

REDAKCJA NAUKOWA

Beata TRZOP

Katarzyna WALENTYNOWICZ-MORYL

SPOŁECZNE WYMIARY
ZDROWIA I CHOROBY:
od teorii do praktyki



Zielona Góra 2017

SPOŁECZNE WYMIARY ZDROWIA I CHOROBY: OD TEORII DO PRAKTYKI

Praca zbiorowa pod redakcją naukową
Beaty Trzop i Katarzyny Walentynowicz-Moryl

Zielona Góra 2017

Społeczne wymiary zdrowia i choroby: od teorii do praktyki

Wydanie książki możliwe było dzięki wsparciu finansowemu Dziekana Wydziału Pedagogiki, Psychologii i Socjologii Uniwersytetu Zielonogórskiego.

Redakcja naukowa:

Beata Trzop i Katarzyna Walentynowicz-Moryl

Korekta językowa:

Aldona Reich

Recenzja:

dr hab. Włodzimierz Piątkowski, prof. nadzw.

Projekt okładki:

Adam Grajek

Wydawca:

Fundacja Obserwatorium Społeczne Inter Alia
ul. Wyczółkowskiego 111
65-140 Zielona Góra

ISBN:

978-83-945779-1-9

SPIS TREŚCI

Wstęp

BEATA TRZOP, KATARZYNA WALENTYNOWICZ-MORYL

Interdyscyplinarność w badaniu problematyki zdrowia i choroby.
W poszukiwaniu inspiracji / 9

Konteksty teoretyczne: zdrowe i choroba w naukach społecznych i humanistyce

MICHAŁ WAGNER

Pojęcie choroby i epistemologia Ludwika Flecka / 21

EWELINA CICHON, REMIGIUSZ SZCZEPANOWSKI

Dysfunkcje metapoznania w zaburzeniach psychicznych: od teorii do praktyki / 37

Wybrane problemy zdrowia i choroby z perspektywy badań empirycznych i realizowanych działań profilaktycznych

MILENA GRZEGORCZYK

Palenie tytoniu, picie alkoholu i stosowanie używek przez młodzież zielonogórskich szkół ponadgimnazjalnych / 55

DARIA JOANNA SUCHECKA, KATARZYNA ADAMOWICZ, MARTA KĘSIK, JOANNA PREŚ

Poziom lęku i styl radzenia sobie ze stresem a używanie leków dostępnych bez recepty przez młodzież / 77

INGA JANIK, MARTYNA MACIEJEWSKA, OLIMPIA SIPAK-SZMIGIEL

Postrzeganie zdrowia przez młodych dorosłych / 87

MARIOLA KOKOWSKA

Związek osobowości i preferencji muzycznych z regulacją nastroju w praktyce muzykoterapii / 103

ANNA SZNAJDER

Niepełnosprawność w brytyjskich domach spokojnej starości
z perspektywy rezydentów i opiekunów / 125

KATARZYNA FRĄCZEK, ALEKSANDRA ZADROŻNA

Zwalczyć stereotyp chorego psychicznie, czyli mówić własnym
głosem. „TROPicieł” i „Poradnik/Informator” – publikacje Grupy
Wsparcia Trop / 145

Zdrowie i choroba: różnorodność aktywności, różnorodność stylów życia, różnorodność postaw

TATIANA RONGINSKA

Poczucie zadowolenia jako wskaźnik zdrowia psychicznego
człowieka w środowisku pracy / 159

DOROTA SZABAN

„Przychodzi facet do lekarza...”. Kondycja zdrowotna
mężczyzn w województwie lubuskim w świetle wyników badań
sondazowych / 171

