej (bez skutecznej kontroli nad potencjałem trajektoryjnym), systematyczna organizacja życia z trajektorią (w przypadkach, gdy potencjał trajektoryjny nie może być zlikwidowany, jak przy chorobie chronicznej) i systematyczna eliminacja potencjału trajektoryjnego” (Schütze 1997, s. 26).

Tak też proponuję patrzeć na zaproponowane przeze mnie trajektorie wykluczenia i adaptacji, które choć mają wyraźny wektor, to mogą przebiegać w sposób płynny i zmieniać kierunki pod wpływem zmiany sytuacji, na przykład wdrożonego leczenia. Takie podejście jest oczywiście niezwykle trudne w odniesieniu do chorób na dzień dzisiejszy nieuleczalnych, ale są też inne aspekty zdrowia, które należy tu rozpatrywać: zdrowie psychiczne i społeczne składające się na jakość życia. A ta, jak pokazują na przykład badania w obszarze opieki paliatywnej Julii Addington-Hall, nie pogarsza się liniowo we wszystkich aspektach wraz z postępem choroby, a w niektóre jej obszarach można wręcz obserwować poprawę pod koniec życia, gdy następuje „wewnętrzna adaptacja” do nowej sytuacji (Addington-Hall, Kalra 2001).

NIEWIDZIALNI W SYSTEMIE: CHOROBA RZADKA I STYGMATYZACJA

Dobrostan pacjenta czy jego otoczenia podlega trajektorii cierpienia. Jeszcze bardziej chory jest naznaczony w przypadku niepełnosprawności, która ma charakter percepcyjny — dotyczy wyglądu czy zachowania. Koresponduje to z wczesnymi badaniami Edwina M. Lemerta (1951) na temat naznaczania społecznego, w których dokonał on rozróżnienia między dewiacją pierwotną i wtórną. Ta pierwsza zachodzi wtedy, gdy normy społeczne i zasady są łamane wobec danej osoby, na przykład chorej, lecz nie prowadzi to do trwałych konsekwencji. Gdy złamiemy rękę, społeczeństwo „widzi” to, ale nie nadaje nam nowych cech, oczekując przy tym szybkiej rekonwalescencji. Jednak gdy wypadek doprowadzi do trwałego i widocznego kalectwa, wywołuje poważniejszą i trwalszą reakcję społeczną — tworzy dewiacyjną tożsamość i status.

Bardziej współczesne spojrzenie, mniej też nacechowane terminologią, która może być odczytywana jako dyskryminująca przez chorych lub osoby z niepełnosprawnościami, proponowane jest w rozróżnieniu na dwa modele niepełnosprawności: indywidualny (medyczny) i społeczny. Model indywidualny czy medyczny odpowiada niepełnosprawności traktowanej jako problem dotyczący dysfunkcji cielesnej, jest osobistą tragedią i doświadczeniem jednostki i ta musi sama dopasować się, ze względu na swoją „ułomność”, do wymogów społeczeństwa. W odpowiedzi na to dominujące społecznie podejście powstał społeczny model niepełnosprawności, który ciężar przystosowania się do niepełnosprawności przenosi na społeczeństwo, będące wszak jej źródłem, między innymi przez zmiany społeczne w nim zachodzące i bariery jakie wytwarza. Niepełnosprawność w tym podejściu traktuje się więc jako problem całego społeczeństwa, zdejmując stygmat z jednostki i nakładając obowiązki na instytucje społeczne (Barnes, Mercer 2008).

Najpełniejszy obraz opisywanego problemu uzyskamy dzięki koncepcji stygmatyzacji Ervinga Goffmana zawartej w książce *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości* (2005). Jako stygmatyzację określa on „atrybuty dotkliwie dyskredytujące” (Goffman 2005, s. 33), powodujące postrzeganie jednostki jako odmiennej, nie będącej nawet w pełni człowiekiem. Piętno w kategoriach medycznych dotyczy przede wszystkim chorób „widocznych”, wpływających na wygląd lub zachowanie. Przyczynia się tym samym do stygmatyzowania chorych, wywołując w nich poczucie wstydu. Jak pisze Goffman (2005, s. 31), „każde społeczeństwo ustanawia własne sposoby kategoryzowania ludzi, a przedstawiciele poszczególnych kategorii wyposaża w zestawy atrybutów uchodzących za ich cechy typowe i naturalne”.

Problem piętna i stygmatyzacji podjęto w wielu polskich badaniach. Między innymi kategorię tę wykorzystała w swoich pracach Maria Świątkiewicz-Mośny z Uniwersytetu Jagiellońskiego, analizując sytuację kobiet z zespołem Turnera, których tożsamość ustanawiana jest na podstawie cech ich wyglądu, w tym nietypowego wzrostu, otyłości, a także problemów w uczeniu się:

„Wśród wymienianych przezwisk znalazły się: «karzeł», «karzełek», «mi-krus», «mała», «calineczka», «klown», «shrek», «gruba», a także «debil», «głupek». Nadane etykiety stanowią początek stygmatyzacji. Naznaczone dziewczynki nie obwiniają kolegów, koleżanek, nauczycieli o to, że je przezywają: «Jestem mała, to tak na mnie mówią. Jestem przy kości, zawsze się śmieje z grubasów», «U nas w szkole jest taki zwyczaj, że każdy ma przezwisko, a ja nie radzę sobie z ortografią» (dziewczynka, na którą wołają «debil»)» (Świątkiewicz-Mośny 2010, s. 148).

Inne badania w tym samym obszarze podjął zespół badaczek z Interdyscyplinarnego Zespołu Badań nad Dzieciństwem w Instytucie Etnologii i Antropologii Kulturowej Uniwersytetu Warszawskiego pod przewodnictwem Magdaleny Radkowskiej-Walkowicz. Badaczka zespołu, Anna Krawczak, wskazuje, że leczenie hormonem wzrostu jest, mimo wskazań medycznych, także formą ukrywania tożsamości chorych — ukrywaniem piętna:

„Do czego potrzebny jest zatem hormon wzrostu? Wydaje się jasne, że służy odzyskaniu iluzorycznej przecież normalności cielesnej i społecznej. Kto jest jego beneficjentem? Dziewczęta z zespołem Turnera, to również jest jasne. Czy jednak ulokowanie w dziewczęcych ciałach biomedycznej dyscypliny i skonstruowanie w nich «turnerowskiej» tożsamości nie realizuje równoległego celu, który wprawdzie nie jest werbalizowany, ale mimo to staje się pozytywnie dowartościowany w narracjach dorosłych?” (Krawczak 2019, s. 142).

W polskich badaniach dotyczących chorych z zespołem Pradera-Williego podkreśla się także inne aspekty wykluczenia i funkcjonowania w zamkniętych komórkach społecznych. Na co zwracała uwagę w swojej pracy między innymi Beata Szluz, pisząc o niepewności, która związana jest z pojawieniem się i przebiegiem różnych problemów, związanych z diagnozą choroby u dziecka. I o doświadczeniu choroby, które nie jest problemem jednostkowym, ale dotyka całą rodzinę: „Brak zrozumienia choroby powodował izolowanie się rodziny od otoczenia społecznego” (Szluz 2020, s. 219). Autorka opisuje też widoczną w analizowanych w tej publikacji badaniach trajektorię wykluczenia i adaptacji (choć jej tak nie definiuje). Jej opis procesu koresponduje z — zaobserwowanymi w moich przedstawionych tu badaniach — doświadczeniami osób, które wraz ze stopniowym adaptowaniem się do sytuacji choroby coraz bardziej wykluczały się/były wykluczane z życia społecznego:

„Matka podjęła decyzję o zaniechaniu dalszej aktywności zawodowej, weszła w rolę opiekuna rodzinnego kontrolującego realizację ustalonego przez rodzinę planu, nastawionego na zapobieganie rozwojowi otyłości chłopca. W rodzinie nastąpiło zakłócenie w zakresie interakcji społecznych (zaburzenie relacji między rodzicami i zdrowym rodzeństwem, nie doszło w tym przypadku do zaburzenia relacji między rodzicami). Następnie wystąpiła poprawa relacji i więzi wewnątrzrodzinnych. Rodzina podjęła realizację planu mającego na celu podniesienie jakości życia chłopca” (Szluz 2020, s. 219).

Na trajektorijny charakter procesu funkcjonowania rodzin dzieci z chorobą zwraca uwagę wprost w swoich badaniach Urszula Klajmon-Lech (2018, s. 9), pisząc o „przyjęciu bądź odrzuceniu trajektorii biograficznej”. W książce *Trajektoria życia rodziców dzieci z rzadkimi chorobami*

genetycznymi. Formy społecznego wsparcia analizuje ona, korzystając między innymi z koncepcji trajektorii Anselma Straussa, doświadczenia rodziców dzieci, u których zdiagnowawano pięć rzadkich chorób genetycznych: zespół łamliwego chromosomu X, zespół Smitha, Lamliego i Opitza, fenyloketonurię, zespół Pradera-Williego oraz zespół Draveta. Zauważa, że przebieg trajektorii życia rodziców chorych dzieci nie jest jednorodny, a centralnym wydarzeniem narracji dotyczącej choroby i jej dalszego rozwoju jest diagnoza, co koresponduje z przeprowadzonymi przeze mnie badaniami (Maksymowicz, Libura, Malarkiewicz 2022). Natomiast w odniesieniu do trajektorii zauważa, że w historiach opowiedzianych przez rodziców życie przed chorobą pojawia się rzadko, co ukazuje podobny do zaobserwowanego w naszych badaniach proces adaptacyjny. Autorka potwierdza także moje obserwacje, pisząc, że „ojcowie niechętnie uczestniczą w badaniach dotyczących problemów rodziny” (Klajmon-Lech 2018, s. 160).

Niestety, choć istnieje bogata literatura światowa (Andersen 2020; Ando, Cousins, Young 2019; Caballero-Eraso i in. 2023; Pols, Limburg 2016; Yuan i in. 2021), brakuje badań socjologicznych na temat sytuacji polskich pacjentów cierpiących na stwardnienie zanikowe boczne. Choć przeprowadzono wiele badań medycznych dotyczących na przykład jakości życia w chorobach rzadkich, to nie podejmują one szczegółowo sytuacji pacjenta i jego otoczenia społecznego. Wynika to zapewne z problemu z dostępem do takich pacjentów i z szybkiego postępu choroby. Mam nadzieję, że poniższa praca choć częściowo wypełni tę lukę.

PODSUMOWANIE

Z analiz dotyczących wybranych chorób wyłania się specyficzny obraz człowieka (a także jego otoczenia), który jest trwale klasyfikowany w określonej grupie i poddawany stygmatyzacji. Procesy związane ze stygmatyzacją są widoczne przede wszystkim w przypadku chorób powodujących niepełnosprawność, a takimi są analizowane tu choroby rzadkie. I choć choroby te różnią się ze względu na przyczynę i tempo ich rozwoju, to w obu przypadkach pojawia się proces związany z naznaczaniem i wykluczaniem. Z tą różnicą, że w przypadku dzieci z PWS zaczyna się on właściwie wkrótce po urodzeniu (już w szpitalu, po diagnozie) i dotyka także rodzinę chorego, a w przypadku SLA dopiero wtedy, gdy objawy choroby staną się dostrzegalne dla otoczenia. Łączy je jednak wspólna definicja: są to choroby rzadkie, tajemnicze i nieuleczalne, często o niepoznanej dokładnie etiologii. I ta tajemnica, która im towarzyszy, często staje się także główną cechą pacjenta. Pojawiają się więc pytania, czy to

zaraźliwe, a może dziedziczne (SLA w większości przypadków nie ma podłoża genetycznego i jego etiologia pozostaje nieznana). Powstają emocje, które negatywnie oddziałują na chorych i ich rodziny. Zaczynają oni zatem zachowywać się zgodnie z oczekiwaniami społecznymi (*Verarbeitung*), coraz bardziej oddalając się od społeczeństwa. Jedyną alternatywą dla osoby stygmatyzowanej pozostaje, jak zauważa Erving Goffman (2005), wycofanie się z relacji społecznych.

Warto zastanowić się, czy opisane sytuacje są rzeczywiście specyficzne dla rzadkich, trudno diagnozowanych i zwykle nieuleczalnych chorób (Black, Martineau, Manacorda 2015; Maksymowicz, Siwek 2024; Thevenon i in. 2016)? Czy są one z tego powodu bardziej podatne na etykietowanie? Czy raczej są charakterystyczne dla chorób przewlekłych powodujących niepełnosprawność (zarówno rzadkich, jak i innych)? Rzadki charakter choroby niewątpliwie prowadzi do wyjątkowych reakcji społecznych. Pojawia się na przykład niedowierzanie zarówno ze strony personelu medycznego, jak i otoczenia społecznego, a pacjent musi wielokrotnie tłumaczyć swoją sytuację (Maksymowicz, Libura, Malarkiewicz 2022).

Wydaje się, że szczególna podatność na stygmatyzację jest cechą charakterystyczną analizowanych chorób. I taki proces naznaczania został zaobserwowany w przedstawionych tu badaniach. Wydaje się też, że odgrywa on istotną rolę w percepcji chorób rzadkich z perspektywy systemu opieki zdrowotnej i wsparcia społecznego. Ich nieuleczalny charakter i ograniczona liczba możliwych terapii (np. eksperymentalnych; Barczewska i in. 2020; Mahmoud, Kimonis, Butler 2023; Mazzini i in. 2003) generują wysokie koszty indywidualne, często postrzegane jako dodatkowe obciążenie sfery zdrowia publicznego. Często pojawia się okrutne pytanie: czy za te same pieniądze leczyć jedną osobę chorą na rzadkie schorzenie, czy dziesięć chorych na „normalne” choroby? To pogarsza i tak już trudną sytuację opiekunów, często pozostawionych samym sobie w obliczu choroby swoich podopiecznych, którzy stają się niewidzialni z perspektywy zdrowia publicznego jako nieuleczalnie chorzy, niezdolni do „normalnego” funkcjonowania. Z tego też powodu opisana tu trajektoria adaptacji ma charakter negatywny: przebiega bowiem równoległe z trajektorią wykluczenia, co prowadzi do oddzielenia „dobrze rokujących” chorych od tych nieuleczalnych.

Powyższa analiza dotycząca dwóch trajektorii, oparta na szerszej analizie trajektorii według koncepcji Fritza Schütze, jest użytecznym narzędziem teoretycznym, pozwalającym lepiej zrozumieć to, w jaki sposób przebiega nieuleczalna i rzadka choroba, jakie mechanizmy wywołuje, zwłaszcza w procesie stygmatyzowania, oraz jakie działania są dla pacjentów kluczowe w zapanowaniu nad „fatum”. I choć opis obu trajektorii

teoretycznie powiązany jest z pracami Schützego, to jego szczególnie cel stanowi klarowne przedstawienie procesu, który dla laika może być wewnętrznie sprzeczny: adaptacji poprzez wykluczenie. Zamierzeniem moim było więc nie sformułowanie fundamentalnie nowych kategorii, bo te są już dobrze zakorzenione w socjologii, ale uproszczenie modelu, by mógł się stać przedmiotem edukacji personelu medycznego oraz elementem zmiany sytuacji pacjentów i ich rodzin.

Oczywiście dwie analizowane choroby różnią się znacząco: SLA to choroba postępująca szybko, która zazwyczaj dotyka osoby starsze, wcześniej zdrowe. Dlatego kolejne fazy trajektorii, chociaż pozornie podobne, postępują znacznie szybciej, co często uniemożliwia adaptację, zwłaszcza z uwagi na wykluczenie społeczne. W przypadku dzieci, które są chore od urodzenia, a opieka na nimi trwa wiele lat, procesy trajektoryjne związane z adaptacją wydają się lepiej widoczne i rozbudowane. Takie wykluczenie społeczne wydaje się bardziej dotkliwie. Wynika to chociażby z faktu, że proces ten po prostu trwa dłużej, ugruntowując szczególną pozycję pacjenta i jego rodziny.

Jeśli jednak obie choroby porównamy według kategoryzacji wynikającej ze społecznej definicji choroby Davida Fielda, to okazuje się, że są bardzo podobne. Obszary różnic to potencjalna samodegradacja i piętnowanie społeczne, które w przypadku SLA nie są, jak się wydaje, bezwarunkowe i nie są powiązane z wiekiem pacjenta (Andersen 2020), a w przypadku PWS są nieodłączne, choć też zależne od rozwoju choroby (Cassidy, Driscoll 2009; Szluz 2020).

Porównanie analizowanych chorób*

Cechy choroby	PWS	SLA
przyczyna	genetyczna	sporadyczna (nieznana) /genetyczna
wiek diagnozy	dziecko	dorosły
progresja	wolna	szybka
rzadka	tak	tak
śmiertelna	nie	tak
niepełnosprawność intelektualna	tak	nie
niepełnosprawność fizyczna	tak	tak
czas trwania	przewlekła	przewlekła
zakres i prawdopodobieństwo wyleczenia	nieuleczalna	nieuleczalna
stopień dyskomfortu i niepełnosprawności	wysoki, postępujący	wysoki, postępujący
samodegradacja i piętnowanie społeczne	wysokie i stałe	średnie i zmienne

* Cztery ostatnie kategorie zgodnie ze społeczną definicją choroby Fielda (1976).

Źródło: badanie własne.

Świadomość istnienia trajektorii cierpienia oraz równoległych do siebie trajektorii wykluczenia i adaptacji może pozwolić na projektowanie bardziej inkluzywnych i integracyjnych systemów opieki zdrowotnej, które byłyby zdolne uczyć się i adaptować do zróżnicowanych chorób, także tych rzadkich, nawet jeśli cierpiący na nie stanowią mniejszościową grupę w społeczności osób chorych. Wraz z postępem w dziedzinie badań genetycznych i związanym z nim rozwojem nowych metod leczenia kolejne choroby rzadkie stają się uleczalne. Jednak koszt ich leczenia zwykle jest bardzo wysoki. Mimo to zdrowie publiczne powinno uwzględniać ich leczenie oraz rehabilitację jako istotny element swojej polityki. Aby to osiągnąć, potrzeba nie tylko implementacji nowych procedur badawczych i leczniczych, ale też edukacji społecznej podobnej do tej, jaka odbywa się w stosunku do osób z niepełnosprawnościami. Często zresztą są to zbiory pokrywające się. Wymaga to jednak zaangażowania zarówno samych grup pacjenckich, jak i decydentów. Tylko w ten sposób trajektoria adaptacji może zostać oddzielona od trajektorii wykluczenia, pozwalając na realizację w pełni tego stadium trajektorii cierpienia, jakim jest uwolnienie się z jej więzów oraz odzyskanie kontroli.

Podziękowania

Pragnę podziękować dr Marii Liburze za wspólną pracę przy projektowaniu i przeprowadzaniu wywiadów w badaniu z opiekunami dzieci i dorosłych z PWS. Dziękuję też zespołowi, z którym pracowałem z pacjentami chorymi na SLA. A przede wszystkim Pacjentom i ich Rodzinom, bez których nie powstałyby przedstawione tu analizy.

BIBLIOGRAFIA

- Addington-Hall Julia, Kalra Lalit, 2001, *Who Should Measure Quality of Life?*, „The BMJ”, t. 322: 1417 (<https://doi.org/10.1136/bmj.322.7299.1417>).
- Andersen Jennifer A., 2020, *How Does the Social World Shape the Experience of a Rare Disease? Social Position and the Development, Progression, and Medical Care for People with Amyotrophic Lateral Sclerosis*, Department of Sociology: Dissertations, Theses, and Student Research, University of Nebraska, Lincoln (<https://digitalcommons.unl.edu/sociologydiss/60>).
- Ando Hikari, Cousins Rosanna, Young Carolyn A., 2019, *Exploring and Addressing “Concerns” for Significant Others to Extend the Understanding of Quality of Life with Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Qualitative Study*, „Journal of Central Nervous System Disease”, t. 11 (<https://doi.org/10.1177/1179573519859360>).

- Barczewska Monika i in., 2020, *Umbilical Cord Mesenchymal Stem Cells in Amyotrophic Lateral Sclerosis: An Original Study*, „Stem Cell Reviews and Reports”, t. 16(5), s. 922–932 (<https://doi.org/10.1007/s12015-020-10016-7>).
- Barnes Colin, Mercer Geof, 2008, *Niepelnosprawność*. tłum. Piotr Morawski, Sic!, Warszawa.
- Black Nick, Martineau Fred, Manacorda Tommaso, 2015, *Diagnostic Odyssey for Rare Diseases: Exploration of Potential Indicators*, Policy Innovation Research Unit ([https://piru.lshtm.ac.uk/assets/files/Rare diseases Final report.pdf](https://piru.lshtm.ac.uk/assets/files/Rare%20diseases%20Final%20report.pdf)).
- Bradley Bridget, 2021, *From Biosociality to Biosolidarity: The Looping Effects of Finding and Forming Social Networks for Body-Focused Repetitive Behaviours*, „Anthropology & Medicine”, t. 28(4), s. 543–557 (<https://doi.org/10.1080/13648470.2020.1864807>).
- Caballero-Eraso Candela i in., 2023, *Prospective Study to Evaluate Quality of Life in Amyotrophic Lateral Sclerosis*, „Scientific Reports”, t. 13(1) (<https://doi.org/10.1038/S41598-023-39147-W>).
- Cassidy Suzanne B., Driscoll Daniel J., 2009, *Prader-Willi Syndrome*, „European Journal of Human Genetics”, t. 17(1), s. 3–13 (<https://doi.org/10.1038/ejhg.2008.165>).
- Chiò A. i in., 2013, *Global Epidemiology of Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Systematic Review of the Published Literature*, „Neuroepidemiology”, t. 41(2), s. 118–130 (<https://doi.org/10.1159/000351153>).
- Corr Charles A., 1993, *Coping with Dying: Lessons that We Should and Should Not Learn from the Work of Elisabeth Kübler-Ross*, „Death Studies”, t. 17(1), s. 69–83 (<https://doi.org/10.1080/07481189308252605>).
- Corr Charles A., 2019, *The ‘Five Stages’ in Coping with Dying and Bereavement: Strengths, Weaknesses and Some Alternatives*, „Mortality”, t. 24(4), s. 405–417 (<https://doi.org/10.1080/13576275.2018.1527826>).
- Cymbrowski Borys, 2019, „Medycyna jest nauką społeczną, a polityka to nic innego, jak medycyna na szeroką skalę”. Rudolf Virchow a społeczne nauki stosowane, „Zeszyty Pracy Socjalnej”, t. 24(4), s. 245–252 (<https://doi.org/10.4467/24496138zps.19.021.12005>).
- Czyżewski Marek, 2013, *Socjologia interpretatywna i metoda biograficzna: przemiana funkcji, antyesencjalistyczne wątpliwości oraz sprawa krytyki*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, nr 4, s. 14–27.
- Edemekong Peter F., Tenny Steven, 2024, *Public Health*, StatPearls Publishing, PMID: 29261929.
- Field David, 1976, *The Social Definition of Illness*, w: David Tuckett (red.), *An Introduction to Medical Sociology*, Routledge, London.
- Glaser Barney G., Strauss Anselm L., 1965, *Awareness of Dying*, Aldine Publishing Company, Chicago.
- Glaser Barney G., Strauss Anselm L., 1968, *Time for Dying*, Aldine Publishing Company, Chicago.
- Glaser Barney G., Strauss Anselm L., 2009, *Odkrywanie teorii ugruntowanej: strategie badania jakościowego*, tłum. Marek Gorzko, Nomos, Kraków.
- Goffman Erving, 2005, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, tłum. Aleksandra Dzierżyńska, Joanna Tokarska-Bakir, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Johnsen Birger, 2020, *Diagnostic Criteria for Amyotrophic lateral Sclerosis from El Escorial to Gold Coast*, „Clinical Neurophysiology”, t. 131(8), s. 1962–1963 (<https://doi.org/10.1016/j.clinph.2020.04.012>).

- Klajmon-Lech Urszula, 2018, *Trajektoria życia rodziców dzieci z rzadkimi chorobami genetycznymi. Formy społecznego wsparcia*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.
- Krawczak, Anna, 2019, *Calineczki. O społecznych konstrukcjach zespołu Turnera*, „Etnografia. Praktyki, Teorie, Doświadczenia”, nr 5, s. 129–143 (<https://doi.org/10.26881/etno.2019.5.06>).
- Kübler-Ross Elizabeth, 2021, *Rozmowy o śmierci i umieraniu*, tłum. Irena Doleżał-Nowicka, Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań.
- Lemert Edwin M., 1951, *Social Pathology. A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behavior*, McGraw-Hill Book Company, New York.
- Logan Robert i in., 2022, *Novel Genetic Signatures Associated with Sporadic Amyotrophic Lateral Sclerosis*, „Frontiers in Genetics”, t. 13: 851496 (<https://doi.org/10.3389/fgene.2022.851496>).
- Logroscino Giancarlo i in., 2008, *Descriptive Epidemiology of Amyotrophic Lateral Sclerosis: New Evidence and Unsolved Issues*, „Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry”, t. 79, s. 6–11 (<https://doi.org/10.1136/jnnp.2006.104828>).
- Mahmoud Ranim, Kimonis Virginia, Butler Merlin G., 2023, *Clinical Trials in Prader-Willi Syndrome: A Review*, „International Journal of Molecular Sciences”, t. 24(3) (<https://doi.org/10.3390/ijms24032150>).
- Maksymowicz Stanisław, Libura Maria, Malarkiewicz Paulina, 2022, *Overcoming Therapeutic Nihilism. Breaking Bad News of Amyotrophic Lateral Sclerosis — Patient-Centered Perspective in Rare Diseases*, „Neurological Sciences”, t. 43, s. 4257–4265 (<https://doi.org/10.1007/s10072-022-05931-1>).
- Maksymowicz Stanisław, Siwek Tomasz, 2024, *Diagnostic Odyssey in Amyotrophic Lateral Sclerosis: Diagnostic Criteria and Reality*, „Neurological Sciences”, t. 45(1), s. 191–196 (<https://doi.org/10.1007/s10072-023-06997-1>).
- Mazzini Letizia i in., 2003, *Stem Cell Therapy in Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Methodological Approach in Humans*, „Amyotrophic Lateral Sclerosis and Other Motor Neuron Disorders”, t. 4(3), 158–161 (<https://doi.org/10.1080/14660820310014653>).
- Nafilyan Vahé i in., 2023, *Risk of Suicide after Diagnosis of Severe Physical Health Conditions: A Retrospective Cohort Study of 47 Million People*, „The Lancet Regional Health. Europe”, t. 25: 100562 (<https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2022.100562>).
- Nguengang Wakap Stéphanie i in., 2020, *Estimating Cumulative Point Prevalence of Rare Diseases: Analysis of the Orphanet Database*, „European Journal of Human Genetics”, t. 28(2), s. 165–173 (<https://doi.org/10.1038/s41431-019-0508-0>).
- Parsons Talcott, 2009 [1951], *System społeczny*, tłum. Michał Kaczmarczyk, Nomos, Kraków.
- Pols Jeannette, Limburg Sarah, 2016, *A Matter of Taste? Quality of Life in Day-to-Day Living with ALS and a Feeding Tube. Culture*, „Medicine and Psychiatry”, t. 40(3), s. 361–382 (<https://doi.org/10.1007/S11013-015-9479-Y>).
- Puchała Łukasz, Maksymowicz Stanisław, Siwek Tomasz, Mycko Marcin P., 2020, *Edaravone, a New Therapeutic Option in Amyotrophic Lateral Sclerosis: Evaluation of Challenges in the Drug Accessibility*, „Polish Annals of Medicine”, t. 27(2), s. 220–224 (<https://doi.org/10.29089/2020.20.00113>).
- Riemann Gerhard, Schütze Fritz, 1992, *„Trajektorja” jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i błędnych procesów społecznych*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 2, s. 89–109.

- Rokuszewska-Pawełek Alicja, 1996, *Miejsce biografii w socjologii interpretatywnej. Program socjologii biografistycznej Fritza Schützego*, „ASK: Społeczeństwo, Badania, Metody”, nr 1, s. 37–54.
- Schütze Fritz, 1997, *Trajektorie cierpienia jako przedmiot badań socjologii interpretatywnej*, „Studia Socjologiczne”, nr 1.
- Schütze Fritz, 2012, *Analiza biograficzna ugruntowana empirycznie w autobiograficznym wywiadzie narracyjnym. Jak analizować autobiograficzne wywiady narracyjne*, w: Kaja Kaźmierska (red.), *Metoda biograficzna w socjologii. Antologia tekstów*, Nomos, Kraków, s. 141–278.
- Skrzypek Michał i in., 2023, *Analysis of the Diet Quality and Nutritional State of Children, Youth, and Young Adults with Prader–Willi Syndrome: A Polish Multiple Case Study*, „Nutrients”, t. 15(17): 3811 (<https://doi.org/10.3390/nu15173811>).
- Stifani Nicolas, 2014, *Motor Neurons and the Generation of Spinal Motor Neuron Diversity*, „Frontiers in Cellular Neuroscience”, t. 8 (<https://doi.org/10.3389/fncel.2014.00293>).
- Szluz Beata, 2020, *Doświadczanie choroby dziecka w rodzinie (na przykładzie zespołu Pradera–Williego)*, w: Mariola Bieńko, Magdalena Rosochacka-Gmitrzak, Ewa Wiśniewska (red.), *Obrazy życia rodzinnego i intymności*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 213–221.
- Świątkiewicz-Mośny Maria, 2010, *Tożsamość napiętnowana. Socjologiczne studium mechanizmów stygmatyzacji i autostygmatyzacji na przykładzie kobiet z zespołem Turnera*, Nomos, Kraków.
- Thevenon Julien i in., 2016, *Diagnostic Odyssey in Severe Neurodevelopmental Disorders: Toward Clinical Whole-Exome Sequencing as a First-Line Diagnostic Test*, „Clinical Genetics”, t. 89(6), s. 700–707 (<https://doi.org/10.1111/cge.12732>).
- Tulchinsky Theodore H., Varavikova Elena A., 2014, *A History of Public Health*, „The New Public Health” (<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-415766-8.00001-X>).
- Virchow Rudolf, 2019 [1848], *Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie*, De Gruyter, Berlin–Boston (reprint).
- Waniek Katarzyna, 2019, *Lekceważone potencjały i narosłe nieporozumienia: kilka uwag o metodzie autobiograficznego wywiadu narracyjnego Fritza Schützego*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, nr 2, s. 132–163 (<https://doi.org/10.18778/1733-8069.15.2.08>).
- Yuan Meng-Mei i in., 2021, *The Illness Experience for People with Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Qualitative Study*, „Journal of Clinical Nursing”, t. 30(9–10), s. 1455–1463 (<https://doi.org/10.1111/JOCN.15697>).
- Zakrzewska-Manterys Elżbieta, 1995, *Down i zespół wątpliwości. Studium z socjologii cierpienia*, Semper, Warszawa.



- Komisja Europejska, 2014, *Sprawozdanie z realizacji komunikatu Komisji na temat: Rzadkie choroby: wyzwania stojące przed Europą [COM(2008) 679 final] oraz zalecenia Rady z dnia 8 czerwca 2009 r. w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób (2009/C 151/02)* (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0548&from=nl>).
- Ministerstwo Zdrowia, 2021, *Narodowy plan dla chorób rzadkich* (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-plan-dla-chorob-rzadkich>).
- UN, 2022, *Addressing the Challenges of Persons Living with a Rare Disease and Their Families*, United Nations (<https://www.rarediseasesinternational.org/wp-content/uploads/2022>

/01/Final-UN-Text-UN-Resolution-on-Persons-Living-with-a-Rare-Disease-and-their-Families.pdf).
WHO, 1946, *Constitution of the World Health Organization* (<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>).

THE UNSEEN.
SUFFERING, EXCLUSION AND ADAPTATION IN RARE DISEASES

Stanisław Maksymowicz
(University of Warmia and Mazury in Olsztyn)

Abstract

The article explores the issue of living with rare diseases within the social construct of exclusion and process of adaptation. Drawing on the empirical research, it analyses individual and collective coping strategies for Prader-Willi Syndrome (PWS) and Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) from a sociological perspective. Applying the theory of the trajectory of suffering, this study explores the dynamics of social exclusion and adaptive mechanisms, revealing their complexity and multidimensional nature. The article identifies gaps in the social perception of rare diseases and emphasizes the importance of inclusive health policies that address the specificity and needs of individuals with rare diseases, as well as those of their families.

key words: rare diseases, social exclusion, adaptation, Prader-Willi Syndrome, Amyotrophic Lateral Sclerosis, sociology of health, public health

słowa kluczowe: choroby rzadkie, wykluczenie społeczne, adaptacja, zespół Pradera-Williego, stwardnienie zanikowe boczne, socjologia zdrowia, zdrowie publiczne

A R T Y K U Ł Y I R O Z P R A W Y

BARBARA WOŹNIAK, PAULINA GAJDA, BEATA TOBIASZ-ADAMCZYK
Jagiellonian University Medical College

SOCIAL EXCLUSION AND THE ODDS OF NEGLECT
AND SELF-NEGLECT IN OLDER ADULTS — RESULTS FROM
A QUANTITATIVE STUDY CONDUCTED IN LESSER POLAND AREA*

BACKGROUND AND OBJECTIVES

Social exclusion concept

Social exclusion (SE) is receiving a growing attention for the sake of its usefulness as a conceptual framework addressing various dimensions of inequalities and social disadvantage in contemporary societies. People may be excluded due to a number of reasons, for example because of poverty, race, health status or age; it's worth noting that SE is inextricably linked with stigma (Liamputtong, Rice 2021). In a consequence, people

Correspondence addresses: barbara.wozniak@uj.edu.pl; ORCID: 0000-0001-5025-8972; p.gaca@uj.edu.pl; beata.tobiasz-adamczyk@uj.edu.pl; ORCID: 0000-0001-6311-3983

* Presented analyses are based on a cross-sectional study “Elder neglect and self-neglect — challenges for formal and informal caregivers and medical and social professional care system”, that was conducted by the Department of Medical Sociology and the Department of Epidemiology, Chair of Epidemiology and Preventive Medicine, and Chair of Internal Medicine and Gerontology, Jagiellonian University Medical College, Krakow, Poland. This work was supported by the National Science Center, Poland [2014/13/B/NZ7/02300]. The study was approved by the Bioethical Committee, Jagiellonian University, Krakow, Poland [122.6120.19.2015].

experiencing SE do not have the chance for full participation in the economic and social benefits of societies they live in.

Concepts of exclusion vary by sociological paradigm and even by national context and there is still a lack of clarity about the definition (Thapa, Kumar 2015). Undoubtedly, exclusion is a process of declining participation and solidarity, which at the individual level means the incapacity to participate in normatively expected social activities. Many scholars refer in their works to inability to exercise the social rights and citizenship, including the rights to the proper standards of living. In this light SE is a synonymous with deprivation of needs, which is related to poverty, and thus is an aspect of social stratification. It is emphasized that original meaning of the term SE stresses social distance, marginalization and a lack of/inadequate integration (Silver 2007). Poverty can lead to SE, but exclusion is not limited to insufficient material resources. SE is much more complex, combining economic and social deprivation (it is always related to broken relationships) and is depicted as a cumulative process of multiple disadvantages. It should be emphasized that exclusion in one dimension may increase the risk of exclusion in others, but people are excluded rather in some respects than in all possible (Silver 2007). Exclusion has different forms in various social contexts and it's hard to determine what is its most important dimension. Joblessness and income indicators are among those factors that are easy to measure, however other aspects, such as exclusion from social relations, seem to be more crucial (Gordon et al. 2000).

Discussion about SE of older adults is important not only in social science, but also in medicine due to disparities that exclusion causes in health status, quality of life and mortality patterns; SE should also be taken into account in analyses concerning detection and prevention of abuse and neglect. SE in older age is depicted as a product of structural inequalities (Podnieks 2006) accumulated during the life course, but, although well documented, the mechanisms still remains conceptually underexplored in gerontology. Exclusion in older population is usually conceptualized as a multifaceted construct composed of exclusion from material resources and basic services, social relations and civic activities (Scharf et al. 2005a). Given the importance of the multidimensionality of the phenomena, for the needs of presented analyses broad concept of SE was adopted, merging its social and economic aspects. Following the definition presented by Giddens (2009) four dimensions of exclusion were distinguished, that is:

- (1) exclusion due to poverty,
- (2) exclusion due to the lack of access to basic goods and amenities,

(3) exclusion from the labor market,

(4) exclusion from social relations.

According to Giddens (2009), the thesis that a lack of or limited participation on the labor market can be considered as a sign of SE should be treated with a reserve, because a part of the population is economically passive by choice. However, it should be noted that inactivity on the labor market increases the risk of SE in other areas (e.g. economic exclusion) so this indicator (economic activity) is still worth considering.

In addition to the abovementioned, there are also other forms of SE, e.g. educational or digital (Helsper 2012). Educational exclusion is a correlate of both exclusion from the labor market and economic exclusion (e.g. poverty is a factor influencing educational chances; being highly educated reduces negative effects of unemployment and increases likelihood of reemployment, etc.; Pohlan 2019). As regards to the digital exclusion, it is a problem affecting the majority of the population of Polish older adults, although the percentages vary between different sources of data. According to Public Opinion Research Centre (CBOS 2019), only 26% of people aged 65 and over use the internet, when data from nationwide PolSenior2 project (Kwiatkowska et al. 2021) show, that 56.6% of older adults experience digital exclusion; anyhow, the percentage of those excluded is growing with age of the respondents and women are excluded more often than men. In the sample analyzed in the presented study the usage of internet was much lower than in both abovementioned projects.

Social exclusion, health outcomes and mortality

The WHO has identified SE as one of the key determinants of health (Wilkinson, Marmot 2003). Systematic review of research on SE and health conducted in OECD and EU countries has shown that high SE or low social inclusion were associated with adverse mental and general health outcomes. For physical health, the evidence was inconclusive (Bergen et al. 2018), however there are some research demonstrating the relationship between SE and somatic health status (e.g. exclusion, conceptualized as a multifaceted construct, was associated with an increased prevalence of chronic and acute pain in a project conducted in the UK; Allen et al. 2020). Evidence from the pandemics demonstrate that COVID-19 disproportionately affected poorer communities and those socially excluded (Bejaković et al. 2021). Groups experiencing various forms of exclusion (e.g. immigrants, minorities) tend to sustain higher

health risk and poorer health status. Poverty is a key factor here (Galabuzi 2016), but other dimensions of exclusion (e.g. social isolation and a lack of social support) are also very powerful determinants of health status in different age groups.

The link between exclusion from social relations and health in older age was confirmed in many studies — for example, it was proved that neighborhood exclusion is negatively associated with well-being (Dahlberg, McKee 2018) and exclusion from civic activity and social contacts (together with exclusion from services) resulted in high prevalence of depressive symptoms (Hossain et al. 2022). People with lower subjective feeling of exclusion were less likely to report depression and persons excluded from social relations had poorer self-rated health (Feng 2019). Social isolation/a lack of (or insufficient) social network increased the risk of dementia (Fratiglioni et al. 2000) and modified the relationship between some measures of Alzheimer's disease pathology and the level of cognitive functioning (Bennett et al. 2006). Lack of supporting network was related to anxiety and loneliness in older adults (Litwin, Shiovitz-Ezra 2010), and loneliness is associated with depressive symptoms (Gonyea et al. 2018). It should be noted that there is a relationship between social and digital inclusion (Helsper 2012): digital exclusion reduces the chances for maintaining social contacts. Moreover the use of internet and technology is a factor moderating the relationship between SE and poor health outcomes in older age (Sacker et al. 2017).

Not only limited social network but also poor economic conditions and unequal access to resources and services affect groups' and individuals' health and well-being (Galabuzi 2016; Hossain et al. 2022). Economic deprivation and socio-economic vulnerability are strongly associated with health problems (Santana 2002; Feng et al. 2019). The linkages between social inequalities and health indicators show that poverty should be analyzed here as a complex, multidimensional issue and that deprivation, economic precariousness, unemployment, psychological strain and health problems are likely to cluster (Halleröd, Larsson 2008).

The role that social inclusion plays in shaping good quality of life in older age is also well established (e.g. Raggi et al. 2016; Tobiasz-Adamczyk et al. 2017). Some older adults are especially vulnerable to exclusion; poverty seems to be the key issue here, along with exclusion from services, community activities, social isolation and discrimination. All factors together put older adults at risk of poor quality of life (Scharf et al. 2005b).

Various forms of SE are associated with mortality (Saito et al. 2012). Empirical literature emphasizes that the risk of mortality is related negatively with income (Lefèbvre et al. 2017). When it comes to exclusion from labor market/unemployment, it does not play such a role in post-productive age (not counting the obvious fact that economic inactivity during the life course contributes to poverty at the end of life), but evidence shows, that suicide mortality of older adults and labor-market exit age are inversely correlated (Yur'yev et al. 2010). A lack of participation on the labor market (analyzed as an isolated dimension of SE), contributes to the suicide rates, as suicide is higher among economically inactive/unemployed persons (Yur'yev et al. 2011).

In their multidimensional analysis of poverty and SE Halleröd and Larsson (2008) demonstrated that material deprivation is connected to numerous of welfare problems such as crowded housing, lack of political activity and civic engagement, social and psychological strain (anxiety, loneliness, sleeplessness), health issues (headache, obesity, smoking) and victimization of both violence and crime.

Neglect and self-neglect concept

Victimization of older adults is a global phenomenon, depicted in terms of worldwide epidemic (Pickering et al. 2017). Neglect of older adults is defined as “the refusal or failure to fulfil a caregiving obligation” (Wolf et al. 2002: 127). Self-neglect in turn is characterized by inattention to health and personal hygiene, usually related to inability (and/or unwillingness) to access help services (Pavlou, Lachs 2006). According to some categorizations self-neglect is classified as a type of abuse, but there is a growing body of literature that conceptualize it as an independent form of maltreatment (Rathbone-McCuan 2014).

Analyzing risk factors of abuse and neglect of older adults, Storey (2020) distinguished factors related to the victim and to the perpetrator of violence. Among victim vulnerability factors there are problems with physical and/or mental health, substance abuse, social isolation and a lack of support. Self-neglect in turn is associated with dementia, substance abuse, depression and other mental health problems (Dong et al. 2013). Among risk factors there is also individual's socio-demographic characteristics: age (over 80 years), gender, disability, cognitive dysfunctions, depression, stress, financial dependency, history of violence, etc. (Halphen et al. 2009). Some of these aspects are also related to the mechanisms and dimensions of SE.

Polish older adults — characteristics in the context of factors contributing to social exclusion

As noted by Błędowski, although the opinion about low income in older age is quite common, it is not entirely true, as the income of older adults — including the amount of social benefits they get — varies significantly with regard to different factors (such as marital status, household size, etc.) (Błędowski 2021a: 851). His analyses of data gathered within PolSenior2 project¹ show that the main source of income of the studied population was, unsurprisingly, retirement pension, that was received by nearly nine out of ten respondents; 11% had additional income due to economic activity. The vast majority of older adults had worked professionally during their lives, although there were significant differences depending on gender and age (Szukalski 2021). During retirement period, men have higher incomes on average than women, which is an obvious consequence of the lack of equality between men and women on the labor market; differences in the pension benefits between genders are a result of unequal wages and the earlier statutory retirement age of women. Three out of four men and 2/3 of women interviewed within PolSenior2 project declared that their incomes allow them to meet all their most important needs². However, as emphasized by Błędowski (2021a), this conclusion should be treated with a great caution, because it is likely that older adults suppress needs that simply cannot be met.

This cautious approach to the interpretation of the respondents' self-assessments is also supported by the fact that, although only 7.2% of older adults (including 8.8% of women and 5.7% of men) do not have enough income to cover any larger or unplanned expenses, as many as

¹ PolSenior2 was a nationwide study focused on health status, socio-economic situation and quality of life of older Poles, carried out as part of the National Health Program for 2016–2020. As a part of the project, a representative group of almost 6,000 Poles, aged 60–106, was examined. The study methodology was based on questionnaire survey and a measurements of selected health parameters (see: PolSenior2 website). The first wave of the project, i.e. PolSenior1, was conducted a decade earlier.

² As regards to self-assessment of the material situation of the respondents in PolSenior2 project: as much as 18,8% of them (22,3% of men and 15,5% of women) can afford everything they need. The rest of the sample have enough money for everything they need only because they live sparingly (54,2%) or very sparingly (19,7%) in order to save up for bigger purchases. The poorest of the respondents have money only for the cheapest food and clothes (5,1%) or can afford only for food (and not for clothes) (1,5%), whereas 0,6% of all respondents have no money for even the cheapest food and clothes.

10.9% of the respondents (13.5% of women compared to 8.1% of men) admitted that they had run out of money to buy medicines in the year preceding the interview — this clearly suggests that the respondents' actual financial situation may be even worse than declared. The lack of money for medicines refers to women more often than men (13.5% compared to 8.1%). It is important to note that every sixth person in such a situation decided not to buy prescribed medicaments (Błądowski 2021a).

Analysing the older adults' material situation Błądowski (2021a) also notes that the equipment of older adults' homes with various types of devices (i.e. cell phone, smartphone, laptop, but also car, dishwasher, washing machine, etc.) and durable goods generally had improved over the last decade (i.e. in comparison with the data derived from PolSenior1). On the other hand, analysis of the availability of the basic amenities has shown that, although most older adults had access to running hot and cold water, as well as to toilet, then the percentage of people living in places with such basic installations is decreasing with age of the respondents. Also the percentage of people not having central heating and using a coal stove increased with age (in the older age group as many as every fourth person had this kind of heating). However, the assessment of the condition of the buildings where the respondents lived made by the interviewers was in over 90% of cases good or very good (Szweda-Lewandowska 2021).

Data regarding poverty in the population of Polish older adults provided by GUS³ indicate that in Poland in 2017–2020 the extreme poverty (determined on the basis of the subsistence minimum), relative poverty (GUS set its threshold at 50% of the amount spent monthly by households in Poland) as well as statutory poverty (this indicator reflects the percentage of people who are eligible to apply for financial benefits from the social welfare) rates remained at a similar level: the scale of extreme poverty among seniors ranged from 3.6% in 2017 to 4.4% in 2020 and 3.4% in 2021 (relative poverty — 2017: 11%, 2020: 10%; statutory poverty — 2017: 6.4%, 2020: 6%). As noted by GUS, in 2022 3.9% of people age 65 and over lived in extreme poverty (or 4,2%⁴), 9.8% in relative poverty, and 4.5% in statutory poverty. In 2023, due to growing inflation, 5.7% of people aged 65 and over had been affected by

³ All data presented in this paragraph and the paragraph below are based on reports by GUS; see: GUS website.

⁴ The range of extreme poverty among people 65 and older constituted for 3,9% in 2022 (according to the GUS report published in 2023) or 4,2% (according to the GUS report published in 2024).

extreme poverty (relative poverty was stable: 11%, and statutory poverty lower: 2.7%).

Another measure used by GUS is the sphere of deficiency (also referred to as the sphere of low consumption). Deficiency is based on different standards of the level of satisfaction of needs. The basket includes not only goods and services that are vital for satisfying existential needs (as in the case of the subsistence minimum), but also goods and services necessary for performing work, maintaining family ties and social contacts, and for modest participation in culture and recreation. In 2023 its scope amounted to 46%, and that was the highest recorded value of the deficiency sphere in the period 2010–2023. At the same time the number of persons receiving so called „starvation pension” (i.e. pension that is lower than the national minimum) had grown from 166,6 thousands in 2017 to 365,3 thousands in 2022.

Also UE has its indicator of the risk of poverty or SE — this is the percentage of people with incomes lower than 60% of the median in a given country, which results in severe material deprivation. Data for people 65 plus living in Poland demonstrate that in 2017 as much as 14% of this population was at risk of poverty/SE, whereas in 2022 this percentage raised to 16 (data for 2023 are unavailable at the date; see: Eurostat website). All the cited data indicate a growing risk of poverty and therefore increasing risk of SE among the Polish older adults.

As regards to social network of older adults, the image of family life and personal situation of the older Poles compared to that obtained in the PolSenior1 research project has not changed significantly within decade (Szatur-Jaworska 2021). The marital status of people aged 60 and over was differentiated by gender: 82% of men lived in marriages comparing with 51% of women. Every fifth older person (20%) lived alone — more often women (26.6%) than men (10.9%). 92% of older people had at least one living child and it was the person(s) that seniors most often maintained regular contact with; adult children and their spouses also constituted the core of the social support network built around the older person.

As commonly known, need for help increases with age, with a significant increase in the percentage of people who definitely need support observed in people aged 80 and over; older women require help more often than men. Among older adults who needed assistance, 80% required it constantly or every day. In 90% of cases, help was provided by family, but informal help by neighbors/friends was also of great importance (Błędowski 2021b).

Although the most seniors received help as often as they needed (Błędowski 2021b), 8.5% of the older respondents in PolSenior2 project answered positively to the question: “Do you feel neglected by your family?” (9.3% of women and 7.3% of men). It should be noted that with age the frequency of positive answers to the question on neglect increased. The highest percentage of seniors reporting neglect from their family was recorded in the age group of 85–89 (as much as 16.1%). It should be also emphasized that the higher the older adults’ education level, the lower the risk of neglect from their family (Halicka et al. 2021). As regards to the evaluation by the interviewer, 94% of them stated, that their respondents were well-groomed; also in terms of cleanliness of older adults’ apartments, the assessments were mostly positive (Szweda-Lewandowska 2021).

QUANTITATIVE STUDY CONDUCTED IN LESSER POLAND AREA

Aim of the study

The aim of the presented analyses was to find the answer to the following research question: what is the relationship between multidimensional SE and the risk of neglect and self-neglect in older adults?

The following hypotheses were tested:

H1: Exclusion due to objective poverty increases the odds of (a) neglect, (b) self-neglect.

H2: Exclusion due to subjective poverty increases the odds of (a) neglect, (b) self-neglect.

H3: Exclusion due to the lack of access to basic goods and amenities increases the odds of (a) neglect, (b) self-neglect.

H4: Exclusion from the labor market (during the life course) increases the odds of (a) neglect, (b) self-neglect.

H5: Exclusion from social relations (social isolation, insufficient social network) increases the odds of (a) neglect, (b) self-neglect.

Research design and methods

The cross-sectional study entitled “Elder neglect and self-neglect — challenges for formal and informal caregivers and medical and social professional care system” was conducted in Poland in 2017⁵. Analyses

⁵ Detailed study design was described elsewhere (Zawisza et al. 2020).

that are presented in this paper were performed on the sample of 1634 community-dwelling individuals aged 65 and over, randomly selected from among the general population; response rate was 69.6%. Face to face computer-assisted personal interviews (CAPI) were conducted at individuals' homes by trained interviewers, who not only interviewed study participants using structured questionnaires, but also evaluated physical appearance of respondents and standards of living conditions. The tool was therefore divided into two parts:

(1) Questionnaire for interview, including, among others, sections about general health status, mental health and depression (*Global Deterioration Scale* — GDS), functional status (*Activity of Daily Living Scale* — ADL, *Instrumental Activities of Daily Living Scale* — IADL), social network/social support (COURAGE-SNI) and exposure to violence/abuse, neglect and self-neglect.

(2) Characteristic of the respondent by the interviewer, including objective signs of neglect (like dirty body and clothes, signs of dehydration and malnutrition, etc.), assessment of respondent's behavior (e.g. low functional capacity, anxiety) and characteristics of the respondent's flat/house (cleanliness, access to basic amenities in the house, etc.).

Analyses presented in this paper are focused on the relationship between the various dimensions of SE and neglect/self-neglect in older adults.

Measurement of the variables

Social exclusion

Following the multi-dimensional concept of the studied phenomenon by Giddens (2009), several types of SE were analyzed:

(1) Exclusion due to poverty was measured in an objective⁶ and subjective⁷ way.

(2) Exclusion due to the lack of access to basic goods and amenities available to other members of the population was based on the

⁶ Objective poverty was assessed on the basis of the amount of money that respondent has monthly (income from all sources), classified into three categories: 1. income above the minimum pension in Poland (for 2017), 2. poverty: income below/up to the minimum pension, but above the subsistence minimum; 3. extreme poverty: income below to/around the subsistence minimum.

⁷ Subjective poverty was classified on the basis of answers to the following question: Do you have enough money to satisfy your needs? (yes/no).

interviewer's assessment of housing conditions, including a lack of: water, heating, electricity and gas, bathroom and/or toilet⁸.

(3) Exclusion from the labor market was evaluated on the basis of the length of work experience through the life course (question on the number of years of work activity)⁹.

(4) Exclusion from social relations — evaluation was based on the Courage Social Network Index. The instrument is composed of questions on social ties, frequency of direct contact and support received from others¹⁰. The tool is described in details elsewhere (Zawisza et al. 2014).

Neglect and self-neglect

For the needs of this study neglect is defined as the failure to fulfill caregiving obligations (see: Krug et al. 2002: 127), without taking into account whether it was conscious and intentional. Self-neglect is understood as inattention to health and personal hygiene, that may be related to inability and/or unwillingness to search for help and support (Pavlou, Lachs 2006). A wide variety of symptoms were taken into account in the data-collection phase of this study. Neglect and self-neglect were assessed on the basis of Self-Reported Neglect Scale (SRNS) and Self-Reported Self-Neglect Scale (SRSNS), i.e. tools that were developed and validated within the presented research project. SRNS consists of questions about different groups of deprived needs, including basic and physiological, as well as deprivation of psychological needs. SRSNS is a tool assessing negligence in meeting own needs¹¹. The detailed description of the scales construction and the analyses of their validity are presented elsewhere (Zawisza et al. 2020, 2021).

⁸ The index was created as following: electricity and gas (0 — yes, 1 — a lack of), bathroom (0 — yes, 1 — a lack of), toilet (0 — yes, 1 — a lack of), water (0 — yes, in the building, 1 — a lack of or outside the building), heating (0 — yes, 1 — a lack of) (total values — from 0 to 5).

⁹ Work experience was categorized to the following categories: up to 20 years of experience, 21–30 years, over 30 years. Less than 3% of the total sample (i.e. 43 persons) had never been employed. Current status of employment was not taken into account, as vast majority of the respondents (nearly 94% of the total sample) were economically inactive.

¹⁰ Presented categories (up to 5%, 6–10%, 11–15%, 16–20%, over 20%) represent groups distinguished on the basis of percentiles (5th, 10th, 15th and 20th). The higher percentile — the more extensive social network.

¹¹ On the basis of the signs of neglect (SRNS) and self-neglect (SRSNS) two dichotomous variables were created, where “zero” meant no occurrence of the signs of neglect (or the signs of self-neglect) and “one” means the occurrence of the signs of neglect (or the signs of self-neglect).

Statistical analyses

Data was weighted in order to more accurately reflect the studied population. Weighting adjustment was done with regard to gender (due to over-representation of women in the sample) and age (for the procedure see: Tobiasz-Adamczyk et al. 2019a).

At the beginning the comparison of socio-demographic as well as health-related characteristics and SE types by the signs of neglect and the signs of self-neglect was done using chi-square test or Mann-Whitney U test. Then one by one all SE variables (i.e. subjective poverty, objective poverty, etc.) were analyzed as determinants of neglect or self-neglect (dependent variables) in logistic regression models. Each model was adjusted for all covariates, i.e. age, gender, marital status/partnership, education, functional status (ADL, IADL), depression (GDS and self-reported), smoking and alcohol addiction (self-reported).

The analyses were done using IBM SPSS Statistics v. 26.0.0.1. The values of $p < 0.05$ were considered as statistically significant.

Results

Socio-demographic analysis of the sample has shown that majority of the studied population were females. Nearly 65% of the respondents were people aged 65–79 years. Vast majority of the respondents (72%) had at most a vocational education. More than half of the sample (52%) were married or in informal relations. Most of the respondents (89%) reported having at least one child. About 54% of the participants lived in the countryside. More detailed comparison of socio-demographic as well as health-related characteristics and SE types by the signs of neglect and the signs of self-neglect is presented in the table 1.

As described above, in order to test the hypotheses a series of multivariate logistic regression models were analyzed, with the signs of neglect and self-neglect as dependent variables and types of SE as independent variables, with standardization for socio-demographic characteristics, functional status, depression, smoking and alcohol addiction. Tables 2, 3, 4 present determinants of neglect/self-neglect in the studied population. Only those models are presented where the analyzed types of SE were significantly related to neglect and/or self-neglect¹².

¹² Tables 1, 2, 3, 4 see on the pages 132–136.

From among all analyzed dimensions of SE only subjective poverty and poor social network were significantly related to the odds of neglect. Not having enough money for satisfying own needs (self-reported; $p = 0.005$) and having the smaller social network ($p < 0.001$) increased the odds of being neglected. The latter was also related to self-neglect ($p = 0.046$), but here, surprisingly, having the smaller social network (up to 5%) decreased the odds of self-neglect. Objective poverty also increased the odds of self-neglect ($p = 0.029$). Exclusion from the labor market and a lack of access to basic goods/amenities were not related to the odds of neglect/self-neglect in the studied population. To sum up, only some of the hypotheses, i.e. H1b, H2a and H5ab were confirmed.

From among other analyzed factors, depression (GDS) was the most strongly related to the odds of neglect/self-neglects. It was observed in each of the analyzed models (including those not presented here). Also more advanced age and not having children were significant in all models with self-neglect as a dependent variable. Among factors unrelated to the odds of neglect/self-neglect (all models) were: gender, the level of education, functional status and self-reported depression.

Apart from subjective poverty and depression (GDS) ($p < 0.001$) also not having a partner ($p = 0.012$) was related to the odds of neglect (table 3). Objective poverty was related to the odds of self-neglect (table 2), as were: more advanced age ($p = 0.008$), not having children (in this case the odds were lower; $p = 0.013$), being depressed (GDS; $p < 0.001$) and addicted to alcohol ($p = 0.039$).

In both models with social network as dependent variable, network size was related to the odds of neglect/self-neglect (table 4). Signs of neglect were also associated with not having partner ($p = 0.02$) and being depressed ($p < 0.001$). Self-neglect in turn was related to advanced age ($p = 0.008$), not having children ($p = 0.002$) and being depressed ($p < 0.001$).

Discussion

As emphasized above, SE is related to variety of welfare problems (Halleröd, Larsson 2008) and to marginalization, deprivation and violence experienced by older adults. Additionally, loosing of power and status during the ageing process makes it difficult to access services, seek information, adequately respond to neglect, and protect ourselves against mistreatment, exclusion and discrimination (Podnieks 2006).

Comparison of respondents' characteristics and SE types by the signs of neglect/self-neglect

	No signs of neglect		Signs of neglect		<i>p</i> unweighted (<i>p</i> weighted)	No signs of self-neglect		Signs of self-neglect		<i>p</i> unweighted (<i>p</i> weighted)
	N (%)	%W	N (%)	%W		N (%)	%W	N (%)	%W	
Gender										
female	846 (57.4)	60.4	84 (64.1)	72.3	0.135 ¹	689 (57.2)	60.7	254 (60.3)	65.3	0.259 ¹
male	628 (42.6)	39.6	47 (35.9)	27.7	(0.006 ¹)	516 (42.8)	39.3	167 (39.7)	34.7	(0.091 ¹)
Age										
65–79	966 (65.5)	69.6	76 (58.0)	59.0	0.084 ¹	818 (67.9)	72.1	236 (56.1)	59.6	<0.001 ¹
80+	508 (34.5)	30.4	55 (42.0)	41.0	(0.008 ¹)	387 (32.1)	27.9	185 (43.9)	40.4	(<0.001 ¹)
Marriage/partnership										
yes	797 (54.1)	54.2	30 (22.9)	28.5	<0.001 ¹	658 (54.6)	54.0	178 (42.3)	48.1	<0.001 ¹
no	677 (45.9)	45.8	101 (77.1)	71.5	(<0.001 ¹)	547 (45.4)	46.0	243 (57.7)	51.9	(0.035 ¹)
Children										
yes	1331 (90.5)	89.3	102 (77.9)	79.1	<0.001 ¹	1070 (89.0)	87.3	382 (90.7)	92.1	0.370 ¹
no	140 (9.5)	10.7	29 (22.1)	20.9	(<0.001 ¹)	132 (11.0)	12.7	39 (9.3)	7.9	(0.007 ¹)
Level of education										
primary or lower	605 (41.0)	39.0	66 (50.4)	48.3		478 (39.7)	38.1	200 (47.6)	42.7	
vocational	430 (29.2)	30.6	42 (32.1)	36.0	0.024 ¹	362 (30.0)	29.9	117 (27.9)	34.0	0.014 ¹
high school	274 (18.6)	18.2	16 (12.2)	10.2	(0.003 ¹)	220 (18.3)	18.1	70 (16.7)	13.9	(0.007 ¹)
university degree	165 (11.2)	12.2	7 (5.3)	5.4		145 (12.0)	13.9	33 (7.9)	9.4	
Place of living										
countryside	818 (55.5)	51.7	62 (47.3)	42.1	0.088 ¹	640 (53.1)	48.8	245 (58.2)	53.3	0.081 ¹
city	656 (44.5)	48.3	69 (52.7)	57.9	(0.035 ¹)	565 (46.9)	51.2	176 (41.8)	46.7	(0.116 ¹)
Labor market										
up to 20 years	110 (7.6)	8.7	14 (11.3)	11.3		84 (7.1)	7.8	39 (9.4)	11.3	
21–30 years	336 (23.1)	22.9	25 (20.2)	22.7	0.293 ¹	254 (21.5)	21.4	113 (27.2)	26.3	0.010 ¹
over 31 years	1006 (69.3)	68.3	85 (68.5)	66.0	(0.525 ¹)	843 (71.4)	70.8	263 (63.4)	62.4	(0.004 ¹)
Lack of access to basic goods and amenities										
0	47 (4.4)	4.0	6 (7.5)	4.1		35 (4.1)	3.5	19 (6.4)	5.5	
1	977 (91.2)	91.5	64 (80.0)	83.4	0.004 ³	795 (92.2)	92.5	254 (84.9)	86.6	0.002 ¹
2	42 (3.9)	3.9	8 (10.0)	10.3	(0.013 ³)	28 (3.2)	3.5	22 (7.4)	6.6	(0.020 ¹)
3	5 (0.5)	0.6	2 (2.5)	2.2		4 (0.5)	0.6	4 (1.3)	1.4	

Table 1 cont.

	No signs of neglect		Signs of neglect		<i>p</i> unweighted (<i>p</i> weighted)	No signs of self-neglect		Signs of self-neglect		<i>p</i> unweighted (<i>p</i> weighted)
	N (%)	%W	N (%)	%W		N(%)	%W	N(%)	%W	
Poverty objective										
extreme poverty	14 (1.1)	0.8	1 (0.9)	0.9	0.128 ³ (0.568 ³)	9 (0.9)	0.6	6 (1.6)	1.2	0.005 ¹ (0.002 ¹)
poverty	47 (3.9)	4.1	9 (7.8)	5.7		31 (3.2)	3.1	25 (6.8)	7.0	
> minimum pension	1159 (95.0)	95.1	106 (91.4)	93.4		940 (95.9)	96.3	334 (91.5)	91.8	
Poverty subjective										
no	1195 (81.2)	82.1	78 (59.5)	55.3	<0.001 ¹	992 (82.4)	83.4	300 (71.8)	70.9	<0.001 ¹
yes	276 (18.8)	17.9	53 (40.5)	44.7	(<0.001 ¹)	212 (17.6)	16.6	118 (28.2)	29.1	(<0.001 ¹)
Social network										
up to 5%	9 (0.7)	0.3	10 (8.7)	11.6	<0.001 ³ (<0.001 ³)	17 (1.6)	1.7	2 (0.5)	0.4	0.134 ³ (0.016 ³)
6–10%	7 (0.5)	0.8	1 (0.9)	0.5		5 (0.5)	0.9	3 (0.8)	0.3	
11–15%	5 (0.4)	0.3	2 (1.7)	2.3		4 (0.4)	0.3	4 (1.0)	1.2	
16–20%	7 (0.5)	0.5	0 (0.0)	0.0		4 (0.4)	0.3	3 (0.8)	0.8	
over 20%	1281 (97.9)	98.1	102 (88.7)	85.6		1029 (97.2)	96.8	374 (96.9)	97.3	
Depression (self-report)										
no	1414 (96.1)	96.2	117 (89.3)	90.8	<0.001 ¹	1173 (97.3)	97.5	382 (90.7)	91.1	<0.001 ¹
yes	58 (3.9)	3.8	14 (10.7)	9.2	(0.004 ¹)	32 (2.7)	2.5	39 (9.3)	8.9	(<0.001 ¹)
Smoking										
no	1347 (91.4)	92.3	114 (87.0)	89.2	0.094 ¹	1111 (92.2)	92.8	370 (87.9)	90.2	0.008 ¹
yes	127 (8.6)	7.7	17 (13.0)	10.8	(0.163 ¹)	94 (7.8)	7.2	51 (12.1)	9.8	(0.079 ¹)
Alcohol addiction										
no	1463 (99.3)	99.6	128 (97.7)	97.8	0.083 ³	1200 (99.7)	99.8	412 (97.9)	98.6	0.001 ³
yes	10 (0.7)	0.4	3 (2.3)	2.2	(0.040 ³)	4 (0.3)	0.2	9 (2.1)	1.4	(0.012 ³)
ADL	UW 6.00 (6.00; 6.00)		6.00 (5.00; 6.00)		0.021 ²	6.00 (6.00; 6.00)		6.00 (5.00, 6.00)		<0.001 ²
	W 6.00 (6.00; 6.00)		6.00 (5.00; 6.00)		(<0.001 ²)	6.00 (6.00; 6.00)		6.00 (5.00, 6.00)		(<0.001 ²)
IADL	UW 16.00 (13.00; 6.00)		15.00 (10.00; 16.00)		0.006 ²	16.00 (14.00; 16.00)		14.00 (10.00, 16.00)		<0.001 ²
	W 16.00 (13.00; 6.00)		16.00 (11.00; 16.00)		(0.006 ²)	16.00 (14.00; 16.00)		15.00 (10.00, 16.00)		(<0.001 ²)
GDS	UW 2.00 (1.00; 5.00)		8.00 (3.00; 9.00)		<0.001 ²	2.00 (1.00; 4.00)		5.00 (2.00; 9.00)		<0.001 ²
	W 2.00 (1.00; 5.00)		8.00 (3.00; 9.00)		(<0.001 ²)	2.00 (1.00; 4.00)		5.00 (2.00; 9.00)		(<0.001 ²)

¹Pearson chi-square test; ²Mann-Whitney U test; ³Fisher exact test; UW — unweighted; W — weighted

Table 2

Poverty (objective) as the determinant of neglect/self-neglect

	Signs of neglect			Signs of self-neglect		
	exp(B)	confidence interval	<i>p</i>	exp(B)	confidence interval	<i>p</i>
POVERTY (objective)						
extreme poverty	0.417	(0.047; 3.687)	0.432	0.986	(0.249; 3.906)	0.984
poverty	1.133	(0.465; 2.760)	0.783	1.932*	(1.070; 3.488)	0.029
> minimum pension	1.000			1.000		
AGE	1.656*	(1.048; 2.618)	0.031	1.512*	(1.113; 2.055)	0.008
GENDER	0.730	(0.449; 1.185)	0.203	0.957	(0.714; 1.283)	0.769
MARRIAGE OR PARTNERSHIP						
no	1.563	(0.981; 2.492)	0.060	0.936	(0.695; 1.259)	0.661
yes	1.000			1.000		
CHIDREN						
no	0.920	(0.486; 1.739)	0.796	0.533*	(0.324; 0.878)	0.013
yes	1.000			1.000		
LEVEL OF EDUCATION						
primary school or lower	1.252	(0.526; 2.978)	0.612	0.926	(0.560; 1.530)	0.764
vocational education	1.795	(0.776; 4.148)	0.171	1.400	(0.868; 2.258)	0.168
high school	1.075	(0.410; 2.816)	0.883	1.373	(0.812; 2.321)	0.238
university degree or higher	1.000			1.000		
PLACE OF LIVING						
countryside	0.779	(0.511; 1.188)	0.247	1.074	(0.815; 1.415)	0.612
city	1.000			1.000		
ADL	1.126	(0.896; 1.413)	0.309	1.017	(0.872; 1.188)	0.826
IADL	1.022	(0.957; 1.091)	0.512	0.986	(0.944; 1.030)	0.535
GDS	1.181*	(1.116; 1.250)	<0.001	1.196*	(1.147; 1.248)	<0.001
DEPRESSION (SELF-REPORTED)						
yes	1.278	(0.608; 2.689)	0.517	1.405	(0.778; 2.538)	0.260
no	1.000			1.000		
SMOKING						
yes	1.902	(0.986; 3.670)	0.055	1.541	(0.974; 2.438)	0.065
no	1.000			1.000		
ALCOHOL ADDICTION						
yes	6.542*	(1.181; 36.245)	0.032	10.358*	(1.119; 95.858)	0.039
no	1.000			1.000		

Bold values (with asterisks) denote statistical significance at the $p < 0.05$ level

Table 3

Poverty (subjective) as the determinant of neglect/self-neglect

	Signs of neglect			Signs of self-neglect		
	exp(B)	confidence interval	<i>p</i>	exp(B)	confidence interval	<i>p</i>
POVERTY (subjective)						
yes	1.825*	(1.202; 2.772)	0.005	1.287	(0.941; 1.760)	0.115
no	1.000			1.000		
AGE	1.529	(0.996; 2.346)	0.052	1.527*	(1.145; 2.036)	0.004
GENDER	0.889	(0.565; 1.398)	0.610	0.889	(0.674; 1.172)	0.403
MARRIAGE/PARTNERSHIP						
no	1.781*	(1.135; 2.795)	0.012	0.893	(0.675; 1.181)	0.427
yes	1.000			1.000		1.000
CHIDREN						
no	1.008	(0.597; 1.701)	0.977	0.407*	(0.258; 0.642)	<0.001
yes	1.000			1.000		
LEVEL OF EDUCATION						
primary school or lower	1.217	(0.528; 2.803)	0.645	0.740	(0.471; 1.164)	0.192
vocational education	1.570	(0.696; 3.538)	0.277	1.086	(0.707; 1.668)	0.705
high school	1.000	(0.403; 2.485)	1.000	0.914	(0.571; 1.464)	0.709
university degree or higher	1.000			1.000		
PLACE OF LIVING						
countryside	0.858	(0.572; 1.287)	0.458	1.304*	(1.002; 1.696)	0.048
city	1.000			1.000		
ADL	1.092	(0.882; 1.352)	0.420	1.056	(0.914; 1.220)	0.462
IADL	1.044	(0.979; 1.112)	0.190	0.981	(0.941; 1.022)	0.360
GDS	1.179*	(1.116; 1.246)	<0.001	1.187*	(1.139; 1.236)	<0.001
DEPRESSION (SELF-REPORTED)						
yes	1.137	(0.551; 2.345)	0.729	1.549	(0.886; 2.709)	0.125
no	1.000			1.000		
SMOKING						
yes	1.566	(0.824; 2.978)	0.171	1.549*	(1.002; 2.396)	0.049
no	1.000			1.000		
ALCOHOL ADDICTION						
yes	4.019	(0.788; 20.508)	0.094	4.759	(0.985; 22.992)	0.052
no	1.000			1.000		

Bold values (with asterisks) denote statistical significance at the $p < 0.05$ level

Table 4

Exclusion from social relations (social network) as the determinant of neglect/self-neglect

	Signs of neglect			Signs of self-neglect		
	exp(B)	confidence interval	<i>p</i>	exp(B)	confidence interval	<i>p</i>
SOCIAL NETWORK						
up to 5%	19.279*	(5.634; 65.974)	<0.001	0.177*	(0.033; 0.967)	0.046
6–10%	0.396	(0.027; 5.721)	0.497	0.232	(0.027; 2.029)	0.187
11–15%	2.490	(0.464; 13.351)	0.287	2.261	(0.430; 11.876)	0.335
16–20%	<0.001	—	0.999	1.905	(0.335; 10.854)	0.468
over 20%	1.000			1.000		
AGE	1.484	(0.938; 2.348)	0.092	1.504*	(1.113; 2.033)	0.008
GENDER	0.725	(0.444; 1.185)	0.200	0.949	(0.709; 1.270)	0.726
MARRIAGE/PARTNERSHIP						
no	1.758*	(1.094; 2.826)	0.020	0.897	(0.669; 1.204)	0.470
yes	1.000			1.000		
CHIDREN						
no	0.676	(0.345; 1.322)	0.253	0.445*	(0.269; 0.736)	0.002
yes	1.000			1.000		
LEVEL OF EDUCATION						
primary school or lower	1.017	(0.425; 2.436)	0.969	0.757	(0.469; 1.224)	0.256
vocational education	1.681	(0.731; 3.864)	0.222	1.180	(0.753; 1.849)	0.471
high school	0.973	(0.378; 2.505)	0.955	0.927	(0.563; 1.525)	0.764
university degree or higher	1.000			1.000		
PLACE OF LIVING						
countryside	0.911	(0.592; 1.400)	0.670	1.290	(0.978; 1.701)	0.071
city	1.000			1.000		
ADL	1.111	(0.884; 1.396)	0.365	1.051	(0.903; 1.224)	0.521
IADL	1.031	(0.963; 1.103)	0.384	0.997	(0.954; 1.043)	0.903
GDS	1.180*	(1.115; 1.250)	<0.001	1.211*	1.162; 1.262)	<0.001
DEPRESSION (SELF-REPORTED)						
yes	1.364	(0.653; 2.849)	0.409	1.665	(0.930; 2.982)	0.086
no	1.000			1.000		
SMOKING						
yes	1.796	(0.912; 3.538)	0.091	1.507	(0.953; 2.383)	0.079
no	1.000			1.000		
ALCOHOL ADDICTION						
yes	4.468	(0.862; 23.164)	0.075	4.485	(0.922; 21.806)	0.063
no	1.000			1.000		

Bold values (with asterisks) denote statistical significance at the $p < 0.05$ level

Both neglect and self-neglect are related to various psychosocial risk factors, including exclusion from social relations and economic deprivation. Performed analyses clearly demonstrate that exclusion due to objective/subjective poverty increases the odds of neglect/self-neglect. Comparison of those results with the findings from other studies revealed that our results are similar to the observations by other researchers. Due to the number of research, low or modest financial resources as well as income dependency of older adults are among risk factors of neglect (Burnes et al. 2015). Persons with low income/fever economic resources are also more likely to experience self-neglect (Wang et al. 2019). However some research suggest that self-neglect can affects people across various social strata (Dong 2017; Mardan et al. 2014). Lower levels of income is associated with other risk factors of neglect/self-neglect, such as very advanced age, low level of education (Halicka i in. 2021) and the familial status.

Presented analyses did not reveal any significant relationships between exclusion from the labor market and exclusion due to the lack of access to basic goods/amenities and neglect/self-neglect. Undoubtedly, unemployment and a lack of access to goods are correlates of material deprivation. In this study the percentage of persons unemployed during the whole life course was very low (less than 3%) and the category with the shorter work experience was the “up to 20 years” group. Perhaps if the percentage of the people excluded from the labor market for the most (or the whole) of their professional lives was greater, analyzes would have demonstrated the impact of this dimension of SE on neglect/self-neglect.

Discussed analyses demonstrated that exclusion from social relationships was related to the odds of neglect/self-neglect in older population. These findings are coherent with outcomes of other research. There is a large body of evidence showing that neglect/self-neglect are associated with social relations (e.g. Garre-Olmo et al. 2009; Mosqueda, Dong 2011; Tobiasz-Adamczyk et al. 2019b; Zawisza, Tobiasz-Adamczyk 2019). On one hand neglect — as a form of mistreatment — influences emotional and social life of older adults (Park 2014), and on the other — loneliness is a consequence of not having (or having poor) social network, which may lead to neglect and is cited among its risk factors (Choi, Mayer 2000). Studies confirm that victims of neglect had lower levels of social support in comparison with others (i.e. person not experiencing the negligence of care) (Fulmer et al. 2005). Thus social isolation and its consequences are both a cause and a result of neglect (Elsherbiny, Maamari 2018) and self-neglect (Day et al. 2011).

As demonstrated in Spanish population-based study (Garre-Olmo et al. 2009), conducted on the sample of inhabitants aged 75 and over, participants who did not have a person they trusted were more likely to experience neglect. Interestingly, in the same study suspected neglect was also associated with living with others: a higher percentage of neglected persons was observed among participants living with other family members than in those living with a partner and other family members at the same time, those living only with a partner and those living alone, which may be due to the fact that spouse is the most important source of social support. According to the results shown in the presented paper, having the smaller social network decreased the odds of self-neglect which may be related to the fact, that not solely existence of social network, but also its composition is important. Moreover, not having a partner increased the odds of neglect in two of the discussed models, what is consistent with the findings from the Spanish study.

Undoubtedly social isolation and a lack of social support are significant risk factors of self-neglect as its incidents often take place in older adults living alone (Rathbone-McCuan 2014). On the other hand study examining the role of social isolation of older adults in recidivism of self-neglect revealed that there is no significant relationship between the variables under study. Also mental health concerns were unrelated, whereas substance abuse was significantly associated with self-neglect recidivism (Spensley 2008). Anyhow, social network (with the family in the center) is the main source of personal care (Błędowski 2021b) and thus a lack of network support combined with the reduced independence may expose older adults to neglect/self-neglect. Greater levels of social support in turn can minimize the risk of depression what is crucial giving the importance to the fact that poor mental health is strongly related to neglect/self-neglect in the population of older adults (Aylaz et al. 2020).

Implications

Poverty as well as the exclusion from social relations are among the most important factors contributing to the odds of neglect and self-neglect of older adults, thus both of these variables require more in-depth analyses, especially in the light of the fact, that social and financial resources are likely to shrink in the later periods of life. Characteristics of the economic situation of older adults (see: introductory section of this paper) indicate a growing range of poverty among the older Poles and therefore rising odds of SE and — as a consequence — increased

risk of neglect and self-neglect in this population. It's worth noting that data about subjective (i.e. based on self-assessment) poverty in the older age should be treated with a caution, because, as emphasized by Błędowski (2021a), there is probability that older adults suppress needs that cannot be met — thus subjective poverty measure does not reflect the real scope of the problem. Therefore objective poverty is more reliable measure than subjective poverty. The linkages between social inequalities and health indicators show that poverty should be analyzed as a complex phenomenon and that deprivation, economic precariousness, psychological strain and health problems are likely to cluster (Halleröd, Larsson 2008). Analyzing social network in the context of neglect and self-neglect researchers should in turn keep in mind that not solely existence of social network, but also its composition is important.

Neglect/self-neglect of older adults are serious public health and social problems that are still difficult to recognize and diagnose. It's crucial to search for and analyze determinants as well as risk factors of neglect/self-neglect in order to improve detection and to counteract them effectively. Given the importance of severity of consequences of SE, more analyses of the relationships between exclusion and other social problems (including neglect) is needed. It may be helpful not only for the purpose of identification of the vulnerable, socially isolated groups but also for tailoring interventions to help older adults who are deprived of adequate care.

Strengths and limitations

Presented analyses have several important strengths. First of all the study was focused mainly on neglect/self-neglect, conceptualized and studied as separate phenomena, not as forms of abuse. Research on neglect/self-neglect in Poland is very scarce, and the discussed study was the first complex analysis of these phenomena in the Polish population, focused solely on the negligence of care. Secondly, strengths of the project lies in the methodological approach. Both original tools created within this study and used for gathering data on neglect/self-neglect (SRNS, SRSNS) have good psychometric properties (Zawisza et al. 2020). Research was performed on a random sample and, regardless of the fact that both neglect and self-neglect are taboo topics, the response rate was high. In this analyses broad concept of SE was adapted. To the authors' best knowledge neglect/self-neglect haven't yet been studied in Poland in relation to the SE of older adults.

This study has also some limitations. First of all, analyses are based on cross-sectional research that not allows to determine the causal relationships between the variables under study. Secondly, it should be taken into account that social and cultural norms influence the way that neglect/self-neglect are perceived. Moreover, there are different norms and standards (e.g. hygiene or cleanliness) in various social milieus and it is impossible to create universal list encompassing all possible signs of neglect/self-neglect. Regardless of social standards, both neglect and self-neglect are sensitive issues and are seen as taboo topics, which could have influenced the process of data gathering. Thirdly, data were gathered in 2017, i.e. before word crises (pandemics, war) influencing the life circumstances of contemporary societies, and older people within them. Rising inflation influences the economic situation of older people significantly, increasing the risk of poverty and — in turn — of SE. It would be recommended to repeat the research project on SE in the context of neglect and self-neglect of older adults, because dealing with these problems is — and will be — a challenge for formal and informal caregivers, medical and social care professionals as well as social policy makers.

REFERENCES

- Allen Sarah, Gilbody Simon, Atkin Karl, van der Feltz-Cornelis Christina, 2020, *The associations between loneliness, social exclusion and pain in the general population: A N = 502,528 cross-sectional UK Biobank study*, "Journal of Psychiatric Research" 130: 68–74 (<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.028>).
- Aylaz Rukuye, Pekince Hatice, Işık Kevser, Aktürk Ümmühan, Yildirim Hilal, 2020, *The correlation of depression with neglect and abuse in individuals over 65 years of age*, "Perspectives in Psychiatric Care" 56: 424–30 (<https://doi.org/10.1111/ppc.12451>).
- Bejaković Predrag, Škare Marinko, Pržiklas Družeta Romina, 2021, *Social exclusion and health inequalities in the time of COVID-19*, "Technological and Economic Development of Economy" 27: 1563–81 (<https://doi.org/10.3846/tede.2021.16001>).
- Bennett David, Schneider Julie, Tang Yuxiao, Arnold Steven, Wilson Robert, 2006, *The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in old people: a longitudinal cohort study*, "The Lancet Neurology" 5: 406–12 ([https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(06\)70417-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(06)70417-3)).
- Bergen Addi, Wolf Judith, Badou Mariam, de Wilde-Schutten Kimriek, IJzelenberg Wilhelmina, Schreurs Hanneke, Carlier Bouwine, Hoff Stella, van Hemert Albert, 2018, *The association between social exclusion or inclusion and health in EU and OECD countries: a systematic review*, "European Journal of Public Health" 29: 575–82 (<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky143>).
- Błądowski Piotr, 2021a, *Sytuacja materialna*, in: Piotr Błądowski, Tomasz Grodzicki, Małgorzata Mossakowska, Tomasz Zdrojewski (eds), *Badanie poszczególnych obszarów*

- stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, pp. 851–64.
- Błądowski Piotr, 2021b, *Potrzeby opiekuńcze*, in: Piotr Błądowski, Tomasz Grodzicki, Małgorzata Mossakowska, Tomasz Zdrojewski (eds), *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, pp. 913–30.
- Burnes David, Pillemer Karl, Caccamise Paul, Mason Art, Henderson Charles, Berman Jacquelin, Cook Ann, Shukoff Denise, Brownell Patricia, Powell Mebane, Salamone Aurora, Lachs Mark, 2015, *Prevalence of and risk factors for elder abuse and neglect in the community: a population-based study*, “J Am Geriatr Soc” 63: 1906–12 (<https://doi.org/10.1111/jgs.13601>).
- Choi Namkee, Mayer James, 2000, *Elder abuse, neglect, and exploitation. Risk factors and preventive strategies*, “J Gerontol Soc Work” 33: 5–25 (<https://doi.org/10.1300/J083v33n02.02>).
- Dahlberg Lena and McKee Kevin, 2018, *Social exclusion and well-being among older adults in rural and urban areas*, “Archives of Gerontology and Geriatrics” 79: 176–184 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.08.007>).
- Day Mary Rose, McCarthy Geraldine, Leahy-Warren Patricia, 2011, *Professional social workers' views on self-neglect: An exploratory study*, “Br J Soc Work” 42: 725–43 (<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr082>).
- Dong XinQi, 2017, *Elder self-neglect: research and practice*, “Clin Interv Aging” 12: 949–54 (<https://doi.org/10.2147/CIA.S103359>).
- Dong XinQi, Simon Melissa, Evans Denis, 2013, *Elder self-neglect is associated with increased risk for elder abuse in a community-dwelling population: Findings from the Chicago health and aging project*, “J Aging Health” 25: 80–96 (<https://doi.org/10.1177/0898264312467373>).
- Elsherbiny Mohamed, Maamari Raya, 2018, *The effectiveness of logotherapy in mitigating the social isolation of neglected institutionalised older people*, “Br J Soc Work” 48: 1090–108 (<https://doi.org/10.1093/bjsw/bcy043>).
- Feng Zhixin, Jones Kelvyn, Philips David, 2019, *Social exclusion, self-rated health and depression among older people in China: Evidence from a national survey of older persons*, “Archives of Gerontology and Geriatrics” 82: 238–44 (<https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.02.016>).
- Fratiglioni Laura, Wang Hui-Xin, Ericsson Kjerstin, Maytan Margaret, Winblad Bengt, 2000, *Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study*, “Lancet” 355: 1315–19 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02113-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02113-9)).
- Fulmer Terry, Paveza Gregory, VandeWeerd Carla, Fairchild Susan, Guadagno Lisa, Bolton-Blatt Marguarette, Norman Robert, 2005, *Dyadic vulnerability and risk profiling for elder neglect*, “Gerontologist” 45: 525–34 (<https://doi.org/10.1093/geront/45.4.525>).
- Galabuzi Grace-Edward, 2016, *Social exclusion*, w: Dennis Raphael (ed.), *Social determinants of health. Canadian perspective*, Canadian Scholars' Press Inc., Toronto, pp. 388–418.
- Garre-Olmo Joseph, Planas-Pujol Xènia, Lopez-Pousa Secundino, Juvinya Dolors, Vila Antoni, Vilalta-Franch Joan, 2009, *Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older*, “J Am Geriatr Soc” 57: 815–22 (<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02221.x>).

- Giddens Anthony, 2009, *Sociology*, Polity Press, Cambridge.
- Gonyea Judith, Curley Alexandra, Melekis Kelly, Levine Nina, Lee Yeonjung, 2018, *Loneliness and depression among older adults in urban subsidized housing*, "J Aging Health" 30: 458–74 (<https://doi.org/10.1177/0898264316682908>).
- Gordon David, Levitas Ruth, Pantazis Christina, Patsios Demi, Payne Sarah, Townsend Peter, Adelman Laura, Ashworth Karl, Middleton Sue, Bradshaw Jonathan, Williams Jacquetta, 2000, *Poverty and social exclusion in Britain*, Joseph Rowntree Foundation, York (<https://www.jrf.org.uk/sites/default/files/jrf/migrated/files/185935128x.pdf> [access: 05.09.2020]).
- Halicka Małgorzata, Halicki Jerzy, Lange Adrian, 2021, *Przemoc w stosunku do osób starszych*, in: Piotr Błędowski, Tomasz Grodzicki, Małgorzata Mossakowska, Tomasz Zdrojewski (eds), *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, pp. 963–78.
- Halleröd Björn, Larsson Daniel, 2008, *Poverty, welfare problems and social exclusion*, "Int J Soc Welf" 17: 15–25 (<https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2007.00503.x>).
- Halphen John, Varas Grace, Sadowsky June, 2009, *Recognizing and reporting elder abuse and neglect*, "Geriatrics" 64: 13–8. PMID:19586086.
- Helsper Ellen, 2012, *A corresponding fields model for the links between social and digital exclusion*, "Commun Theory" 22: 403–26 (<https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2012.01416.x>).
- Hossain Babul, Nagargoje Varsha, Kanchan Sk Md Illias, Das Jyoti, 2022, *Social exclusion and mental health among older adults: cross-sectional evidence from a population-based survey in India*, "BMC Psychiatry" 22: 409 (<https://doi.org/10.1186/s12888-022-04064-1>).
- Krug Etienne, Dahlberg Linda., Mercy James, Zwi Anthony, Lozano Rafael (eds), 2002, *Report on Violence and Health*, WHO Press, Geneva (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1).
- Kwiatkowska Ewa, Kujawska-Danecka Hanna, Lange Adrian, Popowski Piotr, Wojtyniak Bogdan, 2021, *Wykluczenie cyfrowe*, in: Piotr Błędowski, Tomasz Grodzicki, Małgorzata Mossakowska, Tomasz Zdrojewski (eds), *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, pp. 979–94.
- Lefèbvre Mathieu, Pestieau Pierre, Ponthiere Gregory, 2017, *FGT old-age poverty measures and the mortality paradox: theory and evidence*, "Rev Income Wealth" 64: 428–58 (<https://doi.org/10.1111/roiw.12277>).
- Liamputtong Pranee, Rice Zoe Sanipreeya, 2021, *Stigma, discrimination, and social exclusion*, w: Pranee Liamputtong (ed.), *Handbook of social inclusion*, Springer, Cham, pp. 1–17.
- Litwin Howard, Shiovitz-Ezra Sharon, 2010, *Social network type and subjective wellbeing in a national sample of older Americans*, "Gerontologist" 51: 379–88 (<https://doi.org/10.1093/geront/gnq094>).
- Mardan Homa, Hamid TengkuAizan, Redzuan Ma'rof, Ibrahim Rahimah, 2014, *Correlate of self-care and self-neglect among community-dwelling older adults*, "Iran J Nurs Midwifery Res" 19: S71–76. PMID: 25949256.
- Mosqueda Laura, Dong XinQi, 2011, *Elder abuse and self-neglect. 'I don't care anything about going to the doctor, to be honest...'*, "JAMA" 306: 532–40 (<https://doi.org/10.1001/jama.2011.1085>).

- Park Hong-Jae, 2014, *Living with 'Hwa-byung': the psycho-social impact of elder mistreatment on the health and well-being of older people*, "Aging Ment Health" 18: 125–8 (<https://doi.org/10.1080/13607863.2013.814103>).
- Pavlou Maria, Lachs Mark, 2006, *Could self-neglect in older adults be a geriatric syndrome?*, "JAGS" 54: 831–42 (<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00661.x>).
- Pickering Carolyn, Ridenour Kimberly, Salaysay Zachary, Reyes-Gastelum David, Pierce Steven, 2017, *Identifying elder abuse & neglect among family caregiving dyads: A cross sectional study of psychometric properties of the QualCare scale*, "Int J Nurs Stud" 69: 41–6 (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.012>).
- Podnieks Elisabeth, 2006, *Social inclusion*, "J Gerontol Soc Work" 46: 57–79 (https://doi.org/10.1300/J083v46n03_04).
- Pohlan Laura, 2019, *Unemployment and social exclusion*, "J Econ Behav Organ" 164: 273–99 (<https://doi.org/10.1016/j.jebo.2019.06.006>).
- Raggi Alberto, Corso Barbara, Minicuci Nadia, Quintas Rui, Sattin Davide, De Torres Laura, Chatterji Somnath, Frisoni Giovanni Battista, Haro Josep Maria, Koskinen Seppo, Martinuzzi Andrea, Miret Marta, Tobiasz-Adamczyk Beata, Leonardi Matilde, 2016, *Determinants of quality of life in ageing populations: results from a cross-sectional study in Finland, Poland and Spain*, "PLoS ONE" 11: e0159293 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159293>).
- Rathbone-McCuan Eloise, 2014, *An improved approach to treating elder self-neglect: the self-care framework*, "Generations" 38: 80–5.
- Sacker Amanda, Ross Andy, MacLeod Catherine, Netuveli Gopal, Windle Gill, 2017, *Health and social exclusion in older age: evidence from Understanding Society, the UK household longitudinal study*, "Journal of Epidemiology and Community Health" 71, 681–90 (<https://doi.org/10.1136/jech-2016-208037>).
- Saito Masashige, Kondo Naoki, Katsunori Kondo, Ojima Toshiyuki, Hira Hiroshi, 2012, *Gender differences on the impacts of social exclusion on mortality among older Japanese: AGES cohort study*, "Soc Sci Med" 75: 940–5 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.006>).
- Santana Paula, 2002, *Poverty, social exclusion and health in Portugal*, "Soc Sci Med" 55: 33–45 ([https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00218-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00218-0)).
- Scharf Thomas, Phillipson Chris, Smith Allison, 2005a, *Social exclusion of older people in deprived urban communities of England*, "Eur J Ageing" 2: 76–87 (<https://doi.org/10.1007/s10433-005-0025-6>).
- Scharf Thomas, Phillipson Chris, Smith Allison, 2005b, *Social exclusion and quality of life of excluded older people*, "Working with Older People" 9: 32–6 ([https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00218-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00218-0)).
- Silver Hilary, 2007, *Social exclusion*, w: George Ritzer (red.), *The Blackwell Encyclopedia of Sociology* (<https://doi.org/10.1002/9781405165518>).
- Spensley Catherine, 2008, *The role of social isolation of elders in recidivism of self-neglect cases at San Francisco adult protective services*, "J Elder Abuse Negl" 20: 43–61 (https://doi.org/10.1300/J084v20n01_03).
- Storey Jennifer, 2020, *Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature*, "Aggress Violent Behav" 50, 101339 (<https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.1013390>).
- Szatur-Jaworska Brabara, 2021, *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne*, in: Piotr Błędowski, Tomasz Grodzicki, Małgorzata Mossakowska, Tomasz Zdrojewski (eds), *Badanie poszczególnych*

- obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, pp. 865–86.
- Szukalski Piotr, 2021, *Aktywność zawodowa*, in: Piotr Błędowski, Tomasz Grodzicki, Małgorzata Mossakowska, Tomasz Zdrojewski (eds), *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, pp. 887–98.
- Szweda-Lewandowska Zofia, 2021, *Warunki mieszkaniowe*, in: Piotr Błędowski, Tomasz Grodzicki, Małgorzata Mossakowska, Tomasz Zdrojewski (eds), *Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, pp. 899–912.
- Thapa Komilla, Kumar Rashmi, 2015, *Social exclusion and mental health: a preamble*, “Psychology and Developing Societies” 27(2): 143–54 (<https://doi.org/10.1177/0971333615600008>).
- Tobiasz-Adamczyk Beata, Galas Aleksander, Zawisza Katarzyna, Chatterji Somnath, Haro Josep Maria, Ayuso-Mateos José Luis, Koskinen Seppo, Leonardi Matilde, 2017, *Gender-related differences in the multi-pathway effect of social determinants on quality of life in older age—the COURAGE in Europe project*, “Quality of Life Research” 26: 1865–78 (<https://doi.org/10.1007/s11136-017-1530-8>).
- Tobiasz-Adamczyk Beata, Zawisza Katarzyna, Gałaś Aleksander, Grodzicki Tomasz, 2019a, *poliskidMetodologia badania*, in: Beata Tobiasz-Adamczyk, Monika Brzyska, Tomasz Grodzicki (eds), *Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych. Medyczne i społeczne uwarunkowania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, pp. 17–29.
- Tobiasz-Adamczyk Beata, Zawisza Katarzyna, Głaś Maksymilian, Brzyska Monika, Łapczuk Aneta, 2019b, *Zaniedbanie i samozaniedbanie w relacji do uwarunkowań społeczno-demograficznych*, in: Beata Tobiasz-Adamczyk, Monika Brzyska, Tomasz Grodzicki (eds), *Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych. Medyczne i społeczne uwarunkowania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, pp. 31–56.
- Wang Bei, Hoover Donald, Beck Todd, Dong XinQi, 2019, *A vulnerability risk index of self-neglect in a community dwelling older population*, “JAGS” 68: 809–16 (<https://doi.org/10.1111/jgs.16285>).
- Wilkinson Richard, Marmot Michael (eds), 2003, *Social determinants of health, the solid facts*, Copenhagen: WHO (https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf [access: 06.04.2020]).
- Wolf Rosalie, Daichman Lia, Bennett Gerry, 2002, *Abuse of the elderly*, w: Etienne Krug, Linda Dahlberg, James Mercy, Anthony Zwi, Rafael Lozano (red.), *World report on violence and health*, WHO, Geneva, pp. 123–46 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y [access: 08.07.2020]).
- Yur'yev Andriy, Värnik Peeter, Sisask Merike, Leppik Laure, 2010, *Employment status influences suicide mortality in Europe*, “Int J Soc Psychiatry” 58: 62–8 (<https://doi.org/10.1177/0020764010387059>).
- Yur'yev Andriy, Värnik Peeter, Sisask Merike, Leppik Laure, Lumiste Kaur, Värnik Airi, 2011, *Some aspects of social exclusion: Do they influence suicide mortality?*, “Int J Soc Psychiatry” 59: 232–8 (<https://doi.org/10.1177/0020764011431792>).
- Zawisza Katarzyna, Gałaś Aleksander, Tobiasz-Adamczyk Beata, Chatterji Somnath, Haro Josep Maria, Miret Marta, Koskinen Seppo, Power Mick, Leonardi Matilde, 2014,

- The Validity of the Instrument to Evaluate Social Network in the Ageing Population: The Collaborative Research on Ageing in Europe Social Network Index*, "Clin Psychol Psychother" 21: 227–41 (<https://doi.org/10.1002/cpp.1860>).
- Zawisza Katarzyna, Tobiasz-Adamczyk Beata, 2019, *Sieć relacji społecznych a zaniedbanie i samozaniedbanie*, in: Beata Tobiasz-Adamczyk, Monika Brzyska, Tomasz Grodzicki (eds), *Zaniedbanie i samozaniedbanie osób starszych. Medyczne i społeczne uwarunkowania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, pp. 151–84.
- Zawisza Katarzyna, Tobiasz-Adamczyk Beata, Galas Aleksandr, Grodzicki Tomasz, 2020, *Validity of a self-reported neglect scale among older adults in Poland*, "Gerontologist" 60: 117–26 (<https://doi.org/10.1093/geront/gnz014>).
- Zawisza Katarzyna, Tobiasz-Adamczyk Beata, Galas Aleksandr, Grodzicki Tomasz, 2021, *Development and Validation of a Self-Neglect Scale Among Older People: The Study on Challenges for Neglect and Self-Neglect in Poland*, "J App Gerontol", online: January 29 (<https://doi.org/10.1177/0733464820985271>).



- CBOS, 2019, *Korzystanie z internetu* [Internet use] (https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K.095_19.PDF).
- Eurostat (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc.li04..custom_8986285/default/table?lang=en [access: 25.05.2024]).
- GUS (<https://stat.gov.pl/> [access: 20.09.2024]).
- PolSenior2 (<https://polsenior2.gumed.edu.pl/> [access: 28.09.2024]).

Abstract

Background/objectives: Social exclusion is gaining attention as a conceptual framework useful in addressing various dimensions of inequality. The aim of this paper is to explore and discuss the relationship between social exclusion and the risk of neglect or self-neglect in older adults. Following Anthony Giddens, four dimensions of social exclusion were distinguished. **Research design/methods:** Quantitative analyses were conducted using data from a randomly selected sample of community-dwelling individuals aged 65+ (1634 observations). Logistic regression models were employed to examine the relationship between social exclusion and neglect or self-neglect. **Findings:** Among the dimensions of social exclusion analysed, only subjective poverty and a poor social network were significantly associated with the odds of neglect. The chances of being neglected also increased when having insufficient money for satisfying own needs, or having a smaller social network. The latter was also related to self-neglect, the likelihood of which was increased by objective poverty. **Discussion/implications:** The exclusion of older adults is a crucial matter in medicine given its impact on health, quality of life, and mortality patterns. It also has implications for detecting and preventing abuse and neglect. Neglect and self-neglect in older adults remain difficult to identify and diagnose, while the findings

presented here may aid in identifying vulnerable groups and tailoring interventions to support older adults who are deprived of care.

key words: social exclusion, neglect, self-neglect, poverty, deprivation, social isolation, Lesser Poland

słowa kluczowe: wykluczenie społeczne, zaniedbanie, samozaniedbanie, ubóstwo, deprivacja, izolacja społeczna, województwo małopolskie

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

AGNIESZKA PAWLAK-KAŁUZIŃSKA
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

EMIGRACJA A DOBROSTAN FIZYCZNY I PSYCHICZNY

WPROWADZENIE

Potoczne wyobrażenia, jak również wyniki wielu badań naukowych dają obraz pracy i życia na emigracji jako doświadczenia trudnego. Jak twierdzi Jacek Kubitsky (2012, s. 36–44), migracja jest szczególną formą kryzysu, stanem dezorientacji wymagającym przebudowy zarówno wewnętrznej, jak i zewnętrznej. Kryzys migracyjny ma związek z procesem akulturacji, który zachodzi wtedy, gdy osoba wywodząca się z określonego kręgu kulturowego jest poddawana długim i intensywnym oddziaływaniom innej kultury (Trąbka 2019, s. 246–257). Kryzys migracyjny składa się z kilku faz. Szczególnie trudna jest pierwsza faza, nazywa fazą szoku. Następuje w niej konfrontacja z innymi kodami komunikacji werbalnej i niewerbalnej oraz z odmiennymi normami kulturowymi. Szok migranta charakteryzuje się zwykle trzema właściwościami: smutkiem wywołanym stratami, uczuciem stresu i lęku oraz kryzysem tożsamości (Kubitsky 2012, s. 36–44).

Termin „szok kulturowy” został wprowadzony do badań nad migracją już w latach pięćdziesiątych XX wieku. Badacze zajmujący się wówczas tym zjawiskiem wyróżnili sześciopunktową listę jego objawów: a) napię-

cie spowodowane wysiłkiem koniecznym do przystosowania się do zmian; b) poczucie straty i deprivacji w odniesieniu do przyjaciół oraz statusu społeczno-ekonomicznego; c) poczucie odrzucenia członków nowej kultury (lub bycia przez nich odrzuconym); d) dezorientacja z powodu nowej roli, oczekiwań z nią związanych, wyznawanych wartości i własnej tożsamości; e) zdziwienie, lęk, a nawet niesmak po uświadomieniu sobie różnic kulturowych; f) uczucie niemożności poradzenia sobie z nowym środowiskiem. Od tego czasu pojawiło się wiele koncepcji opisu tego, czym jest i jak przebiega szok kulturowy. Warto wspomnieć na przykład „model U” zaproponowany przez Sverre’a Lysgaarda, który na podstawie badań wśród norweskich studentów przebywających na stypendiach w Stanach Zjednoczonych opisał cztery fazy szoku kulturowego: początkową euforię; właściwy szok kulturowy wiążący się z negatywnymi emocjami wywołanymi kontaktem z nowym otoczeniem; akulturację; stosunkowo stabilny stan osiągany po zakończeniu procesu akulturacji (Grzymała-Moszczyńska 2014, s. 53–55). Zdarza się, iż trud przystosowania się do życia w nowym miejscu ma wpływ na zdrowie migranta i pogarsza jego stan. Zaburzenia psychosomatyczne związane z migracją nazwano „syndromem Ulisses’a”. Na wystąpienie tego syndromu są bardziej narażone osoby migrujące do odmiennych kulturowo i odległych geograficznie krajów, a także uchodźcy (Bianucci i in. 2017, s. 30–32).

Jednym z czynników niewątpliwie mających wpływ na zdrowie fizyczne i zdrowie psychiczne jest poczucie osamotnienia. Związek między tymi czynnikami jest coraz częściej przedmiotem badań prowadzonych zarówno w populacji ogólnej, jak i wśród emigrantów. Wpływ osamotnienia na zdrowie fizyczne potwierdzają między innymi wyniki badania przeprowadzonego w Wielkiej Brytanii na próbie liczącej 238 osób w wieku od 45 do 59 lat, które dowodzą związku między częstością doświadczania izolacji społecznej i wielkością wsparcia społecznego a wzrostem poziomu cholesterolu, ciśnienia i stężenia kortyzolu (Grant, Hamer, Steptoe 2009, s. 34–35). Badanie z 2010 roku będące metaanalizą 148 badań, w których łącznie wzięło udział 308 849 uczestników, wykazało, że osamotnienie definiowane jako niewystarczające/słabe relacje jest dla zdrowia gorsze niż brak ruchu, tak samo szkodliwe jak alkoholizm i dwa razy bardziej szkodliwe niż otyłość. Generalnie osoby osamotnione są o blisko 30% bardziej narażone na przedwczesną śmierć od osób niedoświadczających poczucia osamotnienia (Holt-Lunstad, Smith, Layton 2010, s. 1–21). W Harvardzkim Badaniu Rozwoju Dorosłych (Harvard Study of Adult Development), jednym z najdłużej kontynuowanych, nieprzerwanie od 1938 roku, odkryto, że do najważniejszych czynników mających wpływ na nasze zdrowie

należą relacje z innymi ludźmi. Bliskie relacje, udane związki małżeńskie okazały się bardziej istotne dla zdrowia badanych niż wykształcenie, pieniądze i sława (Mineo 2017). W jeszcze innych badaniach na temat związków poczucia osamotnienia z ryzykiem wystąpienia chorób fizycznych, w których przebadano 476 100 osób, ustalono, że doświadczanie osamotnienia wiąże się z większą podatnością na 30 z 56 chorób. Głównym czynnikiem wiążącym samotność z ryzykiem zachorowania były objawy depresji wynikające z poczucia osamotnienia, a następnie uwarunkowania społeczno-ekonomiczne, zachowania zdrowotne i choroby współistniejące (Liang i in. 2024, s. 2–9). Z kolei z badań przeprowadzonych we Włoszech w 2021 roku wśród 5449 osób wynika, że doświadczający wysokiego poziomu lęku o przyszłość podejmowali więcej zachowań unikowych prowadzących do izolacji i poczucia osamotnienia, co pogarszało ich jakość życia i miało negatywny wpływ na zdrowie psychiczne (Jannini i in. 2024, s. 1–6). Ciekawe wnioski na temat zależności między dobrostanem a zdrowiem psychicznym wynikają z przeprowadzonej w 2015 roku przez brytyjskich naukowców wtórnej analizy ponad 7000 osób chorujących na choroby psychiczne. Badania te wykazały, że co najmniej umiarkowanie wysoki dobrostan można osiągnąć mimo doświadczania choroby psychicznej. Jednakże ponieważ choroby psychiczne nawracają i ustępują, dobrostan psychiczny może się różnić w zależności od fazy choroby oraz liczby, częstotliwości i czasu trwania nawrotów (De Cates i in. 2015, s. 195–97).