BEATA TRZOP

Doświadczenie menopauzy w percepcji Lubuszanek 50+ / 187

MAGDALENA WITKIEWICZ

Zdrowotne uwarunkowania wcześniejszej dezaktywizacji
zawodowej kobiet / 203

Zakończenie / 219

Informacje o autorach / 223

WPROWADZENIE

INTERDYSCYPLINARNOŚĆ W BADANIU PROBLEMATYKI ZDROWIA I CHOROBY. W POSZUKIWANIU INSPIRACJI

„Zdrowie” i „choroba” to dwa pojęcia, których treść charakteryzuje się niezwykłą złożonością. W literaturze funkcjonuje równolegle wiele sposobów definiowania zdrowia i choroby¹. W kontekście pojęcia „zdrowie” coraz popularniejsze stają się podejścia, w ramach których uwzględnia się jego wielowymiarową naturę, zgodnie z ideą definicji zdrowia według WHO mówiącej o tym, że „zdrowie jest pełnią fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka, a nie tylko brakiem choroby czy kalectwa” (WHO 1946). W wielowymiarowych modelach zdrowia² podkreśla się, że jednostka jest całością, która składa się wielu wymiarów wzajemnie powiązanych ze sobą (Hales 2012). Edlin i współpracownicy (2000) piszą o człowieku w kontekście jego zdrowia jako o „whole person”, czyli kimś więcej niż wyłącznie niezwykle złożonym organizmie biologicznym. Z kolei w przypadku pojęcia „choroby” od końca lat 60. XX w. na terenie nauk społecznych funkcjonuje rozróżnienie pomiędzy rozumieniem choroby jako *disease*, *illness* i *sickness*. To rozróżnienie podkreśla istnienie trzech znaczących perspektyw związanych z chorobą – perspektywy medycznej, jednostkowej i społecznej (Hoffman 2016).

Wielowymiarowa i wieloaspektowa natura fenomenów zdrowia i choroby sprawia, że współcześnie stale poszerza się grono dyscyplin naukowych, których przedstawiciele są zainteresowani ich poznaniem i badaniem. Każda z tych dyscyplin proponuje specyficzną dla siebie perspektywę patrzenia na te zjawiska. Jak wskazuje Michał Skrzypek, świadomość tej wielości sprawia, że współcześnie „podejście, w którego ramach traktuje się fenomeny *zdrowie* i *choroba* jako niemożliwe do pełnego opisanego z perspektywy poznawczej pojedynczych dyscyplin naukowych, wydaje się więc

¹ Zdrowie i chorobę definiuje się poprzez pryzmat między innymi takich terminów jak: norma, dewiacja, równowaga, stan, status, funkcja, proces czy wartość (zob. m. in.: Heszen 2005, Heszen, Sęk 2008, Blaxter 2009).

² Więcej informacji na temat wielowymiarowych modeli zdrowia znajduje się w artykule Katarzyny Walentynowicz-Moryl „Wielowymiarowe modele zdrowia” (2017).

w nauce powszechnie akceptowane” (Skrzypek 2014, s. 11). Wysoko cenione są zatem te inicjatywy, które mają charakter interdyscyplinarny, czyli polegający na „integrowaniu informacji, danych, technik, narzędzi, perspektyw, pojęć i/lub teorii z dwóch lub więcej dyscyplin [...] w celu rozszerzenia podstawowego sposobu rozumienia lub w celu rozwiązania problemów, które przekraczają możliwości pojedynczej dyscypliny naukowej” (Committee on Facilitating Interdisciplinary Research 2004, s. 26). Podstawę dla realizacji interdyscyplinarnych inicjatyw stanowi chęć do komunikacji pomiędzy przedstawicielami różnych dyscyplin naukowych. Jednak, żeby komunikacja taka była efektywna, konieczne staje się „zanurzenie się w języku, kulturze i wiedzy swoich współpracowników” (tamże, s. 81). Skrzypek podkreślał, że taką właśnie rolę mają pełnić interdyscyplinarne projekty wydawnicze. To w ich ramach ma być prezentowany język, sposoby konceptualizowania podstawowych zjawisk, podstawowe problemy badawcze oraz dokonania poszczególnych dyscyplin zajmujących się zdrowiem i chorobą (Skrzypek 2014).

Aby tak poszerzoną perspektywę zastosować, niezbędne stało się wyprowadzenie problematyki zdrowia i choroby z obszaru najpierw samych nauk o zdrowiu, a następnie już z socjologii medycyny, a ściślej rzecz ujmując: rozszerzenie jej samej, czego konsekwencją była także próba zmiany samej nazwy subdyscypliny. Obecnie równolegle funkcjonują różne nazwy subdyscypliny socjologicznej zajmującej się zjawiskami zdrowia i choroby – m.in. socjologia medycyny, socjologia zdrowia i medycyny, socjologia zdrowia i choroby i medycyny. Konstytutywne dla tej nowej subdyscypliny kwestie, takie jak paradygmaty teoretyczne, ustalenia metodologiczne możemy odnaleźć w podręcznikach polskich (zob. m.in. Sokołowska 1980, Sokołowska 1986, Ostrowska (red.) 2009, Piątkowski (red.) 2010, Ostrowska, Skrzypek (red.) 2015) i zagranicznych autorów (Gabe, Bury, Elston (red.) 2004, Nettleton 2006, Cockerham 2012). Coraz częściej wskazuje się na istnienie oddzielnych subdyscyplin, m.in. socjologii zdrowia, socjologii choroby czy socjologii choroby przewlekłej³. Jesteśmy zatem świadkami procesu lokowania się w społecznej perspektywie badań nad tymi zjawiskami, w przestrzeni naukowo-badawczej równoległych subdyscyplin, co wiąże się nie tylko z przyjętą perspektywą poznawczą, ale także z tradycjami danego ośrodka akademickiego.