W badaniu z 2016 roku zrealizowanym w grupie 1129 Polaków — emigrantów do Holandii — ustalono, że poczucie osamotnienia na emigracji jest skorelowane z tym, czy partner i dzieci również przebywają na emigracji czy nie, przy czym bardziej samotni czuli się mężczyźni, których partnerki i dzieci pozostały w Polsce, niż kobiety, których partnerzy i dzieci nie wyemigrowali razem z nimi. Poczucie osamotnienia było tym większe, im dłuższy był czas przebywania na emigracji. Ponadto osoby, które osiągnęły wysoki wynik na skali samotności, częściej zgłaszały, że mają problemy zdrowotne oraz problemy finansowe (van den Broek, Grundy 2017, s. 728–737). Z kolei w badaniu z 2018 roku przeprowadzonym na próbie 1131 Polaków również mieszkających w Holandii ustalono, że poczucie osamotnienia ma związek z tym, jaki rodzaj sieci wsparcia posiada migrant. Najbardziej osamotnieni byli ci, którzy dysponują małymi sieciami wsparcia ograniczonymi do bliskich krewnych. Natomiast migranci posiadający bardziej rozbudowaną sieć wsparcia, w skład której wchodzi nie tylko członkowie najbliższej rodziny, ale także przyjaciele i znajomi z Polski oraz przyjaciele i znajomi z kraju emigracji, czują się mniej osamotnieni (Djundeva, Ellwardt 2020, s. 1287–1296). Z kolei w duńskich badaniach

przeprowadzonych w trzech grupach — wśród Duńczyków, uchodźców z nieuregulowaną sytuacją prawną i legalnych migrantów mieszkających z rodzinami — ustalono, że wskaźniki śmiertelności były niższe zarówno wśród uchodźców, jak i wśród migrantów niż wśród Duńczyków. Autorzy badania wiążą ten wynik z tzw. efektem zdrowego migranta, to znaczy z tym, że na emigrację udają się głównie osoby stosunkowo młode i cieszące się dobrym zdrowiem fizycznym (Norredam i in. 2012, s. 1–7). Badanie przeprowadzone wśród 456 szwajcarskich nielegalnych migrantów i migrantów w trakcie procesu legalizacji ujawniło, że ponad połowa migrantów z obu grup miała objawy zaburzeń zdrowia psychicznego, zgłaszała objawy lękowe i depresyjne oraz problemy ze snem (Fakhoury i in. 2021, s. 1–8). Systematyczny przegląd 541 artykułów poświęconych zdrowiu migrantów wykazał istnienie związku między statusem emigranta a zdrowiem głównie w takich obszarach jak: zdrowie reprodukcyjne, zdrowie psychiczne, choroby układu krążenia (Laue 2023, s. 1–10).

Jak zauważają redaktorzy tomu poświęconego związkom między imigracją, zdrowiem psychicznym i dobrostanem psychospołecznym, z jednej strony migrantowi towarzyszą uczucia wyobcowania, niepokoju, straty i tęsknoty, a z drugiej strony — ulga i optymizm związane z możliwością zorganizowania sobie życia w nowym miejscu na nowych zasadach (Sangaramoorthy, Carney 2021, s. 3). W związku z powyższym celem niniejszego artykułu jest próba odpowiedzi na pytanie o możliwość osiągnięcia i doświadczania dobrostanu na emigracji mimo trudności doświadczanych na różnych etapach urządzania się i życia w nowym kraju.

Termin *well-being* (dobrostan) pojawił się po raz pierwszy w definicji zdrowia przyjętej w 1948 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Zgodnie z tą definicją zdrowie jest „stanem pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brakiem choroby” (WHO 1948, s. 1). W literaturze przedmiotu można się spotkać z dwoma ujęciami dobrostanu — obiektywistycznym (normatywnym) i subiektywistycznym (fenomenologicznym). W pierwszym ujęciu liczą się obiektywne kryteria, takie jak dobrobyt, zdrowie psychiczne, wykształcenie czy pozycja społeczna, choć w mniej skrajnej wersji tego podejścia bierze się także pod uwagę czynniki subiektywne, przyjmując perspektywę „dół-góra”, zgodnie z którą fakty wpływają na samopoczucie. Drugie ujęcie skupia się na subiektywnym odczuciu szczęścia, a w mniej skrajnej wersji przyjmuje się perspektywę „góra-dół”, według której stan psychiczny wpływa na ocenę położenia życiowego (Mirski 2009, s. 177).

Rozwój koncepcji i badań nad dobrostanem miał związek z pojawieniem się w psychologii nurtu psychologii pozytywnej zainteresowanej

szeroko pojętym dobrym życiem, w tym dobrostanem, satysfakcją z życia, radością, przyjemnością, szczęściem i konstruktywnymi schematami poznawczymi, czyli zagadnieniami będącymi pierwotnie obszarem zainteresowań filozofów. Przyjęte przez psychologów tego nurtu dwie koncepcje dobrostanu wywodzą się z właśnie z filozofii. Są to: (1) koncepcja hedonistyczna — według której szczęście jest związane z odczuciem przyjemności i dążeniem do unikania nieprzyjemności; (2) koncepcja eudajmonistyczna — według której szczęście wiąże się z realizacją ludzkiego potencjału, poczuciem sensu i samorealizacji (Karaś, Ciecuch 2017, s. 9–10; Karaś 2019, s. 816). Sześcioczynnikowy model dobrostanu psychicznego Carol Ryff, który został zastosowany jako rama analityczna zaprezentowanych poniżej badań empirycznych, wywodzi się nurtu eudajmonistycznego i jest jedną z najpopularniejszych koncepcji dobrostanu. Ryff wyróżniła sześć wymiarów dobrostanu. Są to: (1) samoakceptacja; (2) rozwój osobisty; (3) posiadanie celu życiowego; (4) autonomia; (5) panowanie nad otoczeniem; (6) pozytywne relacje z innymi (Ryff, Singer 1996, s. 17–18; Karaś, Ciecuch 2017, s. 817–818; Karaś 2019, s. 15–16)¹.

Badania prowadzone przez Ryff i współpracowników pokazały, że poszczególne aspekty dobrostanu są różne oceniane na przykład w zależności od wieku i płci badanych. Osoby w wieku średnim i starszym niżej oceniały takie aspekty dobrostanu jak rozwój osobisty i cel życiowy, wypadły lepiej w ocenie autonomii i panowania nad otoczeniem, natomiast samoakceptacja i pozytywne relacje z ludźmi nie zmieniały się wraz z wiekiem (kolejne badania wykazały, że aspekt dotyczący pozytywnych relacji z ludźmi jest lepiej oceniany przez starszych respondentów). Ponadto okazało się, że niezależnie od wieku kobiety lepiej oceniały relacje z innymi ludźmi niż mężczyźni. Osoby lepiej wykształcone również lepiej wypadły w ocenie dobrostanu psychicznego, zwłaszcza w takich aspektach jak cel życiowy i rozwój osobisty (Ryff, Keyes 1995, s. 16–18; Ryff, Singer 1996, s. 721).

Jedno z niewielu badań dotyczących dobrostanu migrantów przeprowadził Łukasz Kaczmarek wśród Polaków pracujących w Dublinie. Jego badania koncentrowały się na związkach między zadowoleniem z pozycji osiągniętej w kraju emigracji a poczuciem dobrostanu. Badania miały charakter jakościowy i wynika z nich, że ci migranci, którzy uważali, iż osiągnęli pewną stabilizację życiową mimo pracy poniżej kwalifikacji i braku

¹ Istnieją również socjologiczne koncepcje dobrostanu uznające kapitał społeczny za ważny jego wymiar, a więc relacje w małżeństwie, w rodzinie, relacje przyjacielskie, sąsiedzkie czy zaangażowanie w szersze życie społeczne.

perspektyw na awans, mieli poczucie dobrostanu i nie myśleli o powrocie do kraju. Osiągnięta przez nich stabilizacja wiązała się z otrzymaniem zabezpieczenia zdrowotnego i socjalnego dla siebie i swojej rodziny. Poczucie dobrostanu wzmacniało także posiadanie rodziny i/lub przyjaciół (Kaczmarek 2017, s. 49–54, 65–68).

Prezentowane w dalszej części artykułu dane z badania, które przeprowadziłam pod roboczym tytułem „Migranci — osamotnienie, stres, problemy zdrowotne, strategie zaradcze”, zostały zebrane wśród migrantów zarobkowych z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety i pozwoliły na ogólną ocenę trzech z wyróżnionych przez Ryff wymiarów dobrostanu, to jest rozwoju osobistego, celu życiowego oraz pozytywnych relacji z innymi ludźmi. Pierwotnym celem badania była analiza czynników mających wpływ na doświadczanie poczucia osamotnienia przez migrantów zarobkowych oraz skutków tego stanu w sferze rodzinnej i zdrowotnej, zawodowej i społecznej. Zebrane dane mogą posłużyć również do wstępnej analizy poziomu dobrostanu psychicznego migrantów zarobkowych².

MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankiety. Dane zbierano od sierpnia do września 2022 roku przy użyciu techniki CAWI (*Computer Assisted Web Interview*). Próba badawcza liczyła 300 migrantów zarobkowych. Próba została dobrana w sposób nieprobabilistyczny. Pracownicy firmy badawczej, która zrealizowała badanie, poszukiwali respondentów, wykorzystując swoje kontakty i media społecznościowe. Część badanych zrekrutowano metodą kuli śnieżnej³. Migranci, którzy znaleźli się w próbie badawczej, musieli jednak spełnić jedno z dwóch kryteriów: a) ciągłe przebywanie na emigracji zarobkowej przez co najmniej trzy lata po 2004 roku; b) wyjeżdżanie zarobkowo na jakiś czas (np. kilka tygodni/miesiący), a potem wracanie do kraju (tzw. emigracja wahadłowa), przy czym suma wyjazdów łącznie wynosi/wynosiła co najmniej 3 lata. Prezentowanych poniżej wyników badania nie można zatem ekstrapolo-

² Otrzymane wyniki badania zostały przeanalizowane w programie Statistica ver. 13.3 PL w ramach licencji dostępnej dla pracowników Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Została wykonana analiza częstości odpowiedzi na poszczególne pytania oraz dla wybranych zmiennych wykonano tabele krzyżowe. W celu zbadania istnienia i siły związku między zmiennymi wykorzystywałam takie wskaźniki statystyczne jak Chi kwadrat Pearsona oraz V Cramera, gdyż większość zmiennych miała charakter nominalny lub porządkowy.

³ Badanie zrealizowała firma badawcza Biuro Badań Społecznych Question Mark z siedzibą w Łodzi.

wać na całą populację migrantów zarobkowych z Polski. Wnioski z badania są ograniczone jedynie do grupy osób, które wzięły w nim udział.

W próbie znaleźli się zatem migranci długookresowi, którzy wyemigrowali na stałe, jak i migranci, którzy nie zamieszkują na stałe poza granicami kraju, a ich życie rozciąga się pomiędzy dwa kraje — kraj emigracji, w którym pracują, i Polskę, w której spędzają czas poza okresami pracy na emigracji, prowadząc życie rodzinne i towarzyskie. Ten sposób doboru próby i brak w kwestionariuszu ankiety pytania o wzorzec emigrowania rodzi pewną trudność w analizie danych, gdyż nie ma możliwości sprawdzenia, czy dobrostan stwierdzany na podstawie analizy przyjętych wskaźników u migrantów długookresowych stale przebywających w kraju emigracji różni się od dobrostanu deklarowanego przez migrantów wahadłowych. Założyłam jednak, że migrantów wahadłowych, których czas spędzony na emigracji wynosi co najmniej trzy lata, można zaliczyć do tej samej kategorii co migrantów niewahadłowych. Różni ich wprawdzie wzorzec wyjazdów i przyjazdów (częstszych w przypadku migrantów wahadłowych), jednak strategię budowania życia na emigracji mogą być w jakimś stopniu podobne (w tym chęć osiedlenia się na stałe lub jej brak). Poza tym większość badanych, którzy znaleźli się w próbie badawczej, przebywa na emigracji ponad 10 lat i mieszka tam z rodziną, a zatem można ich uznać za migrantów długookresowych mieszkających na stałe w kraju, do którego wyemigrowali.

W próbie znalazło się 161 kobiet oraz 136 mężczyzn. Trzy osoby na pytanie o płeć zaznaczyły odpowiedź „inna”. Dla porównania wyniki Narodowego Spisu Powszechnego z 2021 roku wykazały, że wśród emigrantów przebywających czasowo za granicą nieznacznie przeważały kobiety, które stanowiły 51% mieszkańców Polski przebywających poza krajem (NSP 2023, s. 4).

Struktura wieku badanych przedstawia się następująco: niemal 43% badanych migrantów mieści się w przedziale wieku 36–45 lat, blisko 32% badanych to osoby w przedziale wieku 26–35 lat, 12% respondentów to osoby w wieku 46–55 lat, młode osoby do 25. roku życia to tylko 7% próby, mało jest również osób starszych między 56. a 65. rokiem życia (4,7%), z kolei osoby powyżej 65. roku życia stanowią tylko 2% badanej grupy. Najmłodsza osoba w próbie ma 21 lat, a najstarsza — 85 lat. Średnia wieku dla próby wynosi 38,74 lat, a mediana — 38 lat. W grupie dominują więc osoby w średnim wieku. Z najnowszej edycji cyklicznych badań prowadzonych przez Narodowy Bank Polski z 2023 roku, która objęła 2500 polskich emigrantów do Wielkiej Brytanii, Niemiec i Holandii, a więc krajów, w których obecnie przebywa największa liczba migrantów z Polski, również wynika,

że w każdym badanym kraju największą grupę osób stanowią osoby w wieku 25–44 lata (Chmielewska-Kalińska, Dudek, Strzelecki 2023, s. 15).

Badani emigrowali zazwyczaj do więcej niż jednego kraju. Zwykle są/były to kraje Unii Europejskiej, ale również kraje spoza Unii czy kraje pozaeuropejskie. Ogółem respondenci wymienili 29 krajów. Najpopularniejsze w grupie badawczej kierunki emigracji to: Niemcy (27% wskazań), Wielka Brytania (16,7%), Holandia (10%), Austria (8,7%), Belgia i Norwegia (po 4,3%) oraz Czechy, Szwecja i Stany Zjednoczone (po 4%). Większość respondentów wymieniła jeden kraj emigracji, a 24 respondentów wymieniło 2–3 kraje emigracji, w tym jeden napisał, że tych krajów było wiele.

Ogółem 57% respondentów przebywa na emigracji ponad 10 lat, co trzeci badany pracuje poza krajem od 3 do 5 lat, a 13% — od 6 do 10 lat. W większości przypadków w próbie znalazły się zatem osoby z doświadczeniem długookresowej migracji. Według danych NSP z 2021 roku z blisko 92% emigrantów (1 326 100 osób) stanowili emigranci długookresowi, którzy przebywali za granicą 12 miesięcy lub dłużej. Pozostałe 8% (121 286 osób) to emigranci krótkookresowi, czyli osoby przebywające za granicą do 12 miesięcy (NSP 2023, s. 4). Ze wspomnianego raportu NBP również płynie wniosek, że większość osób przebywa we wspomnianych krajach długookresowo — co najmniej kilka lat (Chmielewska-Kalińska, Dudek, Strzelecki 2023, s. 10).

Większość migrantów, którzy znaleźli się w próbie (prawie 60%), ma wyższe wykształcenie. Drugą grupą pod względem liczebności, choć zdecydowanie mniejszą, są osoby z wykształceniem zasadniczym zawodowym/branżowym (niemal 13%). 18% osób ma wykształcenie średnie ogólne lub średnie zawodowe. Pozostali mają wykształcenie policealne, gimnazjalne lub podstawowe. Z kolei dane z raportu NBP dotyczącego migracji są następujące: najwięcej (30%) jest osób z wykształceniem średnim zawodowym, a po 20% badanych ma wyższe lub średnie wykształcenie (Chmielewska-Kalińska, Dudek, Strzelecki 2023, s. 16). Warto wspomnieć, że z analiz danych BAEL z lat 2004–2008, a więc z początku najnowszej fali migracji wynika, że większą skłonność do wyjazdów mieli wówczas mężczyźni, osoby z wykształceniem policealnym, średnim i zawodowym oraz mieszkańcy wsi (Anacka, Fihel 2012, s. 4). Tak więc w mojej próbie badawczej nadreprezentowani są badani z wyższym wykształceniem.

Zdecydowana większość badanych, to jest 66%, pozostaje w formalnym lub nieformalnym związku. Prawie co piąty badany deklaruje się jako singiel. Najmniejszą część próby stanowią osoby rozwiedzione, w separacji lub owdowiałe. Niemal co czwarty badany nie ma dzieci, 29% pytanym ma

dwoje dzieci, a 21% jedno dziecko. 11,3% badanych ma troje dzieci, a tylko troje badanych czworo. Respondenci w większości wyemigrowali z rodziną, rodzina dołączyła później lub założyli rodzinę na emigracji. Dlatego też prawie 60% respondentów mieszka z rodziną, a sam mieszka co czwarty badany. Pozostali w okresie przebywania na emigracji mieszkają/mieszkali ze współlokatorami. Podobne dane otrzymali autorzy raportu NBP. Zbadani przez nich emigranci to w około 75–80% osoby będące w związkach małżeńskich lub partnerskich. Między 20% a 30% z nich deklaruje posiadanie niepełnoletnich dzieci. W zdecydowanej większości przebywają wraz z badanymi w kraju emigracji (Chmielewska-Kalińska, Dudek, Strzelecki 2023, s. 13).

WYNIKI BADANIA — ANALIZA I INTERPRETACJA

W przypadku pierwszego z analizowanych wymiarów dobrostanu, czyli rozwoju osobistego, w badaniu ankietowym migrantów jako wskaźnik przyjęto odpowiedzi badanych na pytanie o powód podjęcia pracy za granicą (migranci mogli wybrać dwa powody). Najczęściej wybierane odpowiedzi to chęć zarabiania większej sumy pieniędzy (41,7% wskazań), a następnie ciekawość, jak mieszka się i pracuje w innym kraju (40%). Prawie 19% badanych zostało namówionych do podjęcia pracy za granicą przez inne osoby, a około 12% badanych chciało się nauczyć języka. Część badanych wyjechała za granicę, żeby pomóc rodzinie (8% wskazań), z powodu trudności ze znalezieniem pracy w kraju (8%), z powodu problemów rodzinnych (4%) i/lub utraty pracy w kraju (3,7%). Ogółem 13,7% respondentów podało inne powody swojej decyzji. Generalnie należy uznać, że wyjazd zarobkowy za granicę to swego rodzaju wyzwanie i już sama decyzja świadczy o otwartości na nowe doświadczenia i chęci samorealizacji.

Jeśli chodzi o cel życiowy, to wprawdzie w koncepcji Ryff istotne jest posiadanie celu życiowego, a nie to, co nim jest, jednakże w odniesieniu do migrantów zarobkowych dla uproszczenia analizy założyłam posiadanie przez nich celu życiowego i uznałam, że tym celem (przynajmniej w początkowym okresie emigracji) jest/była poprawa sytuacji materialnej. Potwierdzają to inne badania prowadzone wśród migrantów, na przykład wspomniana już najnowsza edycja cyklicznych badań prowadzonych przez NBP pokazała, że głównym motywem wyjazdów były czynniki związane z pracą: brak pracy lub niezadowolające wynagrodzenie (Chmielewska-Kalińska, Dudek, Strzelecki 2023, s. 8). W analizowanym badaniu prawie 54% badanych określiło swoją sytuację materialną przed emigracją jako raczej dobrą, a niemal 40% stwierdziło, że przed emigracją ich sytuacja ma-

terialna była raczej zła. Tylko 4% badanych zaznaczyło, że przed emigracją miało bardzo złą sytuację materialną, a 3,3% oceniło swoją sytuację materialną przed wyjazdem jako bardzo dobrą. Większości badanych udało się osiągnąć cel życiowy, gdyż ich sytuacja materialna zdecydowanie poprawiła się wskutek podjęcia pracy za granicą, gdyż prawie 47% z nich oceniło swoją sytuację materialną na emigracji jako bardzo dobrą, a blisko 52% jako raczej dobrą. Tylko sześć osób w próbie zaznaczyło, że ich sytuacja materialna na emigracji jest raczej lub bardzo zła.

Innym aspektem analizowanego wymiaru, to jest celu życiowego, na który wskazuje w swojej koncepcji Ryff, jest posiadanie wierzeń, poglądów i przekonań nadających życiu cel i sens. Wskaźnikami tego wymiaru w analizowanym badaniu mogą być odpowiedzi na pytania o stosunek do wiary religijnej oraz częstotliwość praktyk religijnych. Praktyki religijne są ważnym aspektem życia wielu migrantów zarobkowych, gdyż jednym z motywów uczęszczania do kościoła na emigracji jest nie tylko uczestnictwo w nabożeństwie, ale także spotykanie się i integrowanie z innymi Polakami na emigracji oraz możliwość wymienienia cennych informacji. To między innymi w ramach wspólnoty wiernych powstają sieci społeczne i rozwija się kapitał społeczny. Ponad 40% badanych określiło się jako osoby wierzące, w tym 3% zaznaczyło, że są głęboko wierzący. Natomiast 33% respondentów określiło się jako osoby niewierzące, w tym 15,3% uznało się za osoby zdecydowanie niewierzące. Pozostali (26,7%) zaznaczyli, że są niezdecydowani w kwestii wiary.

Mimo iż co czwarty badany uznał się za osobę wierzącą, to wbrew oczekiwaniom procent tych, którzy na emigracji uczestniczą w praktykach religijnych, spadł z 43,3% do 30,3% w porównaniu z okresem przed emigracją. Być może powodem tego stanu rzeczy jest to, iż większość migrantów w próbie to migranci długookresowi z ponad dziesięcioletnim stażem, a szukanie wspólnoty z rodakami na emigracji ma miejsce przede wszystkim na początku emigracji. Istnieje zależność między częstotliwością uczestniczenia w praktykach religijnych a:

(a) płcią emigranta ($\chi^2 = 19,09$, $p = 0,004$, $V = 0,19$) — kobiety rzadziej zaznaczały, że są osobami praktykującymi i niemal dwa razy więcej kobiet niż mężczyzn zaznaczyło, że zupełnie nie uczestniczą w praktykach religijnych;

(b) wiekiem badanych ($\chi^2 = 54,76$, $p = 0,001$, $V = 0,25$) — uczestniczenie w praktykach religijnych najczęściej deklarowały osoby w średnim wieku;

(c) udaniem się na emigrację z rodziną lub bez rodziny ($\chi^2 = 46,30$, $p = 0,001$, $V = 0,23$) — podejmowanie regularnych i nieregularnych

praktyk religijnych najczęściej zgłaszały osoby, które wyemigrowały z rodziną lub też wyemigrowały same, ale rodzina dołączyła później.

W związku z tym sprawdzono, czy chodzenie do kościoła i celebrowanie świąt religijnych ma związek również z posiadaniem dzieci. Istotnie, osoby mające dzieci częściej zaznaczały, że chodzą do kościoła regularnie lub nieregularnie ($\chi^2 = 58,52$, $p = 0,001$, $V = 0,25$). Z przedstawionych danych wyłania się zatem obraz emigranta, dla którego, jeśli jest w średnim wieku, ma rodzinę na emigracji oraz dzieci, praktyki religijne są ważną częścią życia. Przedstawione analizy uprawniają do postawienia hipotezy, że uczestniczenie w praktykach religijnych może być podyktowane chęcią podtrzymania polskich tradycji i nauczania ich dzieci.

Rola religii w życiu polskich migrantów była już tematem wielu publikacji. Ich autorzy zaobserwowali podobne trendy, to jest ważną rolę Kościoła jako instytucji pomagającej odnaleźć się w migracyjnej rzeczywistości w początkowym okresie migracji, spadek liczby migrantów uczestniczących w praktykach religijnych na dalszych etapach migracji oraz traktowanie religii jako nośnika ważnych dla migrantów treści związanych z polską kulturą. Z badań Marcina Lisaka przeprowadzonych w 2012 roku wśród polskich emigrantów przebywających w Irlandii wynika, że tylko 6% z nich uczestniczyło w mszach w języku polskim, co nie potwierdza stereotypu o ożywieniu religijnym, które miało być spowodowane w tym kraju napływem polskich emigrantów. Jednak uczestniczenie w życiu religijnym na emigracji okazało się istotnym czynnikiem integracji z irlandzkim społeczeństwem (Lisak 2015, s. 103–111). Jednocześnie z badań jakościowych przeprowadzonych w 2015 roku na próbie 53 emigrantów zarobkowych w Wielkiej Brytanii wynika, że emigracja może być czynnikiem wyzwalamym ich religijność (Adamczyk 2020, s. 4–8), a dane jakościowe zebrane przez Agnieszkę Małek (2008, s. 279–292) podczas badania polskich emigrantek do Włoch pokazują, że kościół jest ważnym miejscem spotkań, wymiany dóbr, usług i informacji zwłaszcza dla nowych osób, jednak dla wielu badanych kobiet świątynia ma przede wszystkim wymiar duchowy, a uczestniczenie w mszach i innych aktywnościach okołokościelnych zaspokaja potrzebę przynależności. Z kolei zdaniem autorów tekstu poświęconego roli, jaką religijność odgrywa w tożsamości narodowej polskich migrantów w Wielkiej Brytanii w dobie brexitu, mimo postępującej laicyzacji polskiego społeczeństwa religia jest nadal ważną składową tożsamości narodowej migrantów z Polski. Autorzy ci przeprowadzili w 2019 roku badanie wśród 620 migrantów osiedlonych w Wielkiej Brytanii, z którego można się dowiedzieć, że istnieje zależność między poczuciem przynależności do narodu polskiego a poziomem autodekla-

racji wiary, to znaczy im silniejsza religijność, tym silniejsze poczucie bycia Polakiem, a im słabsza religijność, tym silniejsze poczucie tożsamości dwunarodowościowej, polsko-angielskiej (Kozak, Fel, Wódka 2021, s. 13–16).

Jeśli chodzi o ostatni analizowany wymiar dobrostanu psychicznego, czyli pozytywne relacje z innymi ludźmi, to w prezentowanym badaniu emigrantów zarobkowych za jego wskaźniki można uznać odpowiedzi na pytania o częstotliwość doświadczania poczucia osamotnienia i jego powody oraz odpowiedzi na pytanie o to, z kim badany spędza najchętniej czas na emigracji. Ponad 32% pytanych czuje się osamotnionymi czasami, a trochę więcej niż 14% bardzo często. Przy czym tylko cztery osoby wskazały, że zawsze czują się osamotnione. Pozostali respondenci czują się osamotnieni bardzo rzadko lub prawie nigdy (25,3%) lub wcale się tak nie czują (18,3%). Ponadto ponad 8% badanych nie umiało odpowiedzieć na to pytanie. Z zebranych danych wynika, że najczęstszym powodem odczuwania osamotnienia jest brak rodziny. Na ten powód wskazało około jednej trzeciej respondentów. Ponad 23% badanych czuje się osamotnionymi z powodu braku znajomych, przyjaciół z Polski. Prawie 12% respondentów nie ma czasu na nawiązywanie nowych kontaktów i z tej przyczyny odczuwa osamotnienie. Wśród przyczyn odczuwania osamotnienia są również takie, które wskazują na trudności w nawiązywaniu kontaktów wynikające z: niedostatecznej znajomości języka kraju emigracji (prawie 11% wskazań), braku chęci do nawiązywania kontaktów (prawie 9% wskazań), lęku przed nawiązywaniem kontaktów (5,5% wskazań) czy braku chęci do wychodzenia z domu w czasie wolnym (ponad 4% wskazań).

Poczucie osamotnienia migrantów nie koreluje ze zmienną „płeć” — tylko nieco więcej kobiet (48,5%) niż mężczyzn (47%) zaznaczyło, że odczuwa osamotnienie na emigracji zawsze, bardzo często albo czasami, tak więc zależność ta nie jest istotna statystycznie ($\chi^2 = 12,52$, $p = 0,25$). Istnieje natomiast związek między częstotliwością odczuwania osamotnienia a:

(a) wiekiem badanych ($\chi^2 = 56,83$, $p = 0,001$, $V = 0,19$) — częściej osamotnione czują się osoby najmłodsze i najstarsze;

(b) sytuacją rodzinną badanych ($\chi^2 = 59,67$, $p = 0,001$, $V = 0,2$) — częściej osamotnione czują się osoby będące singlami, osoby rozwiedzione, będące w separacji lub owdowiałe;

(c) sytuacją mieszkaniową badanych ($\chi^2 = 37,35$, $p = 0,001$, $V = 0,25$) — częściej osamotnione czują się osoby mieszkające samotnie i ze współlokatorami, a nie z rodziną;

(d) uczestnictwem w praktykach religijnych ($\chi^2 = 32,88$, $p = 0,005$, $V = 0,19$) — osoby praktykujące regularnie lub nieregularnie rzadziej zgłaszały poczucie osamotnienia.

Istotne dla częstotliwości i intensywności odczuwania poczucia osamotnienia może być też to, z kim badany spędza wolny czas na emigracji. Zapytano o to. Spośród zaproponowanych kategorii respondenci mogli wybrać dwie odpowiedzi, które w ich przekonaniu najbardziej ich dotyczą. Okazało się, że badani emigranci najchętniej spędzają wolny czas w gronie najbliższej rodziny (prawie 49% badanych), w gronie najbliższych znajomych, przyjaciół z Polski (prawie 33% badanych), w gronie najbliższych znajomych, przyjaciół z kraju, do którego wyemigrowali (32%). Na uwagę zasługuje również fakt, że niemal 9% badanych woli spędzać czas raczej samotnie. W toku dalszej analizy odkryto, że istnieje związek między częstotliwością odczuwania osamotnienia a tym, z kim respondent spędza czas na emigracji:

(e) osoby, które na emigracji spędzają czas z najbliższą rodziną, częściej zaznaczały, że rzadko lub prawie nigdy nie czują się osamotnione w porównaniu z osobami, które nie spędzają czasu z najbliższą rodziną ($\chi^2 = 20,16$, $p = 0,001$, $V = 0,26$);

(f) osoby, które zaznaczyły, że spędzają czas na emigracji w gronie znajomych/przyjaciół z kraju, do którego wyemigrowały, z większą częstotliwością wybierały odpowiedzi, że rzadko lub prawie nigdy nie czują się osamotnione w porównaniu z osobami, które nie wybrały tej opcji ($\chi^2 = 18,47$, $p = 0,005$, $V = 0,25$);

(g) również osoby, które zaznaczyły, że spędzają czas na emigracji wśród szerokiego grona znajomych z kraju, do którego wyemigrowały, częściej zaznaczały, że rzadko lub prawie nigdy nie czują się osamotnione, w porównaniu z osobami, które nie zaznaczyły tej odpowiedzi ($\chi^2 = 14,32$, $p = 0,01$, $V = 0,22$);

(h) z kolei osoby, które zaznaczyły, że spędzają czas na emigracji samotnie, częściej niż pozostali badani zaznaczały, że czasami lub bardzo często czują się osamotnione ($\chi^2 = 30,63$, $p = 0,001$, $V = 0,32$).

Podsumowując, spędzanie wolnego czasu na emigracji z rodziną chroni przed poczuciem osamotnienia. Co ciekawe, posiadanie przyjaciół lub znajomych w kraju emigracji (którymi mogą być inni emigranci, a także mieszkańcy kraju) również może taką funkcję pełnić. Można zatem stwierdzić, że nieodczuwanie osamotnienia na emigracji ma związek z adaptacją do nowych warunków życia i z integracją społeczną.

W ramach analizy zbadano, czy istnieje zależność między poziomem odczuwania osamotnienia a stanem zdrowia fizycznego i psychicznego migrantów.

Tabela 1

Poczucie osamotnienia a subiektywna ocena stanu zdrowia fizycznego emigrantów

Odczuwanie poczucia osamotnienia	Stan zdrowia fizycznego									
	bardzo dobry		dobry		tak sobie, ani dobry, ani zły		zły		bardzo zły	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak, zawsze się tak czuję	0	0	1	0,8	2	2,5	1	9,1	0	0
Tak, czasami	17	19,3	50	41,7	27	33,3	3	27,3	0	0
Tak, bardzo często	8	9,1	8	6,7	20	24,7	7	63,6	0	0
Tak, ale bardzo rzad- ko, prawie nigdy	24	27,3	34	28,3	18	22,2	0	0	0	0
Nie, nigdy mi się to nie zdarzyło	30	34,1	19	15,8	6	7,4	0	0	0	0
Trudno powiedzieć	9	10,2	8	6,7	8	9,9	0	0	0	0
Ogółem	88	100	120	100	81	100	11	100	0	0

 $\chi^2 = 71,63, p = 0,001, V = 0,28$

Źródło: badania własne.

Generalnie im rzadziej badani odczuwają osamotnienie, tym lepszy jest ich stan zdrowia fizycznego. Badani, którzy zadeklarowali bardzo dobry lub dobry stan zdrowia, w większości nie czują się osamotnieni lub zdarza im się to bardzo rzadko, prawie nigdy w przeciwieństwie do osób, których stan zdrowia jest taki sobie lub zły. Jednak może być też tak, że osoby, które oceniają swój stan zdrowia jako bardzo dobry lub dobry nawiązują więcej kontaktów innymi ludźmi, częściej spędzają czas w towarzystwie innych osób, a zatem czują się mniej osamotnione (tabela 1).

Istnieje dość silny związek między oceną stanu zdrowia psychicznego a poczuciem osamotnienia, gdyż osoby, które deklarowały, że ich stan zdrowia psychicznego jest „taki sobie, ani dobry, ani zły lub zły”, częściej zaznaczały, że czują się osamotnione czasami lub bardzo często. Zebrane dane nie pozwalają jednak na jednoznaczne stwierdzenie, z jakiego rodzaju zależnością mamy tu do czynienia. Podobnie jak w przypadku samooceny zdrowia fizycznego osoby, które oceniają swój stan zdrowia psychicznego jako dobry lub bardzo dobry, częściej mogą spędzać czas z innymi ludźmi i czuć się mniej osamotnione lub spędzanie czasu z innymi ludźmi działa pozytywnie na ich samopoczucie psychiczne (tabela 2).

Tabela 2

Poczucie osamotnienia a subiektywna ocena stanu zdrowia psychicznego emigrantów

Odczuwanie poczucia osamotnienia	Stan zdrowia psychicznego									
	bardzo dobry		dobry		tak sobie, ani dobry, ani zły		zły		bardzo zły	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak, zawsze się tak czuję	0	0	2	1,7	1	1	1	6,6	0	0
Tak, czasami	12	17,4	41	35,1	43	44,3	1	6,7	0	0
Tak, bardzo często	0	0	11	9,4	22	22,7	9	60	1	50
Tak, ale bardzo rzad- ko, prawie nigdy	16	23,2	39	33,3	18	18,6	3	20	0	0
Nie, nigdy mi się to nie zdarzyło	34	49,3	15	12,8	4	4,1	1	6,7	1	50
Trudno powiedzieć	7	10,1	9	7,7	9	9,3	0	0	0	0
Ogółem	69	100	117	100	97	100	15	100	2	100

 $\chi^2 = 115,8$, $p, = 0,001$, $V = 0,31$

Źródło: badania własne.

DYSKUSJA I WNIOSKI

Przeprowadzone badania pokazują, że mimo trudności związanych z emigracją migranci mogą doświadczać poprawy w zakresie swojego dobrostanu, szczególnie w obszarach związanych z rozwojem osobistym i celem życiowym. W próbie badawczej znalazły się w większości osoby z długą historią przebywania na emigracji, o ustabilizowanej sytuacji materialnej i nierozważające powrotu do kraju, a więc — analogicznie do wniosków z badania Kaczmarka (2017) wśród polskich migrantów w Dublinie — takie osoby mają poczucie pewnego rodzaju dobrostanu, który jest przez nich rozumiany jako stabilizacja i poczucie bezpieczeństwa. Wyniki moich badań częściowo nie zgadzają się jednak z wynikami analiz Ryff i współpracowników. W przeprowadzonych przez nich badaniach osoby będące w średnim i starszym wieku niżej oceniały takie aspekty dobrostanu jak rozwój osobisty i cel życiowy. W badanej grupie migrantów średnia wieku to 38,74 lata, jednak w ich przypadku ocena tych aspektów dobrostanu wypadła dobrze lub bardzo dobrze. Jednocześnie w badaniach zespołu Ryff osoby lepiej wykształcone wypadały lepiej w ocenie celu życiowego

i rozwoju osobistego niż osoby gorzej wykształcone. W badanej grupie migrantów prawie 60% osób ma wyższe wykształcenie i również dobrze wypada w ocenie tych dwóch aspektów. Różnice te są po części efektem odmienności narzędzi zastosowanych do oceny dobrostanu psychicznego.

Analiza nie mniej ważnego aspektu dobrostanu, jakim są relacje z innymi ludźmi, prowadzi jednak do wniosku, że polscy emigranci, którzy nie mieszkają z rodzinami i/lub nie są zintegrowani ze społecznością przyjmującą, mogą doświadczać poczucia osamotnienia oraz niżej oceniać własne samopoczucie fizyczne i psychiczne. Wyniki przeprowadzonego przeze mnie badania zgadzają się w danymi pochodzącymi z badań wśród Polaków mieszkających w Holandii z 2016 i 2018 roku, z których płyną wnioski, że migranci, zwłaszcza mężczyźni, przebywający na emigracji z rodzinami czują się mniej samotnie oraz że mniejszego poczucia osamotnienia doświadczają osoby dysponujące rozbudowanymi sieciami wsparcia, w skład których wchodzi nie tylko rodzina i przyjaciele, ale także osoby poznane na emigracji.

Z przeprowadzonej przeze mnie analizy otrzymanych danych wynika, że poczucie osamotnienia ma związek z subiektywnymi ocenami stanu fizycznego i stanu psychicznego dokonanyymi przez migrantów, czyli im większe poczucie osamotnienia, tym gorsze samooceny zdrowia w obu aspektach. Wyniki te zgadzają się z wynikami większości badań, których przedmiotem było zdrowie fizyczne i/lub psychiczne migrantów, między innymi z badaniem przeprowadzonym wśród migrantów przebywających w Szwajcarii (Fakhoury i in. 2021) czy wnioskami z systematycznego przeglądu 541 artykułów na temat zdrowia migrantów (Laue 2023), natomiast nie zgadzają się z wnioskami z badania migrantów przebywających w Danii, gdzie zaobserwowano tzw. efekt zdrowego migranta (Norredam i in. 2012). Różnice mogą wynikać z tego, w jakiej grupie wiekowej są migranci, z jakich krajów przybyli do Danii, a także z odmienności w polityce integracyjnej stosowanej przez władze.

BIBLIOGRAFIA

- Adamczyk Tomasz, 2020, *Kościół i parafia w doświadczeniach polskich migrantów*, „Roczniki Nauk Społecznych”, t. 12(48), nr 1, s. 79–104.
- Anacka Maria, Fihel Agnieszka, 2012, *Selektywność emigracji i migracji powrotnych Polaków — o procesie „wyptukiwania”*, „Central and Eastern European Migration Review”, t. 1(1), s. 57–68.
- Bianucci Raffaella i in., 2017, *The ‘Ulysses Syndrome’: An Eponym Identifies a Psychosomatic Disorder in Modern Migrants*, „European Journal of Internal Medicine”, t. 41, s. 30–32 (<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2017.03.020>).

- Chmielewska-Kalińska Iza, Dudek Beata, Strzelecki Paweł, 2023, *Polacy pracujący za granicą w 2022 r. Raport z badania ankietowego*, Departament Statystyki NBP, Warszawa.
- De Cates Angharad, Stranges Saverio, Blake Amy, Weich Scott, 2015, *Mental Well-Being: An Important Outcome For Mental Health Services?*, „British Journal of Psychiatry”, t. 207(3), s. 195–197 (<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.158329>).
- Djundeva Maja, Ellwardt Lea, 2020, *Social Support Networks and Loneliness of Polish Migrants in the Netherlands*, „Journal of Ethnic and Migration Studies”, t. 46(7), s. 1281–1300 (<https://doi.org/10.1080/1369183X.2019.1597691>).
- Fakhoury Julien i in., 2021, *Mental Health of Undocumented Migrants and Migrants Undergoing Regularization in Switzerland: A Cross-Sectional Study*, „BMC Psychiatry”, t. 21(1), s. 1–10 (<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03149-7>).
- Grant Nina, Hamer Mark, Steptoe Andrew, 2009, *Social Isolation and Stress-Related Cardiovascular, Lipid, and Cortisol Responses*, „Annals of Behavioral Medicine”, t. 37(1), s. 29–37 (<https://doi.org/10.1007/s12160-009-9081-z>).
- Grzymała-Moszczyńska Joanna, 2014, *Psychologiczne aspekty powrotów z emigracji*, „Studia Migracyjne — Przegląd Polonijny”, t. 40, nr , s. 51–73.
- Holt-Lunstad Julianne, Smith Timothy B., Layton J. Bradley, 2010, *Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-Analytic Review*, „PLoS Medicine”, t. 7(7), s. 1–21 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>).
- Jannini Thommaso B. i in., 2024, *The Influence of Age on the Relationship between Future Anxiety, Loneliness, and Quality of Life: Evidence from a Sample of 5409 Individuals in the General Population in Italy*, „Current Psychology”, t. 43, s. 30148–30155 (<https://doi.org/10.1007/s12144-024-06517-0>).
- Kaczmarek Łukasz, 2017, *Aspiracje i stabilizacja. Status społeczny i dobrostan polskich migrantów w Dublinie*, „Zeszyty Etnologii Wrocławskiej”, nr 1, s. 47–68.
- Karaś Dominika, 2019, *Pojęcia i koncepcje dobrostanu: przegląd i próba uporządkowania*, „Studia Psychologica”, t. 19(2), s. 5–23 (<https://doi.org/10.21697/sp.2019.19.2.01>).
- Karaś Dominika, Ciecuch Jan, 2017, *Polska adaptacja Kwestionariusza Dobrostanu (Psychological Well-Being Scales) Caroll Ryff*, „Roczniki Psychologiczne”, t. 20(4), s. 815–835 (<https://doi.org/10.18290/rpsych.2017.20.4-4pl>).
- Kozak Jarosław, Fel Stanisław, Wódka Marek, 2021, *Religijność a tożsamość narodowa polskich migrantów w Wielkiej Brytanii w dobie brexitu*, „Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II”, t. 64, s. 3–29 (<https://doi.org/10.31743/znkul.13174>).
- Kubitsky Jacek, 2012, *Psychologia migracji*, Difin, Warszawa.
- Laue Johanna i in., 2023, *Migration Health Research in Norway: A Scoping Review*, „Scandinavian Journal of Public Health”, t. 51(3), s. 381–390 (<https://doi.org/10.1177/14034948211032494>).
- Liang Yannis Yan i in., 2024, *Observational and Genetic Evidence Disagree on the Association between Loneliness and Risk of Multiple Diseases*, „Nature Human Behaviour”, s. 1–16 (<https://doi.org/10.1038/s41562-024-01970-0>).
- Lisak Marcin, 2015, *Religijność instytucjonalna jako czynnik adaptacji polskich imigrantów w Irlandii*, „Studia Migracyjne — Przegląd Polonijny”, nr 2, s. 97–121.
- Małek Agnieszka, 2008, *Kościół i religia w doświadczeniach migracyjnych kobiet*, w: Krystyna Słany (red.), *Migracje kobiet: perspektywa wielowymiarowa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 279–292.

- Mineo Liz, 2017, *Good Genes Are Nice, but Joy Is Better*, The Harvard Gazette website (<https://news.harvard.edu/gazette/story/2017/04/over-nearly-80-years-harvard-study-has-been-showing-how-to-live-a-healthy-and-happy-life>).
- Mirski Andrzej, 2009, *Dobrostan jako kategoria społeczna i ekonomiczna*, „Państwo i Społeczeństwo”, nr 2, s. 169–189.
- Norredam Marie i in., 2012, *Inequalities in Mortality among Refugees and Immigrants Compared to Native Danes: A Historical Prospective Cohort Study*, „BMC Public Health”, t. 10: 757 (<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-757>).
- NSP, 2023, *Migracje zagraniczne na pobyt czasowy — wyniki NSP 2021*, Warszawa.
- Ryff Carol D., Keyes Corey L. M., 1995, *The Structure of Psychological Well-Being Revisited*, „Journal of Personality and Social Psychology”, t. 69(4), s. 719–727 (<https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>).
- Ryff Carol D., Singer Burton, 1996, *Psychological Well-Being: Meaning, Measurement, and Implications for Psychotherapy Research*, „Psychotherapy and Psychosomatics”, t. 65(1), s. 14–23 (<https://doi.org/10.1159/000289026>).
- Sangaramoorthy Thurka, Carney Megan A., 2021, *Immigration, Mental Health And Psychosocial Well-Being*, „Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness”, t. 40(7), s. 591–597 (<https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1931174>).
- Trąbka Agnieszka, 2019, *Psychologiczne aspekty radzenia sobie w sytuacji migracji zagranicznej*, w: Dorota Kubacka-Jasiecka, Piotr Passowicz (red.), *Interwencja kryzysowa: konteksty indywidualne i społeczne*, Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków, s. 243–258.
- van den Broek Thijs, Grundy Emily, 2017, *Loneliness among Polish Migrants in the Netherlands: The Impact of Presence and Location of Partners and Offspring*, „Demographic Research”, t. 37(1), s. 727–742 (<https://doi.org/10.4054/DemRes.2017.37.23>).



WHO, 1948, *Constitution of the World Health Organization* (<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>).

EMIGRATION AND WELLBEING, PHYSICAL AND MENTAL

Agnieszka Pawlak-Kałużyńska
(Medical University of Lodz)

Abstract

The article presents the results of a quantitative study on economic migrants, investigating whether they experience loneliness along with its causes and consequences. The results are analysed within the framework of C. Ryff's concept of wellbeing, which takes into account six constitutive aspects. Due to data limitations, only three aspects were examined: self-development, life purpose, and positive relationships with others. The main conclusion is that these migrants assess self-development and life purpose highly, but their social relationships fall short of expectations, both in quality and frequency. This leads to loneliness for most migrants, which in turn may contribute to a deterioration in their health.

key words: economic emigration, loneliness, wellbeing, physical health, mental health, stress and coping strategies

słowa kluczowe: emigracja zarobkowa, osamotnienie, dobrostan, zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne, stres i sposoby radzenia sobie z nim

A R T Y K U Ł Y I R O Z P R A W Y

IWONA MŁOŹNIAK, ELŻBIETA BRZEZICKA,
URSZULA ZWIERCZYK, MATEUSZ KOBRYN,
MARTA WILK, MARIUSZ DUPLAGA
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

POSTAWY NEGACJONISTYCZNE I SCEPTYCZNE A ZAUFANIE:
REAKCJE NA PANDEMIĘ COVID-19 Z PERSPEKTYWY
SPOŁECZNO-KULTUROWEJ*

WPROWADZENIE

Pandemia COVID-19 przyniosła różnorodne wyzwania dla zdrowia publicznego, w tym rozpowszechnienie postaw negacjonistycznych oraz infodemii. Postawa negacjonistyczna przejawiała się zaprzeczaniem istnienia zagrożenia epidemicznego, kwestionowaniem potrzeby przestrzegania zachowań prewencyjnych i szczepień przeciwko zakażeniu nowym koronawirusem czy też wyolbrzymianiem działań niepożądanych po szczepieniu. Infodemia to z kolei zalew różnych, często sprzecznych, informacji dotyczących nowego koronawirusa, prowadzący do szumu informacyjnego (WHO 2020), z dużą liczbą tzw. *fake newsów*, wywołujących

Adres do korespondencji: iwona.mlozniak@uj.edu.pl; ORCID: 0000-0001-5644-7993; urszula.zwierczyk@uj.edu.pl; ORCID: 0000-0002-0131-2108; elzbieta.brzezicka@uj.edu.pl; m.kobryn@doctoral.uj.edu.pl; ORCID: 0000-0002-8136-3764; martam.wilk@student.uj.edu.pl; ORCID: 0000-0002-6259-8576; mariusz.duplaga@uj.edu.pl; ORCID: 0000-0001-6963-8414

* Przedstawiona tu analiza została oparta na rezultatach badania „Kompetencje zdrowotne a odporność na zdrowotny denializm i dezinformację”. Źródło finansowania stanowił grant Narodowego Centrum Nauki na badanie ilościowo-jakościowe nr UMO2021/41/B/HS6/02131. Kierownikiem projektu jest prof. Mariusz Duplaga.

strach lub podważających oficjalne komunikaty (Popiołek, Hapek, Barańska 2021). Rozpowszechnienie fałszywych informacji zostało zidentyfikowane jako jeden z głównych problemów zdrowia publicznego ze względu na wzmacnianie praktyk przeciwnych do oficjalnych zaleceń (Mehta i in. 2023; Watermeyer i in. 2022). Zjawiska infodemii i postawy negacjonistyczne łączono również z upowszechnianiem się teorii spiskowych (de Albuquerque i in. 2022; Kowalska-Dupłaga, Dupłaga 2023; Kozik 2021; Zhang i in. 2021). Istotne elementy mające wpływ na stosunek do epidemicznych zaleceń — w tym szczepień — to poziom indywidualnego lęku przed efektami ubocznymi szczepionek oraz stopień zaufania do instytucji publicznych i ekspertów ochrony zdrowia (Brown 2020; Elbarazi i in. 2022).

Jak się wydaje, niechęć do szczepień ochronnych w połączeniu z poglądami spiskowymi dotyczącymi szczepień to jeden z najbardziej charakterystycznych przejawów negacjonizmu zdrowotnego w okresie pandemii COVID-19. Prowadząc wywiady poszukiwaliśmy odpowiedzi na pytanie, jak niechęć do szczepień wiązała się z poglądami na temat pochodzenia nowego koronawirusa i zagrożenia wynikającego z COVID-19 oraz z zaufaniem do różnych źródeł informacji zdrowotnej (media, lekarze). Postanowiliśmy przyjrzeć się triadzie obejmującej postawę w stosunku do trzech producentów informacji (nadawców komunikatów) na temat zdrowia: ekspertów (systemu ochrony zdrowia), rządu i mediów. Szczególnie istotny okazał się podjęty wcześniej przez zespół Xiaoninga Zhanga (Zhang i in. 2021) wątek związku negacjonizmu z brakiem zaufania do instytucji, takich jak system ochrony zdrowia czy rząd.

Kryzysy zaufania występują w momentach zachwiania dotychczasowego porządku, gwałtownych przemian społecznych, anomii. Bez wątplenia pandemia SARS-COV-2 była takim kryzysowym momentem, lecz nie nastąpiła w społecznej czy historycznej próżni. Kryzys pandemiczny poprzedziły zjawiska, które w różnych krajach i regionach przyjmowały znamiona kryzysu ekonomicznego, politycznego czy ekologicznego lub polikryzysu łączącego kilka z wymienionych zjawisk. W niektórych krajach można było także obserwować znaczące obniżenie się zaufania do instytucji (OECD 2022). Uprawnione wydaje się założenie, że szerzenie się postaw negacjonistycznych ma związek ze zjawiskami krytycznymi, a w szczególności z kryzysem charakterystycznym dla obecnego okresu nowoczesności refleksyjnej, gdy wzory kulturowe nie dają wskazówek, jak postępować i jak kolektywnie radzić sobie z zagrożeniem.

BADANIE NEGACJONIZMU ZDROWOTNEGO
JAKO FENOMENU SPOŁECZNEGO

Pandemia COVID-19 uwypukliła alarmujące z perspektywy zdrowia publicznego zjawiska społeczne, takie jak kwestionowanie prawdziwości wypowiedzi ekspertów i negowanie powszechnie uznawanych naukowych ustaleń, odmowa lub zwlekanie z decyzją o zaszczepieniu się i nieprzestrzeganie zaleceń sanitarnych. Pojęcie negacjonizmu jest stosowane w odniesieniu do dwóch kategorii zjawisk. Po pierwsze, może to być taktyka retoryczna, tak jak to zdefiniowali bracia Hoofnagle (Hoofnagle M., Hoofnagle C. 2007), stosowana w celu szerzenia poglądów antynaukowych, a zatem rodzaj celowego działania. W takim ujęciu za negacjonistów uznaje się osoby lub organizacje dążące do wprowadzenia w błąd odbiorców nadawanych przez nich treści przez podważanie naukowego konsensusu w ważnej społecznie sprawie (Freckelton 2021; Scales i in. 2021). Przez negacjonizm można także rozumieć indywidualną postawę, nastawienie i zestaw praktyk podejmowanych przez członków społeczeństwa. Taką postawę można ogólnie określić jako antynaukową; typowe dla niej jest kwestionowanie wiedzy eksperckiej i przypisywanie przedstawicielom instytucji ukrytych intencji.

Dla negacjonizmu charakterystyczne są przekonania spiskowe. Inne jego atrybuty to selektywność w doborze informacji, polegająca na wskazywaniu takich faktów, które potwierdzają wcześniej przyjętą tezę, fałszywi eksperci potwierdzający nieprawdziwe stwierdzenia, stawianie badaniom naukowym niemożliwych do spełnienia oczekiwań oraz posługiwanie się błędną logiką. Warto zwrócić uwagę, że negacjonizm stanowi niejako lustrzane odbicie myślenia naukowego. Wykorzystuje typowe dla niego elementy, jednak nadaje im przeciwne znaczenia. Wydaje się, argumenty brzmią racjonalnie i logicznie, ale opierają się na tzw. fałszywej logice. Często jest odwoływanie się do myślenia potocznego lub zdrowego rozsądku. Głosy ekspertów legitymizowane są tym, że są głosami wykluczonymi z debaty publicznej, „alternatywnymi” czy opowiadającymi prawdę zupełnie inną od tej, co do której panuje naukowy konsensus. Można by sądzić, że myślenie negacjonistyczne wyrasta na gruncie cech pożądanых w nauce, czyli wątplenia i krytycznego myślenia, ale ostatecznie doprowadza je do skrajności.

Także w czasie pandemii COVID-19 widocznym elementem negacjonizmu były teorie spiskowe. Pojawiły się one również analizowanych wywiadach, dlatego położyliśmy nacisk właśnie na nie. W tym miejscu

należy zauważyć, że zaklasyfikowanie niektórych stwierdzeń, zwłaszcza najbardziej „spektakularnych”, do grupy teorii spiskowych nie następuje z trudności, ale tym, co odróżnia teorie spiskowe od teorii naukowych — szczególnie z perspektywy nauk społecznych — jest ich struktura (Czech, Ścigaj 2020). Badania postaw negacjonistycznych najczęściej skupiały się jednak na ich powiązaniu z wykształceniem, poglądami politycznymi, kompetencjami zdrowotnymi (zob. Czapka i in. 2023; Geana, Anderson, Ramaswamy 2021; Goldenberg 2016; Lupton 2023; Okoro i in. 2022). Jednocześnie wyniki wcześniejszych badań wskazują, że istotnym aspektem występowania postaw negacjonistycznych jest stopień zaufania do instytucji, w tym do systemów politycznych (Entradas 2021; Kar B., Kar N., Panda 2023), co sugeruje, aby przyjrzeć się wypowiedziom zawierającym elementy teorii spiskowych z perspektywy ich roli w opisywaniu i „oswajaniu” świata. Dlatego korzystamy tu z zaproponowanej przez Franciszka Czecha i Pawła Ścigaja zmiany terminu „teorie” na „narracje”, co pozwala na analizę wątków negacjonistycznych w wypowiedziach badanych, przy jednoczesnym powstrzymaniu się od definiowania prawdziwości bądź fałszywości ich poszczególnych składników.

Według Czecha narracje spiskowe to „wszelkie wypowiedzi — zarówno fałszywe, jak i prawdziwe — wyrażające przekonanie, że wbrew wpływowym opiniom i oficjalnym stanowiskom kluczowe informacje dotyczące spraw publicznych pozostają ukryte w wyniku niejawnych działań osób lub grup współpracujących ze sobą w celu osiągnięcia korzyści kosztem interesu całej zbiorowości” (Czech, Ścigaj 2020, s. 4). Rozwijając oryginalną propozycję przywoływanego autora, można przyjąć, że narracje spiskowe wyróżniają następujące cechy:

- (1) zła wola (ma miejsce celowe wprowadzanie w błąd);
- (2) wprowadzanie w błąd mające na celu dostarczenie korzyści okłamującemu;
- (3) pokrzywdzona jest cała zbiorowość;
- (4) efektem jest utrata zaufania do osób lub grup rozpowszechniających narracje;
- (5) spiszek musi dotyczyć spraw ważnych dla całej zbiorowości (zdaniem osób powielających narrację spiskową);
- (6) spiskowcami są osoby pełniące istotne funkcje z perspektywy politycznej lub społecznej oraz posiadające władzę;
- (7) posiadanie władzy przez niewłaściwe grupy, jej ukryte działanie lub próba jej zdobycia bądź wykorzystania wydają się istotnym elementem narracji spiskowych.

Takie zdefiniowanie narracji spiskowych — będących ważnym, dyskursowym¹, elementem negacjonizmu — pozwala analizować go w szerszym kontekście, nie odnoszącym się do psychologicznych cech jednostek, lecz do funkcjonowania sfery publicznej jako miejsca, w którym narracje spiskowe powstają, szerzą się lub ulegają wyparciu przez inne poglądy. Przedmiot zainteresowania zostaje w ten sposób przesunięty z prawdziwości spiskowych twierdzeń na procesy sprzyjające szerzeniu się narracji spiskowych, a w efekcie negacjonistycznych. Pozwala to również osadzić negacjonizm zdrowotny w owym kontekście poprzez potraktowanie go jako zjawiska wpisującego się w ogólne tendencje refleksyjnej nowoczesności (Beck 2009). Według niemieckiego socjologa współczesne społeczeństwo charakteryzuje to, że zarówno ogólne, jak i jednostkowe formy ryzyka wymykają się spod kontroli instytucji, które niejako nie nadążają za szybkimi zmianami technologicznymi i kulturowymi. W efekcie systemy aksjologiczne i źródła znaczenia wypracowane w XIX i pierwszej połowie XX wieku ulegają wyczerpaniu, dezintegracji i zaczynają budzić rozczarowanie, a na poziomie instytucjonalnym nie powstają nowe, przez co jednostki muszą polegać same na sobie i to w sobie właśnie szukać źródeł i uzasadnień procesów społecznych, politycznych i ekonomicznych (Beck 2009). Taka sytuacja sprzyja pojawianiu się ekspertów nowego typu, których obecność w przestrzeni publicznej legitymizuje nie tylko wykształcenie, ale również kapitał społeczny czy medialny (Ogonowska 2023).

Rozprzestrzenienie się nowego koronawirusa było wydarzeniem, które spowodowało, że jednostki nie tylko musiały samodzielnie nadać znaczenie temu, co się działo, i wybrać, jakim przekazom ufają, lecz również zmierzyć się — w sytuacji dużego szumu medialnego — z realnym zagrożeniem własnego zdrowia oraz choroby lub straty bliskich. Różne źródła tłumaczyły to, co się dzieje, w sprzeczny sposób, ale co do jednego panowała zgoda — działo się coś nowego (nawet jeśli, zdaniem części badanych, nie była to choroba, lecz próby „oszukania” obywateli) i ważnego z perspektywy publicznej. Dlatego wydaje się zasadne przywołanie w tym miejscu koncepcji uspołecznienia (*societalization*) Jeffreyego Alexandra (2018b).

Proces uspołecznienia odbywa się w sferze publicznej (obywatelskiej)² i dotyczy nadawania ważności sprawom, które wcześniej były w niej nie-

¹ W rozumieniu — negacjonizm językowy, odwołujący się nie do praktyk, lecz do opisów, argumentów, wyjaśnień.

² Brak miejsca w artykule nie pozwala na rozróżnienie pojęć „obywatelski”, „społeczny” czy „sfera publiczna” — mając w pamięci bogatą tradycję myśli społecznej, posługując się

obecne. Ukryte dla szerszej publiczności pozostawały na przykład praktyki w korporacjach zawodowych czy w sferze prywatnej. Nie znaczy to, że były one nieistotne z perspektywy społecznej, lecz ich niewidoczność sprawiała, że uznawano je za marginalne, a przez to niezagrażające porządkowi społecznemu. Po ujawnieniu traktowane są przez członków społeczności jako zagrożenie dla norm i *status quo*, co powoduje kryzys społeczny i kolektywne próby zapanowania nad zjawiskiem. Jako przykłady takich fenomenów Alexander (2018a) podał pedofilię kościelną czy skalę molestowania ujawnioną przez ruch #MeToo. Wydaje się, że epidemię COVID-19 należałoby zaliczać do innej klasy zjawisk, raczej katastrof naturalnych niż nadużywania władzy i łamania norm społecznych. Jednak reakcja społeczna na samą epidemię, towarzyszące jej działania polityczne i komunikacyjne, przypomina reakcję na zagrożenie sfery publicznej opisywaną w *What Makes Social Crisis?* (Alexander 2018b). Tym, co odróżnia tę sytuację od opisanych przez Alexandra, jest spolaryzowanie i dużo większe skonfliktowanie sfery publicznej.

Nastąpiły zatem dwa kryzysy: epidemiczny oraz publiczny. Pierwszy należy rozpatrywać w kategoriach zdrowia publicznego, drugi dotyczy nadawania znaczeń wydarzeniom istotnym dla porządku społecznego oraz sposobów radzenia sobie z nimi. Pandemia wyostrzyła kryzysy liberalnego państwa, legitymizacji działań rządu, zaufania do instytucjonalnej nauki i ekspertów. Nastąpiły ponadto zgrzyty między wolnościowymi narracjami części elit politycznych a realnymi działaniami rządzących (obostrzenia i sposób ich egzekwowania), narracjami egalitarnymi a docierającymi do opinii publicznej informacjami o „omijaniu kolejek” do szczepień, głośzoną przez media misją informowania społeczeństwa a zalewem fałszywych informacji i przerażających nagłówków prasowych. Choć podobne sytuacje mogą zdarzyć się w różnych kontekstach i nie muszą automatycznie oznaczać kryzysu, to w przypadku pandemii doszło do nałożenia się na siebie kilku wskazanych procesów, co pogłębiło poczucie niepewności związane z zagrożeniem nowym koronawirusem. Jak pokazał Beck, jest to tym trudniejsze, im więcej (pozornej) decyzyjności i wolności wyboru przypada jednostkom. Dlatego pojawianie się negacjonistycznych elementów w wypowiedziach może być nie tylko oznaką opisanej wyżej postawy negacjonistycznej, ale też braku zaufania do władzy, ekspertów lub przekazów medialnych.

tutaj uproszczonym rozumieniem, w którym wszystkie trzy pojęcia odnoszą się do tego, co społeczne (wspólnotowe), bliskie doświadczeniu codziennemu członków i członkiń społeczeństwa, w przeciwstawieniu do sfery politycznej, religijnej czy medialnej.

MATERIAŁ BADAWCZY, DOBÓR PRÓBY I METODA ANALIZY

Przedstawiamy tu wyniki analizy 13 spośród 50 wywiadów przeprowadzonych przez nas na przełomie 2022 i 2023 roku w ramach badania „Kompetencje zdrowotne a odporność na zdrowotny denializm i dezinformację”. Przyjeliśmy, że wskaźnikiem poglądów negacjonistycznych jest deklaracja niezaszczepienia się i negatywny stosunek do szczepienia przeciwko zakażeniu wirusem SARS-COV2, by na tej podstawie wyselekcjonować wywiady do analizy.

Materiał badawczy został pozyskany metodą indywidualnych wywiadów pogłębianych. Wywiady prowadzono od listopada 2022 do marca 2023 roku, zatem w czasie, gdy pandemia COVID-19 przestała być głównym tematem medialnym. W tym okresie związane z pandemią restrykcje właściwie nie były już odczuwalne i mogło to wpłynąć na zaangażowanie rozmówców w odpowiedzi dotyczące COVID-19. Jednocześnie dłuższy dystans czasowy pozwalał uchwycić już okrzeple poglądy, gdy pierwszy szok po konfrontacji z zagrożeniem minął, a rozmówcy mogli retrospektywnie nadać sens swoim działaniom.

Wywiady były prowadzone przez członków zespołu badawczego metodą *face to face*, w miejscach wskazanych przez badanych jako dogodnie do swobodnej rozmowy (dom, miejsce pracy, kawiarnia) lub za pośrednictwem komunikatorów internetowych. Trwały od 30 do 70 minut. Opierały się na częściowo ustrukturyzowanym scenariuszu zawierającym zestaw pogrupowanych tematycznie zagadnień do poruszenia.

Badania były prowadzone w kilku województwach (małopolskie, świętokrzyskie, mazowieckie, podkarpackie). Badanych pozyskano metodą kuli śnieżnej — pierwsze osoby zaproszone³ do udziału w badaniu w danej miejscowości były proszone o wskazanie kolejnych kandydatów do wywiadu. Pierwszym kryterium doboru była wielkość miejsca zamieszkania, tak aby badanie objęło zarówno osoby z dużych miast, jak i ze wsi. Kolejne kryteria, zróżnicowanie wykształcenia i wieku, były nieco trudniejsze do osiągnięcia, jako że rozmówcy najczęściej proponowali przeprowadzenie wywiadu ze swoimi bliskimi lub współpracownikami, co niosło ryzyko ograniczenia badania, w takim wypadku badacze prosili o wskazanie kogoś innego⁴.

³ Często były to osoby osadzone w lokalnej strukturze lub posiadające szersze kontakty, na przykład usługodawcy (ekspedientka czy właścicielka lokalnego sklepu lub zakładu usługowego).

⁴ Proszono też, aby były to osoby, o których wiadomo, że mają inny stosunek do nowego koronawirusa. Chciano w ten sposób uniknąć zamknięcia w jednym, homogenicznym środowisku.

Ponieważ wiele badań dotyczących ówczesnej sytuacji społecznej oraz postaw wobec COVID-19, zwłaszcza tych negacjonistycznych, w pierwszych miesiącach pandemii odbywało w internecie (Ostaszewska, Pietrusińska 2023) czy też z wykorzystaniem materiałów internetowych (Jemielniak, Kremowych 2021), zależało nam przy tym na pozyskaniu także tych osób, które rzadko lub wcale nie korzystają z tego medium. Uzyskano łącznie 50 częściowo ustrukturyzowanych wywiadów dotyczących postaw i praktyk zdrowotnych. Okazało się, że stosunkowo niewiele spośród badanych osób łączyło mniej lub bardziej sceptyczne (a czasem wręcz niechętne) podejście do informacji na temat pandemii nowego koronawirusa z odmową zaszczepienia się. Założyliśmy więc, że w wypowiedziach tych właśnie osób pojawią się wątki negacjonistyczne. Dlatego analiza tu przedstawiona została oparta na wywiadach z osobami, które nie zaszczepiły się przeciw nowemu koronawirusowi i miały negatywny stosunek do szczepień. Charakterystykę rozmówców przedstawia zestawienie.

Zestawienie

Cechy i liczebność rozmówców

Płeć	kobieta	5
	męczyzna	8
Wiek	18–30	3
	31–40	5
	41–50	3
	51–65	2
Miejsce zamieszkania	miasto >500 tys.	6
	miasto 500 tys.–200 tys.	1
	miasto <200 tys.	1
	wieś	5
Wykształcenie	wyższe	8
	pomaturalne	1
	średnie (ogólnokształcące/zawodowe)	4
Status zawodowy	prywatny przedsiębiorca	4
	pracownik	9
Stan cywilny	żonaty/zamężna	8
	kawaler/panna	5

W przedstawionej tu analizie posłużyliśmy się odmianą jakościowej analizy treści zapoczątkowaną i rozwijaną przez Philippa Mayringa. Me-

toda ta wyrosła na gruncie badań ilościowych, co jest zarazem jej mocną i słabą stroną (Mayring 2015). Jej kolejne etapy nie odbiegają od standardowych procedur przyjętych w badaniach jakościowych. Obejmują one zaznajomienie się z materiałem badawczym, określenie jednostki analizy, określenie pierwszej wersji drzewa kodowego na podstawie teorii, kodowanie wstępne i dodanie kodów (kategorii) indukcyjnych, dedukcyjno-indukcyjne kodowanie reszty wywiadów oraz rewizję kodów (Hsieh, Shannon 2005). Zaletą tej odmiany analizy jakościowej jest przejrzysty opis poszczególnych kroków postępowania badawczego. W pierwszym etapie określiliśmy kody główne: zaufanie, źródła informacji, COVID-19, obostrzenia, pochodzenie wirusa. Następnie zostały one dedukcyjnie-indukcyjnie uzupełnione przez podkody (np. zaufanie — zaufanie do systemu ochrony zdrowia — zaufanie do lekarzy-komunikacja). Każdy nowy element w wywiadzie otrzymywał własny podkod.

W analizie skupialiśmy się na poglądach i argumentacji, deklaracje o praktykach traktowaliśmy jako wyraz tych pierwszych.

WYNIKI JAKOŚCIOWEJ ANALIZY TREŚCI

W toku analizy okazało się, że w wypowiedziach badanych osób elementy, które można uznać za negacjonistyczne (np. przekonanie, że medycy zachęcający do szczepień przeciw COVID-19 czynią tak, ponieważ dostają za to wynagrodzenie, lub że środowisko medyczne ukrywa fakt, iż szczepionki mogą być niebezpieczne dla zdrowia), współwystępują z zaufaniem do specjalistów medycznych⁵ w innych aspektach niż COVID-19 czy z zaufaniem do instytucji takich jak Ministerstwo Zdrowia, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO 2020). Co więcej, elementy przeciwstawnych postaw pojawiały się w różnych wypowiedziach tych samych badanych, dlatego w analizie uznaliśmy za zasadne przedstawić typologię sposobów mówienia (narracje), a nie typologię postaw rozmówców. Ponadto znikoma liczba wypowiedzi *stricte* negacjonistycznych spowodowała, że zrewidowaliśmy wcześniejsze założenia, iż rozmówcy będą prezentowali właśnie taką postawę (której składniki są jasno określone, np. zbadane/opisane w badaniach psychologicznych), na rzecz pisania o poglądach czy wypowiedziach *sceptycznych*. Poniżej przedstawiamy opis

⁵ W badaniu pojawiły się też wypowiedzi wskazujące, że niektórzy badani, zwłaszcza ci wykazujący pewne cechy postawy negacjonistycznej, mówiąc o godnych zaufania specjalistach z zakresu medycyny, mają na myśli osoby o poglądach niejednokrotnie nie uznawanych przez ogół środowiska naukowego za wiarygodne.

pięciu typów wypowiedzi badanych i reprezentatywne dla nich cytaty. Ze wskazanych wyżej powodów jeśli wypowiedzi niektórych rozmówców nosiły cechy charakterystyczne dla różnych typów sceptycyzmu, to cytaty z nich mogą pojawić się w opisach więcej niż jednego typu.

Sceptycyzm zdroworozsądkowy

To narracje osób unikających skrajności, w których nieufność względem pandemicznych zaleceń wiązała się z niechęcią do podsycającej strach narracji medialnej i z zaufaniem do konwencjonalnej medycyny. Rozmówcy deklarowali często przestrzeganie pandemicznych obostrzeń tylko w takim zakresie, w jakim nie dało się ich uniknąć, „tłumaczyli” informacje na temat COVID-19 na wcześniej dobrze poznane zjawiska, jak grypa, co prowadziło ich do „zdroworozsądkowych” wniosków na temat realności wirusa czy sposobów obrony przed nim.

R[ozmówca]: *Znaczący, powiem szczerze, że to jak trzeba było chodzić w maseczkach gdzieś tam w pomieszczeniach zamkniętych to jak musiałam to ją zakładałam. Ale jak wiedziałam, że przymykają oko i to po prostu jej nie zakładałam.*

B[adacz]: *I z czego to wynikało?*

R: *Raczej z mojego rozsądku, bo ja uważam, że osoba nawet chodząc w maseczce, to bardziej powinna chodzić osoba zarażona. Bo jak ja mam? Ja się nie zarażam przez maseczkę. Tylko wręcz bardziej mogę zachorować przecież, bo to grzyby i tak dalej. To bo to się oddycha to samo. Powinny nosić maseczki osoby chore, a nie wszyscy. Bo kogo ja mam zarazić, jak całe społeczeństwo jest w maseczce? Na zdrowy rozsądek. [R-6]*

Podobnie „zdroworozsądkowo”, odwołując się na przykład do wiedzy wyniesionej ze szkoły czy doświadczenia, badani argumentowali swoje obawy przed szczepionką:

A przede wszystkim ten czas yy w jakim powstała ta szczepionka to było dla mnie za szybko, jakoś tak. Zawsze te szczepionki były tworzone na wszystko w dłuższym okresie czasu. Nie było badań zbytnio no, bo jeśli nie ma czasu to testów też się nie przeprowadzi, więc jeśli miałbym się zaszczepić jeszcze, to żeby to nie były żadne badania medyczne ani nic, tylko po prostu normalna szczepionka już zrobiona. Po dłuższym czasie, jak jest na rynku ta szczepionka, to jakoś tak bardziej bym się pewnie czuł niż coś brać nowego, świeżego i nie przetestowanego. [R-12]

Sceptycyzm zagubiony

Podobnie jak w przypadku sceptycyzmu zdroworozsądkowego naracjach tego rodzaju nie występuje „negacjonizm w stanie czystym”, lecz

zaprzeczanie skali pandemii czy zaleceń epidemicznych wydaje się wynikiem przeładowania sprzecznymi informacjami lub niemożliwości wyłownienia z gąszczu informacji tych prawdziwych.

To znaczy, wydaje mi się, że z biegiem czasu coraz częściej jest taki problem, jeżeli chodzi o stan zdrowia, leczenie, jakieś leki czy cokolwiek, to mamy taki natłok informacji z każdego źródła. Dzisiaj w jeden dzień trzeba jeść cały rok buraki, w drugi dzień trzeba jeść cały rok czosnek, siemię lniane, a w czwarty dzień czytamy, że wszystko jest niezdrowe i nie należy jeść nic. Więc ciężko jest w tym chaosie informacji, trzeba wybrać sobie jakąś swoją własną wersję. Wypośredkować to wszystko samemu sobie i żyć tak sobie normalnie. [R-1]

Ostatnie zdanie w powyższym cytacie ilustruje, że chaos informacyjny powoduje, iż rozmówcy poszukują pewności w sobie, wcześniej zdobytej wiedzy, przekonaniach czy intuicji, a nie w stanowiskach ekspertów. Nie podważają jednak ich pozycji, na przykład nie twierdzą, że lekarze są sponsorowani przez firmy farmaceutyczne, lecz że ufają im jedynie w ograniczonym zakresie, zakładając, że sami eksperci nie mają pewnej wiedzy i różne czynniki mogą wpłynąć na ich decyzje. W przeciwieństwie do narracji sceptycznie indywidualistycznej przekonywanie czy dyskusje, oparte na relacjach społecznych, nie stanowią zagrożenia dla autonomii jednostki, lecz zakorzeniają ją w niepewnym świecie.

Z lekarzami też jest naprawdę bardzo różnie. Niektórzy się szczepili, niektórzy nie, także tutaj w zależności, w jakim kręgu się tak w sumie, w jakim kręgu się jest. Jakimi ludźmi się otaczamy, tak trochę podejmujemy decyzję. [R-5]

Dla zagubionego sceptycyzmu charakterystyczne jest przekonanie, że pewna wiedza nie jest dostępna z powodu chaosu informacyjnego, konieczności posiadania specjalistycznych kompetencji, co wynika ze skomplikowania problemów, o których należałoby rozsądzać. Jednocześnie jest to polaryzująca wizja społeczeństwa, dzieląca je na bombardowanych sprzecznymi informacjami lub przerażającymi newsami szarych obywateli i inne grupy, czy to mające niedostępną wiedzę, czy czerpiące zyski z mediów. Sposobem na poradzenie sobie z infodemią jest poleganie na sobie — własnej wiedzy, intuicji bądź doświadczeniu — i na najbliższej grupie. W wywiadach przebija też fatalizm, przekonanie, że nie jest możliwe pokonanie chaosu informacyjnego, co może prowadzić do „okopywania” się na stałych pozycjach.

B: Czyli nie ma pan poglądów, która z teorii jest prawdziwa?

R: No trudno mi wyrazić pogląd, ponieważ nie ma go jak zweryfikować. Człowiek, szary człowiek nie może tego zweryfikować. To wiedzą... ci daleko. [R-2]

Generalny sceptycyzm (negacjonizm)

Rozmówcy o poglądach odpowiadających postawie negacjonistycznej formułowali narracje zarówno podważające oficjalne zalecenia dotyczące COVID-19, jak i wskazujące na brak zaufania do przedstawicieli ochrony zdrowia czy oficjalnych przekazów medialnych. Najczęściej twierdzili, że pandemia jest sprawą polityczną, rodzajem kampanii strachu uruchomionej w celu zarządzania obywatelami. Negowali zagrożenie epidemiczne związane z COVID-19, jednocześnie twierdząc, że wprowadzenie obostrzeń i inne działania wynikające ze stanu epidemicznego miały dużo gorsze niż sam COVID skutki społecznie.

B: Czy pani uważała COVID za realne zagrożenie czy nie?

R: Jakies tam pewnie jest, ale uważam, że to jest pewnie jakiś wirus mocniejszy niż grypa. Ale największe zagrożenie to jest to, że przez tą pandemię tak naprawdę przestali leczyć nas ludzie, którzy mieli nam pomagać. Nie było dostępu do lekarza. A co to jest teleporada. To jest jak wróżenie z fusów, więc ja uważam, że lekarze są naszym największym zagrożeniem. [R-7]

Pogląd, że wiele epidemicznych zaleceń, szczególnie nakazów i zakazów, było nieadekwatnych do sytuacji, występuje we wszystkich wyróżnionych typach postaw, jednak podejście negacjonistyczne wyróżniało się interpretowaniem ich jako próby zarządzania społeczeństwem czy podejmowania decyzji czysto politycznych. Jednocześnie badani przestrzegali przepisów na tyle, na ile było to konieczne, dużą rolę odegrywało przy tym zagrożenie karami pieniężnymi, choć nie tylko. Jeden z rozmówców stwierdził:

Był moment, że byłem zdezorientowany, ale później coraz więcej zacząłem rozumieć i już później no te obostrzenia mi przeszkadzały. Ale musiałem, ale były wokół mnie. Musiałem się jakoś przystosować, no bo na tym polega życie społeczne. Że żyjemy jeszcze z innymi, nie tylko ze sobą. Ciężko było niektóre rzeczy zaakceptować. No tak i stosunek był mój po prostu, że musiałem się dostosować do społeczeństwa, ale nie widziałem zasadności pewnych obostrzeń, pewnych decyzji i widziałem w tym sporą sprawę polityczną, a nie zdrowotną. Bardziej więc no. Jednak patrzyłem, obserwowałem, próbowałem się w tym odnaleźć. Próbowałem się, próbowałem nie zwariować. [R-9]

Sceptycyzm indywidualistyczny

Głównym motywem narracji indywidualistycznej jest wewnętrzne poczucie samosterowności i dążenie do uniknięcia zewnętrznych wpływów, przy jednoczesnym aktywnym poszukiwaniu wiedzy eksperckiej odpowia-

dającej własnemu światopoglądowi. Cechy charakterystyczne takiej narracji to negowanie relacyjnego charakteru wiedzy i poglądów lub traktowanie takiego podejścia jako zagrożenia (czyli wpływu, który czyni decyzje lub poglądy mniej „własnymi”). W niektórych wypowiedziach prowadziło to do sprzeczności, gdy badani nie negowali zbiorowych zagrożeń wynikających z zarażenia nowym koronawirusem, a jednocześnie traktowali decyzję o szczepieniu jako kwestię czysto indywidualną — szczepionka była widziana jako środek ochrony osobistej, nie całej społeczności.

Nie, myślę, że nie, bo to moja świadoma decyzja [o niezaszczepieniu się]. Parę osób gdzieś tam mnie nakłaniało. Teściowie się szczepili, też nakłaniali, wspominali o tym, ale nie. Podjąłem świadomą decyzję, na własną odpowiedzialność, na własne ryzyko. [R-8]

W powyższej wypowiedzi punktem odniesienia była wewnętrzna autonomia rozmówcy, poglądy własne lub najbliższa rodzina. W tym typie narracji indywidualne działania postrzegano w oderwaniu od kontekstu społecznego. Niektóre wypowiedzi wskazywały wręcz, że próby dyskusji czy przedstawiania poglądów innych są odbierane jako godzące w tę autonomię.

Również oceniając informacje czy odnosząc się do ekspertów, rozmówcy sięgali do własnych przekonań i tego, w jakim stopniu poglądy innych czy zalecenia medyków korespondują z ich poglądami.

B: Mhm, a skonsultowałbyś to z kimś? Na przykład, gdyby lekarz zachęcał cię do tego, żeby jednak dziecko zaszczepić. To skonfrontowałbyś to?

R: Czy konsultowałbym... i czyli lekarz jakby zalecił... Właśnie, jeśli bym czułbym, że z lekarzem się dogaduję i że on ma jakąś wiedzę na ten temat właśnie, że tak powiem nowszych odkryć. No to bym się konsultował, a jeśli widziałbym, że on tylko po prostu jest w takim, w takiej bańce informacyjnej, że myśli, że tylko że musimy się szczepić, aby chronić przed wirusem. No to myślę, że nie zaufałbym mu. [R-9]

WNIOSKI — PRZEWAGA SCEPTYCZMU

W większości narracji można było dostrzec niepewność lub lęk — również w kwestii zaufania do ekspertów — oraz zmęczenie szumem medialnym wokół nowego koronawirusa. Przyjmując jako punkt wyjścia interpretacji diagnozę Becka, można w różnych rodzajach sceptycyzmu dostrzec próby poradzenia sobie z sytuacją pandemicznego kryzysu w warunkach kryzysu instytucji politycznych i delegitymizacji „dawnych” ekspertów. W anomicznej sytuacji państwo (władze polityczne) okazało się

jednym z elementów, poza którymi badani lokowali to, co wspólnotowe, lub przeciw którym się opowiadali.

Narracja określona jako sceptycyzm zdroworozsądkowy wyróżniała się przede wszystkim niechęcią do skrajności, potrzebą zachowania *status quo*. Głównym przedmiotem takiego sceptycyzmu nie była sama pandemia czy szczepionki przeciw COVID-19, lecz wzbudzające przerażenie przekazy medialne czy obostrzenia wprowadzane bez dostatecznego wyjaśnienia. „Zdrowy rozsądek”, na którym badani opierali swoje działania, należy rozumieć jako rodzaj legitymizowanej przez wcześniejsze doświadczenia lub edukację wiedzy wspólnej, która stanowi oparcie w niepewnych czasach. Nie jest on zatem ani antynaukowy czy przednaukowy, ani indywidualistyczny — podstawą zdrowego rozsądku jest tu powtarzalność i osadzenie we wspólnej wiedzy i wartościach. Powołanie na zdrowy rozsądek stanowi deklarację bycia racjonalnym i wyważonym, co w przypadku badanych wydawało się dodatkową obroną przed strachem podsycanym przez media oraz nielogicznymi z ich perspektywy decyzjami politycznymi.

W sceptycyzmie zagubionym na pierwszy plan wysuwało się właśnie zagubienie w szumie informacyjnym. W sytuacji gdy wykluczające się wzajemnie wyjaśnienia sytuacji odnosiły się do tych samych podstaw legitymizacji — takich jak nauka, władza polityczna, działania dla dobra wspólnego — badani tracili możliwość oddzielenia prawdy od fałszu. Skutkowało to, podobnie jak w przypadku innych rodzajów sceptycyzmu, negatywnym nastawieniem do mediów i nieufnością względem zaleceń ekspertów. Nie jest to jednak, podobnie jak w przypadku sceptycyzmu zdroworozsądkowego, narracja antyspołeczna — wręcz przeciwnie, punktem odniesienia w tym przypadku są najbliższa grupa (krewniacza lub przyjacielska) tworząca krąg zaufania lub abstrakcyjna rzesza „zwykłych” ludzi niebędących ekspertami, decydentami politycznymi ani osobami medialnymi.

Generalny sceptycyzm ma cechy postawy negacjonistycznej, czyli kwestionowania istnienia pandemii, celów podejmowanych działań oraz intencji zarówno ekspertów, jak i rządzących. Występujący w tych narracjach wątek wspólnotowy najsilniej podkreślał zagrożenie sfery obywatelskiej, w której „My” odnosiło się do osób nie związanych z władzą, mediami czy korporacjami czerpiącymi zyski ze „zwykłych obywateli”. Twierdzenia o „zarządzaniu społeczeństwem” czy „sprawie politycznej” można interpretować jako wyraz obrony sfery społecznej przed polityczną, postrzeganą jako niemoralna i wroga.

Jedynie w sceptycznym indywidualizmie, narracji najrzadziej pojawiającej się wypowiedziach badanych, odniesienie do jakiegoś

„My”, tworzącego wspólnotę (jakąś sferę społeczną) nie pojawiało się lub występowało jako odniesienie negatywne. Podobnie jak w innych narracjach infodemia, razem z powtarzaniem przez media alarmistycznych przekazów, była oceniana negatywnie. Warto jednak podkreślić, że badani nie wspominali o lęku ani o zagubieniu, lecz raczej czuli się nachalnie bombardowani informacjami na temat COVID-19. W sceptycznym indywidualizmie punkt ciężkości z niepewności co do istnienia pandemii/zasadności podejmowanych działań został przeniesiony na bunt przeciw godzeniu w jednostkową autonomię.

Na podstawie analizowanych wypowiedzi można zatem zrekonstruować sferę obywatelską czasów pandemii. Sferę obywatelską jako sferę wspólnotową, społeczną, w której zawiera się współbicie zgodne z wartościami podzielanymi przez jednostki, która jednak nie jest sformalizowana, w przeciwieństwie na przykład do sfery politycznej, do której wstęp mają tylko określone jednostki. Wyróżniały ją cztery cechy:

(1) bycie ostoją rozsądku, wolną od zasad i wartości typowych dla mediów oraz od polityki (władzy politycznej);

(2) zindywidualizowanie (każdy musi radzić sobie sam i samodzielnie oceniać skalę zagrożenia), a jednocześnie familiaryzm (działania jednostek uwzględniają najbliższy krąg, zazwyczaj rodzinę lub znajomych godnych zaufania, tam też szuka się bezpieczeństwa i pewności co do podejmowanych działań);

(3) aksjologiczny prymat wolności (możliwość wyboru jest najważniejszym przywilejem, który nie może zostać odebrany, co przekłada się na wolność od władzy — brak legitymacji, brak zaufania do władzy politycznej);

(4) bycie polem chroniącym przed niewiedzą i niepewnością (czemu zagrażają: zalew informacji w mediach, wielość ekspertów, spośród których „każdy mówi co innego”, skrajnie negatywne komunikaty); przy czym do jej cech nie zaliczają się konspiracyjność ani antynaukowość, problemem jest jednak niemożność jednoznacznego ustalenia zasad legitymizacji ekspertów i prawdziwości przekazów, o czym świadczy przewaga postaw sceptycznych nad negacjonistycznymi.

W tak zarysowanej sferze publicznej pojawiają się negacjonizm i sceptycyzm, które pełnią rolę obronną. Z jednej strony pozwalają zrozumieć i umieścić w dobrze znanych ramach nowego koronawirusa i sytuację pandemii (Kozik 2021). Z drugiej chronią przed nadmierną — zdaniem badanych — ingerencją mediów (zalew informacji, szum informacyjny) i władz (obostrzenia). Należy jednak zauważyć, że skutek jest tu jednocześnie przyczyną. Brak wiary w dyskurs naukowy, nieufność wobec ekspertów czy in-

stytucje, czynniki będące efektem przemian kulturowych związanych z refleksyjną nowoczesnością, umożliwiły szybkie rozprzestrzenianie sprzecznych informacji. Spokój, unikanie skrajności, wolność osobista, wierność swoim przekonaniom okazały się tymi wartościami sfery publicznej, których obronę podjęto w warunkach rozprzestrzeniania się fałszywych informacji i braku jednoznacznie określonych autorytetów. Również sposób działania władz politycznych — niedostateczna komunikacja, zbyt szybkie wprowadzanie lub wycofywanie zakazów — niejako zmusił badanych do umocowania podstaw działania we własnej wiedzy i przekonaniach.

Pogłębiona analiza wypowiedzi badanych pozwoliła pokazać spektrum poglądów sceptycznych, które mogły zwiastować postawy negacjonistyczne — jak się początkowo wydawało jedynie na podstawie obserwacji deklarowanych praktyk i braku zaufania do oficjalnych przekazów. Okazało się jednak, że u podstaw odmówienia szczepienia leżała nie tyle wiara w teorie spiskowe czy obdarzenie zaufaniem „fałszywych ekspertów”, ile lęk przed nieznanym (wirusem i szczepionką) oraz brak zaufania do władzy politycznej i mediów.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander Jeffrey C., 2018a, *The Societalization of Social Problems: Church Pedophilia, Phone Hacking, and the Financial Crisis*, „American Sociological Review”, t. 83(6), s. 1049–1078 (<https://doi.org/10.1177/0003122418803376>).
- Alexander Jeffrey C., 2018b, *What Makes a Social Crisis? The Societalization of Social Problems*, Polity Press, Medford, MA.
- Beck Ulrich, 2009, *Ponowne odkrycie polityki: przyczynek do teorii modernizacji refleksyjnej*, w: Ulrich Beck, Anthony Giddens, Scott Lash, *Modernizacja refleksyjna*, tłum. Jacek Konieczny, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 11–78.
- Brown Partick, 2020, *Studying COVID-19 in Light of Critical Approaches to Risk and Uncertainty: Research Pathways, Conceptual Tools, and Some Magic from Mary Douglas*, „Health, Risk and Society”, t. 22(1), s. 1–14 (<https://doi.org/10.1080/13698575.2020.1745508>).
- Czapka Elżbieta A. i in., 2023, *‘Who Is Telling the Truth?’ Migrants’ Experiences with COVID-19 Related Information in Norway: A Qualitative Study*, „Scandinavian Journal of Public Health”, t. 51(3), s. 454–462 (<https://doi.org/10.1177/14034948221135237>).
- Czech Franciszek, 2016, *Podejrzliwi obywatele. Narracje spiskowe jako element krytycznej kultury politycznej w Polsce*, „Władza Sądzenia”, t. 10, s. 54–72.
- Czech Franciszek, Ścigaj Paweł, 2020, *Popularność narracji spiskowych w Polsce czasu pandemii COVID-19. Raport z reprezentatywnych badań sondażowych*, Kraków (<https://ism.uj.edu.pl/documents/3337228/147938651/covid-narracje-spiskowe/a013e6ed-718a-42d8-91a9-2469867e2bf0>).
- de Albuquerque Thais Rogriguez i in., 2022, *Vaccination for COVID-19 in Children: Denialism or Misinformation?*, „Journal of Pediatric Nursing”, t. 64, s. 141–142 (<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.01.015>).

- Elbarazi Iffat i in., 2022, *Exploring Enablers and Barriers toward COVID-19 Vaccine Acceptance among Arabs: A Qualitative Study*, „International Journal of Disaster Risk Reduction”, t. 82 (<https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2022.103304>).
- Entradas Marta, 2021, *In Science We Trust: The Effects of Information Sources on COVID-19 Risk Perceptions*, „Health Communication”, t. 37(14), s. 1715–1723 (<https://doi.org/10.1080/10410236.2021.1914915>).
- Freckelton Ian, 2021, *COVID-19 Denialism, Vaccine Scepticism and the Regulation of Health Practitioners*, „Journal of Law and Medicine”, t. 3(28), s. 613–619.
- Geana Mugur V. i in., 2021, *COVID-19 Vaccine Hesitancy among Women Leaving Jails: A Qualitative Study*, „Public Health Nursing”, t. 38(5), s. 892–896 (<https://doi.org/10.1111/phn.12922>).
- Goldenberg Maya, 2016, *Public Misunderstanding of Science? Reframing the Problem of Vaccine Hesitancy*, „Perspectives on Science”, t. 24(5), s. 552–581 (<https://doi.org/10.1162/posc.a.00223>).
- Hoofnagle Mark, Hoofnagle Chris, 2007, *What is Denialism?* (<https://ssrn.com/abstract=4002823>).
- Hsieh Hsiu-Fang, Shannon Sarah, 2005, *Three Approaches to Qualitative Content Analysis*, „Qualitative Health Research”, t. 15(9), s. 1277–1288 (<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>).
- Jemielniak Dariusz, Krempowych Yaroslav, 2021, *An Analysis of AstraZeneca COVID-19 Vaccine Misinformation and Fear Mongering on Twitter*, „Public Health”, t. 200, s. 4–6 (<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.08.019>).
- Kar Brjaballav i in., 2023, *Social Trust and COVID-Appropriate Behavior: Learning from the Pandemic*, „Asian Journal of Social Health and Behavior”, t. 6(3), s. 93–104 (https://doi.org/10.4103/shb.shb_183_22).
- Kowalska-Duplaga Kinga, Duplaga Mariusz, 2023, *The Association of Conspiracy Beliefs and the Uptake of COVID-19 Vaccination: A Cross-Sectional Study*, „BMC Public Health”, t. 23(1) (<https://doi.org/10.1186/s12889-023-15603-0>).
- Kozik Ewa, 2021, *Jak troszczyć się o życie? Antyszczepionkowe narracje spiskowe w czasie pandemii COVID-19*, „Studia Etnologiczne i Antropologiczne”, t. 21, nr 1, s. 1–19 (<https://doi.org/10.31261/seia.2021.21.01.02>).
- Lupton Deborah, 2023, *Attitudes to COVID-19 Vaccines among Australians during the Delta Variant Wave: A Qualitative Interview Study*, „Health Promotion International”, t. 38(1) (<https://doi.org/10.1093/heapro/daac192>).
- Mayring Philipp, 2014, *Qualitative Content Analysis: Theoretical Foundation, Basic Procedures and Software Solution*, Klagenfurt.
- Mayring Philipp, 2015, *Qualitative Content Analysis: Theoretical Background and Procedures*, w: Angelika Bikner-Ahsbabs, Christine Knipping, Norma Presmeg (red.), *Approaches to Qualitative Research in Mathematics Education. Advances in Mathematics Education*, Springer, Dordrecht, s. 365–380 (https://doi.org/10.1007/978-94-017-9181-6_13).
- Mehta Jayur Madhusudan i in., 2023, *Assessing the Role of Collectivism and Individualism on COVID-19 Beliefs and Behaviors in the Southeastern United States*, „PLoS ONE”, t. 18(1): e0278929 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278929>).
- Ogonowska Agnieszka, 2023, *Typy eksperta: koegzystencja „starych” i „nowych” ekspertów we współczesnej sferze publicznej i przestrzeniach medialnych*, „Kultura Współczesna”, nr 2, s. 120–134.

- Okoro Olihe i in., 2022, *Exploring the Scope and Dimensions of Vaccine Hesitancy and Resistance to Enhance COVID-19 Vaccination in Black Communities*, „Journal of Racial and Ethnic Health Disparities”, t. 9(6), s. 2117–2130 (<https://doi.org/10.1007/s40615-021-01150-0>).
- Ostaszewska Aneta, Pietrusińska Marta, 2023, *Wywiad online jako nowa rzeczywistość badawcza w kontekście badań nad feminizacją pandemii*, „Studia Socjologiczne”, nr 3, s. 37–58 (<https://doi.org/10.24425/sts.2023.147160>).
- Popiołek Malwina i in., 2021, *Infodemia — An Analysis of Fake News in Polish News Portals and Traditional Media During the Coronavirus Pandemic*, „Communication & Society”, t. 34 nr 4, s. 81–98 (<https://doi.org/10.15581/003.34.4.81-98>).
- Scales David i in., 2021, *The Covid Infodemic — Applying the Epidemiologic Model to Counter Misinformation*, „The New England Journal of Medicine”, t. 385(8).
- Watermeyer Jeniffer, i in., 2022, *To Trust or Not to Trust: An Exploratory Qualitative Study of Personal and Community Perceptions of Vaccines amongst a Group of Young Community Healthcare Workers in Soweto, South Africa*, „Health Policy and Planning”, t. 37(9), s. 1167–1176 (<https://doi.org/10.1093/heapol/czac060>).
- Zhang Xiaoning i in., 2021, *The Mediating Roles of Medical Mistrust, Knowledge, Confidence and Complacency of Vaccines in the Pathways from Conspiracy Beliefs to Vaccine Hesitancy*, „Vaccines”, t. 9(11): 1342 (<https://doi.org/10.3390/vaccines9111342>).



- OECD, 2022, *Building Trust to Reinforce Democracy* (<https://doi.org/10.1787/b407f99c-en>).
- WHO, 2020, *Novel Coronavirus (2019-nCoV). Situation Report 13*, World Health Organization.

DENIALIST AND SCEPTICAL ATTITUDES VERSUS TRUST: REACTIONS TO THE COVID-19 PANDEMIC FROM A SOCIO-CULTURAL PERSPECTIVE

Iwona Młodziak, Elżbieta Brzezicka, Urszula Zwierczyk, Mateusz Kobryn,
Marta Wilk, Mariusz Duplaga
(Jagiellonian University Medical College)

Abstract

The article presents the findings of a qualitative study on the relationship between denialist attitudes and trust in health-care institutions. 13 in-depth individual interviews with people expressing denialist attitudes were subjected to qualitative content analysis using the MaxQda program. The analysis identified four subgroups of narratives: sceptical confused; sceptical common sense; sceptical individualistic; and denialistic. The respondents' statements reveal a connection between denialist views, trust in medical institutions and their representatives, and cultural processes characteristic of the period of reflective modernity.

key words: health denialism, institutions, trust, COVID-19

słowa kluczowe: negacjonizm zdrowotny, zaufanie, instytucje, COVID-19

ARTYKUŁY I R O Z P R A W Y

ALEKSANDRA NOWAKOWSKA-KUTRA
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

AGNIESZKA JERAN
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

WERBALNA PRZEMOC POŁOŻNICZA I LEKARSKA
WOBEK KOBIET RODZĄCYCH W POLSCE
ZAKRES I RÓŻNORODNOŚĆ DOŚWIADCZEŃ RODZĄCYCH
W UJĘCIU SOCJOLOGICZNYM

WSTĘP

Celem artykułu jest ukazanie problemu przemocy słownej stosowanej przez personel medyczny w stosunku do kobiet rodzących w Polsce. Dane wykorzystane w analizie uzyskałyśmy dzięki współpracy z Fundacją Rodzić po Ludzku (FRPL), która od 23 lat prowadzi ciągłe badanie o nazwie „Głos Matek”¹. Analiza objęła dane pochodzące z lat 2021 i 2022.

FRPL działa w Polsce od 27 lat, a jej celem jest: „aby każda kobieta mogła urodzić swoje dziecko w godnych warunkach, otoczona szacunkiem oraz troskliwą i uważną opieką ze strony personelu, przy wsparciu bliskich jej osób” (Misja FRPL). Jednym z jej najważniejszych osiągnięć jest doprowadzenie w 2018 roku do podpisania przez Ministra Zdrowia rozporządzenia dotyczącego standardów opieki okołoporodowej, które zawiera wszystkie elementy opracowanego przez FRPL Dekalogu Rodzenia po Ludzku.

Adresy do korespondencji: ola.nk@ukw.edu.pl; ORCID: 0000-0003-0932-5760; jeran@amu.edu.pl; ORCID: 0000-0002-9670-8585

¹ Zespół FRPL wyraził zgodę na przeprowadzenie analizy zebranego przez Fundację materiału badawczego oraz publikację wyników. Kobiety biorące udział w badaniu wyrażają zgodę na wykorzystanie danych do celów naukowych.

Poród, w świetle teorii krytycznych wydarzeń życiowych, po którą w swoich pracach i badaniach sięgają Richard S. Lazarus, Gerald Caplan, Erich Lindemann i Sigrun-Heide Filipp, to „kamień milowy”, wydarzenie wyjątkowe w życiu kobiet i mężczyzn (zob. Kuryś 2010, s. 33), życiowo doniosłe, mające ogromne znaczenie społeczne i psychiczne — rytuał przejścia zmieniający postrzeganie własnego ciała, samoocenę czy system wartości (Lichtenberg-Kokoszka 2016). Wydarzenie takie wywołuje potrzebę opowiadania i dzielenia się autonarracją o nim (Nowakowska-Kutra 2023). Jak jednak wynika z badań, w tym z ustaleń FRPL, co dziesiąta rodząca, zamiast uzyskać należne wsparcie, staje się ofiarą przemocy werbalnej (Adamska i in. 2021). Dotychczas prezentowano przede wszystkim dane statystyczne dotyczące przejawów przemocy, tutaj uzupełniamy je przywołaniem wypowiedzi rodzających i ich kategoryzacją.

Punkt wyjścia stanowią dla nas wytyczne opisujące właściwą (w świetle wyników badań i przepisów prawa) opiekę okołoporodową. Wyniki naszych badań przedstawiamy w kontraście do wynikającego z tych wytycznych obrazu pozytywnego doświadczenia okołoporodowego. Ilustrujemy przemoc, jakiej doświadczyły (i doświadcniają) rodzące w polskich szpitalach, z zastrzeżeniem, że ograniczamy się do przemocy o charakterze werbalnym, głównie krzyku skierowanego do rodzącej. Uzyskane wyniki nie tylko dają obraz typowych przejawów i schematów przemocy (ich zakres i różnorodność, choć jednocześnie wyraźnie zauważalną powtarzalność), ale też stanowią punkt wyjścia tropów interpretacyjnych, które proponujemy jako możliwe wyjaśnienia mechanizmów kryjących się za ową przemocą i które mogą posłużyć za wyjaśnienie (choć nigdy usprawiedliwienie) nieskuteczności przepisów prawa. Nie twierdzimy przy tym, że do naruszeń dochodzi zawsze, jednak jesteśmy przekonane — podobnie jak FRPL — że choćby jedno jest już tym jednym za dużo (Misja FRLP).

WŁAŚCIWA OPIEKA OKOŁOPORODOWA

Wytyczne dotyczące właściwej, to jest poprawnej zarówno z medycznego (związanego z efektywnością i opartego na wynikach badań), jak i prawnego, społecznego oraz psychologicznego punktu widzenia, opieki okołoporodowej za wspólny mianownik mają troskę o dobrostan rodzącej i dziecka (dzieci). Najpełniejszy wyraz znajdują w dokumentach WHO, odnoszących się do pozytywnego doświadczenia porodowego.