Niewątpliwie istotnym momentem dla poszerzenia perspektywy badawczej opisywanej problematyki jest instytucjonalizacja badaczy zajmujących się problematyką zdrowia człowieka. W 1965 roku w IFIS PAN powstała pierwsza tego typu placówka naukowa w Polsce – Pracownia Socjologii Medycyny, kierowana przez Magdalenę Sokołowską. Powołano także Sekcję Socjologii Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego (Ostrowska 2009, s. 13). Jak wskazuje Ostrowska, niemalże od początku

³ Zob.: Podstawy intersubiektywności w naukach o zdrowiu. Poznawcza tożsamość dyscyplin badających socjokulturowy wymiar zdrowia i choroby, (red.) M. Skrzypek, Lublin 2014.

socjologia medycyny zajmowała się społecznymi zagadnieniami dotyczącymi etiologii chorób, zachowań ludzi w zdrowiu i chorobie, funkcjonowania instytucji z obszaru opieki medycznej, dostępności do opieki. W badaniach uwzględniano także aspekty prawne, ekonomiczne i polityczne. Prekursorka tej subdyscypliny – Magdalena Sokołowska tak oto nakreśliła ramy społecznej perspektywy badań nad zdrowiem i chorobą: „Nazwa socjologia medycyny zawiera w sobie dwa fakty: 1. Jest to dyscyplina socjologiczna i 2. W kręgu naszej kultury problemy zdrowia i choroby utożsamiane są z medycyną. Tam dualizm jest specyficzną cechą omawianej dziedziny, a zarazem jedną z głównych przyczyn wstrzeźliwości w badaniu jej przez socjologów” (Sokołowska 2009, s. 21). Podążając dalej i próbując nakreślić najważniejsze aspekty dla tej subdyscypliny warto zaznaczyć, iż podobnie jak wiele innych subdyscyplin – także i omawiana wyodrębniła się z socjologii ogólnej uprawianej w Stanach Zjednoczonych. Traktowano ją od początku jako tzw. hybrydę intelektualną, bez możliwości wskazania jej „ojców” czy klasyków (świadomych, intencjonalnych). Jednakże w literaturze przedmiotu wskazuje się tu między innymi na wątki obecne w dziele Floriana Znanieckiego „Ludzie terażniejsi a cywilizacji przyszłości”, jednakże dopiero dzieło Talcota Parsonsa „Social system”, ujmujące medycynę jako instytucję kontroli społecznej, a lekarza jako czynnika tejże, rozpoczyna społeczną refleksję nad omawianymi zagadnieniami. Poszukiwania, badania empiryczne i analizy badaczy z takich dyscyplin jak antropologia (społeczna/kulturowa), demografia, socjologia czy psychologia ukazała, iż gros tego, co konstruuje zdrowie człowieka, de facto stanowi również jego społeczne ulokowanie.

Jak wskazuje Włodzimierz Piątkowski, od lat 90. XX w. dostrzega się wyraźne symptomy ewolucji socjologii medycyny. Zdaniem autora „Widzimy coraz wyraźniej, że socjologia medycyny, obok klasycznych tematów koncentrujących się wokół zagadnień choroby i człowieka chorego, podejmuje również eksplorację obszaru zdrowia” (Piątkowski 2002, s. 9). Autor, już pod koniec XX wieku wskazuje na wyraźną ewolucję socjologii medycyny w kierunku socjologii zdrowia. Najnowsze wyzwania polskich badaczy z tego obszaru lokują się wyraźnie wokół zagadnień funkcjonalności polskiego systemu medycznego (w tym, między innymi, problematyka nierówności w dostępie do usług medycznych, opinia społeczna o systemie medycznym, problematyka polityki w zakresie zdrowia i choroby). Mocny postulat o uprawianiu współczesnej socjologii zdrowia i choroby w paradygmacie podejścia krytycznego, rozumianego za Anthonym Giddensem jako zaangażowanej socjologii (Giddens 2004) wyraźnie rozbrzmiewa we współczesnej debacie i nauce. Bowiern, jak wskazują Piątkowski i Nowakowska: „Wybór neutralnego lub, co gorsza, apologetycznego sposobu uprawiania tej nauki nie służy ani jej samej, ani tym bardziej nie zbliża nas do ideałów dyscypliny społecznie wrażliwej” (Piątkowski, Nowakowska 2012, s. 25).