Przepisy prawa odnoszące się do sytuacji okołoporodowej

Punkt wyjścia stanowią zapisy Konstytucji RP — wskazujące na godność człowieka (art. 30), nakazujące szanować wolność i prawa innych (art. 31, ust. 2), zakazujące stosowania tortur, poniżającego traktowania i karanía oraz kar cielesnych (art. 40). *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* gwarantuje pacjentowi prawo do świadczeń zdrowotnych (art. 6), w tym związanych z porodem, prawo do poszanowania intymności i godności (art. 20), prawo do leczenia bólu (art. 20a), prawo do obecności osoby bliskiej (art. 21) czy wreszcie prawo do „wyrażania zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody” (art. 15) (zob. Kubiak 2019, s. 77–117).

Istotne są także zapisy aktów korporacyjnych. W *Ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry* znajduje się zapis: „lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazanymi aktualnej wiedzy medycznej” (art. 4) (zob. Kubiak 2019, s. 149–253), a etyka lekarska jest szczegółowo opisana w akcie etyczno-deontologicznym, jakim jest *Kodeks etyki lekarskiej* — zgodnie z nim „najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego” (art. 2), od lekarza wymaga się szanowania godności osobistej pacjentów, ich prawa do intymności i prywatności (art. 12 ust. 1) (zob. Kubiak 2019, s. 559–573). Wykonywanie zawodu pielęgniarstwa i położnictwa reguluje *Ustawa o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa*, mowa w niej o wykonywaniu zawodu „z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej” (art. 11) (zob. Kubiak 2019, s. 296–353). Etykę zawodową pielęgniarstwa i położnictwa reguluje *Kodeks etyki zawodowej pielęgniarstwa i położnictwa RP* z dnia 9 grudnia 2003 r. i zapisy tego kodeksu są zbieżne z zasadami obowiązującymi lekarzy (zob. Kubiak 2019, s. 574–578).

Najważniejszym dokumentem określającym szczegółowo standard realizacji opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej jest wspomniane Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r., które określa „poszczególne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, przy ograniczeniu do niezbędnych interwencji medycznych” (część I, pkt. 1). W standardzie znajdują się szczegółowe wytyczne określające warunki opieki, wsparcia, relacji z personelem medycznym, który ma szanować prawo do intymności i prywatności, udzielając informacji o przysługujących pra-

wach pacjenta, w tym o prawie do łagodzenia bólu i wyrażania potrzeb związanych z porodem.

Wytyczne medyczne i psychologiczne oraz zalecenia WHO

Aby poród postępował, konieczne jest współdziałanie wielu czynników fizjologicznych i psychoemocjonalnych odpowiedzialnych za prawidłowe wydzielanie hormonów (Simkin, Ancheta 2015). Są to: wygodna dla rodzącej pozycja (na przykład jedna z wertykalnych lub inna), możliwość poruszania się, kontrola bólu, poczucie bezpieczeństwa, adekwatne wsparcie, życzliwa obecność osoby bliskiej. Niespełnienie tych warunków obniża poczucie własnej wartości i sprawstwa, zaburza równowagę hormonalną i może „wywołać reakcję psychobiologiczną, która będzie zakłócała efektywny postęp porodu” (Simkin, Ancheta 2015, s. 28), wiąże się z depresją poporodową (Koszevska 2020) i traumą poporodową (Dąbrowska 2023). Ponadto „nieskrępowana ekspresja dźwiękowa (śpiewanie, jęki, krzyk) — pozwala rozładować napięcie, rozluźnić gardło i usta, dać wyraz emocjom i sprzyja produkcji endorfin” (Oleś 2018, s. 148). Zwracamy uwagę na powyższy opis, ponieważ w jego świetle przywołany wcześniej standard opieki okołoporodowej jest nie tylko wyrazem przełożenia praw zawartych w Konstytucji czy ustawach na konkretną sytuację, ale i ustaleń naukowych. Dla personelu medycznego jego wymogi powinny być więc szczególnie istotne jako oparte na trzech silnych uzasadnieniach — etycznym, prawnym i naukowym.

W ujęciu psychologicznym poród może być związany z doświadczeniem przez kobietę silnego stresu. Do jego łagodzenia niezbędne jest wielowymiarowe wsparcie ze strony otoczenia społecznego i personelu medycznego. Brak empatii prowadzi do doświadczenia traumatycznego lub zespołu stresu pourazowego oraz trudności w wejściu w rolę matki i budowaniu więzi z dzieckiem. Wiele kobiet w trakcie porodu doświadcza lęku, silnego bólu, wstydu i głośno wyraża swoje reakcje, a „[k]rzyk czy wyrażanie złości osłabia poczucie bólu, redukuje napięcie” (Matecka, Baum 2023, s. 122), dlatego niekorzystne dla przebiegu porodu jest oczekiwanie, by tę ekspresję ograniczyć.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO 2022) określiła szczegółowe wytyczne, których wdrożenie ma podnieść jakość opieki okołoporodowej na świecie. W centrum wytycznych znajduje się dobrostan kobiety i dziecka, których prawa człowieka w porodzie powinny być poszanowane, a celem proponowanego modelu jest osiągnięcie pozytywnego doświadczenia porodowego.

PRZEMOC GINEKOLOGICZNA (LEKARSKA) I POŁOŻNICZA

Przemoc to „nieprzypadkowe akty godzące w osobistą wolność jednostki lub przyczyniające się do fizycznej, a także psychicznej szkody osoby, wykraczające poza społeczne zasady wzajemnej relacji” (Pospiszyl 1994, s. 14). W literaturze wymienia się przemoc fizyczną, psychiczną, seksualną, pomocową, ekonomiczną, przez zaniedbanie, strukturalną, symboliczną, instytucjonalną, wychowawczą, medyczną, prawną, duchową, polityczną, religijną, domową. Badane przez nas zjawisko krzyku jest przejawem przemocy psychicznej (werbalnej) i wiąże się z naruszeniem godności osobistej ofiary (kobiety rodzącej), poprzez degradację o charakterze werbalnym. Jeśli poród, podczas którego personel medyczny krzyczy na kobietę, odbywa się w szpitalu, to krzyk stanowi także przejaw przemocy instytucjonalnej (strukturalnej — por. Kawula, Brągiel, Janke 2005; Helios, Jedlecka 2020).

Według FRPL „przemoc położnicza i ginekologiczna są to nadużycia, których dopuszczają się osoby sprawujące opiekę wobec kobiety w okresie okołoporodowym lub w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu ginekologii” (Kwiatek-Kucharska, Nowakowska-Kutra, Pietrusiewicz 2022). Majani M. Edward i Zakia Kibanda (2022) stwierdzają, że przemoc położnicza (w tym przemoc werbalna) jest czynnikiem zagrażającym zdrowiu publicznemu.

Do najważniejszych przejawów przemocy ginekologicznej i położniczej według Raportu FRPL z 2018 roku należą: systemowa medykalizacja porodu, wykonywanie procedur oraz świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjentki, nieprzestrzeganie prawa do intymności, dyskryminacja, wymuszenia, przemoc fizyczna oraz przemoc psychiczna, w tym przemoc werbalna (Doroszewska i in. 2018). Nie jest to zagadnienie nowe, przejawy tej przemocy są opisane (Diaz-Tello 2016; Perera i in. 2018; Simonovic 2019), także w odniesieniu do Polski (Oleś-Bińczyk 2011).

ŹRÓDŁA, SPOSÓB I CEL ANALIZY

Kwestionariusz ankiety online „Głos Matek” jest dostępny na stronie internetowej FRPL. Badanie to stanowi największy i najdłużej realizowany monitoring sytuacji w obszarze opieki okołoporodowej w Polsce. Kobiety wypełniają kwestionariusz w trybie ciągłym. Skorzystałyśmy z danych zgromadzonych w powstałej w ten sposób bazie wypowiedzi, jednak zastosowanie badawcze jest uboczne wobec monitorowania i interwencji, które stanowią główny cel działania FRPL.

Decyzja o opisanu przejawów przemocy w trakcie porodu, której sprawcami są przede wszystkim lekarze i położne, wymaga od kobiet odwagi i determinacji. Podejrzewamy, że ankieta FRPL może być jedynym miejscem, w którym niektóre kobiety podzieliły się swoim doświadczeniem. Zdajemy sobie sprawę z tego, że wiele kobiet nawet na taką formę podzielenia się swoją historią dotychczas się nie zdobyło, a motywacją tych, które o swoich doświadczeniach opowiedziały, nie było wspieranie rozwoju wiedzy, ale raczej ostrzeżenie innych kobiet, nadzieja na interwencję, „wyrzucenie” z siebie swojej opowieści, a czasem pochwała i wskazanie miejsc, w których rzeczywiście rodziły w dobrostanie (odpowiedzi nie zawierają wyłącznie doświadczeń negatywnych, choć przedstawiamy tylko ich analizy, ponieważ taki jest cel naszej pracy).

Dane w bazie wypowiedzi gromadzone są na zasadzie samodooboru, zatem nasza próba nie jest reprezentatywna w sensie statystycznym. Przedstawiamy tu wyniki uzyskane dzięki celowo dobranemu, jednemu pytaniu z kwestionariusza, które brzmi: „Proszę opisać sytuację, gdy personel podnosił głos/krzyczał na Panią”. Samodobór i psychologiczne wyzwanie, jakim jest podzielenie się opowieścią o trudnym doświadczeniu, oznaczają, że skala zjawiska krzyku w porodzie może być znacznie większa, i w naszej opinii dane są niedoszacowane.

Odpowiadając na to pytanie kobiety, zgodnie z własną gotowością do podzielenia się szczegółami (ale też pamięcią na temat tych doświadczeń), opisywały między innymi, kto na nie krzyczał, kiedy ta sytuacja miała miejsce, w którym momencie pobytu w szpitalu, opowiadały lub cytowały treść wypowiedzi i jej kontekst. Wypowiedzi te, pobrane z udostępnionej bazy jako korpus wypowiedzi (niestety, bez możliwości grupowania ze względu na cechy kobiet czy ośrodków, w których rodziły — co wynika z konstrukcją bazy), były przez nas kodowane w trzech etapach zgodnie z metodologią teorii ugruntowanej. W pierwszym etapie na podstawie 200 wylosowanych wypowiedzi przygotowaliśmy wstępną listę kodów — kategorii i wartości w ich obrębie, a identyfikując wypowiedzi wielowątkowe ustaliłyśmy, że przy ich kodowaniu każdy wątek będzie stanowił osobny opis, na przykład jeśli krzyk dotyczył akcji porodowej i kobieta zadeklarowała, że krzyczała na nią położna i anestezjolog, to z tej relacji powstawał opis dwóch sytuacji, różniących się podmiotem krzyżącym na rodzącą. Dlatego uzyskana liczba sytuacji przewyższa liczbę wypowiedzi. Wskazania procentowe odnoszą się każdorazowo do liczby sytuacji. W drugim etapie kodowałyśmy wszystkie wypowiedzi. W trzecim przeprowadziłyśmy obliczenia i wybrałyśmy cytaty obrazujące typowe (najczęstsze) kategorie sytuacji przemocy słownej (krzyku) wobec rodzących, ukazując w ten sposób jej zakres i zróżnicowanie.

WYNIKI

Z danych GUS (Szałys i in. 2023, s. 9) wynika, że w 2021 roku w Polsce urodziło się w 2021 roku 331,5 tys. dzieci, a w 2022 roku 305,1 tys. W 2021 roku ankietę „Głos Matek” wypełniło 13 845 kobiet, co stanowi 4,2% rodzących. Doświadczenie podniesienia na nie głosu/krzyku zadeklarowało 1315 kobiet, czyli 9,5% uczestniczek badania. Natomiast w 2022 ankietę wypełniło 11 918 kobiet (czyli 3,9% rodzących), z czego deklarację doświadczenia przekazały 820 kobiet (czyli 6,9% badanych). Przekłada się to na deklarację doświadczenia przemocy słownej w czasie okołoporodowym przez odpowiednio 0,4 i 0,3% rodzących. Istotność nie ma tu charakteru statystycznego, ale społeczny — w świetle wytycznych dotyczących opieki okołoporodowej, a także w świetle norm zachowania w interakcjach społecznych — każdy krzyk, podniesienie głosu, zruganie rodzącej czy matki opiekującej się w szpitalu noworodkiem, to coś, co nie powinno występować wcale.

W wyniku kodowania odpowiedzi 1315 kobiet z roku 2021 uzyskałyśmy 1489 sytuacji, z których 452 (30%) dotyczyło porodu siłami natury, a 111 (7,5%) porodu z wykorzystaniem cesarskiego cięcia. Dla danych z roku 2022 było to odpowiednio 807 odpowiedzi, 968 sytuacji, w tym 343 (35%) porodu siłami natury i 71 (7,3%) cesarskiego cięcia. Pozostałe opisywane sytuacje związane były z opieką nad noworodkiem (odpowiednio 243 i 16% oraz 300 i 31%) oraz innymi lub niesprecyzowanymi okolicznościami okołoporodowymi. W analizie skupiłyśmy się na przedstawieniu doświadczenia przemocy słownej w sytuacji porodu siłami natury.

W porodzie uczestniczy personel medyczny należący do ograniczonej liczby kategorii — przede wszystkim położne i lekarze. To oni stanowią główną grupę osób wskazanych jako krzyczące na rodzące kobiety. W obu badanych okresach udziały wskazań były bardzo podobne — w 41% przypadków (w 2021 roku) i 42% (w 2022 roku) były to położne, w 20% (identycznie w obu okresach) lekarze (ginekolodzy), w 2% i 3% (odpowiednio) lekarze anestezjologów — właśnie ze względu na wskazywanie anestezjologów zdecydowałyśmy się pisać o przemocy lekarskiej, a nie tylko położniczej. W około 1/3 przypadków (odpowiednio 36% i 32%) kobiety nie były w stanie określić dokładniej, kto na nie krzyczał — jest to w części wyraz powszechnej w szpitalach praktyki nieprzedstawiania się pacjentce i nieinformowania o zajmowanym stanowisku (stąd relacje ograniczające się do stwierdzenia, że krzyczała kobieta — czy była to położna, pielęgniarka czy lekarka — nie wiadomo, prawdopodobnie nie wiedziała też tego kobieta rodząca), a w części zapewne także konsekwen-

cja charakteru doświadczania porodu, w czasie którego identyfikacja osób z otoczenia może być dla rodzącej mało istotna.

Drugi aspekt ujawniony w opisach sytuacji dotyczył uwarunkowań komunikacyjnych — tego, czy podniesiony głos przedstawicieli personelu medycznego pojawia się samoistnie, czy też jest reakcją na wypowiedzi lub zachowania rodzącej. Najczęstszą zidentyfikowaną okolicznością była reakcja na zachowanie kobiety — w czasie samego porodu lub związanych z nim badań — taki krzyk pojawiał się w około połowie przypadków (52% w 2021 roku i 47% w 2022 roku). Kolejna okoliczność (około 1/5 przypadków) dotyczyła odpowiadania krzykiem na krzyk kobiety (przy czym w zdecydowanej większości był to krzyk związany z parciem — w 2021 roku reakcja na krzyk przy parciu to 18% sytuacji krzyku personelu, w 2022 roku — 15%). Personel reagował także krzykiem na prośby czy pytania pacjentek w czasie porodu (odpowiednio 4% i 3% w 2021 roku oraz 5% i 3% w 2022 roku).

Najobszerniejszą analizę wraz z przykładami przedstawiamy w odniesieniu do treści przekazów wyrażanych przez personel krzykiem lub podniesionym głosem. Najczęściej były to:

- krytyka odruchów fizjologicznych, przede wszystkim krzyku przy parciu (17% w 2021 i 16% w 2022 roku);
- podważanie kompetencji pacjentki do porodu (odpowiednio 13% i 16%);
- instrukcje lub informacje (odpowiednio 13% i 10%);
- generalizująca ocena pacjentki (odpowiednio 12% i 6%);
- krytyka domagania się własnych praw przez pacjentkę (odpowiednio 10% i 8%).

Najczęściej krzyczącymi na rodzającą okazują się położne — treści ich komunikatów dotyczyły przede wszystkim krytyki krzyku rodzącej w czasie parcia (17% w 2021 roku i 14% w 2022 roku), podważenia kompetencji rodzącej do porodu (odpowiednio 16% i 17%) oraz instruktażu i informowania (odpowiednio 13% i 11%). Ilustracyjnie przytaczamy opisy wypełniających kwestionariusz kobiet (wpisywały one albo parafrazy, albo cytaty — należy jednak wziąć pod uwagę okoliczności i upływ czasu. Nawet to, co zostało przy wpisie oznaczone jako cytowanie wypowiedzi, w wielu przypadkach zapewne nie jest cytatem w ścisłym rozumieniu).

Wyrażone krzykiem komunikaty położnych stanowiące krytykę krzyku rodzącej zawierają obok krytyki często także groźby/ostrzeżenia: szkodzenia dziecku (zabierania tlenu) i wyczerpywania sił rodzącej czy opuszczenia jej przez położną. Jednak w świetle badań medycznych krzyk nie zabiera ani tlenu (wręcz wymaga głębokiego oddechu), ani sił. Krytyka

jest więc bezpodstawna, zarazem jako krytyka fizjologicznego odruchu towarzyszącego parciu, jak i jako reakcja obudowana kontryfaktycznymi groźbami niekorzystnego wpływu na przebieg porodu.

Jedna z położnych przy skurczach partych... „nie drzyj się tak babo!” [2021_65]²

Podczas bóli porodowych, położna krzyczała, że zamiast się drzeć to mam oddychać, bo dziecko nie dostaje tlenu. I że tak się drę, że nie słyszę co ona do mnie mówi [2021_908]

Podczas pierwszej fazy porodu, gdy miałam skurcze położna przyszła i naskoczyła na mnie żebym się tak nie darła bo nie będę miała siły na poród [2022_661]

Wypowiedzi, które uznawałyśmy za podważanie kompetencji kobiety do rodzenia, odnosiły się przede wszystkim do parcia, ale także do innych reakcji, na przykład na podanie oksytocyny. Tu z kolei widoczny jest brak wsparcia informacyjnego poprzez instrukcję i jednocześnie krytyka za reakcję organizmu, na którą rodząca nie ma świadomego wpływu.

Gdy 6 godzin przed urodzeniem dziecka, w trakcie porodu w środku nocy położna kazała mi spać i zabrała kłg „trzeba było w domu z mężem zostać a nie przyjeżdżać! To jest zawracanie dupy! Niech śpi!” [2021_117]

Położna krzyczała, że nie umiem przeć, że robię to źle [2022_312]

W trakcie porodu, gdy bardzo męczyły mnie bóle i nie mogłam się rozluźnić, tylko drżałam, a poród nie postępował, Pani Położna podniesionym głosem powiedziała, że ja tu przyszłam urodzić, a nie się „pieścić”. Dodam, że przyczyną zakończenia go cesarskim cięciem był brak postępu, mój organizm tak reagował na oksytocynę, to nie było żadne „pieszczenie” z mojej strony [2022_532]

Wyrażone krzykiem instruowanie lub informowanie przez położne dotyczyło przede wszystkim parcia i oddechu, a także ogólniej — podporządkowania się oczekiwaniom personelu.

Przy parciu położna wymagała zupełnie innego zachowania niż uczono mnie w szkole rodzenia, miała dziwne instrukcje i nie wiedziałam co robić przez co się złościła [2021_417]

Podczas wywoływania porodu pani położna podniosła na mnie głos, „tłumaczac mi” sytuację, w której się znajduję. Byłam w szoku, rozpoczynały się skurcze, potrzebowałam wsparcia i dobrego słowa. Ta sytuacja doprowadziła mnie to do łez [2022_105]

² Opisy cytujemy bez wprowadzania zmian czy korekt, tak jak zostały wpisane przez badane do kwestionariusza i pobrane przez nas do bazy na potrzeby tej analizy. Oznaczenia cytatów: rok, z którego pochodzi wypowiedź, oraz numer kolejny relacji. Niezależnie od liczby sytuacji opisanych w jednej odpowiedzi — numer relacji pozostaje stały.

Gdy przy skurczach poruszałam się na łóżku położna naskoczyła na mnie, że mam panować nad swoim ciałem, bo mam podłączone KTG [2022_751]

Analiza treści wypowiedzi lekarzy wyrażanych krzykiem prowadzi do wyników zbliżonych jak w przypadku położnych — jest to przede wszystkim podważanie kompetencji do rodzenia (głównie krytyka parcia — 14% sytuacji krzyku lekarzy w czasie porodu w 2021 roku i 19% w roku 2022), krzyk w reakcji na krzyk towarzyszący parciu (odpowiednio 11% i 18%), przekazywanie krzykiem instrukcji (odpowiednio 12% i 10%) oraz krytyka domagania się przez rodzicą przestrzegania jej prawa do decydowania (odpowiednio 13% i 7%).

Krzykiem (a czasem czynnie, zasłaniając usta) zakazuje się krzyku, nakazuje uspokojenie przy parciu. Jednocześnie uzasadnieniem dla uciszania bywa groźba (krzywdzenie dziecka), wskazanie typowości sytuacji porodu. Wydaje się to szczególnie niezrozumiałe — rodzica krzyczy, bo rodzi, ale właśnie dlatego ma nie krzyczeć.

A trakcie bóli partych Pani doktor podnosiła na mnie głos i wyśmiewała się. „No i po co się drzesz” „przyj dziecku krzywdę robisz” [2021_1052]

W trakcie porodu lekarka że mam nie krzyczeć bo to poród [2022_343]

Sytuacja miała miejsce podczas parcia, miałam zabranianie krzyczenia z bólu (zasłaniano mi nawet usta ręką, z czego nie mogłam oddychać) [2022_468]

Uwagi lekarzy i lekarek przyjmujących poród odnoszą się przede wszystkim do umiejętności związanych z parciem czy współpracy z lekarzem. Także i te wypowiedzi uzupełniane były groźbami szkodenia dziecku czy usunięcia z sali towarzyszącego rodzicą męża.

Podczas parcia lekarz powiedział podniesionym głosem, że źle prę i że za chwilę wyprosi męża [2022_279]

W trakcie parcia lekarz zarzucał mi podniesionym głosem że nie umiem przeć tak jak mi każą i przez to moje dziecko się męczy [2021_525]

Sytuacja miała miejsce podczas parcia [...] personel (lekarz) przez cały poród krzyczał na mnie mówiąc, że NIE POTRAFIĘ RODZIĆ I MAM SIĘ OGARNAĆ [2022_468]

Kierowane do rodzających instrukcje — dotyczące oddychania czy parcia — także wyrażane bywają krzykiem i uzupełniane groźbą, że bez podporządkowania się im, kobieta nie urodzi, że ma się nie sprzeciwiać (analogia do wojska), a także wskazaniem na wygodę personelu.

W II okresie porodu, kiedy wydychalam powietrze podczas spontanicznego parcia, ginekolog krzyczał, że mam przeć na bezdechu [2021_146]

Podczas porodu, kiedy pomimo wskazań medycznych do cesarskiego cięcia, lekarz zdecydował, aby spróbować urodzić naturalnie. Kazał „przeć jak na kupę”, po pierwszej próbie stwierdził, że jak mam tak przeć to on porodu nie przyjmuje. Komentował, że na jego polecenie ma być, jak w wojsku. Krzyczał podczas robienia kleszczy, zostałam przywiązana do łóżka [2022_101]

W czasie porodu lekarka krzyczała żeby rozkładać nogi bo jej niewygodnie [2021_1228]

W przypadku lekarzy szczególnie istotne wątki ujawniły się w zakresie domagania się przez rodzące własnych praw — były one krzykiem negowane, a mogło to dotyczyć — jak pokazują przykłady — pozycji w czasie porodu, świadomej zgody czy żądania znieczulenia (z dodatkową stygmatyzacją).

Nie pozwolono mi przeć w wybranej przeze mnie pozycji (na czworaka) Kilkakrotnie powtarzałam, że ja nie będę rodzić na plecach. Pani doktor poirytowana i lekko podniesionym głosem kazała mi się słuchać położnej i położyć na plecach i przeć pod dyktando położnej [2021_767]

Podczas porodu lekarz powiedział podniesionym głosem, że nie będzie pytał o zgodę na oksytocynę oraz krzyczał, że niczego nie osiągnę swoim zachowaniem i muszę urodzić naturalnie [2021_799]

Lekarz prowadzący gdy poprosiłam o znieczulenie wyśmiał mnie mówiąc, że jestem psychiczną i może mi wezwać psychologa zamiast anestezjologa [2021_1222]

Z różnych przyczyn, co wskazano wcześniej, rodzące nie zawsze wskazują funkcję czy stanowisko osoby z personelu medycznego, od której usłyszały krzyk — zapewne były to położne, pielęgniarki lub lekarki albo lekarze. Te komunikaty co do treści okazują się zbieżne z typowymi dla położnych czy lekarzy — są krzykiem zakazującym krzyku (19% w roku 2021 i 17% w 2022), podważeniem kompetencji do rodzenia (odpowiednio 10% i 15%) albo instruktążem (odpowiednio 11% i 8%). Uderza, że sporo jest wypowiedzi o niesprecyzowanej treści — zawierają stosunkowo licznie reprezentowane (odpowiednio 14% i 24%) opisy sprowadzające się do uogólnionej relacji „Podczas porodu” [2022_393].

Reakcją na krzyk przy parciu w tych relacjach, w których kobiety nie wskazały autorki przywoływanych wypowiedzi, jest uciszanie uzasadnione ugrzecznianiem — matce nie wypada przeklinać, należy się lepiej zachowywać, a także potrzebami członków personelu (ich wrażliwością na krzyk). Podobnie jak we wcześniejszych przykładach w przywoływanych wypowiedziach obecne są także groźby.

Było mi „mówione” że nie mogę krzyczeć i przeklinać że mam być cicho po za tym przyszłej matce nie wypada przeklinać [2021_86]

Podczas porodu krzyczano na mnie że podczas ktg mam się nie ruszać bo zabiję swoje dziecko, krzyczano że mam nie płakać nie wydierać się bo cały oddział mnie słyszy gdy prosiłam o znieczulenie odmawiano mi za każdym razem. Krzyczano że mam się tak nie drzeć bo pani nie słyszy swojej koleżanki [2022_754]

Gdy krzyczałam w trakcie porodu, krzyczono na mnie bym nie krzyczała bo bolą ich uszy [2022_167]

Podważanie krzykiem kompetencji do rodzenia związane było przede wszystkim z komentowaniem parcia — jako niewystarczająco efektywnego, a przez to sprowadzającego zagrożenie na dziecko.

Że się za bardzo spinam podczas porodu i hamuję przez to poród [2021_380]

Podczas porodu krzyczenie w trakcie parcia „jak przesz, jak nie przesz, nie potrafisz! To jak robienie kupy przecież!” [2022_169]

Instrukcje także formułowano krzycząc — jak to już ukazały wcześniejsze przykłady. Dotyczyły one przede wszystkim parcia, współpracy z personelem, niezrozumienia przez rodzącą kierowanych do niej instrukcji.

W trakcie prawie całego porodu. Jestem pierworódką. Urodziłam w dwie godziny. Wśród wyzwisk, i odzywek w stylu „rodź szybciej tego bachora!””. Syn urodził się w 2 godziny w zamartwicy urodzeniowej. Do końca życia będzie mieć rehabilitację, bo pani się do domu spieszyło. Warunki rodem z PRL [2021_1004]

W trakcie parcia: 1. trzymaj żesz te nogi jak ci kazałam!!! 2. Gdzie idziesz?! Mówiłam nie wstawać!!! 3. Było się wcześniej zastanowić! (Czyli nie płodzić dziecka) [2021_1038]

W trakcie porodu, zamiast udzielić informacji i pokierować lub zapytać jak pomóc to Krzyki, że leżeć i się nie ruszać [2022_457]

Podsumowując, chcemy wskazać na kilka kluczowych ustaleń. Przede wszystkim analiza ujawnia podobieństwo wątków — niezależnie od tego, czy przemoc werbalną stosują położna czy lekarz, ich krzyk zasadniczo dotyczy tego samego — jest żądaniem ciszy lub posłuszeństwa albo krytyką. Drugi ważny wniosek dotyczy stosowanej przez personel medyczny argumentacji, która nawet nie tyle jest potoczna, co opozycyjna wobec ustaleń naukowych — skierowany do rodzącej krzyk nie motywuje jej, ale jest czynnikiem zwiększającym odczuwany przez nią stres, natomiast krzyk samej rodzącej stres ten obniża, zatem zakazywanie krzykiem krzyku jednoznacznie przekłada się na obniżenie dobrostanu i oddala od pozytywnego doświadczenia okołoporodowego. Analogicznie oddziałuje ograniczanie sprawczości i podmiotowości poprzez zakazywanie zmian pozycji czy oczekiwanie pełnego posłuszeństwa.

Jeśli zatem wytyczne dotyczące właściwej opieki okołoporodowej opierają się na przepisach prawa, etyce i nauce, to sytuacje przedstawione przez rodzace wskazują na wyraźny niedobór szacunku dla każdego z tych źródeł. Konkludując — doświadczenie badanych kobiet świadczy o poważnym rozdźwięku między codzienną praktyką i rzeczywistością okołoporodową a obowiązującym w Polsce prawem. Taki wniosek nasuwa się nawet, jeśli uwzględnimy skalę relacji i fakt zapośredniczenia opisu i przekazywania go po dłuższym czasie (co nie jest bez znaczenia dla jakości przedstawionej narracji). Jednocześnie ta wyraźna obecność przemocy werbalnej — przy bardzo mocnych i wielowątkowych przesłankach dla praktyk zgodnych z wytycznymi — wskazuje na celowość dalszych dociekań dotyczących personelu. Czym kieruje się krzyżująca na rodzacą położna czy lekarz? W wymiarze psychologicznym możemy szukać wyjaśnień, odwołując się do doświadczenia stresu, niekompetencji (np. komunikacyjnych) (Zaborowski 2013; Heszen-Celińska, Sęk 2020) czy wypalenia zawodowego (ściślej — jego aspektów związanych z depersonalizacją pacjentek), ale być może także frustracji, nawyku, braku refleksji, błędnych przekonań na temat mechanizmów motywowania (motywowanie strachem).

WNIOSKI:

PROPONOWANE TROPY INTERPRETACYJNE I TEORETYCZNE

Wyniki badania można interpretować w świetle różnych teorii socjologicznych czy psychologicznych. Jak wspomnieliśmy, nie można ich generalizować w sensie statystycznym, jednak poprzez ujawnienie przemocowych praktyk realizowanych w ramach interakcji między personelem a pacjentem staramy się realizować demaskatorską funkcję socjologii. Przemoc werbalna personelu wobec rodzących jest zjawiskiem, o którym dowiadujemy się nie tylko z licznych doniesień naukowych, raportów organizacji pozarządowych, takich jak przywołane wyżej Raporty FRLP, wytyczne WHO opracowane według standardów EBM (WHO 2015), ale także z opowieści, którymi dzielą się kobiety w zamkniętych grupach w mediach społecznościowych czy chociażby podczas spotkań kręgów porodowych. Także FRPL przyjmuje wiele skarg od pacjentek poprzez generator skarg. Doświadczana przez rodzace przemoc — w tym werbalna, którą analizujemy — budzi potrzebę dzielenia się, mówienia innym kobietom o doświadczonej krzywdzie.

Poza kwestiami naruszenia przez personel medyczny obowiązującego prawa i negatywnego wpływu, jaki takie zachowanie wywiera na dobrostan

rodzących, ważny socjologiczny trop interpretacyjny stanowi kontekst instytucjonalny — badane kobiety rodziły w szpitalu, w 2021 roku doświadczając dodatkowo wielu obostrzeń związanych z pandemią COVID-19 na tle innych już wcześniej istniejących przejawów instytucjonalizacji narodzin (Nowakowska 2016, s. 152). Michel Foucault w pracy *Narodziny kliniki* uznał szpital za miejsce sztuczne, które „rodzi choroby nie tylko w swojej zamkniętej i zaraźliwej przestrzeni, lecz również w przestrzeni społecznej” (Foucault 1999, s. 38). Krzyk personelu, którego doświadczają rodzące, jest przejawem patologii („choroby”) relacji między lekarzami, położnymi, pielęgniarkami, salowymi a pacjentkami i stanowi element kontroli nad ciążą i porodem przez sprawujących władzę (por. Nowakowska 2016). Analizując medykalizacyjne praktyki władzy społeczeństwa dyscyplinarnego Ewa Bińczyk (2002, s. 187) pisze, że zdaniem Foucaulta „szpitale przypominają więzienia”. Przyrównanie szpitali do więzień nasuwa wnioski, że ważnym odniesieniem są tu instytucje totalne opisane przez Ervinga Goffmana (2011), z ich podziałem na personel (strażników) i podwładnych. Personel funkcjonuje w ramach wewnętrznej hierarchii: reprezentantami władzy są lekarze z uprawnieniami do wydawania poleceń pielęgniarkom i położnym, które mimo wysokich kwalifikacji zawodowych nadal określane są jako „średni personel”. Z badań nad dyskursem medycznym wynika, że położne doświadczają zawodowej marginalizacji (Nowakowska 2016, s. 154), a w systemie medycznym toczy się walka o wpływy (Nowakowska 2014, 2016). To może powodować frustrację, a ta może wywoływać skrajne reakcje emocjonalne.

Kolejny istotny trop to procesy medykalizacji. Chociaż poród jest zjawiskiem fizjologicznym, które zwykle nie wymaga medycznych interwencji, to w wyniku procesów społecznych i uwarunkowań systemowych, finansowych czy organizacyjnych podlega wielu zabiegom, określanym jako medykalizacja porodu (Doroszewska, Nowakowski 2017) i macierzyństwa (Domańska 2005). Jako refundowane świadczenie zdrowotne podlega także racjonalizacji, prowadzącej do dehumanizacji i biurokratyzacji, a wręcz makdonaldyzacji (Ritzer 2003).

Krzyk jako wyraz przewagi, władzy i wiedzy profesjonalnej personelu ma za zadanie między innymi: podporządkować, poinstruować, upokorzyć, odebrać sprawczość i przekonanie o posiadaniu kompetencji jako matka i kobieta zdolna do wydania dziecka na świat. Krzyk ma więc dyscyplinować ciało — w tym przypadku ciało rodzące. Foucault (2009, s. 133–134) pisał: „ciało ludzkie dostaje się w tryby maszynierii władzy”. Władza personelu medycznego, sprawującego hierarchiczny nadzór (Foucault 2009, s. 168–174), stosującego przemoc werbalną, normalizujące sankcje jako

sztukę karania (Foucault 2009, s. 174–180), jest tym silniejsza, że w porodzie kobieta jest właściwie bezbronna. Ból porodowy, strach, poczucie zależności od innych, chęć sprostania oczekiwaniom społecznym, a w przypadku kobiet rodzących po raz pierwszy brak doświadczenia porodowego, powodują, że ciało rodzącej jest przemocowo poddawane technikom ujarzmania i kontrolowania, co Foucault zwie tresurą i korekcją, wdrażaniem do posłuszeństwa (zob. Muszyński 2020). Przemoc werbalna w porodzie odbywa się w odizolowanej przestrzeni, a — jak zauważa Foucault (2009, s. 137) — dyscyplina wymaga „klauzury”. Ten trop łączy więc socjologię ciała i socjologię władzy.

Krzyk personelu w porodzie, jako forma przemocy słownej, może być uznany za błąd jatrogenny, prowadzący do zahamowania postępu porodu, może być przyczyną zespołu porodowego stresu pourazowego oraz narusza dobrostan psychiczny i fizyczny rodzącej. Przemoc werbalna stanowiąca formę przemocy ginekologicznej i położniczej jest przejawem szerszych problemów, takich jak przemoc wobec kobiet, kultura przemocy instytucjonalnej podmiotów leczniczych, opresyjna wobec personelu medycznego i pacjentek hierarchia szpitalna, niedostateczna edukacja w zakresie komunikacji medycznej, brak wsparcia dla personelu medycznego w zakresie radzenia sobie ze stresem i profilaktyki wypalenia zawodowego (Iwanowicz-Palus, Kicia, Makara-Studzińska 2009). Innymi słowy — świadectwa rodzących kobiet, wobec których personel medyczny stosował przemoc werbalną, stanowią potwierdzenie wyzwań, jakie stoją przed badaczami zjawiska, w tym zaangażowanymi socjologami i socjolożkami, i przed każdym, kto dąży do uczynienia praktyk opieki medycznej zgodnymi ze ideami etycznymi, przepisami prawa i ustaleniami nauki. Sytuacja tak skrajna (w sensie psychologicznym, a także zakresu wbudowanej nierówności i wewnętrznych napięć) jak poród stanowić może (powinna) wskaźnik jakości opieki medycznej jako takiej.

Podziękowania

Składamy wyrazy podziękowania całemu Zespołowi FRPL za wyrażenie zgody na przeprowadzenie analizy zebranego przezeń materiału badawczego. Dziękujemy tysiącom kobiet, które co roku wypełniają kwestionariusz ankiety „Głos Matek”, dzieląc się swoim doświadczeniem porodowym, przekazując osobiste opowieści, a tym samym bezcenne dane, i w ten sposób dostarczają wiedzy na temat jakości opieki okołoporodowej w Polsce i przyczyniają się do podejmowania różnorodnych działań służących poprawie sytuacji w tym obszarze.

BIBLIOGRAFIA

- Adamska Iwona, Baranowska Barbara, Doroszevska Antonina, Pietrusiewicz Joanna, Godlewska Maria, Kwiatek-Kucharska Anna, 2021, Raport: *Opieka okołoporodowa podczas pandemii COVID-19 w świetle doświadczeń kobiet i personelu medycznego*. Fundacja Rodzic po Ludzku. (<https://rodzicpoludzku.pl/raporty/raport-opieka-okoloporodowa-podczas-pandemii-covid-19-w-swietle-doswiadczen-kobiet-i-personelu-medycznego/> [dostęp: 28.09.2023]).
- Bińczyk Ewa, 2002, *Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy*, w: Włodzimierz Piątkowski, Anna Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin, s. 181–193.
- Dąbrowska Justyna, 2023, *Przeprowadzę cię na drugi brzeg. Rozmowy o porodzie, traumie i ukojeniu*, Wydawnictwo Agora, Warszawa.
- Diaz-Tello Farah, 2016, *Invisible Wounds: Obstetric Violence in the United States*, „Reproductive Health Matters”, t. 24(47), s. 56–64 (<https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>).
- Domańska Urszula, 2005, *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa*, w: Włodzimierz Piątkowski, Włodzimierz A. Brodński (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, Tycyn, s. 311–322.
- Doroszevska Antonina, Adamska-Sala Iwona, Baranowska Barbara, Piekarek Monika, Pietrusiewicz Joanna, 2018, *Raport z monitoringu oddziałów położniczych. Opieka okołoporodowa w Polsce w świetle doświadczeń kobiet*, Fundacja Rodzic po Ludzku (<https://rodzicpoludzku.pl/raporty/raport-z-monitoringu-oddzialow-poloznichych-opieka-okoloporodowa-w-polsce-w-swietle-doswiadczen-kobiet/> [dostęp: 04.10.2023]).
- Doroszevska Antonina, Nowakowski Michał, 2017, *Medykalizacja opieki okołoporodowej w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 2, s. 172–177.
- Edward Majani M., Kibanda Zakia, 2022, *Obstetric Violence: A Public Health Concern*, „Health Science Reports”, „PubMed Central”, PMID: PMC9795374 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9795374/> [dostęp: 01.10.2023]).
- Foucault Michel, 1999, *Narodziny kliniki*, tłum. Paweł Pieniążek, Wydawnictwo KR, Warszawa.
- Foucault Michel, 2006, *Trzy typy władzy*, tłum. Małgorzata Kowalska, w: Aleksandra Jasińska-Kania, Lech M. Nijakowski, Jerzy Szacki, Marek Ziółkowski (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*, Scholar, Warszawa, s. 512–536.
- Foucault Michel, 2009, *Nadzorować i karać*, tłum. Tadeusz Komendant, Aletheia, Warszawa.
- Goffman Erving, 2011, *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańców innych instytucji totalnych*, tłum. Olena Waśkiewicz, Jacek Łaszcz, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Helios Joanna, Jedlecka Wioletta, 2020, *Przemoc instytucjonalna wobec dzieci. Kulturowe uzasadnienie przemocy instytucjonalnej*, Difin, Warszawa.
- Heszen-Celińska Irena, Sęk Helena, 2020, *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Iwanowicz-Palus Grażyna, Kicia Mariola, Makara-Studzińska Marta, 2009, *Stres w pracy położnej*, w: Marta Makara-Studzińska, Grażyna Iwanowicz-Palus (red.), *Psychologia w położnictwie i ginekologii*, PZWL, Warszawa, s. 46–80.
- Kawula Stanisław, Brągiel Józefa, Janke Andrzej W., 2005, *Pedagogika rodziny. Obszary i panorama problematyki*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń.

- Koszewska Iwona, 2020, *O depresji w ciąży i po porodzie*, PZWL, Warszawa.
- Kubiak Rafał, 2019, *Prawo medyczne*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa.
- Kuryś Karolina, 2010, *Urodzenie pierwszego dziecka jako wydarzenie krytyczne w życiu kobiet i mężczyzn*, Impuls, Kraków.
- Kwiatk-Kucharska Anna, Nowakowska-Kutra Aleksandra, Pietrusiewicz Joanna, 2022, *Przemoc położnicza i ginekologiczna* (<https://rodzicpoludzk.pl/baza-wiedzy/wiesci-zeswiata/przemoc-poloznicza-i-ginekologiczna/> [dostęp: 25.09.2023]).
- Lichtenberg-Kokoszka Emilia, 2016, *Humanistyczny wymiar opieki okołoporodowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole.
- Matecka Monika, Baum Ewa, 2023, *Wsparcie społeczne jako czynnik ochronny w zaburzeniach zdrowia psychicznego okresu okołoporodowego*, w: Ewa Baum, Maria Nowosadko, Katarzyna Wszolek, Sigríður Sía Jónsdóttir (red.), *Opieka okołoporodowa w kontekście zdrowia psychicznego*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań, s. 116–128.
- Muszyński Karol, 2020, *Michel Foucault*, w: Andrzej Kojder, Zbigniew Cywiński (red.), *Socjologia prawa. Główne problemy i postacie*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 98–102.
- Nowakowska Luiza, 2014, *Refleksje nad ciążą i porodem. Perspektywa krytycznej analizy dyskursu*, „Kultura — Społeczeństwo — Edukacja”, nr 1, s. 9–24 (<https://doi.org/10.14746/kse.2014.5.1.01>).
- Nowakowska Luiza, 2016, *Ciąża, poród, macierzyństwo jako obszary ustanawiania i utrwalania społecznej marginalizacji kobiet* *Perspektywa feministyczna*, w: Kazimiera Wódcz, Dorota Nowalska-Kapuścik, Grzegorz Libor (red.), *Peryferie społeczne w teorii i badaniach empirycznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 149–157.
- Nowakowska-Kutra Aleksandra, 2023, *Niektóre społeczne i komunikacyjne znaczenia w autonarracjach o porodzie zamieszczonych przez matki w grupach wsparcia na Facebooku — ustalenia wstępne*, w: Antonina Doroszevska, Marta Chojnacka-Kuraś, Aldona K. Jankowska (red.), *Komunikacja medyczna — wyzwania i źródła inspiracji*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 302–322.
- Oleś Katarzyna, 2018, *Poród naturalny*, Natuli, Szczecin.
- Oleś-Binczyk Zuzanna, 2011, *Medykalizacja ciąży i porodu w Polsce*, w: Alicja Pałęcka, Helena Szczodry, Marta Warat (red.), *Kobiety w społeczeństwie polskim*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 43–63.
- Perera Dinusha, Lund Ragnhild, Swahnberg Katarina, Schei Berit, Infanti Jennifer J., 2018, *‘When Helpers Hurt’: Women’s and Midwives’ Stories of Obstetric Violence in State Health Institutions, Colombo District, Sri Lanka*, „BMC Pregnancy and Childbirth”, t. 18: 211 (<https://doi.org/10.1186/s12884-018-1869-z>).
- Pospiszyl Irena, 1994, *Przemoc w rodzinie*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa.
- Ritzer George, 2003, *Makdonaldyzacja społeczeństwa*, tłum. Ludwik Stawowy, Muza, Warszawa.
- Simkin Penny, Ancheta Ruth, 2015, *Udany poród. Jak wcześniej zapobiec dystocji i ją leczyć*, tłum. Marta Florea, PZWL, Warszawa.
- Simonovic Dubravka, 2019, *A Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence*, w: *Report of the Special Rapporteur on Violence against Women, Its Causes and*

Consequences on a Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence (<https://digitallibrary.un.org/record/3865936?ln=en> [dostęp: 29.09.2023]).

Szałys Dorota i in., 2023, *Sytuacja demograficzna Polski do roku 2022*, stat.gov.pl (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-roku-2022,40,3.html> [dostęp: 01.10.2023]).

Zaborowski Piotr, 2013, *Etyczny wymiar komunikacji z pacjentem*, w: Weronika Chańska, Joanna Różyńska (red.), *Bioetyka*, Wolters Kluwer, Warszawa, s. 135–152.



Fundacja Rodzic po Ludzku, 2020, *Zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia* (<https://rodzicopoludzku.pl/baza-wiedzy/wiedza-o-porodzie-baza-wiedzy/zalecenia-swiatowej-organizacji-zdrowia-opieka-okoloporodowa-porod/> [dostęp: 22.09.2023]).

Fundacja Rodzic po Ludzku, *Misja* (<https://rodzicopoludzku.pl/o-nas/misja/> [dostęp: 22.09.2023]).



Kodeks etyki lekarskiej (https://nil.org.pl/uploaded_images/1721304748_1574857770-kodeks-etyki-lekarskiej.pdf [dostęp: 21.10.2024]).

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej RP z dnia 9 grudnia 2003 r. (<https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielegniarek-i-poloznych/kodeks-etyki-zawodowej-pielegniarki-i-poloznej-rzeczypospolitej-polskiej/> [dostęp: 21.10.2024]).

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (<https://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/polski/kon1.htm>).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001756/O/D20181756.pdf> [dostęp: 01.09.2023]).

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 417 (<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20090520417> [dostęp: 21.10.2024]).

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. 2011 Nr 174 poz. 1039 (<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20111741039/U/D20111039Lj.pdf> [dostęp: 21.10.2024]).

Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. 1997 Nr 28 poz. 152 (<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU19970280152/U/D19970152Lj.pdf> [dostęp: 21.10.2024]).

WHO, 2015, *The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-Based Childbirth* (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf [dostęp: 29.09.2023]).

WHO, 2022, *Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience* (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989> [dostęp: 30.11.2023]).

VERBAL OBSTETRIC AND MEDICAL VIOLENCE
AGAINST WOMEN GIVING BIRTH IN POLAND.
A SOCIOLOGICAL PORTRAYAL OF THE RANGE AND DIVERSITY
OF EXPERIENCES AMONG THOSE GIVING BIRTH

Aleksandra Nowakowska-Kutra (Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz),
Agnieszka Jeran (Adam Mickiewicz University in Poznań)

Abstract

Childbirth is a major experience, the course and quality of which are crucial for the mother's development, her assumption of the maternal role, and for the child(ren). Every year, tens of thousands of women share their childbirth experiences in the "Mothers' Voice" ["Głos Matek"] study conducted by the Foundation for Childbirth with Dignity [Fundacja Rodzić po Ludzku]. The article presents the results of an analyses of these accounts, focusing on verbal violence directed at women during childbirth by midwives and doctors in Poland in 2021–2022. An examination of the collected material (stories of violence) made it possible to determine who shouted at the women during labour, the language used in these violent statements, and the behaviour of the women that provoked such reactions from midwives and doctors. The findings are interpreted through, among other things, the lens of Michel Foucault's theory, compared with medical guidelines on the appropriate treatment of women during childbirth, and examined in relation to Polish legislation and WHO guidelines on a positive childbirth experience.

key words: verbal violence, obstetric and medical violence, childbirth, patient's rights, positive childbirth experience

słowa kluczowe: przemoc werbalna, przemoc położnicza i lekarska, poród, prawa pacjenta, pozytywne doświadczenie porodowe

A R T Y K U Ł Y I R O Z P R A W Y

ALEKSANDRA PIŁAT-KOBLA, MARIA ŚWIĄTKIEWICZ-MOŚNY,
MAGDALENA ŚLUSARCZYK, ANNA PROKOP-DORNER,
NATALIA OŻEGALSKA-ŁUKASIK, ALEKSANDRA POTYSZ-RZYMAN,
MARIANNA ZARYCHTA, MAŁGORZATA M. BAŁA
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

ANALIZA PODRĘCZNIKÓW SZKOLNYCH
W POLSCE LAT 2017–2022:
KRYTYCZNE SPOJRZENIE NA TREŚCI ZDROWOTNE*

WPROWADZENIE

Zdrowie i dobrostan społeczeństwa powinny być głównymi celami polityki zdrowotnej i społecznej każdego państwa. Zły stan zdrowia jednostek, który skutkuje skracaniem długości życia oraz pogorszeniem jego jakości, ma ścisły związek ze stylem życia niekorzystnym dla zdrowia (Loef, Walach 2012). Szacuje się, że ponad połowa zgonów na świecie w pierwszej dekadzie XXI wieku była spowodowana zachowaniami antyzdrowotnymi, takimi jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, sięganie po narkotyki i/lub dopalacze, a także nieprawidłowymi zachowaniami ży-

Adresy do korespondencji: aleksandra.pilat@uj.edu.pl; ORCID: 0000-0001-8471-7946; maria.swiatkiewicz-mosny@uj.edu.pl; ORCID: 0000-0001-6797-5580; magdalena.slusarczyk@uj.edu.pl; ORCID: 0000-0003-4415-5947; anna.prokop@uj.edu.pl; ORCID: 0000-0003-3575-469X; natalia.ozegalska@uj.edu.pl; ORCID: 0000-0002-4239-4429; aleksandra.potysz@gmail.com; ORCID: 0000-0003-4704-4548; marianna.zarychta@student.uj.edu.pl; ORCID: 0009-0009-3956-0316; malgorzata.l.bala@uj.edu.pl; ORCID: 0000-0003-1978-7264

* Analiza oparta na danych z projektu „Diagnoza i rozwój kapitału zdrowotnego — kompetencje zdrowotne uczniów szkół podstawowych”. NCN, UMO-2020/39/B/HS6/00977, zrealizowanego przez zespół badawczy pod kierownictwem dr hab. Marii Świątkiewicz-Mośny, prof. UJ. Więcej informacji na temat projektu: <https://light.project.uj.edu.pl/>.

wieniowymi, brakiem lub bardzo niską aktywnością fizyczną¹. Zachowania związane ze stylem życia niekorzystnym dla zdrowia są również wymieniane jako główne determinanty chorób przewlekłych, w tym w szczególności nowotworów, chorób serca, chorób układu oddechowego czy cukrzycy typu 2². Dobrostan jednostek zależy od ich umiejętności podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia oraz radzenia sobie z wyzwaniami życiowymi. Pojęcie dobrostanu obejmuje aspekty fizyczne, emocjonalne, społeczne i psychiczne, mierzone za pomocą takich wskaźników jak samoocena zdrowia, zadowolenie z życia czy długość życia. Co można zrobić, aby zmienić zachowania ludzi związane z ich kondycją fizyczną i psychiczną i wpłynąć w ten sposób na poprawę ich zdrowia, a tym samym na funkcjonowanie całego społeczeństwa?

Jedną z pierwszych odpowiedzi nasuwających się na tak postawione pytanie jest zalecenie rzetelnej edukacji zdrowotnej, czyli takiej, która uczy ludzi, jak żyć, aby zachować i doskonalić swoje zdrowie, a także jak aktywnie radzić sobie w przypadku choroby lub niepełnosprawności (Wojnarowska 2007). Jednym z celów edukacji zdrowotnej jest zatem zwiększanie kompetencji zdrowotnych (ang. *health literacy*), czyli umiejętności jednostek w zakresie uzyskiwania, przetwarzania i zrozumienia informacji dotyczących zdrowia, tak aby podejmowały one właściwe decyzje zdrowotne (Ratzan i in. 2000). Chociaż w systematycznym przeglądzie przeprowadzonym przez Janine Bröder i współpracowników (Bröder i in. 2017) zidentyfikowano aż 12 definicji kompetencji zdrowotnych i 21 modeli ich analizy w odniesieniu do dzieci i młodzieży, to elementem łączącym te konceptualizacje był zestaw kluczowych wymiarów związanych z wiedzą, umiejętnościami i postawami, determinującymi rozumienie, wykorzystanie i krytyczną ocenę informacji o zdrowiu. Wybory zdrowotne jednostek zależą od ich kompetencji zdrowotnych i są istotne dla zdrowia populacji. Aby podejmować dobre decyzje zdrowotne, ludzie potrzebują umiejętności krytycznej analizy i wykorzystywania informacji dostarczanych przez różne źródła, takie jak profesjonaliści medyczni, media, rodzina i przyjaciele oraz instytucje krajowe i międzynarodowe (Nutbeam 2000; Sørensen 2015). W obliczu łatwo dostępnych, ale niezweryfikowanych informacji oraz globalnych zagrożeń dla zdrowia (np. pandemia COVID-19, zmiany klimatyczne) umiejętności krytycznego myślenia stają się szczególnie

¹ Na temat przyczyn zgonów zob.: <https://www.prb.org/resources/up-to-half-of-u-s-premature-deaths-are-preventable-behavioral-factors-key/>.

² Zob. dane Global Burden Disease: <https://www.gov.pl/web/edukacja/wyniki-raportu-zdrowie-psychiczne-dzieci-i-mlodziezy> [dostęp: 25.09.2023].

istotne zwłaszcza w kluczowych dziedzinach życia, takich jak zdrowie (Pakkari i in. 2020).

Na gruncie polskim do tej pory przeprowadzono kilka badań związanych z edukacją zdrowotną. Poradnik pod redakcją Barbary Woynarowskiej (2014), skierowany do dyrektorów i nauczycieli szkół podstawowych, mający na celu skuteczniejszą realizację edukacji zdrowotnej, stanowi istotne źródło informacji, jednak koncentruje się głównie na zaleceniach dotyczących wdrażania edukacji zdrowotnej w szkołach, a nie na analizie treści podręczników. Z kolei Agnieszka Buczak w tekście *Edukacja zdrowotna w kształceniu językowym w świetle analizy podstawy programowej i podręczników do nauki języków obcych* (2016) zajmuje się węższym ujęciem tematu niż przedstawiane tu badanie, które obejmuje szerokie spektrum przedmiotów szkolnych. Również raport *Lista (nie)obecności. Niepełnosprawność w podręcznikach szkolnych* (Sałkowska i in. 2021), opublikowany przez Collegium Civitas, odnosi się do reprezentacji osób z niepełnosprawnościami, a nie bezpośrednio do edukacji zdrowotnej.

Celem niniejszego artykułu jest analiza programów nauczania i treści podręczników szkolnych nakierowana na ustalenie sposobów wspierania kształtowania kompetencji zdrowotnych i krytycznego myślenia o zdrowiu u uczniów szkół podstawowych. W badaniu skupiamy się na oficjalnej wykładni — podstawie programowej oraz podręcznikach dopuszczonych przez Ministerstwo Edukacji i Nauki (MEiN) do nauczania uczniów w szkołach podstawowych, aby opisać to, czego uczniowie mogą dowiedzieć się o zdrowiu w ramach edukacji szkolnej. Zgodnie z naszą wiedzą to pierwsze takie podejście w polskich badaniach, które wnosi istotny wkład do literatury naukowej w zakresie edukacji zdrowotnej, wypełniając lukę w dotychczasowych pracach i oferując nowe spojrzenie na rolę podręczników szkolnych we wspieraniu kształtowania kompetencji zdrowotnych uczniów.

ZDROWIE I STYL ŻYCIA UCZNIÓW W POLSCE

Wyniki badań stanu zdrowia i stylu życia uczniów w Polsce są alarmujące. Z raportu Instytutu Matki i Dziecka (IMiD) z 2019 roku dowiadujemy się, że problem nadwagi i otyłości dotyczy blisko 1/3 uczniów w wieku 8–15 lat. Co czwarty uczeń z klas 1–3 nie jest aktywny fizycznie, a problem ten nasila się wraz z wiekiem. Wśród nastolatków już 80% nie spełnia rekomendowanej minimalnej ilości umiarkowanej aktywności fizycznej w ciągu tygodnia. To samo badanie wskazuje też na wiele innych problemów występujących wśród uczniów szkół podstawowych:

nieprawidłowe zachowania żywieniowe, podejmowanie zachowań ryzykownych dla zdrowia czy słabą kondycję psychospołeczną uczniów (Fijałkowska, Oblacińska, Korzycka 2019). Równocześnie zwiększa się częstość występowania chorób przewlekłych. Od 2016 roku wzrósł odsetek dzieci z podwyższonym ciśnieniem tętniczym. Czas pandemii pogorszył tę sytuację: z kolejnego raportu IMiD na zlecenie Ministerstwa Zdrowia wynika, że o 5% wzrosła liczba dzieci z nadwagą i otyłością (dane dla polskich ośmiolatków) (Fijałkowska i in. 2022). Niepokojące są także dane dotyczące zdrowia psychicznego — na przestrzeni ostatnich lat zauważalny jest wzrost liczby dzieci i młodzieży, które wymagały opieki medycznej w tym zakresie. Adela Teleon i Anna Włoszczak-Szubda (2019) szacowały, że o ile formalnie z leczenia takiego korzysta ok. 9% dzieci i młodzieży do 18. roku życia, to potrzebę może mieć nawet 20%. W raporcie z kontroli dotyczącej dostępności leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży. Najwyższa Izba Kontroli informowała (NIK 2019), że system leczenia psychiatrycznego udzielający wsparcia najmłodszym członkom społeczeństwa nie zapewnia kompleksowej i powszechnie dostępnej opieki i wskazuje konieczność zmian. W 2023 roku także Rada Dzieci i Młodzieży RP opublikowała raport *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*³.

Edukacja zdrowotna w obszarze zdrowia psychicznego przeznaczona zarówno dla dzieci, jak i dla rodziców jest ważnym postulatem. Dane z programu PISA (Sitek 2019) pokazują trudności młodzieży w obszarze dobrostanu psychicznego. W Polsce problemem jest poczucie osamotnienia i dręczenia przez rówieśników, co deklaruje 26% badanych 15-latków. Gorsza kondycja fizyczna, zdrowotna, a także psychiczna dzieci i młodzieży pociąga za sobą podejmowanie przez młode pokolenie działań ryzykownych dla zdrowia.

W Polsce, zgodnie z badaniem Health Behavior in School-Aged Children (HBSC), 9,3% młodzieży ma niskie kompetencje zdrowotne, a 75,5% umiarkowane (Paakkari i in. 2020). Wzrost tych kompetencji może przynieść korzyści nie tylko jednostce (szansa na prozdrowotne wybory, rozumienie informacji o zdrowiu, wykonywanie zaleceń personelu medycznego, lepsze korzystanie ze świadczeń służby zdrowia), ale i społeczeństwu (sprzyja podejmowaniu wspólnych działań na rzecz zdrowia i budowaniu kapitału społecznego, zwiększa uczestnictwo w programach zdrowotnych). Wymienione korzyści stanowią przekonujący argument za podjęciem działań mających na celu podnoszenie kompetencji zdrowotnych,

³ Na temat raportu zob.: <https://www.gov.pl/web/edukacja/wyniki-raportu-zdrowie-psychiczne-dzieci-i-mlodziezy> [dostęp: 25.09.2023].

szczególnie wśród najmłodszych. Efektem skutecznej edukacji zdrowotnej na wczesnym etapie życia obywateli będzie zdrowsze i bardziej świadome społeczeństwo w przyszłości.

METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

Badanie treści podręczników szkolnych przeprowadziłyśmy z zastosowaniem podejścia zintegrowanego, łączącego elementy ilościowej i jakościowej analizy treści (Mayring 2015). Analizą objęłyśmy podręczniki do szkoły podstawowej. Wybór taki podyktowany był założeniem, że szkoła podstawowa jest optymalnym miejscem do rozwijania kompetencji zdrowotnych oraz budowania kapitału zdrowotnego u dzieci i młodzieży (Nsangi i in. 2017). Systemy edukacyjne, mimo wszelkich ich słabości, są przestrzenią, w której uzyskuje się dostęp do większości dzieci i młodzieży, co pozwala na długofalowe interwencje i pogłębianie wiedzy o zdrowiu społeczeństwa oraz dostrzeżenie uczniów ze specjalnymi potrzebami, uwzględnienie zróżnicowania pod względem płci, pochodzenia etnicznego czy społeczno-ekonomicznego (WHO 2021). Prowadząc analizę treści podręczników, poszukiwałyśmy odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jakie główne tematy dotyczące zdrowia są omawiane w podręcznikach szkolnych?

2. W jaki sposób podręczniki dla szkół podstawowych prezentują informacje dotyczące zdrowia?

3. Jak różnią się podejścia do prezentacji treści dotyczących zdrowia w podręcznikach dla różnych przedmiotów szkolnych?

4. Jakie kompetencje uczniów są rozwijane przez treści zdrowotne zawarte w podręcznikach szkolnych?

5. Czy istnieje zróżnicowanie w podejściu do tematów zdrowia w podręcznikach dla różnych grup wiekowych uczniów?

6. Czy podręczniki zawierają treści nastawione na wspieranie rozwoju kompetencji w zakresie krytycznego myślenia o zdrowiu?

7. Jakie formy aktywności promujące krytyczne myślenie dotyczące zdrowia są przywoływane w podręcznikach szkolnych?

Proces wyboru podręczników do badania poprzedziłyśmy analizą podstaw programowych, w których zmapowałyśmy elementy dotyczące zdrowia i budowania kompetencji zdrowotnych. Dokumenty przeszukałyśmy z użyciem słowa kluczowego „zdrowie”. Do analizy zakwalifikowałyśmy podręczniki z przedmiotów, które w podstawie programowej mają zapis o nauczaniu o zdrowiu i budowaniu kompetencji zdrowotnych. Były to: biologia (klasy 5–8), chemia (klasy 7–8), edukacja dla bezpieczeństwa

[EDB] (klasa 8), edukacja wczesnoszkolna [EW] (klasy 1–3), język angielski (klasy 1–8), przyroda (klasa 4), technika (klasy 4–6), wychowanie do życia w rodzinie [WDŻ] (klasy 4–8), wiedza o społeczeństwie [WOS] (klasa 8). Z analizy zostało wyłączone wychowanie fizyczne — mimo że podstawa programowa tego przedmiotu zakłada edukację zdrowotną i kształtowanie kompetencji zdrowotnych, ze względu na brak podręczników nie zdecydowaliśmy się na uwzględnienie tego przedmiotu w analizie.

W drugim etapie podjęliśmy decyzję dotyczącą wydawnictw. Spośród wszystkich podręczników dopuszczonych przez Ministerstwo Edukacji Narodowej do użytku szkolnego do kształcenia ogólnego — podstawa programowa 2017/2018 (<https://podreczniki.men.gov.pl>) — wybrałyśmy podręczniki tych wydawnictw, które oferują materiały do całego cyklu nauczania (np. biologia klasy 5–8). Spośród tak wybranych podręczników wylosowałyśmy trzy wydawnictwa dla każdego przedmiotu i każdego poziomu nauczania. Ostatecznie w próbie znalazły się podręczniki następujących wydawnictw Nowa Era, MAC oraz Wydawnictw Szkolnych i Pedagogicznych (WSiP). Osobne losowanie przeprowadziłyśmy z puli podręczników do języka angielskiego. W tym wypadku w próbie znalazły się podręczniki wydawnictw Oxford, Macmillan, Pearson. Ze względu na dopuszczenie tylko jednego wydawnictwa z przedmiotu WDŻ w próbie znalazł się jeden podręcznik wydawnictwa Rubikon. Jeżeli wydawnictwo miało w swojej ofercie więcej niż jeden podręcznik do danego przedmiotu (np. edukacja wczesnoszkolna, język angielski), losowałyśmy jeden tytuł. W wyniku losowania do materiału badawczego włączyłyśmy 75 podręczników (zob. załącznik na końcu tekstu).

W wybranych podręcznikach zidentyfikowałyśmy fragmenty tekstów i ilustracji dotyczących zdrowia, metod zapobiegania chorobom, charakterystyki i leczenia chorób oraz zdrowego stylu życia. Fragmenty te zdigitalizowałyśmy, tworząc korpus tekstowy. Złożyły się nań zeskanowane z zakwalifikowanych podręczników strony, na których podejmowano temat zdrowia w aspekcie społecznym, biologicznym i psychicznym. Na podstawie sformułowanych pytań badawczych opracowałyśmy klucz kodowy. Po przetestowaniu na wybranych podręcznikach został on uzupełniony i dopracowany. Narzędzie zostało zaakceptowane po serii działań pilotażowych. Przeszkoleni koderzy i koderki wykonali najpierw kodowanie próbne. Po uzyskaniu zadowalającego poziomu zgodności koderów (*inter-coder agreement*) na poziomie 72% koderzy rozpoczęli pracę. Jednostką analizy była strona podręcznika. W sumie zakodowano 17 794 fragmentów. W pierwszej kolejności przeprowadziłyśmy analizę ilościową, która umożliwiła zidentyfikowanie częstości występowania określonych tematów oraz

ich relacji z innymi elementami podręcznika. Wyłoniło to treści najczęściej poruszane w podręcznikach oraz wzorce ich występowania w tekście. Następnie przeprowadziłyśmy analizę jakościową, która pozwoliła na głębsze zrozumienie znaczenia tekstu oraz identyfikację kluczowych tematów i interpretacji. W tym etapie wykorzystaliśmy perspektywę hermeneutyczną, pozwalającą na interpretację treści podręczników z uwzględnieniem ich kontekstu i intencji autorów (Mayring 2015).

W taki sposób uzyskałyśmy możliwość kompleksowego zrozumienia zawartości podręczników szkolnych, z uwzględnieniem zarówno aspektów ilościowych, jak i jakościowych. Zintegrowane podejście dało spojrzenie na treści podręczników z różnych perspektyw, co pozwoliło na pełniejsze zrozumienie ich znaczenia dla procesu edukacji (Gibbs 2011). Cały proces analizy przeprowadziłyśmy przy wykorzystaniu programu Maxqda 2022.

REZULTATY BADAŃ WŁASNYCH

Tematy dotyczące zdrowia

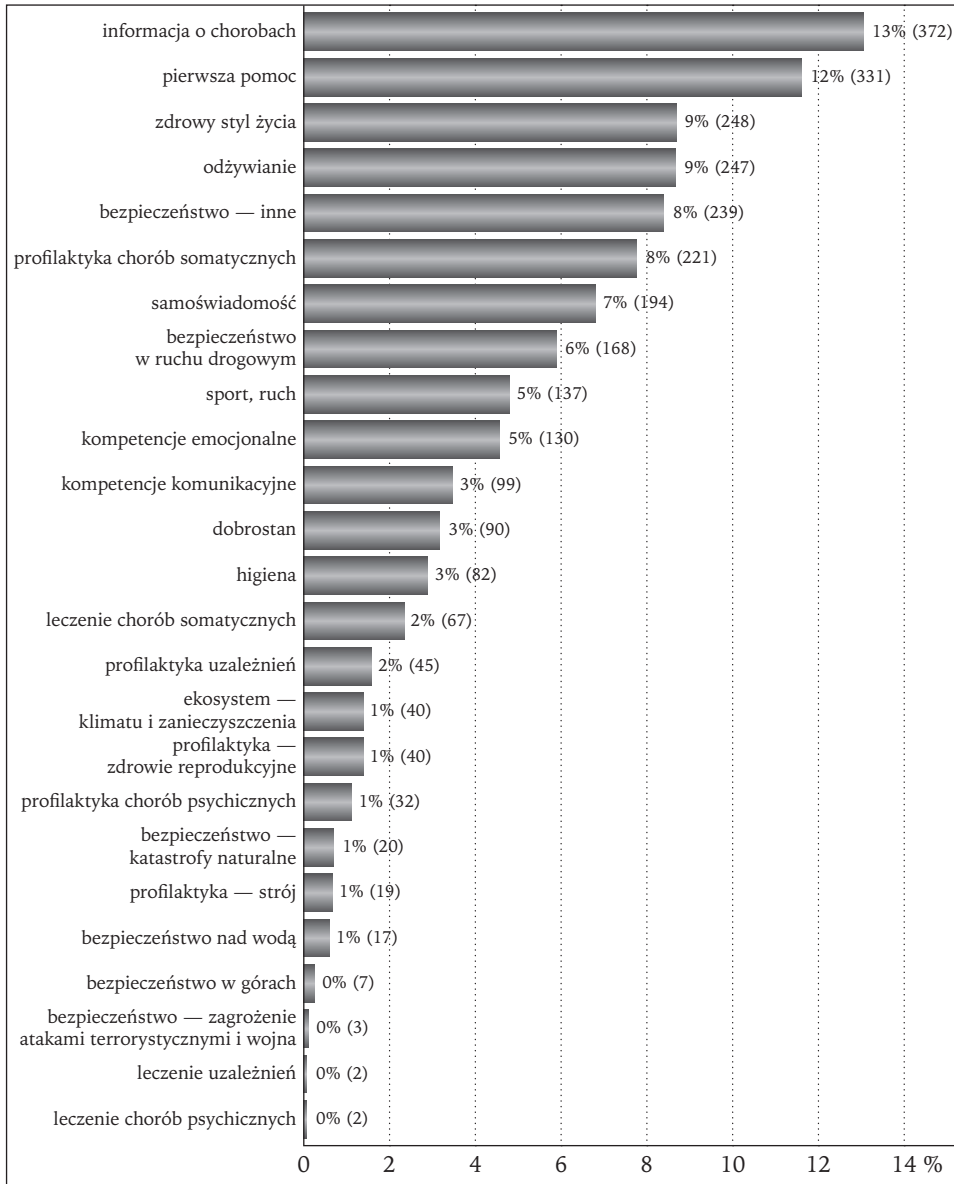
W analizie podręczników skupiłyśmy się na wyodrębnieniu omawianych na poszczególnych przedmiotach tematów z zakresu zdrowia. Zdefiniowałyśmy kategorie tematyczne, które zostały zakodowane jako:

- informacja o chorobach;
- leczenie: chorób somatycznych, chorób psychicznych i uzależnień;
- profilaktyka: chorób somatycznych, chorób psychicznych, zdrowie reprodukcyjne i przygotowanie do ciąży, uzależnienia, strój, odżywianie, zdrowy styl życia, higiena;
- bezpieczeństwo: zagrożenie atakami terrorystycznymi i wojną, katastrofy naturalne (w górach, nad wodą, w ruchu drogowym, inne, np. w domu, w obchodzeniu się z chemikaliami);
- sport i ruch;
- inne: kompetencje — emocjonalne, komunikacyjne, w zakresie rozwiązywania konfliktów; samoświadomość, wiedza o sobie; dobrostan — podejście holistyczne; pierwsza pomoc; ekosystem — kwestie klimatu i zanieczyszczeń a zdrowie.

Odnótowałyśmy 2852 kody dotyczące wyżej wymienionych tematów, jednak w liczbie kodów przypisanych do poszczególnych tematów występowały znaczące różnice (rys. 1).

Najczęściej poruszane były tematy związane z chorobami i zapobieganiem im (informacje o chorobach — 13% kodów w danej kategorii, profilaktyka chorób somatycznych — 7,7%). Drugą z kolei najczęściej podejmo-

Tematy z zakresu zdrowia poruszane w analizowanych podręcznikach
(procent wszystkich zakodowanych fragmentów)



waną kategorią była pierwsza pomoc (11,6%). Istotne okazało się dbanie o dobrą kondycję organizmu (dwie kategorie: odżywianie i zdrowy styl życia, obie po 8,7%). Stosunkowo dużo miejsca podręczniki poświęcały kwe-

stiom bezpieczeństwa, głównie w wymiarze osobistym (związany z agresją czy zagrożeniami w otaczającym nas świecie) lub w ruchu drogowym — 5,9%. Blisko 7% wskazań dotyczyło kategorii samoświadomości i wiedzy o sobie, w tym istotnych elementów profilaktyki zdrowia psychicznego, takich jak radzenie sobie ze stresem. Niektóre ze zdefiniowanych tematów były jednak poruszane bardzo rzadko — między innymi tak ważne współcześnie zagadnienia jak: kwestia klimatu i zanieczyszczeń (1,4%), profilaktyka uzależnień (1,6%) czy chorób psychicznych (1,11%).

Zgodnie z międzynarodowymi rekomendacjami dotyczącymi edukacji zdrowotnej, w tym kształtowania kompetencji zdrowotnych, treści z tego zakresu powinny zostać uwzględnione w wielu przedmiotach. Okazało się, że omawiane są w różnym stopniu, co wynika ze specyfiki przedmiotu: najwięcej kwestii dotyczących zdrowia poruszanych jest na biologii, w podręcznikach do edukacji wczesnoszkolnej, w podręcznikach do EDB i nieco rzadziej w podręcznikach do języka angielskiego (tabela 1).

Informacje o chorobach, profilaktyka i leczenie chorób somatycznych, higiena, samoświadomość, a także holistyczne ujęcie zdrowia (dobrostan) pojawiają się najczęściej w podręcznikach do biologii. Kompetencje z zakresu pierwszej pomocy, bezpieczeństwa i klimatu uczniowie zdobywają głównie z podręczników do EDB. Z kolei kompetencje emocjonalne, komunikacyjne, profilaktyka (w tym kontekście rozumiana jako dobór stroju odpowiednio do pogody) podejmowana jest najczęściej w podręcznikach dla najmłodszych oraz w podręczniku do WDŻ. Temat zdrowego stylu życia, odżywiania, sportu i ruchu pojawia się w różnych kontekstach w książkach do języka angielskiego. Tematy związane z profilaktyką (uzależnień, chorób psychicznych czy zdrowia reprodukcyjnego) poruszane są w podręczniku do WDŻ. Na technice najwięcej miejsca poświęcono tematowi bezpieczeństwa w ruchu drogowym.

Analiza dysproporcji w tematyce zdrowotnej w podręcznikach szkolnych wykazuje zróżnicowanie podejścia do różnych aspektów zdrowia podczas nauczania poszczególnych przedmiotów. W pierwszych trzech klasach szkoły podstawowej, szczególnie podczas zajęć edukacji wczesnoszkolnej, uczniowie mają pierwszy kontakt z treściami zdrowotnymi. W podręcznikach do tego przedmiotu najczęściej poruszane są kwestie związane z odżywianiem, bezpieczeństwem ogólnym, kompetencjami emocjonalnymi oraz profilaktyką chorób somatycznych.

Na lekcjach chemii często omawiane są tematy bezpieczeństwa ogólnego oraz leczenia chorób somatycznych, co wynika z potencjalnych doświadczeń związanych z pracą z substancjami chemicznymi. Natomiast w przypadku przedmiotu wiedza o społeczeństwie pojawia się blok tema-

Tabela 1

Rozkład tematów zdrowotnych na poszczególne przedmioty

Przedmioty	Chemia	Edukacja wczesnoszkolna	WDŻ	WOS	Technika	Przyroda	EDB	Angielski	Biologia
Tematy									
Informacje o chorobach	2	10	29	—	—	39	68	26	198
Pierwsza pomoc	1	11	—	—	6	16	289	5	3
Zdrowy styl życia	1	28	26	—	—	20	50	66	57
Odżywianie	12	48	5	—	—	18	33	58	73
Leczenie chorób somatycznych	13	8	6	—	—	—	4	1	35
Leczenie chorób psychicznych	—	—	1	—	—	—	—	1	—
Profilaktyka chorób somatycznych	4	31	3	—	—	23	10	4	146
Profilaktyka chorób psychicznych	—	9	4	—	—	1	7	2	9
Higiena	—	7	11	—	—	39	4	5	16
Samowiedomość	—	14	28	43	—	27	16	4	62
Sport, ruch	1	18	3	—	2	9	30	43	31
Zdrowie reprodukcyjne	—	—	32	—	2	1	2	—	3
Kompetencje emocjonalne	—	39	39	17	—	7	7	16	5
Kompetencje komunikacyjne	—	22	16	40	—	4	11	4	2
Dobrostan	1	10	18	2	—	11	6	12	30
Profilaktyka — strój	—	7	2	—	—	7	—	2	1
Profilaktyka uzależnień	3	—	6	2	—	2	19	2	11
Leczenie uzależnień	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Klimat i zanieczyszczenia	2	4	1	4	5	3	8	2	11
Bezpieczeństwo — katastrofy naturalne	—	2	—	—	—	3	14	—	1
Bezpieczeństwo nad wodą	—	4	—	—	—	4	5	4	—
Bezpieczeństwo w górach	—	3	—	—	1	—	1	1	1
Bezpieczeństwo w ruchu drogowym	—	19	—	—	122	2	20	4	1
Bezpieczeństwo — zagrożenie atakiem / wojną	—	1	—	—	—	—	2	—	—
Bezpieczeństwo — inne	—	—	1	—	—	—	—	1	—

tyczny dotyczący samoświadomości, kompetencji komunikacyjnych oraz emocjonalnych, co wskazuje na szerokie podejście do zdrowia w obszarze społecznym.

Warto zauważyć, że niektóre przedmioty, choćby technika, nie skupiają się na kwestiach zdrowotnych, ale wprowadzają jednak na przykład elementy bezpieczeństwa w ruchu drogowym (w tym kontekście pogłębiono przedstawiona jest pierwsza pomoc). Podobnie — przedmiot przyroda pełni rolę pomostu między edukacją przyrodniczą a bardziej wyspecjalizowanymi przedmiotami, jak biologia czy geografia.

Analiza uwzględnia również holistyczne podejście do zdrowia, na co składają się aspekty biologiczny, psychiczny, społeczny i środowiskowy. Choć aspekt biologiczny jest najczęściej poruszany, to można zauważyć, że znaczenia nabierają elementy podejścia holistycznego, szczególnie w podręcznikach do edukacji dla bezpieczeństwa, edukacji wczesnoszkolnej i WDŻ.

Podsumowując, analiza treści zdrowotnych w podręcznikach szkolnych pozwala zauważyć różnice w podejściu do zdrowia w różnych przedmiotach oraz ukazuje potrzebę większego uwzględnienia aspektów psychicznych i środowiskowych w edukacji zdrowotnej.

Sposoby prezentacji treści dotyczących zdrowia i choroby

Zebrany materiał pozwolił opisać, w jaki sposób autorzy podręczników przedstawiają uczniom szkół podstawowych zagadnienia związane ze zdrowiem. Szczególnie interesujące było dla nas zbadanie charakteru narracji, jej tonu oraz formy prezentacji informacji zdrowotnych w tekście. W ramach analizy charakteru narracji oceniliśmy, czy informacje dotyczące zdrowia są przedstawiane w sposób informacyjny, przestraszający, ostrzegający czy też angażujący. Z kolei formy prezentacji treści dotyczących zdrowia i choroby w tekście sklasyfikowaliśmy jako: podsumowanie działu, ćwiczenie/eksperyment/quiz, ciekawostka, materiały wyróżnione, wykorzystanie infografik lub materiałów ilustracyjnych oraz przekazywanie informacji o zdrowiu poprzez zwykły tekst. Analizując ton narracji, określiliśmy, czy sposób przedstawiania treści dotyczących zdrowia jest neutralny, pozytywny czy negatywny.

Analiza podręczników dla szkół podstawowych wykazała, że najczęściej zdrowie jest przedstawiane w sposób informacyjny. Ten rodzaj przekazu dominował we wszystkich analizowanych podręcznikach, szczególnie w nauczaniu WDŻ i biologii. Zdrowie w podręcznikach do EDB naj-

częściej prezentowane było w kontekście jego zagrożeń, informowano na przykład o nich i udzielano instrukcji dotyczących pierwszej pomocy. W podręcznikach do chemii i biologii zdrowie prezentowano podobnie, w sposób raczej rzeczowy, nie pozostawiając miejsca na dyskusje czy wyrażanie wątpliwości co do przekazywanej wiedzy. Natomiast podręczniki do przyrody, kierowane do młodszych uczniów, często zachęcały do pogłębiania informacji poprzez liczne pytania i eksperymenty.

Narracja angażująca została zidentyfikowana przede wszystkim w podręcznikach do edukacji wczesnoszkolnej, edukacji dla bezpieczeństwa oraz języka angielskiego. Autorzy podręczników dla najmłodszych uczniów starali się angażować dzieci poprzez zabawę i różnorodne metody aktywizujące, takie jak gry symulacyjne czy dyskusje, a w podręcznikach dla starszych klas angażowanie uczniów miało miejsce poprzez dodatkowe zadania, pytania kontrolne lub zagadnienia zachęcające do dyskusji.

Najrzadziej stosowane w podręcznikach dla szkół podstawowych były komunikaty ostrzegawcze i wzbudzające strach. Jeśli się pojawiły, miały na celu zwrócenie uwagi na konsekwencje poszczególnych zachowań, zwłaszcza w kontekście zdrowia psychicznego i zachowań ryzykownych.

Podręczniki do edukacji wczesnoszkolnej często wzbogacały tekst grafikami, co czyniło materiał bardziej przystępnym dla młodszych uczniów. Ponadto infografiki były często wykorzystywane w podręcznikach do biologii i EDB, służąc do zilustrowania omawianych zagadnień.

Podsumowując, sposób prezentacji informacji zdrowotnych w podręcznikach dla szkół podstawowych różnił się w zależności od przedmiotu oraz grupy wiekowej uczniów. W większości stosowano neutralną narrację informacyjną. Zauważyliśmy też, że autorzy starają się angażować uczniów poprzez różnorodne metody aktywizujące i graficzne urozmaicenie tekstu.

Kształtowanie kompetencji zdrowotnych

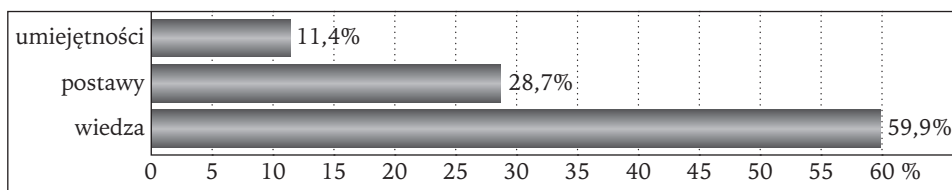
Jak wskazałyśmy na wstępie, w naszych badaniach podręczników szkolnych skoncentrowałyśmy się na poszukiwaniu wzorców prezentacji czterech kluczowych komponentów kształtowania kompetencji zdrowotnych: przekazywania wiedzy, kształtowania postaw, rozwijania umiejętności praktycznych oraz krytycznego myślenia.

Wiedza, postawy, umiejętności. Rekomendacje dotyczące edukacji zdrowotnej podkreślają znaczenie kształtowania postaw i umiejętności, które są równie istotne dla trwałego formowania nawyków zdrowotnych jak budowanie wiedzy. W analizie przyglądałyśmy się więc temu, w jaki sposób przekazywana jest wiedza, na jakie umiejętności kładziony

jest nacisk, a także jakie postawy są promowane lub marginalizowane. Bazuując na zakodowanych fragmentach podręczników (zob. rys. 2), można zauważyć, że uczniowie głównie zdobywają wiedzę (ok. 60%), kształtują postawy (ok. 29%), natomiast rozwijanie umiejętności jest akcentowane w mniejszym stopniu (ok. 11%).

Rysunek 2

Udział komponentów kompetencji zdrowotnych w treści analizowanych podręczników
(procent wszystkich zakodowanych fragmentów)



Podręczniki w głównej mierze przekazują informacje, a więc budują poznawczy komponent kompetencji. Treści związane z wiedzą dominują w podręcznikach do biologii i EDB, w których autorzy skupiają się na prezentacji faktów dotyczących zdrowia, rzadko pozostawiając miejsce na dyskusję czy wyrażanie wątpliwości. W podręcznikach do biologii informacje są przekazywane kompleksowo, zawierają zarówno wyjaśnienia przyczyn i skutków, jak i sugestie dotyczące radzenia sobie z niekorzystnymi konsekwencjami. Główny przekaz koncentruje się na przestrzeganiu i informowaniu o potencjalnych zagrożeniach, natomiast treści ukazujące korzyści związane z omawianymi tematami zdrowotnymi są rzadkie. Można dostrzec wyraźną medykalizację zdrowia — profilaktyka opiera się głównie na kontroli parametrów ciała i ich medycznej ocenie.

W podręcznikach dla najmłodszych uczniów oraz w podręcznikach do przyrody nacisk kładziony jest na kształtowanie postaw związanych ze zdrowiem. Uczniowie na początkowym etapie edukacji dowiadują się o właściwych zachowaniach, które są ściśle związane z bezpieczeństwem oraz aspektami biologicznymi, psychicznymi i społecznymi zdrowia. Instrukcje w tych podręcznikach mają charakter praktycznych wskazówek, które dzieci mogą zastosować w życiu codziennym, na przykład w doborze odpowiedniego stroju w zależności od warunków pogodowych. Dodatkowo uczniowie uczą się poprzez rymowanki i wierszyki, które pomagają kształtować właściwe postawy związane ze zdrowiem i bezpieczeństwem. Autorzy podręczników do edukacji wczesnoszkolnej skupiają się nie tylko na aspektach biologicznych zdrowia, lecz także psychospołecznych. Często

podkreślają znaczenie relacji społecznych, udzielając wskazówek dotyczących ich budowania i utrzymywania oraz radzenia sobie w konfliktach, a także promują asertywność jako narzędzie zapewnienia bezpieczeństwa w sytuacjach zagrożenia. Autorzy ostrzegają uczniów przed kontaktami z obcymi osobami, zachęcając ich do unikania rozmów z nieznanymi i otwierania im drzwi. Dzieci otrzymują ponadto wskazówki dotyczące wyrażania swoich uczuć, emocji i opinii w sposób szanujący prawa innych osób.

W podręcznikach do biologii, edukacji wczesnoszkolnej i języka angielskiego przekazywanych jest wiele informacji mających na celu kształtowanie zachowań prozdrowotnych. Uczniowie otrzymują informacje o zagrożeniach (np. chorobami serca lub nowotworami), ale i o nawykach, dzięki którym możliwe jest uniknięcie czy zminimalizowanie ryzyka zachorowania. W analizowanych podręcznikach wielokrotnie podkreślana jest rola aktywności fizycznej, jedzenia warzyw i owoców oraz unikania używek. Wśród czynników ryzyka chorób przewlekłych autorzy wymieniają między innymi nadmierną masę ciała, spożywanie tłustych potraw, używki, niewystarczającą aktywność fizyczną. Brakuje jednak wyjaśnień, czym jest nadmierna masa ciała lub precyzyjnej charakterystyki spożywanych tłuszczów, co może wpływać na wzmacnianie postaw antyzdrowotnych.

Komponent umiejętności, czyli zdolność wykorzystania wiedzy w praktyce, najczęściej rozwijany jest w podręcznikach do EDB. Uczniowie uczą się reagowania na różnego rodzaju zagrożenia oraz budowania umiejętności, takich jak ewakuacja czy udzielanie pierwszej pomocy (omdlenia, zadławienia, zakrzuszenia, złamania, oparzenia itd.). W tych podręcznikach wielokrotnie umieszczane są instruktaże wzbogacone licznymi zdjęciami, infografikami i schematami postępowania. Uczniowie zdobywają te umiejętności zarówno na EDB, jak i w czasie edukacji wczesnoszkolnej, przyrody czy techniki. Znacznie rzadziej pojawiają się zagadnienia z zakresu zdrowia fizycznego. W analizowanych podręcznikach tylko dwukrotnie wystąpiła taka informacja wraz z instruktażem dotyczącym higieny i pielęgnacji ciała — było to pokazanie technik szczotkowania zębów w podręczniku do biologii (Biologia, MAC, klasa 7) oraz instruktaż higieny układu rozrodczego (Przyroda, MAC, klasa 4). W podręczniku do edukacji wczesnoszkolnej (WSiP, klasa 2) dwukrotnie pojawił się instruktaż przygotowania jedzenia (kolorowej sałatki, koktajlu owocowego). Co ciekawe, w żadnym z analizowanych podręczników nie pojawił się instruktaż samobadania (np. piersi lub jąder) czy samokontroli (np. masy ciała). W podręcznikach do języka angielskiego uczniowie wielokrotnie ćwiczyli umiejętność komunikowania o zdrowiu w różnych sytuacjach, na

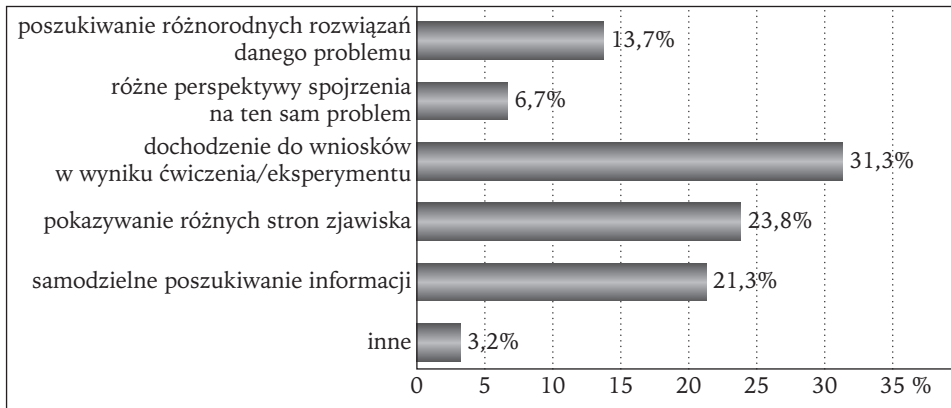
przykład podczas nauki w szkole, wśród rówieśników czy podczas wizyty u lekarza.

W analizowanym materiale przeważają informacje z zakresu wiedzy zdrowotnej, szczególnie w podręcznikach do biologii i edukacji dla bezpieczeństwa. Jednakże istotne jest również kształtowanie postaw prozdrowotnych, zwłaszcza u najmłodszych uczniów, oraz rozwijanie umiejętności praktycznych, takich jak udzielanie pierwszej pomocy. Warto zauważyć, że stosunkowo rzadko pojawiają się zagadnienia związane ze zdrowiem psychospołecznym. Istnieje zatem potrzeba takiego podejścia do przekazu treści zdrowotnych, które uwzględniałoby równowagę między wiedzą, postawami a umiejętnościami, aby pozwoliło to promować kompleksowy rozwój zdrowotny uczniów.

Krytyczne myślenie. Jednym z fundamentalnych aspektów rozwijania kompetencji zdrowotnych jest nabywanie umiejętności krytycznego myślenia, co znajduje odzwierciedlenie także w treściach podstaw programowych analizowanych przedmiotów. W trakcie identyfikacji fragmentów wspierających krytyczne myślenie poszukiwano materiałów umożliwiających formułowanie pytań, eksplorowanie różnorodnych rozwiązań, prezentowanie zróżnicowanych perspektyw, wyciąganie wniosków na podstawie przeprowadzonych eksperymentów lub ćwiczeń, a także dostrzeganie wielu aspektów danego zagadnienia oraz samodzielne poszukiwanie informacji. W analizowanych podręcznikach najczęściej spotykane formy aktywności promującej krytyczne myślenie to wnioskowanie na podstawie przeprowadzonych ćwiczeń lub eksperymentów oraz prezentowanie omawianego tematu z różnych perspektyw, a także samodzielne poszukiwanie informacji (zob. rys. 3). Rzadziej uczniowie byli zachęceni do poszukiwania różnych rozwiązań tego samego problemu lub analizowania go z różnych perspektyw.

Autorzy podręczników uczący kompetencji krytycznego myślenia zachęcają do odgrywania scenek mających pokazać, jak działają normy społeczne, przeprowadzania eksperymentów czy zastanowienia się, porozmawiania z innymi uczniami na dany temat. Kluczowe pytania, jakie zadają uczniom, to: dlaczego i wyjaśnij. Pytania są tak konstruowane, że powinny zachęcać do samodzielnego poszukiwania informacji, ich krytycznej oceny oraz aplikowania wiedzy w codziennym życiu. W niektórych przypadkach polecenia „wyjaśnij” odnoszą się do treści zawartych w podręczniku i motywują do powtórzenia oraz przedstawienia prezentowanych zagadnień swoimi słowami. Wydaje się jednak, że kluczową rolę odgrywa tutaj nauczyciel, który może zaaranżować sytuację w klasie według różnych

Ćwiczenia z zakresu krytycznego myślenia (procent wszystkich zakodowanych fragmentów)



wzorów: może przeprowadzić dyskusję, zachęcić uczniów do poszukiwania informacji, ale też może podać gotową odpowiedź (np. owoce trzeba jeść, żeby być zdrowym) albo pominąć w ogóle dany temat.

Należy zauważyć, że ćwiczenia promujące krytyczne myślenie o zdrowiu często znajdują się w mniej eksponowanych obszarach podręczników, choć ich rola jest niezwykle istotna. Dostępność tych ćwiczeń w sekcjach podsumowujących kluczowe informacje stanowi ważny element w procesie nauki, gdyż umożliwia uczniom praktyczne zastosowanie zdobytej wiedzy. Konieczne jest jednak świadome monitorowanie postępów uczniów w rozwijaniu umiejętności krytycznego myślenia, aby zapewnić im kompleksową edukację zdrowotną.

WNIOSKI

Analiza programów nauczania oraz podręczników szkolnych pozwoliła nam zobaczyć, jakie treści w zakresie zdrowia i budowania kompetencji zdrowotnych przekazywane są uczniom, a tym samym kształtują świadomość zdrowotną społeczeństwa. Niezaprzeczalnie, edukacja zdrowotna stanowi istotną i integralną część programu nauczania w szkołach podstawowych. Wprawdzie w momencie prowadzenia badania nie było jednego przedmiotu, który obejmowałby tematy z zakresu zdrowia, jednak uczniowie mogli zdobywać wiedzę na ten temat podczas nauki wielu przedmiotów. Takie rozwiązanie sprzyja wielowymiarowemu pojmowaniu zdrowia.

Przekazywana wiedza jest kompleksowa — w podręcznikach pojawiają się informacje zarówno o przyczynach, przebiegu, jak i zapobieganiu różnego rodzaju zaburzeniom i chorobom — jednak sam komponent poznawczy nie wystarczy do kształtowania zachowań prozdrowotnych. Postawy i umiejętności są budowane przede wszystkim za pomocą instrukcji: co należy robić, a czego trzeba unikać. Proste instrukcje mogą być skutecznymi komunikatami, ale w niewystarczający sposób budują przekonania zdrowotne. Często nie wyjaśniają, nie uzasadniają i nie przekonują do konkretnych zachowań, lecz jedynie sygnalizują pewne informacje dotyczące zdrowia. Proponowanie w podręcznikach różnorodnych metod aktywizujących może znacznie zwiększyć zaangażowanie uczniów w proces nauki o zdrowiu. Zajęcia, które angażują uczniów poprzez zadania praktyczne, dyskusje i eksperymenty, będą sprzyjać lepszemu zrozumieniu materiału oraz zachęcać do przekładania zdobytej wiedzy na praktykę codziennego życia. Ponadto różnorodność metod może uwzględniać różne style uczenia się, co pozwala na bardziej indywidualizowane podejście do nauczania o zdrowiu.

Wyniki badań alarmują, że młodzi ludzie w Polsce mają trudności emocjonalne i że rosną wskaźniki korzystania z różnego typu substancji psychoaktywnych (Mazur, Dzielska, Małkowska-Szcutnik 2020; ESPAD 2020). Z kolei przygotowane przez Biuro Rzecznika Praw Dziecka *Badania jakości życia, perspektywa dzieci i młodzieży* (RPD 2023) lub raport Renaty Szerzedzińskiej (2022) wyraźnie wskazują na pogarszający się stan zdrowia psychicznego. Jednak tematy te w podręcznikach szkolnych poruszane są bardzo rzadko. Brak ten może ograniczać możliwości uczniów w zakresie rozwijania świadomości i umiejętności związanych z tym obszarem. W dziedzinie edukacji zdrowotnej istnieje zatem pilna potrzeba zwiększenia miejsca poświęconego zdrowiu psychicznemu w programach nauczania oraz w podręcznikach szkolnych. Integracja treści dotyczących radzenia sobie ze stresem, rozwiązywania problemów emocjonalnych oraz promocji zdrowego funkcjonowania psychicznego może przyczynić się do poprawy ogólnego dobrostanu uczniów i wspierać ich w radzeniu sobie z wyzwaniami życia codziennego oraz z nauką w szkole. Bardzo rzadko są podejmowane również inne istotne społecznie tematy, takie jak klimat i zanieczyszczenia. Nasza analiza pokazuje, że treści zdrowotne powinny być lepiej dostosowane do rzeczywistych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży.

Uczniowie otrzymują bardzo wiele informacji dotyczących chorób oraz zagrożeń związanych z brakiem przestrzegania zaleceń dotyczących zdrowego stylu życia, takich jak właściwe odżywianie, regularna aktywność

fizyczna oraz ubiór dostosowany do warunków atmosferycznych. Równocześnie brakuje przestrzeni na grupową dyskusję i samodzielne szukanie rozwiązań mogących pojawić się problemów oraz ćwiczenie praktycznych umiejętności, takich jak przygotowanie prostych posiłków. Nie ma przykładów aktywności fizycznej wraz z instruktażem, nauki samobadania czy samokontroli. Uczniowie nie dowiadują się, jakie nawyki przyczyniają się do zachowania zdrowia przez długie lata.

Różnorodność sposobów prezentacji informacji zdrowotnych w podręcznikach szkolnych wynika zarówno z różnic w charakterze poszczególnych przedmiotów, jak i z uwzględnienia potrzeb i możliwości uczniów w różnych grupach wiekowych. Ta różnorodność ma kluczowe znaczenie dla skuteczności procesu nauczania o zdrowiu, jednak w większości analizowanych podręczników zdrowie było przedstawiane głównie w sposób informacyjny, z naciskiem na rzeczowe omówienie zagadnień zdrowotnych. Wyjątkiem pod tym względem były podręczniki dla uczniów najmłodszych (edukacja wczesnoszkolna, przyroda), w których częściej stosowano formy aktywizacji, takie jak gry symulacyjne, dyskusje oraz graficzne urozmaicenie tekstu, pozwalające łatwiej zainteresować i zaangażować dzieci. Autorzy podręczników powinni rozwijać różnorodne metody prezentacji informacji zdrowotnych, szczególnie w postaci angażujących form narracji, aby zachęcić uczniów do aktywnego udziału w procesie nauki. Dla sposobu prezentacji informacji kluczowy wydaje się wiek odbiorcy. Zróżnicowanie grup wiekowych uczniów wymaga dostosowania metod nauczania o zdrowiu. Podręczniki dla młodszych uczniów mogą wykorzystywać zabawne i interaktywne formy, takie jak rymowanki, gry symulacyjne czy kolorowe ilustracje, aby angażować ich uwagę i zachęcać do nauki poprzez doświadczenie. Z kolei podręczniki dla starszych uczniów mogą bardziej skupiać się na analizie przypadków, dyskusjach grupowych czy projektach badawczych, aby rozwijać ich umiejętność krytycznego myślenia i samodzielnego wnioskowania.

Krytyczne myślenie stanowi istotny aspekt kształtowania kompetencji zdrowotnych uczniów. Wiele podręczników zawiera propozycje aktywności, które mają na celu zachęcenie uczniów do formułowania pytań, eksplorowania różnych rozwiązań i analizowania zagadnień z różnych perspektyw. Jednak rozwój tych kompetencji wymaga dalszych działań, takich jak umieszczenie ćwiczeń promujących krytyczne myślenie w bardziej ekspozowanych częściach podręczników oraz zwiększenie interaktywności zajęć w ramach procesu nauczania. Autorzy podręczników powinni bardziej aktywnie angażować uczniów poprzez sugestie scenek, eksperymentów oraz kluczowe pytania, które stymulują krytyczne myślenie.

Podręczniki szkolne odgrywają istotną rolę w kształtowaniu kompetencji zdrowotnych uczniów szkół podstawowych. Analiza ich treści ujawnia kompleksowe podejście do edukacji zdrowotnej, jednakże istnieje pewne zróżnicowanie w skuteczności przekazu informacji. Choć uczniowie zdobywają wiedzę na temat zdrowego stylu życia i chorób, brakuje przestrzeni na praktyczne ćwiczenie umiejętności oraz dyskusję grupową. Istnieje także potrzeba większego uwzględnienia w procesie nauczania krytycznego myślenia. Analiza wskazuje, że aktualny system edukacji zdrowotnej w Polsce ma potencjał do wprowadzania korzystnych zmian w zdrowiu dzieci i młodzieży poprzez kształtowanie ich kompetencji zdrowotnych. Jednakże aby ten potencjał mógł zostać w pełni wykorzystany, konieczne jest dostosowanie programów nauczania oraz podręczników do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży. Ponadto istotne jest promowanie praktycznego wykorzystania zdobytej wiedzy i rozwijanie umiejętności związanych z wdrożeniem zdrowego stylu życia.

PODSUMOWANIE

- **Kompleksowość przekazywanej wiedzy:** Podręczniki szkolne w Polsce dostarczają uczniom wszechstronnej wiedzy na temat zdrowia, obejmującej przyczyny, przebieg i zapobieganie różnym chorobom. Jednakże sam komponent poznawczy nie wystarcza do skutecznego kształtowania zachowań prozdrowotnych.

- **Potrzeba praktycznych umiejętności:** Aby uczniowie mogli skutecznie przekładać zdobytą wiedzę na codzienne życie i wykorzystywać zdobyte umiejętności w środowisku rodzinnym, konieczne jest zwiększenie liczby proponowanych w podręcznikach ćwiczeń praktycznych i aktywności. Przykłady takich działań to przygotowanie zdrowych posiłków, instruktaż aktywności fizycznej oraz nauka samobadania.

- **Zróżnicowanie metod nauczania:** Podręczniki powinny uwzględniać różnorodne metody nauczania dostosowane do poszczególnych grup wiekowych. Młodszy uczniowie mogą być bardziej zaangażowani w interaktywne formy nauki, takie jak gry symulacyjne i rymowanki, podczas gdy starsi uczniowie mogą skorzystać z analiz przypadków i dyskusji grupowych.

- **Krytyczne myślenie:** Rozwój krytycznego myślenia jest kluczowym elementem kształtowania kompetencji zdrowotnych. Podręczniki powinny zawierać więcej promujących krytyczne myślenie ćwiczeń dopasowanych do możliwości rozwojowych uczniów, takich jak scenki, eksperymenty i kluczowe pytania, które stymulują analizę różnych perspek-

tyw i formułowanie argumentów za różnymi stanowiskami w ramach dyskusji.

- Zwiększenie uwagi skierowanej na zdrowie psychiczne: Tematy związane ze zdrowiem psychicznym są obecnie rzadko poruszane w podręcznikach szkolnych. Istnieje pilna potrzeba uwzględnienia w większym zakresie treści dotyczących radzenia sobie ze stresem oraz budowania relacji z rówieśnikami, rozwiązywania problemów emocjonalnych oraz promocji zdrowego funkcjonowania psychicznego.

- Dostosowanie do rzeczywistych problemów zdrowotnych: Treści zdrowotne w podręcznikach powinny być lepiej dostosowane do rzeczywistych problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży, takich jak sięganie po substancje psychoaktywne czy zmieniające się warunki środowiskowe, czyli zanieczyszczenie powietrza, zmiany klimatyczne, degradacja środowiska, mające bezpośredni wpływ na zdrowie dzieci i młodzieży. Zwiększenie reprezentacji tych tematów może pomóc uczniom w rozwijaniu świadomości i umiejętności związanych z tymi obszarami.

- Indywidualizacja nauczania o zdrowiu: Różnorodność sposobów prezentacji informacji zdrowotnych powinna uwzględniać potrzeby i możliwości uczniów w różnych grupach wiekowych. Kontynuowanie i rozwijanie takiego podejścia jest kluczowe dla skutecznego nauczania o zdrowiu.