Można też wskazać, iż współczesne poszukiwania interdyscyplinarnych ujęć problematyki zdrowia i choroby z jednej strony wiążą się z autonomizacją społecznej perspektywy badań nad zdrowiem i chorobą, z drugiej zaś także poprą próby poszerzenia optyki teoretyczno-empirycznej. Jednakże już w obrębie socjologii medycyny możemy również odnaleźć wiele przykładów projektów interdyscyplinarnych.

Wśród przedstawicieli polskiej socjologii medycyny podejmowanie interdyscyplinarnych projektów, których zwieńczeniem stały się publikacje książkowe ma długą tradycję. W dalszej części wprowadzenia zaprezentowane zostaną wybrane przykłady takiej działalności. W początkowym okresie, w latach 90. XX wieku, taką współpracę socjologowie medycyny podejmowali z antropologami medycyny. Na początku współpraca ta owocowała pojawieniem się rozdziałów autorstwa antropologów medycyny w dwóch publikacjach⁴, przygotowanych przez socjologów medycyny. Z czasem powstała wspólnie przygotowana monografia „Socjologia i antropologia medycyny w działaniu”⁵. Redaktorzy tej publikacji we wstępie stwierdzili, że „Socjologia oraz antropologia zdrowia i choroby, muszą i mogą współdziałać, by opis społecznych i kulturowych kontekstów choroby i zdrowia stał się możliwie pełny, dokładny i kompletny” (Piątkowski, Płonka-Syroka 2008, s. 7). Innym sposobem nawiązywania interdyscyplinarnej współpracy przez polskich socjologów medycyny było publikowanie artykułów poświęconych reprezentowanej dyscyplinie naukowej w projektach wydawniczych, przygotowywanych przez przedstawicieli innych dyscyplin naukowych⁶.

Kolejne interdyscyplinarne inicjatywy wydawnicze⁷, dotyczące zdrowia i choroby od lat realizowane są na Wydziale Nauk Społecznych Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego. Redaktorzy publikacji „Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym” we „Wstępie” podkreślali, że „[...] autorów monografii, reprezentujących różne dziedziny wiedzy, w tym m.in. antropologii, filozofię, medycynę, prawo, psychologię i socjologię [...] integruje przekonanie, że ze względu na złożoność zagadnień dotyczących zdrowia człowieka nie jest możliwe efektywne analizowanie tej problematyki z perspektywy jednej dyscypliny wiedzy” (Popielski, Skrzypek, Albańska

⁴ Wskazane rozdziały: W stronę socjologii zdrowia, W. Piątkowski, A. Titkow (red.), Lublin 2002 oraz Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny, W. Piątkowski (red.), Lublin 2004.

⁵ Socjologia i antropologia medycyny w działaniu, (red.) W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka, Wrocław 2008.

⁶ Przykładem takiej aktywności może być artykuł W. Piątkowskiego, Zdrowie w socjologii, [w:] Zdrowie w medycynie i naukach społecznych, (red.) T. B. Kulik, I. Wrońska, Stalowa Wola 2000.

⁷ Wskazują na to między innymi następujące publikacje: Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym, (red.) K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albańska, Lublin 2010; Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych, (red.) B. Płonka-Syroka, M. Skrzypek, Wrocław 2010; Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę, red. M. Skrzypek, Lublin 2013; Podstawy intersubiektywności w naukach o zdrowiu. Poznawcza tożsamość dyscyplin badających socjokulturowy wymiar zdrowia i choroby, (red.) M. Skrzypek, Lublin 2014.