BIBLIOGRAFIA

- Berkman Nancy, Sheridan Stacey, Donahue Katrina, Halpern David, Crotty Karen, 2011, *Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review*, „Annals of Internal Medicine”, t. 155(2), s. 97–107 (DOI: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005).
- Bröder Janine i in., 2017, *Health Literacy in Childhood and Youth: A Systematic Review of Definitions and Models*, „BMC Public Health”, t. 17: 361 (<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4267-y>).
- Buczak Agnieszka, 2016, *Edukacja zdrowotna w kształceniu językowym w świetle analizy podstawy programowej i podręczników do nauki języków obcych*, „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, t. 35, nr 3 (<http://dx.doi.org/10.17951/lrp.2016.35.3.241>).
- ESPAD Group, 2020, *ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, „EMCDDA Joint Publications”, Lisbon.
- Fijałkowska Anna, Oblacińska Anna, Korzycka Magdalena, 2019, *Zdrowie i styl życia polskich uczniów*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Fijałkowska Anna i in., 2022, *Zdrowie dzieci w pandemii COVID-19*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- Fleary Sasha, Joseph Patrece, Pappagianopoulos Jessica, 2018, *Adolescent Health Literacy and Health Behaviors: A Systematic Review*, „Journal of Adolescent”, t. 62, s. 116–127 (DOI: 10.1016/j.adolescence.2017.11.010).
- Gibbs Graham, 2011, *Analizowanie danych jakościowych*, tłum. Maja Brzozowska-Brywczyńska Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Loef Martin, Walach Harald, 2012, *The Combined Effects of Healthy Lifestyle Behaviors on All Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis*, „Preventive Medicine”, t. 55(3), s. 163–170 (<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.06.017>).
- Mayring Philipp, 2015, *Qualitative Content Analysis: Theoretical Background and Procedures*, w: Angelika Bikner-Ahsbahr, Christine Knipping, Norma Presmeg (red.), *Approaches to Qualitative Research in Mathematics Education*, Springer, Dordrecht, s. 365–380.
- Mazur Joanna, Dzielska Anna, Małkowska-Szkutnik Agnieszka, 2020, *Zdrowie i zachowania zdrowotne uczniów 17-letnich na tle zmian w drugiej dekadzie życia*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa.
- NIK, 2019, *Dostępność leczenia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019)*. Informacja o wynikach kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa (<https://www.nik.gov.pl/plik/id,22730,vp,25429.pdf> [dostęp: 28.09.2023]).
- Nsangi Allen i in., 2017, *Effects of the Informed Health Choices Primary School Intervention on the Ability of Children in Uganda to Assess the Reliability of Claims about Treatment Effects: A Cluster-Randomised Controlled Trial*, „The Lancet”, t. 390 (10092), s. 374–388 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31226-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31226-6)).
- Nutbeam Don, 1998, *Health Promotion Glossary*, World Health Organization, Geneva.
- Nutbeam Don, 2000, *Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies into the 21st Century*, „Health Promotion International”, t. 15(3), s. 259–267 (<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>).
- Paakkari Leena i in., 2020, *A Comparative Study on Adolescents' Health Literacy in Europe: Findings from the HBSC Study*, „International Journal Environmental Research Public Health”, t. 17(10), s. 3543 (<https://doi.org/10.3390/ijerph17103543>).
- Ratzan Scott, Parker Ruth, Selden C.R., Zorn Marcia, 2000, *Introduction*, w: C.R. Selden, Marcia Zorn, Scott Ratzan, Ruth Parker (red.), *National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*, National Institutes of Health, US Dept of HHS.
- RPD, 2023, *Badanie jakości życia dzieci i młodzieży, perspektywa dzieci (2021) i ich rodziców (2022)*, Rzecznik Praw Dziecka (<https://brpd.gov.pl/wp-content/uploads/2023/04/Za%C5%82%C4%85cznik-nr-4.-Raport-z-badania-jako%C5%9Bci-%C5%BCyca-dzieci-i-m%C5%82odzie%C5%BCy-pespektywa-dzieci-i-ich-rodzic%C3%B3w.-Obszar-samopoczucie-psychiczne.pdf> [dostęp: 28.09.2023]).
- Sałkowska Marta, Kociejko Magdalena, Szarota Magda, Greniuk Angelika, 2021, *Lista (nie)obecności. Niepełnosprawność w podręcznikach szkolnych*, Collegium Civitas, Warszawa.
- Sitek Michał (red.), 2019, *Program Międzynarodowej Oceny Umiejętności Uczniów. Wyniki badania PISA 2018 w Polsce*, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa (<https://pisa.ibe.edu.pl/wp-content/uploads/2019/12/raport-wyniki-badan-pisa-2018.pdf> [dostęp: 28.09.2023]).
- Sørensen Kristine i in., 2015, *Health Literacy in Europe: Comparative Results of the European Health Literacy Survey (HLS-EU)*, „European Journal of Public Health”, t. 25(6), s. 1053–1058 (<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>).
- Syrek Ewa, 2022, *Kryzys kompetencji zdrowotnych w społeczeństwie i jego konsekwencje dla zdrowia publicznego*, „Studia Edukacyjne”, nr 65, s. 21–34.
- Szerzedzińska Renata, 2022, *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*, w: Monika Sajkowska, Renata Szerzedzińska (red.), *Dzieci się liczą 2022. Raport o zagrożeniach bezpieczeństwa i rozwoju dzieci w Polsce*, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, s. 136–157.

- Teleon Adela, Włoszczak-Szubda Anna, 2019, *Mental Health of Children and Adolescents in Poland and Role of the Family*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, t. 25(1), s. 6–11 (<https://doi.org/10.26444/monz/103096>).
- WHO, 2021, *Health Literacy in the Context of Health, Well-Being and Learning Outcomes — the Case of Children and Adolescents in Schools: Concept Paper*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344901/WHO-EURO-2021-2846-42604-59268-eng.pdf?isAllowed=y&sequence=1> [dostęp: 28.09.2023]).
- Woynarowska Barbara, 2007, *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Woynarowska Barbara, 2014, *Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole. Poradnik dla dyrektorów i nauczycieli szkół podstawowych*, Wydawnictwo Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa.



- MEiN, 2013, *Edukacja zdrowotna w podstawie programowej*, Ministerstwo Edukacji i Nauki (<https://www.gov.pl/web/edukacja/edukacja-zdrowotna> [dostęp: 28.09.2023]).

Załącznik ANALIZOWANE PODRĘCZNIKI

Edukacja wczesnoszkolna

1. K. Preibisz-Wala, E. Schumacher, I. Zarzycka, J. Hanisz, *Szkolni przyjaciele. Edukacja wczesnoszkolna w klasie 1*. Warszawa, WSiP 2017.
2. E. Schumacher, I. Zarzycka, K. Preibisz-Wala, J. Hanisz, *Szkolni przyjaciele. Edukacja wczesnoszkolna w klasie 2*. Warszawa, WSiP 2018.
3. E. Schumacher, I. Zarzycka, K. Preibisz-Wala, J. Hanisz, *Szkolni przyjaciele. Edukacja wczesnoszkolna w klasie 3*. Warszawa, WSiP 2019.
4. B. Stępień, E. Hryszkiewicz, J. Winiecka-Nowak, *Elementarz odkrywców — podręcznik do szkoły podstawowej. Klasa 1*. Warszawa, Nowa Era 2017.
5. B. Stępień, E. Hryszkiewicz, J. Winiecka-Nowak, *Elementarz odkrywców — podręcznik do szkoły podstawowej. Klasa 2*. Warszawa, Nowa Era 2018.
6. B. Stępień, E. Hryszkiewicz, J. Winiecka-Nowak, *Elementarz odkrywców — podręcznik do szkoły podstawowej. Klasa 3*. Warszawa, Nowa Era 2019.
7. M. Rożyńska, A. Szwejkowska-Kulpa, *Uczymy się z Bratkiem*. Kielce, Operon 2017.
8. M. Rożyńska, G. Tamas, K. Sabbo, *Uczymy się z Bratkiem*. Kielce, Operon 2018.
9. M. Rożyńska, G. Tamas, *Uczymy się z Bratkiem*. Kielce, Operon 2019.
10. K. Mucha, A. Stalmach-Tkacz, J. Wosianek, *Oto Ja. Klasa 1*. Kielce, MAC 2017.
11. K. Mucha, A. Stalmach-Tkacz, J. Wosianek, *Oto Ja. Klasa 2*. Kielce, MAC 2018.
12. K. Mucha, A. Stalmach-Tkacz, J. Wosianek, *Oto Ja. Klasa 3*. Kielce, MAC 2019.

Przyroda

1. E. Gromek, E. Kłós, W. Kofta, E. Laskowska, A. Melson, *Przyroda. Podręcznik. Szkoła podstawowa. Klasa 4*. Warszawa, WSiP 2017.

2. I. Żeber-Dzikowska, B. Wójtowicz, M. Kosacka, *Przyroda. Podręcznik dla klasy czwartej szkoły podstawowej*. Kielce, MAC 2017.
3. M. Augustowska, E. Bytniewska-Rozwód, M. Gajewska, M. Karwowska, *Przyroda. Podręcznik dla szkoły podstawowej*. Gdynia, Operon 2017.
4. M. Marko-Worłowska, F. Szlajfer, J. Stawarz, *Tajemnice przyrody. Podręcznik do przyrody dla klasy czwartej szkoły podstawowej. Nowa edycja 2020–2022*. Warszawa, Nowa Era 2019.

Biologia

1. E. Jastrzębska, E. Kłos, W. Kofta, E. Pyłka-Gutowska, *Biologia. Podręcznik. Szkoła podstawowa. Klasa 5*. Warszawa, WSiP 2018.
2. E. Jastrzębska, E. Kłos, W. Kofta, E. Pyłka-Gutowska, *Biologia. Podręcznik. Szkoła podstawowa. Klasa 6*. Warszawa, WSiP 2019.
3. E. Jastrzębska, E. Kłos, W. Kofta, A. Michalik, E. Pyłka-Gutowska, *Biologia. Podręcznik. Szkoła podstawowa. Klasa 7*. Warszawa, WSiP 2017.
4. E. Jastrzębska, E. Kłos, W. Kofta, E. Pyłka-Gutowska, *Biologia. Podręcznik. Szkoła podstawowa. Klasa 8*. Warszawa, WSiP 2018.
5. K. Archacka, W. Grajkowski, I. Żeber-Dzikowska, *Biologia 5. Podręcznik dla klasy piątej szkoły podstawowej*. Kielce, MAC 2018.
6. K. Archacka, M. Kosacka, M. Markowska, I. Żeber-Dzikowska, *Biologia 6. Podręcznik dla klasy szóstej szkoły podstawowej*. Kielce, MAC 2019.
7. K. Archacka, M. Markowska, G. Skirmuntt, I. Żeber-Dzikowska, *Biologia 7. Podręcznik dla klasy siódmej szkoły podstawowej*. Kielce, MAC 2020.
8. K. Archacka, M. Markowska, G. Skirmuntt, I. Żeber-Dzikowska, *Biologia 8. Podręcznik dla klasy ósmej szkoły podstawowej*. Kielce, MAC 2021.
9. E. Wierbiłowicz, J. Loritz-Dobrowolska, Z. Sendecka, *Biologia 7. Podręcznik dla szkoły podstawowej*. Gdynia, Operon 2017.
10. M. Sęktas, J. Stawarz, *Puls życia. Podręcznik do biologii dla klasy piątej szkoły podstawowej*. Warszawa, Nowa Era 2018.
11. J. Stawarz, *Puls życia. Podręcznik do biologii dla klasy szóstej szkoły podstawowej*. Warszawa, Nowa Era 2019.
12. M. Jefimow, *Puls życia. Podręcznik do biologii dla klasy siódmej szkoły podstawowej*. Warszawa, Nowa Era 2017.
13. B. Sągin, A. Boczarowski, M. Sęktas, *Puls życia. Podręcznik do biologii dla klasy ósmej szkoły podstawowej*. Warszawa, Nowa Era 2021.

Edukacja dla bezpieczeństwa

1. D. Piasecki, *Edukacja dla bezpieczeństwa. Podręcznik dla klasy ósmej szkoły podstawowej*. Kielce, MAC 2021.
2. B. Boniek, A. Kruczyński, *Edukacja dla bezpieczeństwa. Podręcznik dla szkoły podstawowej*. Gdynia, Operon 2018.
3. B. Breitkopf, D. Czyżow, *Edukacja dla bezpieczeństwa. Podręcznik. Szkoła podstawowa. Klasa 8*. Warszawa, WSiP 2017.
4. J. Słoma, *Żyję i działam bezpiecznie*. Warszawa, Nowa Era 2018.

Wiedza o społeczeństwie

1. K.A. Wojtaszczyk, J. Itrich-Drabarek, I. Malinowska, E. Marciniak, T. Słomka, E. Stasiak-Jazukiewicz, J. Szczepański, P. Tosiek, J. Wojnicki, *Wiedza o społeczeństwie. Podręcznik dla klasy ósmej szkoły podstawowej*. Kielce, MAC 2021.
2. E. Dobrzycka, K. Makara, T. Maćkowski, *Wiedza o społeczeństwie 8. Podręcznik dla szkoły podstawowej*. Gdynia, Operon 2018.
3. P. Krzesicki, P. Kur, M. Poręba, *Wiedza o społeczeństwie. Podręcznik. Szkoła podstawowa. Klasa 8*. Warszawa, WSiP 2018.
4. I. Janicka, A. Janicki, A. Kucia-Maćkowska, T. Maćkowski, *Dziś i jutro. Podręcznik do wiedzy o społeczeństwie dla szkoły podstawowej*. Warszawa, Nowa Era 2021.

Technika

1. M. Czuj, *Technika. Podręcznik dla klasy czwartej szkoły podstawowej*. Kielce, MAC 2017.
2. M. Czuj, *Technika. Podręcznik dla klasy piątej szkoły podstawowej*. Kielce, MAC 2018.
3. M. Czuj, *Technika. Podręcznik dla klasy szóstej szkoły podstawowej*. Kielce, MAC 2019.
4. K. Orzeł, B. Turska-Paprzycka, *Technika 4. Podręcznik dla szkoły podstawowej*. Gdynia, Operon 2017.
5. U. Białka, *Technika 4–6. Część techniczna 1. Podręcznik dla szkoły podstawowej*. Gdynia, Operon 2017.
6. U. Białka, *Technika 4–6. Część techniczna 2. Podręcznik dla szkoły podstawowej*. Gdynia, Operon 2018.
7. U. Białka, J. Chrabąszcz, *Technika 4–6. Część komunikacyjna. Podręcznik dla szkoły podstawowej*. Gdynia, Operon 2017.

Chemia

1. D. Łasiński, Ł. Sporny, D. Strutyńska, P. Wróblewski, *Chemia 7*. Kielce, MAC 2019.
2. D. Łasiński, Ł. Sporny, D. Strutyńska, P. Wróblewski, *Chemia 8*. Kielce, MAC 2021.
3. M.B. Szczepaniak, B. Kupczyk, W. Nowak, *Chemia 7. Podręcznik dla szkoły podstawowej*. Gdynia, Operon 2017.
4. J. Kulawik, T. Kulawik, M. Litwin, *Chemia Nowej Ery 7. Podręcznik do chemii dla klasy siódmej szkoły podstawowej*. Warszawa, Nowa Era.
5. J. Kulawik, T. Kulawik, M. Litwin, *Chemia Nowej Ery 8. Podręcznik do chemii dla klasy ósmej szkoły podstawowej*. Warszawa, Nowa Era 2020.

Wychowanie do życia w rodzinie

1. T. Król (red.), *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 4 szkoły podstawowej*. Kraków, RUBIKON 2017.
2. M. Guziak-Nowak, T. Król, G. Węglarczyk, *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 5 szkoły podstawowej*. Kraków, RUBIKON 2018.
3. M. Guziak-Nowak, T. Król, *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 6 szkoły podstawowej*. Kraków, RUBIKON 2019.
4. T. Król, *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 7 szkoły podstawowej*. Kraków, RUBIKON 2017.

5. M. Guziak-Nowak, T. Król, G. Węglarczyk, *Wędrując ku dorosłości. Wychowanie do życia w rodzinie dla uczniów klasy 8 szkoły podstawowej*. Kraków, RUBIKON 2018.

Język angielski

1. S. Banman Sileci, P. Jackson, *Shine On! Klasa I*. Oxford University Press 2020.
2. H. Casey, *Shine On! Klasa I*. Oxford University Press 2020.
3. S. Banman Sileci, P. Jackson, *Shine On! Klasa III*. Oxford University Press 2021.
4. C. Read, A. Soberon, A. Parr-Modrzejewska, *Bugs Team 1*. London, Macmillan 2017.
5. C. Read, A. Soberon, A. Parr-Modrzejewska, *Bugs Team 2*. London, Macmillan 2018.
6. M. Kondro, E. Papiol, M. Toth, *Bugs Team 1*. London, Macmillan 2018.
7. C. Read, M. Ormerod, M. Kondro, *Tiger&Friends 1*. London, Macmillan 2019.
8. C. Read, M. Ormerod, M. Kondro, *Tiger&Friends 2*. London, Macmillan 2020.
9. C. Read, M. Ormerod, M. Kondro, *Tiger&Friends 3*. London, Macmillan 2020.
10. N. Beare, *Brainy 4*. London, Macmillan 2017.
11. N. Beare, *Brainy 5*. London, Macmillan 2018.
12. N. Beare, *Brainy 6*. London, Macmillan 2019.
13. C. McBeth, *Brainy 7*. London, Macmillan 2020.
14. N. Beare, *Brainy 8*. London, Macmillan 2021.
15. S. Philips, D. Anyakwo, *Link dla klasy 4*. Oxford University Press Polska 2020.
16. S. Philips, J. Finnis, *Link dla klasy 5*. Oxford University Press Polska 2021.
17. D. Pye, J. Finnis, *Link dla klasy 7*. Oxford University Press Polska 2020.
18. P. Kelly, T. Payman, *Link dla klasy 8*. Oxford University Press Polska 2021.
19. S. Zervas, C. Bright, A. Tkacz, *English Class A1*. Pearson 2017.
20. S. Zervas, C. Bright, A. Tkacz, *English Class A2*. Pearson 2019.
21. B. Hastings, S. McKinlay, A. Tkacz, *English Class A2+*. Pearson 2017.

ANALYSIS OF SCHOOL TEXTBOOKS IN POLAND FROM 2017 TO 2022: A CRITICAL VIEW OF HEALTH-RELATED CONTENT

Aleksandra Piąt-Kobla, Maria Świątkiewicz-Mośny, Magdalena Ślusarczyk,
Anna Prokop-Dorner, Natalia Ożegalska-Łukasik, Aleksandra Potysz-Rzyman,
Marianna Zarychta, Małgorzata M. Bała
(Jagiellonian University Medical College)

Abstract

Beliefs and health literacy are developed throughout the process of socialisation across one's life. In order to make informed health choices, and as a result achieve wellbeing, health education is a priority. The study examines the process of developing health literacy and critical thinking about health among primary school students through the content of school textbooks. It focuses on the official curriculum — the core curriculum and textbooks approved by the Ministry of Education and Science for teaching primary school pupils. The findings show that although health education is an important part of the curriculum, there is insufficient room for practical exercises and group discussion. Greater emphasis

on critical thinking in the teaching process is also needed. The analysis indicates that the current health education system in Poland has the potential to improve the health of children and adolescents by developing their health literacy. However, curricula and textbooks need to be adjusted to the real health needs of children and adolescents.

key words: health literacy, health education, elementary schools, critical thinking

słowa kluczowe: kompetencje zdrowotne, edukacja zdrowotna, szkoły podstawowe, krytyczne myślenie

ARTYKUŁY I ROZPRAWY

MAGDALENA WIECZORKOWSKA

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

NEGATYWNY WPŁYW ZAANGAŻOWANIA
W DZIAŁANIA POMOCOWE NA DOBROSTAN WOŁONTARIUSZY
NA PRZYKŁADZIE WOŁONTARIATU DLA OBYWATELI UKRAINY

WPROWADZENIE

Gdy 24 lutego 2022 r. wybuchła pełnoskalowa wojna w Ukrainie, Polska stała się głównym krajem ucieczki dla obywaterek i obywateli tego państwa. Od tego dnia granicę polsko-ukraińską przekroczyło ponad 18,8 mln osób, głównie kobiet i dzieci — jak podają dane Straży Granicznej z 8 lutego 2024 r. (Ilu... 2024). W pierwszych tygodniach wojny było to od kilkunastu do kilkudziesięciu tysięcy osób dziennie. Po raz pierwszy kraj zmierzył się z taką skalą napływu cudzoziemców. Na poziomie administracyjnym polski rząd wprowadził szereg formalnych rozwiązań — 12 marca 2022 r. Sejm Rzeczypospolitej Polskiej przyjął *Ustawę o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa*. Dzięki niej obywatele Ukrainy uzyskali możliwość nadania im numeru PESEL (co pozwalało na dostęp do świadczeń medycznych, socjalnych, edukacyjnych, podjęcie pracy, założenie działalności gospodarczej, uzyskanie statusu bezrobotnego / poszukującego pracy). Dzieci i młodzież uzyskały możliwość edukacji w polskim systemie szkolnictwa. Polacy, którzy przyjęli obywateli Ukrainy pod swój dach, mogli otrzymywać wsparcie finansowe związane z ponoszonymi kosztami utrzymania gości. Od 14 marca 2022 r. (czyli

od dnia obowiązywania ustawy) do 8 kwietnia 2024 r. zarejestrowano ponad 1775 tys. wniosków o nadanie statusu cudzoziemca UKR w związku z konfliktem w Ukrainie (dane portalu gov.pl).

Reakcja rządu polskiego na napływ osób uchodźczych — określana jako „polska strategia” (Firlit-Fesnak 2023) — opierała się na: otwartości wobec każdego, kto ucieka przed wojną w Ukrainie, współdziałaniu instytucji publicznych, sektora non-profit, podmiotów gospodarczych oraz obywateli, działaniach inkluzywnych mających na celu adaptację osób uchodźczych do życia w Polsce oraz na zaniechaniu ich relokacji do krajów Unii Europejskiej (odbywała się ona w kraju jako efekt nasycenia niektórych obszarów i braku możliwości zapewnienia schronienia czy pracy).

Tymi, którzy zareagowali niemal natychmiast, byli zwykli obywatele i obywatelki Polski. Organizując pomoc oddolną, pokazali ogromny potencjał i sprawczość w obliczu grożącego Polsce kryzysu humanitarnego. Najczęstsze formy wsparcia polegały na pomocy finansowej, rzeczowej, wolontariacie w punktach informacyjnych, recepcyjnych, na granicy, na dworcach, przyjmowaniu osób uchodźczych pod swój dach, usługach transportowych, pomocy w tłumaczeniu, załatwieniu mieszkania, pracy, formalności. Warto zauważyć, iż ten społeczny zryw pojawił się w trakcie trwania pandemii, podczas której działalność wolontariuszy — czy szerzej „pomagaczy”, jak określają ich Paweł Kuczyński, Małgorzata Latecka i Irmina Szczepaniak (2023) — była ogromnym wsparciem dla instytucjonalnych rozwiązań na szczeblu krajowym i lokalnym. Skala „ukraińskiej fali” wsparcia była jednak zdecydowanie większa niż w przypadku wolontariatu „covidowego” i pokazała ogromny potencjał pomocowy polskiego społeczeństwa.

Dotychczas zrealizowano wiele badań poświęconych przyczynom i motywom zaangażowania rodaków w pomoc Ukrainie, jej formom, postrzeganiu obywateli Ukrainy, a także samym wspierającym (Feliksiak 2022; Szlachetna Paczka 2022; Kalinowska, Krakowska, Sałkowska 2023; Kuczyński, Latecka, Szczepaniak 2023; Kubiciel-Lodzińska, Kownacka 2023; Firlit-Fesnak 2023; Matuszewski, Bieliński 2023; Jasiński 2023; Scovil 2023; Jarosz, Klaus 2023). Większość z nich wskazuje — w sposób bezpośredni lub pośredni — na korzyści płynące z zaangażowania w tego typu działalność nie tylko dla wspieranych, ale także dla ogółu społeczeństwa i samych wolontariuszy. Z informacji prasowych (np. Krzyczkowski 2023; Bieleniuk 2023) oraz z osobistych doświadczeń wynika jednak, że zaangażowanie w działania pomocowe może być dla wolontariusza wyczerpujące fizycznie oraz psychicznie. Wolontariusze doświadczali zmęczenia, przytłoczenia, pustki i wypalenia. Chaos organizacyjny, bariera językowa i kulturowa, ob-

cowanie z ofiarami wojny oraz praca fizyczna wpływały negatywnie na ich zdrowie fizyczne i psychiczne. To skłoniło mnie do poszukiwania badań na temat skutków wolontariatu ukraińskiego oraz teorii wyjaśniających negatywne konsekwencje dla wolontariuszy. Koncepcja kosztów psychologicznych Zofii Ratajczak (1998) mówi, że każda działalność człowieka wiąże się z kosztami: fizjologicznymi, ekonomicznymi, społecznymi i psychologicznymi. Koszty psychologiczne mogą wynikać bezpośrednio z podejmowanej działalności lub pośrednio z innych kosztów. Wolontariat również wiąże się z tymi kosztami.

Głównym celem artykułu jest wykazanie, że zaangażowanie w wolontariat — poza oczywistymi korzyściami społecznymi (dla obywaterek i obywateli Ukrainy, dla samych wolontariuszy i ogółu społeczeństwa) — może też wywoływać negatywne konsekwencje u osób podejmujących działania pomocowe. Celem pośrednim jest zaakcentowanie braku badań poświęconych kosztom psychologicznym i zdrowotnym związanych z aktywnością wolontariacką, nie tylko w kontekście wolontariatu ukraińskiego. W konsekwencji czego do zdrowia fizycznego i psychicznego pomagających przywiązuje się niewielką wagę i brakuje w tym zakresie systemowego wsparcia, co może być przyczyną ograniczonego zaangażowania Polaków w wolontariat, a także odchodzenia od wolontariatu tych, którzy byli weń zaangażowani.

Artykuł ma charakter poglądowy i opiera się na analizie literatury oraz dostępnych badań. Zawiera próbę odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Jak sytuacja pełnoskalowej wojny w Ukrainie wpływa na osoby świadczące działalność pomocową?
- Jaką specyfiką odznacza się wolontariat ukraiński?
- Na co narażeni są wolontariusze wspierający obywateli Ukrainy?
- Czy w badaniach wolontariuszy uwzględnia się pytania dotyczące negatywnych skutków zaangażowania w wolontariat wśród osób świadczących pomoc?

Pojęcie „wolontariat ukraiński” jest konstruktem stosowanym w artykule w rozumieniu działań pomocowych dla Ukraińców i Ukrainy po 24 lutego 2022 r., obejmujących zarówno formalny wolontariat regulowany *Ustawą o działalności pożytku publicznego i wolontariacie*, jak i wolontariat nieformalny, dobrowolny (Plagnol, Huppert 2010). Wolontariat to „dobrowolna, świadoma, bezpłatna działalność na rzecz innych, wykraczająca poza więzi rodzinno-przyjacielskie” (MPPS 2011). W praktyce obejmuje on różnorodne dziedziny życia społecznego, takie jak pomoc zwierzętom, dbanie o środowisko oraz wzmacnianie norm grupowych. Wolontariat za-

spokają różnorodne potrzeby jednostkowe i społeczne, wzmacnia spójność społeczną i stanowi formę aktywności społecznej i obywatelskiej. Pomoc dla ukraińskich uchodźców i ludności w kraju po wybuchu wojny spełnia kryteria wolontariatu, choć ma unikalny charakter ze względu na skalę i organizację. Paweł Kuczyński, Małgorzata Latecka i Irmina Szczepaniak (2023) nazywają tę społeczną mobilizację „niecodziennością”.

WOJNA JAKO KATASTROFA

Agresja militarna jako zjawisko masowe, gwałtowne i destrukcyjne może być traktowana jak katastrofa. Jego model — oparty na pracach, które przedstawił Suresh Bada Math — składa się z sześciu faz emocjonalnej, psychicznej i behawioralnej reakcji na katastrofę (zob. Szykuła-Piec, Grabowska-Lepczak, Duralski 2023). Dotyczy on osób bezpośrednio dotkniętych katastrofą, ale w przypadku wojny w Ukrainie bliskość geograficzna powoduje, iż odnosi się też do Polaków, którym towarzyszyły podobne emocje. Ponadto model jest dobrym narzędziem podczas planowania pomocy świadczonej osobom uchodźczym. Faza pierwsza poprzedza wybuch wojny i towarzyszą jej strach, niepewność, bezradność i lęk o przyszłość. Druga faza, ataku/wybuchu, charakteryzuje się silnymi emocjami, głównie lękiem. Trzecia faza to chaos, straty, rozpacz i potrzeba zaspokojenia podstawowych potrzeb. W czwartej fazie pojawia się organizacja, wzmożone akcje charytatywne i wolontariackie. Piąta faza, od kilku miesięcy do kilku lat po wybuchu, to rozczarowanie, złość i zmęczenie pomocą, zanik poczucia wspólnoty. Ostatnia faza, kilka lat po wybuchu, to długoterminowa odbudowa. Przy odpowiednich zasobach stres się minimalizuje, społeczeństwo staje się wspólnotą; przy ich braku wzrasta ryzyko PTSD (zespół stresu pourazowego) i innych zaburzeń oraz pojawiają się zachowania dysfunkcyjne.

WOJNA JAKO KRYZYS

Z punktu widzenia psychologii wojna jest kryzysem psychologicznym, gdyż jest to zdarzenie nagłe, nowe i wymaga wypracowania nowych sposobów radzenia sobie (Zabłocka-Żytka, Lavdas 2023). Dla osób doświadczających jej bezpośrednio, a także dla jej świadków, wojna wiąże się z kryzysem moralnym, humanitarnym, ekonomicznym, migracyjnym czy zdrowotnym. Lidia Zabłocka-Żytka i Michalis Lavdas wymieniają następujące czynniki pogłębiające te kryzysy:

- migranci wymagają wsparcia ze strony kraju przyjmującego;

- mogą być samotni / osamotnieni, co pogłębia ich stres i pogarsza zdrowie psychiczne;
- doświadczana przez kobiety i dzieci przemoc seksualna wymaga wykwalifikowanej pomocy, ochrony dla ofiar oraz ukarania winnych;
- przemoc fizyczna, psychiczna, ekonomiczna wymagają wsparcia oraz edukacji;
- handel ludźmi i organami wymaga odpowiednich zabezpieczeń międzynarodowych.

W związku z tym wspomniani wyżej autorzy w odniesieniu do wolontariatu ukraińskiego proponują — opierając się na modelu IASC (Inter Agency Standing Committee) — cztery poziomy wsparcia osób uchodźczych i świadczących pomoc. Na poziomie pierwszym należy zadbać o bezpieczne i przyjazne relacje społeczne. Drugi obejmuje wsparcie rodzin i innych grup społecznych. Poza konkretnymi działaniami skierowanymi do społeczności ukraińskiej autorzy rekomendują także wsparcie dla pracowników organizacji pozarządowych i wolontariuszy poprzez szkolenia z zakresu radzenia sobie z własnymi emocjami, szczególnie z napięciem i przeżyciami związanymi ze wsparciem uchodźców. Na poziomie trzecim postulują indywidualne prowadzone w zależności od potrzeb wsparcie przez specjalistów w swoich dziedzinach (prawnicy, nauczyciele, lekarze), a czwarty poziom opiera się na specjalistycznej pomocy psychoterapeutycznej. Zatem wsparcie podczas kryzysu adresowane powinno być także do organizacji oraz osób wspierających osoby uchodźcze.

ZMĘCZENIE WSPÓŁCZUCIEM, WYPALENIE, WTÓRNY STRES TRAUMATYCZNY I ZASTĘPCZA TRAUMATYZACJA

Koncepcje opisujące negatywne skutki wspierania osób doświadczających traumy wyjaśniają emocje i uczucia wolontariuszy oraz skutki obcowania z traumą innych. Koncepcja zmęczenia współczuciem opisuje obniżoną zdolność do empatii i słabnące zainteresowanie drugą osobą, doświadczającą traumy, co manifestuje się w zachowaniach i emocjach (Joinson 1992; Cieślak i in. 2014; Ormiston, Nygaard, Apgar 2022). Zjawisko to jest uwarunkowane relacją między dawcą a biorcą pomocy (Sabo 2011). Wiedza o traumie biorcy wywołuje reakcję wspierającą, przy czym zdolność do empatii i zaangażowania są kluczowe. Czynnikiem zwiększającym ryzyko zmęczenia współczuciem jest skłonność do poświęcania się, przedkładanie dobra innych nad dobro własne (Sabo 2011). Wolontariusze często angażują się kosztem pracy, rodziny czy zdrowia. Zmęczenie współczuciem może być efektem **wypalenia**, które pojawia się przy dłu-

gotrwałym zaangażowaniu w trudne emocjonalnie sytuacje (Moreno-Jimenez, Villodres 2010). Dotyczy to zawodów związanych z pomocą innym (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001). Gdy wolontariusz styka się z cierpieniem i bólem, rośnie ryzyko wypalenia (Szymankiewicz 2013), co często prowadzi do porzucenia działalności (Moreno-Jimenez, Villodres 2010).

Wtórny stres traumatyczny jest naturalnym skutkiem pomagania osobie, która doświadczyła traumy lub/i cierpienia. Osoba niosąca pomoc doświadcza negatywnych emocji na skutek obcowania z kimś, kto bezpośrednio doświadczył traumy, nie zaś na skutek osobistego przeżycia traumy (Figley 1995; Cieślak i in. 2014; Ormiston, Nygaard, Apgar 2022). Konsekwencją wtórnego stresu traumatycznego powstającego pod wpływem kontaktów z osobami doświadczającymi traumy może być zastępcza traumatyzacja polegająca na odczuwaniu takich objawów jak natręctwa, pobudzenie czy unikanie (Ormiston, Nygaard, Apgar 2022; Branson 2019).

Warto w tym miejscu przywołać także pojęcie pracy emocjonalnej (Hochschild 2009). Dotyczy ona zarządzania emocjami podczas interakcji i polega na monitorowaniu oraz modulowaniu emocji zarówno swoich, jak i partnerów interakcji, w zależności od potrzeb — przez stymulowanie ich lub wyciszanie. W sytuacjach, w których praca wolontariusza wywołuje silne emocje po obu stronach — a do takich niewątpliwie należy wolontariat ukraiński — praca emocjonalna wykonywana przez osobę wspierającą jest ogromna.

CHARAKTERYSTYKA WOLONTARIATU UKRAIŃSKIEGO, JEGO SPECYFIKA

W pierwszych tygodniach wojny w Ukrainie działania pomocowe były spontaniczne i niezorganizowane. Wielu wolontariuszy miało bezpośrednią styczność z osobami uchodźczymi, których stan fizyczny i psychiczny był zróżnicowany, a bariera językowa utrudniała efektywną pomoc. Wiele zadań wymagało wysiłku fizycznego, a wszystko działo się w trakcie pandemii. Każdy z tych elementów był źródłem stresu dla niosących pomoc, a wielu wolontariuszy doświadczało skumulowanego efektu. Angażując się w działania pomocowe, pełnili oni jednocześnie swoje dotychczasowe role. Wielu „pomagaczy” korzystało z własnych zasobów finansowych i rzeczowych, świadcząc usługi gastronomiczne, transportowe, translatorskie czy udzielając schronienia. Mirosław Górecki (2013) wskazuje na negatywne skutki pracy wolontariusza: wysiłek fizyczny, wyczerpanie psychiczne, ograniczenia czasowe, utrata zasobów finansowych lub materialnych, zagrożenie fizyczne oraz negatywne reakcje emocjonalne, przy czym

są oni narażeni na koszty społeczne, fizjologiczne i psychologiczne, co może negatywnie wpływać na samopoczucie.

Skala pomocy

Jak pokazują badania, wybuch pełnoskalowej wojny w Ukrainie spowodował masowy zryw dobroczynności. Według różnych badań skala pomocy w pierwszych tygodniach wahała się od 73,5% (Chalimonik 2022) przez 70,2% (GUS 2022), 63% (Feliksiak 2022) do 56% wśród ogółu dorosłych Polaków (Szlachetna Paczka 2022). W kategoriach przywołanej powyżej koncepcji wojny jako katastrofy (Szykuła-Piec, Grabowska-Lepczak, Duralski 2023) ten zryw — określony przez Sariana Jarosza i Witolda Klauza (2023) jako polska szkoła pomagania — objął fazę trzecią i czwartą. W początkowej fazie dominowała doraźność. Oferowana pomoc była chaotyczna jako przede wszystkim odpowiedź na masowy napływ ludności ukraińskiej. Po kilku tygodniach działania stały się bardziej zorganizowane, wyspecjalizowane i skoordynowane. W tym czasie organizacje świadczące pomoc zaczęły apelować o rozsądne i umiejętne gospodarowanie własnym kapitałem oraz własnymi siłami. W chwili obecnej (piąta faza), świadczone są różnorodne formy pomocy długoterminowej. Część wsparcia ma charakter sformalizowany i opiera się na ustawach i rozporządzeniach (por. Firlit-Fesnak 2023). Wciąż działa wiele organizacji i stowarzyszeń, które prowadzą systematyczne zbiórki rzeczowe i pieniężne, jednak na przestrzeni dwóch lat charakter świadczonej pomocy uległ zmianie. Wiele obecnych działań ma na celu asymilację osób przybyłych do Polski — organizowane są polsko-ukraińskie wydarzenia kulturalne, warsztaty; osoby z Ukrainy otwierają swoje sklepy, punkty usługowe, podejmują stałą pracę. Wciąż dostarczana jest także pomoc bezpośrednio do Ukrainy.

Zdecydowanie zmniejszyło się jednak w tej fazie zaangażowanie Polek i Polaków we wsparcie. Z cyklicznych badań CBOS wynika, że początkowe wsparcie na poziomie 63% w kwietniu 2022 roku w listopadzie 2023 roku spadło do 33% (Scovil 2023). Może to mieć związek z faktem, iż wypracowane na poziomie krajowym formy wsparcia Polacy uznają za wystarczające. W badaniu z września 2022 roku (Scovil 2022) odsetek osób deklarujących, że pomoc udzielana przez nasz kraj Ukrainie jest wystarczająca, wyniósł 61% (spadek o 6 punktów procentowych w stosunku do kwietnia 2022 roku), a twierdzących, że jest ona zbyt duża — 30% (wzrost o 12 punktów). Podobnie w badaniu Szlachetnej Paczki z maja 2022 roku liczba osób deklarujących, że będą pomagać więcej niż w mar-

cu tego roku zmalała z 9% do 4%. Osób deklarujących taki sam poziom zaangażowania także ubyło — z 78% do 65%. Wzrosła przy tym liczba deklarujących mniejszą pomoc niż w fazie początkowej (z 11% do 24%). Przyczyną może być omówione wcześniej zmęczenie współczuciem. Zaangażowanie w pomoc osobom, które doświadczyły traumy, jest dużym obciążeniem psychicznym. Wolontariusze byli narażeni na obcowanie z traumą uchodźców, którzy utracili bliskich, dorobek życia, zostali zmuszeni do opuszczenia domu, byli bezpośrednimi ofiarami rosyjskiej agresji. Trauma osób uchodźczych w konfrontacji z empatią wolontariuszy mogła u tych drugich wywołać spadek nastroju, spadek zainteresowania i poczucie, że nie podołają. Obcowanie z traumą mogło wywołać u nich także wtórny stres traumatyczny. W trosce o własny dobrostan część wolontariuszy mogła wycofać się z działania, co byłoby formą reakcji obronnej. Z przeglądu badań wśród wolontariuszy pracujących przy telefonie zaufania dla osób w kryzysie psychicznym wynika, że są oni narażeni na wypalenie, zastępczą traumatyzację, zaburzenia psychologiczne, dystres, a także uczucia irytacji i frustracji (Willems i in. 2020). Ten sam zespół przeprowadził własne badania w tej grupie wolontariuszy, które potwierdziły, że doświadczają oni negatywnego wpływu ich działalności na zdrowie psychiczne. Wśród negatywnych odczuć pojawiały się: irytacja, frustracja, poczucie bezsilności, smutek, poczucie winy i wstydu, lęk dotyczący własnych kompetencji, a także niepewność co do rezultatu udzielonego wsparcia.

Bliższe przyjrzenie się specyfice i formom świadczonej pomocy pomoże w lepszym zrozumieniu negatywnych emocji i odczuć, jakie mogły towarzyszyć wolontariuszom.

Formy pomocy

Działalność wolontariacka jest zróżnicowana, a w literaturze występują różne sposoby jej podziału, uwzględniające wiele kryteriów (Jurczak 2011; Leszczyński 2012; Barańska 2016; Kowalska 2021; Górecki 2013). Różnorodność form i rodzajów wolontariatu wynika ze zróżnicowania potrzeb, jakie ta działalność zaspokaja, i uwarunkowania jej czynnikami społecznymi, politycznymi, ekonomicznymi, a nawet obyczajowymi. Z perspektywy wolontariusza daje to możliwość znalezienia najodpowiedniejszej dla siebie formy działania, która uwzględnia czynniki jednostkowe (motywacje, zasoby czasowe itp.).

W odniesieniu do wolontariatu ukraińskiego można mówić zarówno o formie bezpośredniego, jak i pośredniego pomagania, jednak ta pierwsza występowała zdecydowanie rzadziej. Badanie CBOS z kwietnia 2022 roku

(Feliksiak 2022) pokazuje, iż najczęściej świadczona była pomoc materialna i finansowa — 75% przekazało wsparcie rzeczowe, a 59% finansowe. Wsparcie bezpośrednie polegało na organizacji zbiórek (12%), pomocy w załatwieniu spraw urzędowych (10%), udzieleniu schronienia osobom uchodźczym (8%), przygotowywaniu posiłków (6%), pracy w punkcie informacyjnym / recepcyjnym (6%) oraz transporcie osób (3%). Świadczone też pomoc wynikającą z niecodzienności sytuacji — usługi edukacyjne, nieodpłatna pomoc medyczna. Podobnych wyników dostarcza badanie Szlachetnej Paczki (Szlachetna Paczka 2022) — w marcu 2022 roku Polacy najczęściej brali udział w zbiórkach pieniędzy (48%), żywności (46%) i odzieży (34%). W ramach pomocy bezpośredniej po 10% udzielało pomocy w ramach formalnego wolontariatu oraz organizowało zbiórki pieniężne, 8% wspierało indywidualnie osoby z Ukrainy w załatwianiu spraw i organizacji życia w Polsce, 7% angażowało się w nieformalny wolontariat grupowy, a 5% wykorzystywało swoje kompetencje w nieodpłatnym poradnictwie i/lub wsparciu. Według badań GUS (2022) najczęściej przekazywano dary rzeczowe oraz pieniądze, podobne są wyniki badań Pawła Downarowicza i Aleksandry Wydry (2022), gdzie wymieniono pomoc finansową (deklarowaną przez 42% badanych), pomoc w nauce języka polskiego (11%), pomoc administracyjno-prawną (10%), wspólne spędzanie wolnego czasu i pomoc w poszukiwaniu pracy (po 8%) oraz udzielanie schronienia uchodźcom (7%). Według badania Saby Kubiś-Lodzińskiej i Katarzyny Kownackiej (2023) najczęstszą formą pomocy było przekazanie darów rzeczowych (39%), wsparcie duchowe, na przykład w formie modlitwy (33,6%), wyrażenie w mediach społecznościowych solidarności z narodem ukraińskim (26,5%), oddanie krwi (23,4%), udzielenie wsparcia finansowego (20,3%), poświęcenie swojego czasu na osobiste wsparcie osoby z Ukrainy (20,3%) oraz kupno produktów/usług oferowanych przez osoby z Ukrainy (19,3%).

Jak pokazuje powyższy przegląd badań, dominują pośrednie formy wsparcia osób uchodźczych z terenów objętych wojną. Najczęściej było to wsparcie rzeczowe (żywność, odzież, środki higieniczne) i finansowe. Nie są to formy tak bardzo obciążające emocjonalnie jak wsparcie bezpośrednie, ale wiążą się z kosztami materialnymi (rzeczowymi i finansowymi). Wśród form pomocy bezpośredniej dominowała pomoc organizacyjna, udzielenie schronienia, organizacja zbiórek oraz praca w punkcie informacyjnym / recepcyjnym. Te rodzaje pomocy zdecydowanie bardziej angażowały emocjonalnie, powodując zwiększone obciążenie traumą i cierpieniem wspieranych osób. Biorąc pod uwagę różnorodność świadczonej pomocy, można stwierdzić, iż część miała charakter formalny (wpłaty na

rzecz organizacji wspierających osoby uchodźcze, przekazywanie darów do punktów recepcyjnych), ale pojawiało się też wiele działań nieformalnych (dowożenie darów na granicę, usługi transportowe, pomoc w urzędach). W pierwszym przypadku poziom zaangażowania (w tym również emocjonalnego) był nieco niższy niż w sytuacji nieformalnego organizowania pomocy.

MOTYWACJE WOLONTARIUSZY — RÓŻNE PODEJŚCIA TEORETYCZNE

Teorie motywacji odwołują się do przyczyn, motywów, celów oraz mechanizmów podtrzymywania działań (Kroplewski i in. 2015). Wyróżnia się motywację wewnętrzną, związaną z treścią działania oraz zewnętrzną, związaną z rezultatem działania. Z punktu widzenia korzyści można mówić z kolei o motywacji egoistycznej i altruistycznej. Pierwsza skłania jednostkę do działania ze względu na korzyści, jakie ma ono jej przynieść (doświadczenie, spokój sumienia), druga zaś zachęca do działania ze względu na korzyści dla osób trzecich lub dla dobra ogółu (Kroplewski i in. 2015; Morgan 1985, Reykowski 1979; Maruszewski i in. 2023). Działania w obszarze wolontariatu zazwyczaj utożsamiane są z motywacją altruistyczną, natomiast w odniesieniu do podziału na motywację wewnętrzną i zewnętrzną wnioski nie są jednoznaczne, zależy ona bowiem od rodzaju wolontariatu. Najpopularniejszym modelem motywacji jest zaproponowany przez zespół pod przewodnictwem Gill E. Clary funkcjonalny model motywacji (Clary i in. 1998; Clary, Snyder 1999). Zakłada on, iż zaangażowanie się w działalność prospołeczną pełni sześć funkcji zaspokajających różne potrzeby wolontariuszy (a przy tym odpowiada na szersze potrzeby społeczne). Są to: funkcja wartości (system norm), funkcja zrozumienia (samorozwój), funkcja społeczna (więzi społeczne), funkcja kariery (doświadczenie), funkcja ochronna (redukcja negatywnych emocji), funkcja wzmocnienia (pewność siebie).

W polskiej literaturze, obok omówionego wyżej modelu, równie popularna jest koncepcja motywacji Mirosława Góreckiego (2010). Autor wyróżnia pięć rodzajów motywacji do działalności prospołecznej: empatyczna, zawierająca elementy altruizmu, wynikająca ze zrozumienia trudnej sytuacji i chęci jej poprawy; normatywna, oparta na osobistym systemie wartości nakazującym działanie; zadaniowa, gdy jednostka czuje obowiązek działania wobec istniejącego problemu; egoistyczna, gdy jednostka szuka indywidualnych korzyści, takich jak redukcja negatywnych emocji; identyfikacyjna, podkreślająca wspólnotę i działanie na rzecz tych, którzy są „jednymi z nas”.

Każda motywacja wiąże się z dążeniem do poprawy sytuacji i podejmowana jest przez pryzmat określonych korzyści, jakie dane działanie może przynieść wolontariuszowi, szerszej społeczności lub też ogółowi społeczeństwa, choć nie zawsze korzyści te są widoczne. Przyjmując, iż u podstaw motywacji leżą określone potrzeby, można przypuszczać, iż ich zaspokojenie wiązać się będzie z pozytywnymi odczuciami i gotowością do dalszej działalności. Co jednak jeśli działanie podjęte przez wolontariusza nie spełnia jego oczekiwań — jeśli okazuje się ono sprzeczne z wyznawanymi wartościami, nie służy osiągnięciu określonego celu, nie zaspokaja potrzeb? Można przypuszczać, iż motywacja do działania spada i obniża dobrostan jednostki, skłaniając ją do zaniechania działania. W literaturze opisuje się zazwyczaj różnorodne korzyści, a także funkcje wolontariatu. Poniżej przedstawione zostaną wyniki badań ilustrujące motywacje wolontariuszy angażujących się w pomoc ukraińską wraz z odniesieniem do opisanych wyżej typologii Góreckiego oraz Gill E. Clary.

Badania Marii Babińskiej i współautorów (2022) pokazują, iż zdecydowana większość pomagających (95,9%) uważała, iż należy pomagać ludziom, gdy dzieje im się krzywda (motywacja empatyczna według typologii Góreckiego). Ponad 83% twierdziło, że atak na Ukrainę to atak na Europę (motywacja identyfikacyjna), 79% podkreślało szlachetność polskiego narodu (motywacja normatywna), ponad 68% wskazywało na podobieństwo Polaków i Ukraińców (motywacja identyfikacyjna), 65,1% wskazywało na wspólnego wroga — Rosję (motywacja identyfikacyjna), 65,4% powoływało się na wartości chrześcijańskie (motywacja normatywna), a 63,4% twierdziło, iż służy to interesom Polski (motywacja egoistyczna). Odwołując się do typologii Gill E. Clary i współautorów można stwierdzić, że działalność wolontariacka realizowała funkcję wartości (przeciwdziałanie krzywdzie, realizacja wartości chrześcijańskich i szlachetności), społeczną (solidarność z narodem podobnym, korzyści dla Polaków, obrona przed wspólnym wrogiem) oraz ochronną (reagowanie na atak na Europę).

W badaniu Stowarzyszenia Wiosna (Szlachetna Paczka 2022) dominowała motywacja normatywna (działanie z potrzeby serca (40%), poczucie, że trzeba pomagać tym, którzy mają gorzej (16%), powoływanie się na wartości religijne (14%)). Innym powodem była motywacja egoistyczna — chęć uzyskania pomocy, gdyby ktoś sam znalazł się w podobnej sytuacji (29%) oraz potrzeba poprawy własnego samopoczucia (5%). Pojawiła się także motywacja identyfikacyjna — konieczność pomocy tym, którzy walczą również za nas (29%) oraz solidarność z narodem ukraińskim (24%). Badani kierowali się też motywacją empatyczną — niemoż-

ność bycia obojętnym wobec krzywdy innych (42%) oraz zadaniową — poczucie, że każda pomoc jest ważna w takiej sytuacji (23%). Według modelu funkcjonalnego zaś dominowała funkcja wartości (niemożność bycia obojętnym, działanie z potrzeby serca, poczucie, że trzeba pomagać tym, którzy mają gorzej, powoływanie się na wartości religijne) oraz społeczna (działanie z potrzeby serca, pomoc tym, którzy walczą również za nas, solidarność z Ukraińcami, poczucie, że każda pomoc jest ważna, poczucie, że trzeba pomagać tym, którzy mają gorzej). Równie ważna była funkcja ochronna (niemożność bycia obojętnym wobec krzywdy innych, działanie z potrzeby serca, konieczność pomocy tym, którzy walczą również za nas, potrzeba poprawy własnego samopoczucia). Ostatnią była funkcja wzmocnienia (chęć uzyskania pomocy, gdyby ktoś sam znalazł się w podobnej sytuacji, poczucie, że każda pomoc jest ważna w takiej sytuacji).

W badaniu Grażyny Firlit-Fesnak (2023) zrealizowanym wśród goszczących w swych domach osoby uchodźcze z Ukrainy wskazywano na cztery główne źródła motywacji do pomagania. Była to motywacja empatyczna (analogiczna z motywacją Góreckiego) obejmująca współczucie dla migrantów oraz empatię wobec cierpienia drugiego człowieka. W modelu funkcjonalnym motywacja ta odnosi się do funkcji wartości, społecznej i ochronnej. Drugim źródłem motywacji były normy obejmujące własny system norm i poczucie moralnego obowiązku pomocy potrzebującym — w innym ujęciu jest to funkcja wartości. Trzecia motywacja — psychologiczna — wśród przyczyn pomagania wymienia się lęk i strach przed wojną oraz solidarność z narodem będącym ofiarą wspólnego wroga. Odpowiada motywacji identyfikacyjnej i egoistycznej oraz funkcji ochronnej i społecznej. Ostatnim źródłem motywacji jest pamięć historyczna (identyfikacyjna) związana z okupacją Polski podczas drugiej wojny światowej i pomocą, jaką uzyskali Polacy. Odpowiada ona funkcji wzmocnienia, wartości i społecznej.

W kolejnym badaniu Katarzyna Kalinowska, Katarzyna Krakowska oraz Marta Sałkowska (2023) na podstawie pytania o powody uczestnictwa w pomaganiu zidentyfikowały siedem rodzajów decyzji o podjęciu działań na rzecz narodu ukraińskiego. Pierwszą z nich nazywają decyzją etyczną — pomaganie to wybór moralny, którego źródła tkwić mogą w religii czy kulturze (motywacja normatywna, funkcja wartości). Drugi rodzaj to decyzja społeczna — pomaganie wynika z przynależności do wspólnoty, wychowania lub zewnętrznej presji i oczekiwań. Taka charakterystyka odpowiada motywacji normatywnej i identyfikacyjnej oraz pełni funkcję wartości i społeczną. Kolejny rodzaj to decyzja patriotyczna — pomaganie jest obowiązkiem względem ojczyzny. Responden-

ci bowiem wskazywali na etos narodowy, polskie cechy narodowe (np. gościnność, zaradność) oraz wsparcie tych, którzy walczą także za nas. Pomoc wynika z chęci poprawy wizerunku Polski i odpowiada na deficyty społeczeństwa obywatelskiego. Tak charakteryzowana decyzja patriotyczna mieści się w motywacji identyfikacyjnej, która podkreśla poczucie wspólnoty i realizuje dwie funkcje — jest to funkcja społeczna (umacnianie więzi między Polakami, budowanie więzi z narodem ukraińskim) oraz funkcja wzmocnienia polegająca na „wyrabianiu” pozytywnego wizerunku Polaków. Czwartą jest decyzja emocjonalna rozumiana jako emocjonalna reakcja na wydarzenia po 24 lutego 2022 r. Pełnowymiarowa inwazja Rosji na Ukrainę, tysiące osób uchodźczych oraz geograficzna bliskość wojny wywołały przerażenie i wzruszenie. Kontakt z cierpieniem drugiego człowieka sprzyja empatii, a to z kolei skłania do pomocy. Respondenci podkreślali, że nie można zostawić drugiego człowieka w potrzebie, a także zwracali uwagę na podobieństwo rasowe z ludnością ukraińską. Koresponduje to z motywacją empatyczną i identyfikacyjną w koncepcji Mirosława Góreckiego, a według modelu Gill E. Clary może pełnić funkcję społeczną i ochronną — wolontariat staje się instrumentem budowy i wzmocnienia więzi, ale redukuje też negatywne uczucia. Piątą wyróżnioną kategorią jest decyzja terapeutyczna, gdy pomoc osobom uchodźczym jest traktowana jako sposób na rozwiązanie własnych problemów. Konieczność podejmowania szybkich decyzji i pokonywanie przeszkód to główne wyzwania początkowej fali pomocy, wymuszające skupienie na działaniu i efektach. Wsparcie było namacalne, co dawało wolontariuszom poczucie sprawstwa i kontroli, sprzyjając pozytywnym emocjom, jak szczęście, duma i spełnienie. Taka motywacja mieści się w podejściu egoistycznym, gdyż dąży się do poprawy samopoczucia i uzyskania osobistych korzyści. Decyzja terapeutyczna w ujęciu Clary pełni funkcję wzmocnienia oraz ochronną. Szósta decyzja — tożsamościowa — zapadała, gdy respondenci mogli pomagać, gdyż posiadali odpowiednie warunki czy zasoby oraz doświadczenie w działalności wolontariackiej lub określone kompetencje (np. lekarze, prawnicy, tłumacze) Taka decyzja może być motywowana zadaniowo (jest sprawa, mogę pomóc), egoistycznie (wpisuję to w swoją aktywność) oraz empatycznie (wiem, jak to jest, i mogę pomóc). Funkcją tej decyzji jest wzmocnienie kompetencji i rozwoju kariery. Siódmy rodzaj to decyzja motywowana egoistycznie, materialnie, gdy pomoc jest postrzegana jako źródło własnych korzyści, takich jak wsparcie finansowe, korzyści z pracy czy uzyskanie dni wolnych (funkcja wzmocnienia).

Różnorodność motywacji wolontariuszy wynika ze zróżnicowania ich potrzeb i doświadczeń. Motywacje te często się nakładają i ewoluują w cza-

sie. Analiza pokazuje, że wolontariat ukraiński wynika głównie z motywacji empatycznej, identyfikacyjnej, normatywnej i egoistycznej, a zadaniowa pojawia się najrzadziej. Dominujące funkcje działań pomocowych to funkcja wartości, społeczna, wzmocnienia i ochronna, a funkcja kariery występowała najrzadziej. Brakuje pogłębionych badań łączących motywacje ze stojącymi za nimi potrzebami i pozwalających odpowiedzieć, czy potrzeby te zostają zaspokojone. Ważne jest także pogłębienie analizy motywacji związanych z redukcją negatywnych emocji. Jeśli działanie nie redukuje lęku czy strachu, rodzi się pytanie, co wtedy się dzieje? To otwiera pole do dalszej eksploracji.

ZAANGAŻOWANIE W WOLONTARIAT A DOBROSTAN WOLONTARIUSZY

Institute for Volunteering Research (IVR) w Wielkiej Brytanii przeprowadził metaanalizę 158 badań z lat 2008–2020 dotyczących dobrostanu wolontariuszy (Stuart i in. 2020). Autorzy stwierdzili, że większość badań wskazuje na pozytywną korelację między wolontariatem a subiektywnym dobrostanem, w tym wzrostem zadowolenia z życia oraz poziomu szczęścia i redukcją depresji. Jednak aktywność wolontariacka nie zawsze poprawia dobrostan — wyniki niektórych badań sugerują, że to wyższy dobrostan skłania jednostki do wolontariatu. Kluczowe wnioski to stwierdzenie, że niektóre formy wolontariatu mogą prowadzić do depresji, lęku, stresu i wypalenia oraz że istnieje luka w badaniach nad negatywnymi efektami wolontariatu. Badania często skupiają się tylko na pozytywnych aspektach, pomijając negatywne doświadczenia wolontariuszy. Istnieje zatem potrzeba prowadzenia systematycznych badań pokazujących bardziej zobiektywizowany obraz skutków wolontariatu w odniesieniu do osób weń zaangażowanych. Ponadto istnieje realna potrzeba wspierania wspierających, gdyż w przeciwnym wypadku będą oni rezygnować z działalności prospołecznej.

Przeprowadzone dotychczas badania na temat wolontariatu ukraińskiego w większej mierze skupiały się na aspektach związanych z motywacjami, organizacją działań pomocowych, formami pomocy oraz na sytuacji i potrzebach osób uchodźczych, jednak pojawiają się w nich także wątki dotyczące obciążenia fizycznego i emocjonalnego. W książce *Społeczeństwo ławopalne. Praktyki pomagania uchodźcom wojennym z Ukrainy w roku 2022 w Polsce* (Kalinowska i in. 2023) autorki i autorzy opisują różnorodne formy wolontariatu ukraińskiego wraz z ich oddziaływaniem na życie i zdrowie wolontariuszy. W tych rozważaniach pojawia się wspomniane wcześniej pojęcie pracy emocjonalnej, polegającej na nauce odpowiedniego reagowania na cierpienie, empatii wobec osób doświadczających wojennej traumy, a także na automonitoringu odczuwanych emocji. Jednym z miejsc,

w których wolontariusze doświadczali najcięższych fizycznych i psychicznych skutków sytuacji, były dworce. Chaos, ogrom potrzeb wymagających zaspokojenia przez wolontariuszy, konieczność przemieszczania się po rozległym terenie dworca, brak wiedzy, dźwiganie ciężarów, wielogodzinne dyżury to główne przyczyny wyczerpania fizycznego. Największym wyzwaniem było jednak obciążenie psychiczne związane z koniecznością skonfrontowania się z emocjami przeżywanymi przez osoby uchodźcze, a także bezsilność wynikająca z poczucia, że i tak niczego nie zmienia to, co się robi.

Te negatywne skutki zdrowotne i psychiczne wolontariatu dworcowego potwierdzają także autorzy jednego z rozdziałów pracy pod redakcją Małgorzaty Fuszary *Masowa pomoc w masowej ucieczce. Społeczeństwo polskie wobec migracji wojennej z Ukrainy* (Jankowska i in. 2022). Autorki i autorzy przeprowadzili badanie wśród wolontariuszy Grupy Centrum, oddolnej inicjatywy powołanej do życia cztery dni po wybuchu wojny. Pokazuje ono nie tylko ogromne obciążenie fizyczne i psychiczne wolontariuszy, ale także zmienność jego natężenia w zależności od strefy dworca, w której pomagali wolontariusze. Warto podkreślić, iż liderki grupy, zdając sobie sprawę z pracy emocjonalnej wykonywanej przez wolontariuszy, zorganizowały profesjonalną pomoc psychologiczną. Sami wolontariusze także byli dla siebie wzajemnie wsparciem.

Inną konsekwencją poruszaną w tym badaniu jest zaniedbywanie własnej rodziny, o czym pisze także Kamil Łuczaj (2024) w artykule poświęconym osobom goszczącym Ukraińców w swych domach. W tym badaniu pokazane jest także obciążenie psychiczne i stres wywołane całodobowym przebywaniem z osobami uchodźczymi. Jak celnie pisze autor: „Przyrowadzenie osoby uchodźczej do domu to przyrowadzenie do domu wojny” (Łuczaj 2024, s. 10). Znowu pojawia się tu wątek pracy emocjonalnej, ale także wtórnej traumatyzacji. O zmęczeniu współczuciem i pomaganiem pisze także Agnieszka Piekaruk (2022) w odniesieniu do osób goszczących w swych domach Ukraińców.

Na kwestię dobrostanu wolontariuszy zwraca wyraźną uwagę także Fundacja Stocznia (2022), która przeprowadziła badanie aplikacyjne na dworcach. Choć badanie zrealizowano tylko w odniesieniu do jednej z form wolontariatu ukraińskiego, wnioski i rekomendacje z niego płynące można generalizować, odnosząc je do wszystkich wspierających osoby uchodźcze, a także do wolontariatu w ogóle. Autorzy raportu zwracają uwagę na przepracowanie wolontariuszy, złą kondycję psychiczną i często nieodpowiednie warunki pracy, które nie pozwalają na zadbanie o siebie. Wśród rekomendacji pojawiła się konieczność wsparcia psychologicznego wolontariuszy, a także zwiększenia świadomości liderów i koordynatorów

co do spoczywającej na nich odpowiedzialności za zdrowie fizyczne i psychiczne wolontariuszy.

FORMY WSPARCIA WOLONTARIUSZY — PRZYKŁADY

Przykładowe formy wsparcia dla wolontariuszy to internetowe grupy wsparcia, warsztaty *self-care*, edukacyjne i instruktażowe materiały dostępne online i podczas szkoleń, spotkania z psychologiem oraz oferowanie bezpłatnej pomocy psychologicznej. Organizacje oferują także specjalistyczne szkolenia i treningi nakierowane na pracę z wolontariuszami działającymi w określonym obszarze, takie jak metoda Pierwszej Pomocy Psychologicznej (PPP), znana także jako Psychological First Aid (PFA), opracowana przez International Medical Corps. Wolontariusze uczą się dzięki niej samoopieki, określania granic swoich kompetencji i minimalizowania stresu, co jest kluczowe zwłaszcza w sytuacji konfliktów zbrojnych i kryzysów humanitarnych. W Polsce szkolenia z zakresu PPP prowadzi Polskie Forum Migracyjne.

Innym przykładem jest wsparcie psychologiczne udzielane pracownikom Państwowej Straży Pożarnej świadczącym pomoc osobom uchodźczym z Ukrainy (Szykuła-Piec, Grabowska-Lepczak, Duralski 2023). Polegało ono na tym, że przełożeni uzyskali wskazówki, na co zwracać uwagę wśród swoich podwładnych i w jakich sytuacjach prosić o pomoc. Prowadzono przy tym regularne poradnictwo dla tych strażaków, którzy w danym momencie nie świadczyli bezpośredniego wsparcia. Obiecujący jest także model superwizji, który był stosowany jako forma wsparcia wolontariuszy podczas epidemii COVID-19 (Ponce i in. 2020).

Bardzo ważnym wątkiem jest profesjonalizacja pomocy w wymiarze organizacyjnym, społecznym i kulturowym, o czym piszą Karolina Czerska-Shaw, Aneta Krzyworzeka-Jelinowska i Janusz Mucha (2022). Dzięki niej usprawnia się pracę wolontariuszy, odpowiednio wykorzystuje zasoby, a także przeciwdziała negatywnym skutkom zaangażowania w wolontariat, o których była mowa wcześniej. Jak przyznali wolontariusze w jednym z badań (Jankowska i in. 2022), wraz z rosnącym doświadczeniem w wykonywanej pracy i jej profesjonalizacją zaczęli znacznie lepiej radzić sobie z własnym permanentnym stresem.

PODSUMOWANIE

Niewiele jest badań, które pokazywałyby negatywne strony zaangażowania się w wolontariat, co wynika zwykle z celów badawczych i kon-

strukcji narzędzi badawczych — szeroko rozumiane koszty zaangażowania w działalność pomocową rzadko bywają głównym przedmiotem badań, pojawiają się zwykle „przy okazji”, a przy omawianiu wyników nie poświęca się im większej uwagi. Wolontariat może jednak wywoływać — jak wyżej wykazano na przykładzie wolontariatu ukraińskiego — negatywne skutki wśród wolontariuszy, dlatego zasadne wydaje się uczynienie tego zagadnienia przedmiotem systematycznych badań (nie tylko w odniesieniu do działań pomocowych na rzecz obywateli Ukrainy). Brak wystarczającej wiedzy w tym zakresie powoduje, że kwestia ta nie wybrzmiewa w dyskursie publicznym i w konsekwencji brakuje systemowych rozwiązań wspierających osoby angażujące się w wolontariat.

Wolontariat, rozumiany jako dostarczanie korzyści innemu człowiekowi lub sprawie, musi być działalnością, która pozwoli wolontariuszowi zachować pozytywny bilans własnych korzyści i kosztów. Zadaniem podmiotów angażujących wolontariuszy w swoje działania powinno być zapewnianie im ustawowego wsparcia nie tylko w zakresie refundacji kosztów finansowych i ubezpieczenia, ale także pomocy psychologicznej, oraz dbałość o ich dobrostan. Ponadto zadaniem państwa i wszystkich obywateli powinna być troska i docenianie tych, którzy niosą pomoc, gdyż są oni fundamentem społeczeństwa obywatelskiego, przyczyniając się do jego spójności, solidarności i dobrostanu społecznego. Działalność wolontariacka bowiem nie tylko przynosi korzyści bezpośrednim beneficjentom, ale także, w sposób pośredni, podnosi komfort życia wszystkich obywateli. Wolontariusze wspierają, a w wielu sytuacjach wręcz wyręczają, instytucje państwowe, stając się motorem innowacji, zmian i nieszablonowych rozwiązań. Z powyższych rozważań płyną następujące wnioski:

- Specyfika wolontariatu ukraińskiego opiera się na zaangażowaniu wielu zasobów w krótkim czasie oraz obcowaniu z traumą, co może być szczególnie obciążające emocjonalnie.

- Wiele działań w ramach wolontariatu ukraińskiego przybiera charakter nieformalny, co utrudnia efektywne wspieranie osób wspierających. Organizacje, które korzystają z pomocy wolontariuszy, starają się zapewnić wsparcie psychologiczne.

- Zaangażowanie w wolontariat może prowadzić do wyczerpania współczuciem, wypalenia, wtórnego stresu traumatycznego oraz zastępczej traumatyzacji.

- Motywacje stojące za zaangażowaniem się w wolontariat są różnorodne i zaspokajają szereg potrzeb osób angażujących się w pomoc, brakuje jednak pogłębionych badań, czy potrzeby te są rzeczywiście zaspokajane, a jeśli nie są, to jakie są tego skutki.

- Brakuje systematycznych badań, które pokazałyby bardziej obiektywny obraz konsekwencji zaangażowania w wolontariat dla osób podejmujących ten rodzaj działalności, istniejące zaś skupiają się zazwyczaj na pozytywnych skutkach.
- Ustawowe gwarancje dla wolontariuszy są niewystarczające, gdyż obejmują jedynie częściową refundację kosztów finansowych, które są jednym z kilku kosztów ponoszonych przez wolontariuszy.
- Istnieje realna potrzeba wspierania wspierających, gdyż w przeciwnym wypadku będą oni rezygnować z działalności prospołecznej.
- Potrzebne są systemowe rozwiązania w zakresie wsparcia psychologicznego dla wolontariuszy. Powinno być ono zapewnione ustawowo, podobnie jak szkolenia z zakresu *self-care*.

BIBLIOGRAFIA

- Babińska Maria, Bilewicz Michał, Górska Paulina, Toruńczyk-Ruiz Sabina, Wypych Michał, 2022, *Polacy wobec Ukraińców. Wyniki badań sondażowych zrealizowanych po inwazji rosyjskiej na Ukrainę w 2022 roku*, „Nauka”, nr 4, s. 37–58.
- Barańska Magdalena, 2016, *Wolontariat w planowaniu kariery zawodowej studentów*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Bieleninik Dominika, 2023, *Wolontariusze pomagający migrantom: „Emocje potrafią być przytłaczające”*, EURACTIV.pl (<https://www.euractiv.pl/section/migracje/news/wolontariusze-polska-ukraina-bialorus-ngosy-trzeci-sektor-wojna-rosja/> [dostęp: 29.10.2023]).
- Branson Dana C., 2019, *Vicarious Trauma, Themes in Research, and Terminology: A Review of Literature*, „Traumatology”, t. 25(1), s. 2–10.
- Chalimonik Halina, 2022, *Cała Polska pomaga Ukraińcom. Upada mit o ksenofobii Polaków*, „Gazeta Wyborcza” (<https://wyborcza.pl/7,75399,28585315,cala-polska-pomaga-ukraincom-peka-mit-o-ksenofobii-polakow.html> [dostęp: 29.04.2024]).
- Cieślak Roman i in., 2014, *A Meta-Analysis of the Relationship between Job Burnout and Secondary Traumatic Stress among Workers with Indirect Exposure to Trauma*, „Psychological Services”, t. 11(1), s. 75–86.
- Clary E. Gill i in., 1998, *Understanding and Assessing the Motivations of Volunteers: A Functional Approach*, „Journal of Personality and Social Psychology”, t. 74(6), s. 1516–1530.
- Clary E. Gill, Snyder Mark, 1999, *The Motivations to Volunteer: Theoretical and Practical Considerations*, „Current Directions in Psychological Science”, t. 8(5), s. 156–159.
- Czerska-Shaw Karolina, Krzyworzeka-Jelinowska Aneta, Mucha Janusz, 2022, *Mobilizacja pomocy uchodźczyńom i uchodźcom ukraińskim w Krakowie. Wyzwania i szanse zarządzania niepewnością*, Obserwatorium Wielokulturowości i Migracji Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.
- Downarowicz Paweł, Wydra Anna, 2022, *Zaangażowanie Polaków w aktywną pomoc uchodźcom z Ukrainy*, COPOCS Research Brief 1.
- Feliksiak Michał, 2022, *Polacy wobec uchodźców z Ukrainy*, Komunikat z badań, nr 62/2022, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa.

- Figley Charles R. (red.), 1995, *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*, Routledge, New York.
- Firlit-Fesnak Grażyna, 2023, *Budowanie systemu pomocy dla uchodźców wojennych z Ukrainy w Polsce z perspektywy doświadczeń uczestników tego procesu*, „Studia Politologiczne”, t. 68, s. 119–137 (DOI: 10.33896/SPolit.2023.68.7).
- Fundacja Stocznia, 2022, *Gościnne dworce — obserwacje z I linii. Raport z badania* (<https://stocznia.org.pl/wp-content/uploads/2022/04/GoscinneDworceraport31.3.222.pdf>).
- Górecki Mirosław, 2010, *Podłoże motywacyjne pracy wolontariackiej*, w: Marek Konopczyński, Wiesław Theiss, Mikołaj Winiarski (red.), *Pedagogika społeczna. Przestrzenie życia i edukacji. Księga pamiątkowa dedykowana Profesorowi Tadeuszowi Pilchowi*, „Pedagogium” Wyższa Szkoła Pedagogiki Resocjalizacyjnej, Warszawa.
- Górecki Mirosław, 2013, *Wolontariat — idea, organizacja, doświadczenia*, „Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy. Nauki Społeczne”, nr 1, s. 81–110.
- Hochschild Arlie Russel, 2009, *Zarządzanie emocjami. Komercjalizacja ludzkich uczuć*, tłum. Jacek Konieczny, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Ilu..., 2024, *Ilu uchodźców z Ukrainy jest w Polsce*, 300Gospodarka (<https://300gospodarka.pl/news/uchodzczy-z-ukrainy-w-polsce-liczba> [dostęp: 29.04.2024]).
- Jankowska Julia, Jażdżewski Robert, Karłowski Andrzej, Kozłowska Marta, Mamla Maksymilian, Ostrowska Zyta, Stępień Martyna, Tomasiak Aleksandra, Wołoncej Kamila, Zaremba Kamil, 2022, *Pomoc uchodźcom z Ukrainy na Dworcu Centralnym w Warszawie w doświadczeniach wolontariuszy (marzec – kwiecień 2022)*, w: Małgorzata Fuszara (red.), *Masowa pomoc w masowej ucieczce. Społeczeństwo polskie wobec migracji wojennej z Ukrainy*, Instytut Stosowanych Nauk Społecznych UW, Warszawa.
- Jarosz Sarian, Klaus Witold (red.), 2023, *Polska szkoła pomagania. Przyjęcie osób uchodźczych z Ukrainy w Polsce w 2022 roku*, Konsorcjum Migracyjne, Warszawa.
- Jasiecki Krzysztof, 2023, *Pomoc humanitarna dla uchodźców z Ukrainy jako katalizator nowej aktywności społecznej w Polsce*, „Studia Politologiczne”, t. 68, s. 138–157 (DOI: 10.33896/SPolit.2023.68.8).
- Joinson Carol, 1992, *Coping with Compassion Fatigue*, „Nursing”, t. 22(4), s. 116–122.
- Jurczak Ewelina, 2011, „Wolontariat w Polsce. Analiza socjologiczna działalności ochotniczej”, praca doktorska, Kraków (<https://ruj.uj.edu.pl/xmlui/handle/item/52267> [dostęp: 29.10.2023]).
- Kalinowska Katarzyna, Krakowska Katarzyna, Sałkowska Marta, 2023, *Dlaczego Polacy pomagali Ukraińcom? Typologia powodów zaangażowania w pomoc ukraińskim uchodźcom*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 3, s. 41–64.
- Kalinowska Katarzyna, Kuczyński Paweł, Bukaraba-Rylska Izabella, Krakowska Katarzyna, Sałkowska Marta, 2023, *Społeczeństwo łatwopalne. Praktyki pomagania uchodźcom wojennym z Ukrainy w roku 2022 w Polsce*, Collegium Civitas, Warszawa.
- Kowalska Monika, 2021, *Wolontariat po studencku — inspiracja i zaangażowanie studentów pedagogiki specjalnej w działalność wolontariacką*, „Pedagogika Przedszkolna i Wczesnoszkolna”, nr 2, s. 123–135.
- Kroplewski Zdzisław i in., 2015, *Syntetyczny model motywacji prospołecznych na przykładzie wolontariatu*, „Psychologia Wychowawcza”, nr 7, s. 45–61.
- Krzyczkowski Karol, 2023, *Wywiad z Natalią Saratą, socjolożką, społeczniczką, trenerką antywypaleniową*, Forum Odpowiedzialnego Biznesu (<https://odpowiedzialnybiznes.pl/artykul>

- y/nie-wszystkich-wypalenie-dotknie-to-nie-jest-fatum-ale-przeciazone-osoby-czesto-zni-
kaja-nam-z-radaru-choc-tez-nie-komunikuja-ze-odchodzi-warto-wiec-sie-zastanowic-wc-
zesniej-w/ [dostęp: 29.10.2023]).
- Kubiciel-Lodzińska Sabina, Kownacka Katarzyna, 2023, *Migranci wojenni z Ukrainy. Opinie Polaków na temat ich pobytu oraz zakresu udzielanej im pomocy*, „Studia Politologiczne”, t. 68, s. 231–250 (DOI: 10.33896/SPolit.2023.68.13).
- Kuczyński Paweł, Latecka Małgorzata, Szczepaniak Irmina, 2023, *Niecodzienność. Doświadczenia NGO-sów i inicjatyw obywatelskich pomagających emigrantom z Ukrainy w pierwszym okresie wojny*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 3, s. 65–90.
- Leszczyński Seweryn, 2012, *Wolontariat — definicja, typy, readaptacja społeczna*, „Ogrody Nauk i Sztuk”, t. 2, s. 131–138.
- Łuczaj Kamil, 2024, *Multifaceted Hospitality: The Micro-Dynamics of Host–Guest Relations in Polish Homes after 24 February 2022*, „Central and Eastern European Migration Review”, t. 13(1), s. 25–45 (DOI: 10.54667/ceemr.2023.19).
- Maruszewski Tomasz, Doliński Dariusz, Łukaszewski Wiesław, Marszał-Wiśniewska Magdalena, 2023, *Emocje i motywacje*, w: Jan Strelau, Dariusz Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 1, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Maslach Christina, Schaufeli Wilmar B., Leiter, Michael, 2001, *Job Burnout*, „Annual Reviews in Psychology”, t. 52, s. 397–422.
- Matuszewski Paweł, Bieliński Jacek, 2023, *Entuzjizm jako motywator działań pomocowych wobec uchodźców z Ukrainy. Analiza związku między entuzjazmem a udzielaniem pomocy w modelu emocjonalnego wyboru*, „Kultura i Społeczeństwo”, nr 3, s. 91–118.
- Moreno-Jimenez M. Pilar, Villodres M. Carmen Hidalgo, 2010, *Prediction of Burnout in Volunteers*, „Journal of Applied Social Psychology”, t. 40(7), s. 1798–1818.
- Morgan Charles, 1985, *Natural Selection for Altruism in Selected Populations*, „Ethnological Sociobiology”, nr 6, s. 211–218.
- Ormiston Heather E., Nygaard Malena A., Apgar Sophia, 2022, *A Systematic Review of Secondary Traumatic Stress and Compassion Fatigue in Teachers*, „School Mental Health”, t. 14, s. 802–817 (<https://doi.org/10.1007/s12310-022-09525-2>).
- Piekaruk Agnieszka, 2022, *Motywacje osób przyjmujących uchodźców z Ukrainy w swoich domach. Studium doświadczeń ze współzamieszkiwania*, w: Ewa Kurnatowicz (red.), *Uchodźcy pośród nas. Pomaganie w perspektywie interdyscyplinarnej*, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław.
- Plagnol Anke, Huppert Felicia, 2010, *Happy to Help? Exploring the Factors Associated with Variations in Rates of Volunteering Across Europe*, „Social Indicators Research”, t. 97(2), s. 157–176.
- Ponce Tarquino Y., Zúñiga Edgar, Paz Clara, Hidalgo-Andrade Paula, 2020, *Supervision Model of Mental Health Telecare Volunteers during the Covid-19 Pandemic*, „Clinical Neuropsychiatry”, t. 17(6), s. 361–364.
- Ratajczak Zofia, 1998, *Psychologiczne koszty radzenia sobie w sytuacji utraty pracy*, w: Zofia Ratajczak (red.), *Bezrobocie. Strategie zaradcze i wzorce pomocy psychologicznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, s. 13–19.
- Reykowski Janusz, 1979, *Teoria motywacji a zarządzanie*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.

- Sabo Brenda, 2011, *Reflecting on the Concept of Compassion Fatigue*, „The Online Journal of Issues in Nursing”, t. 16(1): 1 (DOI: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man01).
- Scovil Jonathan, 2022, *Polacy o wojnie na Ukrainie*. Komunikat z badań, nr 123/2022, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa.
- Scovil Jonathan, 2023, *O wojnie na Ukrainie i scenariuszach jej rozwoju*. Komunikat z badań, nr 142/2023, Centrum Badań Opinii Społecznej, Warszawa.
- Stuart Joanna i in., 2020, *The Impacts of Volunteering on the Subjective Wellbeing of Volunteers: A Rapid Evidence Assessment, What Works Wellbeing* (https://pure-oai.bham.ac.uk/ws/files/107672017/Volunteer_wellbeing_technical_report_Oct2020_.pdf [dostęp: 29.10.2023]).
- Szlachetna Paczka, 2022, *Pomoc uchodźcom — jak nas zmienia? Raport „Polacy o pomocy uchodźcom”*, część II (<https://www.szlachetnapaczka.pl/aktualnosci/pomoc-uchodzcom-jak-nas-zmienia/> [dostęp: 29.10.2023]).
- Szykuła-Piec Barbara, Grabowska-Lepczak Izabella, Duralski Dominik, 2023, *Multi-level Assistance Activities of the State Fire Service and the Local Community of Warsaw As a Humanitarian Assistance Process, Taking into Account the Mental Health of Volunteers: A Case Study from Poland*, „Athenaeum. Polish Political Science Studies”, t. 79, nr 3, s. 160–176 (DOI: 10.15804/athena.2023.79.08).
- Szymankiewicz Maria J., 2013, *Stres i wypalenie zawodowe w pracy wolontariuszy organizacji pozarządowej*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Oeconomica”, t. 282, s. 271–281.
- Willems Renate C.W.J., Drossaert Constance H.C., Vuijk Patricia, Bohlmeijer Ernst T., 2020, *Impact of Crisis Line Volunteering on Mental Wellbeing and the Associated Factors: A Systematic Review*, „International Journal of Environmental Research and Public Health”, t. 17(5): 1641 (DOI: 10.3390/ijerph17051641).
- Willems Renate C.W.J., Drossaert Constance H.C., Vuijk Patricia, Bohlmeijer Ernst T., 2021, *Mental Wellbeing in Crisis Line Volunteers: Understanding Emotional Impact of the Work, Challenges and Resources. A Qualitative Study*, „International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being”, t. 16(1): 1986920 (DOI: 10.1080/17482631.2021.1986920).
- Zabłocka-Żytka Lidia, Lavdas Michalis, 2023, *Stres wojny. Zalecenia dotyczące ochrony zdrowia psychicznego i dobrostanu zarówno uchodźców ukraińskich, jak i Polaków zaangażowanych w ich wsparcie*, „Psychiatria Polska”, nr 4, s. 729–746 (DOI: 10.12740/PP/156157).



- GUS, 2022, *Pomoc udzielona przez gospodarstwa domowe mieszkańcom Ukrainy w I półroczu 2022 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*, Główny Urząd Statystyczny (<https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5486/34/1/1/pomoc-udzielona-mieszkancom-ukrainy-w-i-polroczu-2022-r.-w-swietle-wynikow-badania-budzetow-gospodarstw-domowych.docx>).
- Zarejestrowane wnioski o nadanie statusu UKR w związku z konfliktem na Ukrainie. Stan na 09.04.2024 r. (https://dane.gov.pl/pl/dataset/2715,zarejestrowane-wnioski-o-nadanie-statusu-ukr/resource/56230/table?page=13&per_page=50&q=&sort= [dostęp: 29.04.2024]).



MPPS, 2011, *Wolontariat — aspekty prawne*. Broszura Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa (<http://bibliotekawolontariatu.pl/biblioteka/e-book/82/>).

Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, Dz.U. z 2003 r. Nr 96, poz. 873.

Ustawa z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa, Dz.U. z 2022 r. poz. 583.

NEGATIVE EFFECTS OF INVOLVEMENT IN AID ACTIVITIES
AMONG VOLUNTEERS, TAKING VOLUNTARY ASSISTANCE
FOR UKRAINIAN CITIZENS AS AN EXAMPLE

Magdalena Wieczorkowska
(Medical University of Lodz)

Abstract

The outbreak of full-scale war in Ukraine led to a massive rush of aid in Poland. The scale and intensity of involvement demonstrated the enormous potential dormant in Polish society. While many studies have focused on the forms of support, the motivations of volunteers, and attitudes towards Ukrainians — most concentrate on the positive effects of the aid given. The main aim of this article is to show that despite the obvious social benefits (for Ukrainian citizens, the volunteers themselves, and society as a whole) involvement in Ukrainian volunteer aid can be detrimental to the helpers. Assisting people who have suffered trauma or harm can lead to compassion fatigue, burnout, secondary traumatic stress and vicarious victimisation. An indirect aim of this analysis is to highlight the shortage of studies on the psychological and health costs of volunteering, not only in the context of helping the Ukrainian people. As a result, studies often overlook the physical and mental health of volunteers, and there is a lack of systemic support in this regard, which could ultimately lead to Poles becoming less involved in volunteering and turning away from such activity.

key words: voluntary service, aid activities, compassion fatigue, support

słowa kluczowe: wolontariat, działania pomocowe, zmęczenie współczuciem, wsparcie

R E C E N Z J E , O M Ó W I E N I A

JERZY J. WIATR
Europejska Wyższa Szkoła Prawa i Administracji

PAŃSTWO POLSKIE W OCZACH SOCJOLOGÓW*

Zbiorowe dzieło pt. *O mocy i niemocy współczesnego państwa polskiego* zasługuje na uwagę z dwóch podstawowych względów. Pierwszy to bogactwo przedstawionych w nim materiałów pozwalających zweryfikować wiele potocznych sądów na temat mocnych i słabych stron polskiej państwowości po trzydziestu pięciu latach od początków przechodzenia do demokracji. Autorzy poszczególnych rozdziałów wykorzystali bogaty materiał empirycznych badań nad polityką. Potrafili w swych analizach uniknąć zarówno skrajnie optymistycznych, jak i zbyt pesymistycznych ocen dotyczących stanu państwa. Drugą zaletą tego tomu jest wyraźnie zarysowana orientacja teoretyczna i metodologiczna, która pozwala lepiej zrozumieć rolę, jaką

w polskich naukach zajmujących się polityką pełni warszawska szkoła socjologii polityki. Tej sprawie warto poświęcić więcej uwagi.

Redaktorami tomu są były i obecny kierownicy katedry socjologii polityki na Uniwersytecie Warszawskim, zaś sama ta katedra stanowi przedłużenie dawnego Zakładu Socjologii Polityki, który od 1976 roku był głównym polskim ośrodkiem socjologicznych studiów nad polityką. Historia tej dyscypliny w Polsce ma jednak głębsze korzenie, sięga bowiem drugiej połowy lat pięćdziesiątych, gdy pod kierownictwem Juliana Hochfelda (1911–1966) powstała na UW Katedra Socjologii Stosunków Politycznych i zaczęły wychodzić „Studia Socjologiczno-Polityczne”. Ta nowa wówczas w Polsce dyscyplina dobrze wpisała się w międzynarodowe środowisko socjologów polityki, czego wyrazem była między innymi obecność polskich socjologów w powstałym w 1960 roku Komitecie Socjologii Polityki Międzynarodowego Towarzystwa Socjologicznego. Odbudowując polską socjologię polityki po katastrofie, jaką była dla niej autorytarna i antysemicka kampania marcową 1968 roku,

Adres do korespondencji: jwiatr@ewspa.edu.pl; ORCID: 0000-0001-8632-7669

*Jacek Raciborski, Przemysław Sadura (red.), *O mocy i niemocy współczesnego państwa polskiego*, Universitas, Kraków 2024, stron 402 (numery przywoływanych stron w tekście, w nawiasach).

świadomie nawiązywałem do hochfeldowskiej tradycji. Pozostaje ona bowiem, moim zdaniem, istotą oryginalności polskiej szkoły socjologii polityki.

W opublikowanym w 1958 roku artykule pod tytułem *Marksizm a socjologia stosunków politycznych*¹ Hochfeld zakreślił program nowej dyscypliny, wskazując na to, że jej centralnym tematem jest władza państwowa: jej zdobycie, utrzymanie i wykorzystanie. Ten nacisk na badanie instytucji państwa miał szczególną wymowę w świetle zmian, które w międzynarodowym środowisku nauk politycznych wystąpiły na przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych i uzyskały miano „rewolucji behawioralnej”. Istotą tej zmiany było przesunięcie nacisku z badania instytucji i doktryn politycznych — co cechowało wcześniejszy okres nauk politycznych — ku badaniu zachowania politycznego (zwłaszcza, choć nie wyłącznie wyborczego). Polska szkoła socjologii polityki nie uległa pokusie odwrócenia się od państwa, choć zarazem nie izolowała się od nurtu behawioralnego. W sztandarowej publikacji z wczesnego okresu owej rewolucji behawioralnej — zbiorowej pracy pod redakcją Austina Ranneya *Essays on the Behavioral Study of Politics*² — jest mój rozdział, jedyny tekst z ówczesnych państw socjalistycznych. Można nawet powiedzieć, że w skali ówczesnych państw socjalistycznych polska szkoła socjologii polityki była pionierem tzw. rewolucji behawioralnej.

Zmiana systemu politycznego i budowa w Polsce ładu demokratycznego przyniosły lawinowy rozkwit badań nad zachowaniem i postawami politycznymi. Jest to cenne nie tylko dla nauki, lecz także dla praktyki politycznej i dla wiedzy politycznej obywateli. Na szczęście nie oznacza to jednak zarzucenia bardziej tradycyjnego kierunku zainteresowań, jakim jest państwo. W marcu 2023 roku Jacek Raciborski zorganizował ogólnopolską konferencję naukową

poświęconą „kryzysowi państwa”, a omawiany tom w pewnym sensie wyrósł z tam przedstawionych referatów i dyskusji.

Uważam tę ciągłość intelektualną za istotną wartość. Nowe pokolenie socjologów polityki — wyposażone w bogatszy warsztat badawczy i korzystające z przychylnego klimatu politycznego — może z dumą patrzeć na swe osiągnięcia, ale powinno dostrzegać także dość już odległe początki tego podejścia badawczego, które z takim powodzeniem obecnie uprawia. W tym bogatym tomie nikt z autorów nie odwołał się jednak do Juliana Hochfelda — jakby socjologiczny namysł nad współczesnym państwem zrodził się dopiero wczoraj.

Nie znaczy to wszakże, by autorzy po prostu odcinali się od historycznych korzeni. Jacek Raciborski w świetnym tekście otwierającym książkę analizuje trzy główne tradycje socjologicznych analiz państwa: marksowską teorię panowania klasowego, weberowską teorię legitymizacji władzy i anglosaską tradycję pluralizmu politycznego. Jest to najlepsza znana mi synteza tej problematyki. Autor ten podnosi także fundamentalny problem suwerenności państwa, trafnie zauważając, że „nie ma suwerenności narodu poza państwem” (s. 42). Prowadzi to do analizy roli współczesnego nacjonalizmu, co Raciborski ilustruje bardzo ciekawą i realistyczną analizą stosunku Rosjan do prowadzonej od 2022 roku wojny z Ukrainą.

W pewnym sensie kontynuacją tych rozważań jest prowadzona przez Jarosława Kiliasa analiza roli władzy ideologicznej i w tym kontekście tzw. nacjonalistycznej rewolucji, przez co autor rozumie postępującą radykalizację nacjonalizmu — także w stosunku do mniejszości narodowych. Kilias trafnie stwierdza, że nacjonalizm destabilizuje państwo (s. 99), gdyż powoduje powstawanie napięć na tle tożsamości narodowej. Temat ten wraca w rozdziale Lecha M. Nijkowskiego, bardzo ciekawie przedstawiającym problematykę mniejszości narodowych i etnicznych. Mam jednak do tego tekstu dwie uwagi. Po pierwsze: niejasne jest wyjaśnienie

¹„Studia Socjologiczno-Polityczne” 1958, nr 1.

²University of Illinois Press, Urbana 1962.

nie różnicy między mniejszościami narodowymi a etnicznymi; cechą tych pierwszych miało być „utożsamianie się z własnym państwem” (s. 249), a z kontekstu wynika, że nie idzie tu o utożsamianie się z państwem polskim. Ta teza wydaje mi się błędna. Należący do mniejszości niemieckiej, ukraińskiej czy białoruskiej mniejszości narodowej obywatele Rzeczypospolitej są — jak wyraźnie mówi Konstytucja RP — członkami narodu polskiego i jeśli „utożsamiają się” z jakimś państwem, to jest to państwo polskie. Ich stosunek wobec państw, z którymi są etnicznie powiązani, przyjmuje różne formy, ale nie przekreśla traktowania przez nich Polski jako swej ojczyzny. Niefortunne też wydaje mi się użycie przez autora określenia „naród” w odniesieniu do Żydów polskich. Istnieje naród izraelski, do którego Żydzi polscy nie należą, ale nie istnieje „naród żydowski” w jakimkolwiek przyjętym w nauce rozumieniu terminu „naród” (kulturowym czy politycznym). Żydzi polscy są członkami narodu polskiego, a Żydzi francuscy — francuskiego. Ich tożsamość narodową określa stosunek do państwa, które traktują jako swoją ojczyznę, w ramach której mogą być mniejszością etniczną, ale nie odgałęzieniem innego narodu.

Studium Przemysława Sadury o „społeczeństwie populistów” stanowi bardzo ciekawy przyczynek do analizy korzeni polskiego autorytaryzmu. Nie jest winą autora, że termin „populizm” pozostaje tak dalece nieostry. Bywa bowiem w życiu społecznym tak, że kontury pewnych zjawisk nie są ostre i wyraziste. Mam jednak wątpliwość, czy Sadura nie nadużywa tego pojęcia, zaliczając (za Michélem Wieviorką) do populistów prezydenta Francji Emanuela Macrona. Jeśli posłużyć się sugerowaną przez Jana Pakulskiego koncepcją populistycznego przywództwa³, zasadne może być potraktowanie rządów Prawa i Sprawiedliwo-

ści w latach 2015–2023 jako okresu, w którym Polska najbardziej zbliżyła się do wariantu państwa populistycznego. Był to jednak proces niedokończony i, jak się okazało, odwracalny.

Wojciech Rafałowski w oparciu o sondaż ekspercki przedstawił bardzo cenną analizę stanu polskiej demokracji, a Jarosław Flis i Jakub Krupa opisali stan praworządności w Polsce. Oba te teksty uderzają umiarem i obiektywizmem, choć autorzy nie ukrywają swojej krytycznej oceny stanu państwa polskiego w ośmioletnim okresie rządów Prawa i Sprawiedliwości. Regres, który wystąpił w obu tych obszarach, okazał się jednak stosunkowo płytki, a naprawa państwa po przegranych przez prawicę wyborach 2023 roku — choć trudna — nie jest niemożliwa.

Problem ograniczeń sprawczości państwa i sposobów radzenia sobie z nim został odważnie zanalizowany przez Rafała Drozdowskiego. Autor w ciekawy sposób przedstawia problem granic sprawczości państwa. Krytyczne spojrzenie na stopień sprawczości państwa polskiego wiele jednak zyskałoby, gdy podjął próbę analizy porównawczej rosnącej nieprzewidywalności działań państwa. Tylko taka analiza mogłaby bowiem odpowiedzieć na pytanie, czy współczesne państwo polskie pod względem sprawczości odbiega od światowej (ewentualnie europejskiej) normy. Z tekstem tym koresponduje rozdział o „odwiecznym kryzysie” państwa pióra Andrzeja Zybały. Analiza historyczna prowadzona jest tu na przestrzeni kilku stuleci (od XVIII wieku do współczesnej III RP), ale z pominięciem 45 lat powojennych. Czyżby autor sądził, że nie było wtedy państwa polskiego lub że tego państwa nie dotyczy teza o „odwiecznym kryzysie”? Państwo to nie było w pełni suwerenne, ale stopień jego zależności od hegemonicznego mocarstwa, jakim był Związek Radziecki, wyraźnie zmniejszył się po zmianach politycznych 1956 roku. Niemniej państwo to zbudowane było na solidnych fundamentach stosunkowo nowoczesnej administracji i dochowało się licznej kadry kompetent-

³Jan Pakulski, *Populizm jako forma przywództwa politycznego: trzy tradycje teoretyczne i perspektywy badawcze*, „Studia Socjologiczno-Polityczne. Seria Nowa” 2020, nr 1, s. 9–26.

nych funkcjonariuszy, lojalnych bardziej wobec państwa niż wobec rządzącej nim partii. Między innymi dlatego przejście do demokracji mogło dokonać się sprawnie i bez poważniejszych wstrząsów.

Kolejne rozdziały poświęcone są Sejmowi (Witold Betkiewicz) oraz badaniom nad samorządem terytorialnym (Jerzy Bartkowski, Rafał Matyja). Są to bardzo ciekawe studia nad wybranymi aspektami polskiej państwowości.

Wszystkim tym rozdziałom można zarzucić nadmierne ograniczenie perspektywy badawczej do Polski. Czy państwo polskie jest mniej — ewentualnie bardziej — sprawcze niż inne państwa o podobnym potencjale i podobnej historii? Jak dalece procesy szkodliwe dla sprawczości państwa mają charakter ogólny, a w jakim stopniu są przejawem polskiej specyfiki? Są to pytania, na które odpowiedzi szukać należy w badaniach porównawczych, do których zachęcam polskich socjologów polityki. Ważną cechą polskiej socjologii polityki w jej wczesnym okresie rozwoju był właśnie nacisk położony na międzynarodowe badania porównawcze, takie jak badania polityki lokalnej prowadzone w latach sześćdziesiątych w Indiach, Jugosławii, Polsce i USA czy też międzynarodowe badania nad „politykami publicznymi” prowadzone w latach siedemdzie-

siątych w ramach prac Komitetu Socjologii Polityki⁴.

Omawiany tom powstawał w końcowej fazie rządów Prawa i Sprawiedliwości i w pierwszych miesiącach po wyborach parlamentarnych 2023 roku. Autorzy nie kryją swojego krytycznego stosunku do Prawa i Sprawiedliwości, ale nie wpływa to na obiektywizm przeprowadzonych przez nich analiz. Byłoby jednak ciekawe, gdyby w analizie przyczyn fiaska polskiego dryfu w kierunku państwa autorytarnego zostało uwzględnione to, jak dalece niepowodzenie polskiej wersji autorytaryzmu wynikało z nieudolnego kierowania państwem, które w warunkach ograniczania demokracji nie stawało się bardziej sprawne, a świadczyła o tym między innymi jego nieporadność w obliczu pandemii, o czym ciekawie pisze Rafał Drozdowski (s. 120).

Omawianą książkę uważam za bardzo istotne osiągnięcie polskiej socjologii polityki. Jest to w sumie jedna z najważniejszych publikacji socjologicznych i politologicznych bieżącego roku. Mam nadzieję, że pomoże w ulepszaniu państwa i w pogłębianiu wiedzy o nim wśród obywateli Rzeczypospolitej.

⁴Jerzy J. Wiatr, Richard Rose (red.), *Comparing Public Policies. Papers presented at the Round Table meeting at Jabłonna, Poland (May 14–19, 1974)*, Ossolineum, Wrocław 1977.

CONTENTS

<i>Care for wellbeing in private, institutional and public space: introduction</i> (Małgorzata Synowiec-Piłat, Agnieszka Borowiec)	3
--	---



Paweł Przyłęcki, <i>Salutogenic understanding of wellbeing: on how the salutogenesis model can help achieve wellbeing</i>	11
Magdalena Gajewska, Magdalena Żadkowska, <i>A couple and a dog. Wellbeing as a planned consequence of inter-species family practices</i>	33
Stella Grotowska, <i>Tourism and wellbeing. Experiences of individual tourists as presented in travel blogs</i>	51
Jacek Mianowski, <i>Altruism and social solidarity as sources of wellbeing among participants in the “OnkoMarsz” project of the Onkorejs Foundation</i>	71



Stanisław Maksymowicz, <i>The unseen. Suffering, exclusion and adaptation in rare diseases</i>	93
Barbara Woźniak, Paulina Gajda, Beata Tobiasz-Adamczyk, <i>Social exclusion and the odds of neglect and self-neglect in older adults — results from a quantitative study conducted in Lesser Poland area</i>	119
Agnieszka Pawlak-Kałużyńska, <i>Emigration and wellbeing, physical and mental</i>	147



Iwona Młodziak, Elżbieta Brzezicka, Urszula Zwierczyk, Mateusz Kobryn, Marta Wilk, Mariusz Duplaga, <i>Denialist and sceptical attitudes versus trust: reactions to the COVID-19 pandemic from a socio-cultural perspective</i>	167
Aleksandra Nowakowska-Kutra, Agnieszka Jeran, <i>Verbal obstetric and medical violence against women giving birth in Poland. A sociological portrayal of the range and diversity of experiences among those giving birth</i>	185
Aleksandra Piłat-Kobla, Maria Świątkiewicz-Mośny, Magdalena Ślusarczyk, Anna Prokop-Dorner, Natalia Ożegalska-Łukasik, Aleksandra Potysz-Rzyman, Marianna Zarychta, Małgorzata M. Bała, <i>Analysis of school textbooks in Poland from 2017 to 2022: a critical view of health-related content</i>	205
Magdalena Wiczorkowska, <i>Negative effects of involvement in aid activities among volunteers, taking voluntary assistance for Ukrainian citizens as an example</i>	231



Reviews, discussions	253
----------------------------	-----

Cena zł 25,-
VAT 8%

KULTURA I SPOŁECZEŃSTWO

ISSN 0023-5172 Nr indeksu 363006



W NUMERZE:

„Przedstawione w niniejszym tomie rozważania nie są oczywiście wyczerpującym obrazem możliwych refleksji na temat dobrostanu, obrazują jednak złożoność i wielowymiarowość tego pojęcia. Z jednej strony autorzy ukazali bowiem znaczenie dobrostanu w życiu jednostki oraz strategię stosowaną w dążeniu do jego utrzymania lub osiągnięcia, podjęli także refleksję naukową na temat wpływu na jakość dobrostanu takich zjawisk jak choroba, samotność czy wykluczenie społeczne. Z drugiej strony — jako swoiste dopełnienie perspektywy indywidualistycznej — przedstawione zostały rozważania na temat dobrostanu w przestrzeni instytucjonalnej i publicznej. Zawarte w tomie refleksje niewątpliwie mogą stać się inspiracją do podjęcia kolejnych, bardziej wnikliwych analiz empirycznych na temat dobrostanu”.

Małgorzata Synowiec-Piłat, Agnieszka Borowiec

„To, co w największym stopniu odróżnia salutogenezę od podejścia patogenetycznego (model biomedyczny), ale również od modelu holistycznego, to odejście od dychotomicznego założenia, według którego ludzie są albo zdrowi, albo chorzy. Ponadto istotna różnica dotyczy momentu, w którym wskazane jest podjęcie określonego działania ze strony medycyny. Podczas gdy w modelu biomedycznym, skoncentrowanym na chorobie, działania przeciwdziałające patologii podejmowane są wówczas, gdy osoba znajduje się w tej części kontinuum, w której bliżej jej do bieguna «choroba», to według modelu salutogenetycznego (orientacja prozdrowotna) uważa się, że działania sprzyjające zdrowiu należy podejmować także wtedy, gdy jednostka jest w części bliższej bieguna «zdrowie»”.

Paweł Przyłęcki, *Salutogenetyczne rozumienie dobrostanu*

„Krytyczne myślenie stanowi istotny aspekt kształtowania kompetencji zdrowotnych uczniów. Wiele podręczników zawiera propozycje aktywności, które mają na celu zachęcenie uczniów do formułowania pytań, eksplorowania różnych rozwiązań i analizowania zagadnień z różnych perspektyw. Jednak rozwój tych kompetencji wymaga dalszych działań, takich jak umieszczenie ćwiczeń promujących krytyczne myślenie w bardziej eksponowanych częściach podręczników oraz zwiększenie interaktywności zajęć w ramach procesu nauczania”.

Aleksandra Piłat-Kobla i in., *Analiza podręczników szkolnych w Polsce z lat 2017–2022*

„[...] szeroko rozumiane koszty zaangażowania w działalność pomocową rzadko bywają głównym przedmiotem badań, pojawiają się zwykle «przy okazji», a przy omawianiu wyników nie poświęca się im większej uwagi. Wolontariat może jednak wywoływać — jak wykazano na przykładzie wolontariatu ukraińskiego — negatywne skutki wśród wolontariuszy, dlatego zasadne wydaje się uczynienie tego zagadnienia przedmiotem systematycznych badań (nie tylko w odniesieniu do działań pomocowych na rzecz obywateli Ukrainy). Brak wystarczającej wiedzy w tym zakresie powoduje, że kwestia ta nie wybrzmiewa w dyskursie publicznym i w konsekwencji brakuje systemowych rozwiązań wspierających osoby angażujące się w wolontariat”.

Magdalena Wieczorkowska, *Negatywny wpływ zaangażowania w działania pomocowe...*