2010, s. 5). W kontekście przyszłych badań interdyscyplinarnych szczególne znaczenie ma publikacja „Podstawy intersubiektywności w naukach o zdrowiu. Poznawcza tożsamość dyscyplin badających socjokulturowy wymiar zdrowia i choroby”, w ramach której przedstawiciele socjologii (zdrowia, choroby przewlekłej, lecznictwa niemedyceznego, zawodów medycznych, ciała, sportu i turystyki), gerontologii społecznej, promocji zdrowia, psychologii zdrowia, pedagogiki zdrowia, antropologii medycyny klinicznej, bioetyki, polityki zdrowotna, filozofii medycyny, nowego zdrowia publiczne i medycyny klinicznej „zostali zaproszeni do zaprezentowania [...] wyznaczników poznawczej tożsamości swoich dyscyplin oraz opisania ich naukowego statusu” (Skrzypek 2014, s. 5).

Świadomość niezwyklej ważności interdyscyplinarnych inicjatyw związanych z zagadnieniami zdrowia i choroby stała się inspiracją dla zorganizowania na Uniwersytecie Zielonogórskim w dniach 23-24 marca 2017 roku Interdyscyplinarnej Doktoranckiej Konferencji Naukowej **Pomiędzy zdrowiem a chorobą**⁸. W ramach tego wydarzenia organizatorzy zamierzali zrealizować dwa cele. Pierwszym z nich było dokonanie przeglądu stanowisk teoretycznych związanych z konceptualizacją pojęć „zdrowie” i/lub „choroba” z punktu widzenia przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych zajmujących się tą tematyką. Drugim celem było poznanie, jakimi zagadnieniami z obszaru badawczego wyznaczanego przez pojęcia „zdrowie” i/lub „choroba” zajmują się młodzi badacze. Konferencja umożliwiała wymianę doświadczeń, tworząc przestrzeń dla rozważań naukowych i dyskusji dla młodych badaczy, przedstawicieli różnych nauk społecznych – socjologii, pedagogiki, psychologii, antropologii i filozofii, dla których zagadnienia związane ze zdrowie i/lub chorobą stanowią główną oś ich poszukiwań naukowych. Inicjatywa ta wpisuje się także w próbę wypracowania wspólnego, interdyscyplinarnego projektu badawczego – z wspólnie wypracowaną konceptualizacją i metodologią łączącą doświadczenia badaczy różnych dyscyplin.

Przekazywana do rąk Czytelników monografia w części stanowi efekt spotkania uczestników konferencji **Pomiędzy zdrowiem a chorobą**. Jednak zawartość merytoryczna monografii wykracza poza treści prezentowanych przez prelegentów wystąpień. Do udziału w jej powstawaniu zostali zaproszeni także inni badacze i naukowcy, którzy w środowisku zielonogórskim zajmują się zagadnieniami związanymi ze społecznymi wymiarami zdrowia i/lub choroby. Różnorodność ta wynika przede wszystkim z wielości dyscyplin reprezentowanych przez autorów. Wtórnią rzeczą wydaje się różnorodność ośrodków naukowych i doświadczenia w pracy naukowo-badawczej autorów.

Niniejsza publikacja składa się z trzech części. W pierwszej części zatytułowanej **Konteksty teoretyczne: zdrowe i choroba w naukach**

⁸ Konferencja zorganizowana została przez Doktoranckie Koło Socjologii Zdrowia, Choroby i Medycyny, Instytutu Socjologii i Zakład Metodologii Badań Społecznych Uniwersytetu Zielonogórskiego.

społecznych i humanistycy znalazły się artykuły, w ramach których ich Autorzy koncentrują się na teoretycznych aspektach związanych z pojęciami zdrowia i/lub choroby. Michał Wagner (reprezentowana dyscyplina naukowa – filozofia) przedstawia interesującą poznawczo analizę interpretacji pojęcia choroby w epistemologii Ludwika Flecka. Zdaniem Autora pojęcie to stało się przyczyną zakwestionowania przez Flecka idei obiektywności wiedzy naukowej. W procesie diagnostycznym choroby unaoczniają się bowiem rozbieżności pomiędzy teorią naukową a praktyką lekarską oraz uwarunkowana historycznie i społecznie zmienność standardów naukowych. Tekst autorstwa Eweliny Cichoń i Remigiusza Szczepanowskiego (reprezentowana dyscyplina naukowa – psychologia) pozwala Czytelnikowi na zapoznanie się z teoretycznymi oraz praktycznymi aspektami metapoznania. To podejście Autorzy zastosowali do wyjaśniania przyczyn powstawania i utrzymywania się zaburzeń psychicznych, które odnoszą się do dysfunkcji procesów kontroli i monitorowania.

W części drugiej, najbardziej rozbudowanej – **Wybrane problemy zdrowia i choroby z perspektywy badań empirycznych i realizowanych działań profilaktycznych** proponujemy teksty prezentujące różnorodne projekty badawcze – także ułożone w różnych dyscyplinach (socjologia, psychologia, antropologia). Milena Grzegorzczak (reprezentowana dyscyplina naukowa – socjologia) koncentruje się wokół zagadnień dotyczących stosowania papierosów, alkoholu, narkotyków i dopalaczy. Autorka prezentuje dane uzyskane na podstawie badania przeprowadzonego przez Doktoranckie Koło Naukowe Socjologii Zdrowia, Choroby i Medycyny Uniwersytetu Zielonogórskiego w roku 2016 wśród młodzieży zielonogórskich szkół ponadgimnazjalnych. Następne autorki – Daria Joanna Suchecka, Katarzyna Adamowicz, Marta Kęsik, Joanna Preś (reprezentowana dyscyplina naukowa – psychologia) prezentują wyniki badań własnych, dotyczących poziomu lęku i stylu radzenia sobie ze stresem, z uwzględnieniem przede wszystkim problematyki używania leków dostępnych bez recepty przez młodzież klas maturalnych. Inga Janik, Martyna Maciejewska oraz Olimpia Sipak-Szmigiel (reprezentowana dyscyplina naukowa – psychologia) zapoznają Czytelnika z wynikami badań na temat postrzegania zdrowia przez młodych dorosłych przy uwzględnieniu takich czynników, jak umiejscowienie kontroli i przypisywanie wartości zdrowiu.

Kolejna Autorka, Mariola Kokowska (reprezentowana dyscyplina naukowa – psychologia), w swym artykule odnosi się do problematyki z zakresu muzykoterapii. Głównym problemem badawczym, który określiła Autorka było eksperymentalne sprawdzenie związków między strukturą osobowości i preferencjami muzycznymi a strategiami regulacji nastroju z udziałem muzyki. Anna Sznajder (reprezentowana dyscyplina naukowa – antropologia) prezentuje refleksje nad niepełnosprawnością jako realnym doświadczeniem osób starszych i zajmujących się nimi opiekunów w domach spokojnej starości (w jednej z dzielnic Londynu). Jak wskazuje Autorka, artykuł ma wartość dokumentacyjną: rejestruje zaobserwowane

przykłady niepełnosprawności fizycznej i psychicznej z perspektywy badacza z Europy Środkowo-Wschodniej w kontekście przestrzeni starości konstruowanej przez doświadczenia angloamerykańskie. Tę część zamyka artykuł opisujący Grupę Wsparcia Trop – autorstwa Katarzyny Frączek i Aleksandry Zadroznej (reprezentowana dyscyplina naukowa – psychologia). Młode Autorki omówiły w nim konkretne działania oraz publikacje – „Biuletyn TROPiciel” oraz „Poradnik-Informator”, które są rodzajem autoterapii i samopomocy w kontekście przewycięzania lęków, budowania pewności siebie, zdrowienia i umacniania wartości osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

Trzecia część – **Zdrowie i choroba: różnorodność aktywności, różnorodność stylów życia, różnorodność postaw** znalazły się także teksty odnoszące się do autorskich projektów badawczych, dotyczących jednak wybranych kategorii społecznych i wpisujących się w realizację pewnych stylów życia. Tekst autorstwa Tatiany Ronginskiej (reprezentowana dyscyplina naukowa – psychologia) odnosi się do poczucia zadowolenia z pracy, które ma charakter wielowymiarowy. Autorka przedstawia koncepcje zadowolenia, głównie jednak zwraca uwagę na emocjonalny składnik tej kategorii, tzn. afekt pozytywny. Na przykładzie dwóch narzędzi pomiarowych: Kwestionariusza Zachowań i Przeżyć związanych z pracą – AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster) oraz Inwentarza Diagnostyki Osobowości w Kontekście Sytuacyjnym – IPS (Inventar zur Persönlichkeitsdiagnostik in Situationen) Autorka wskazuje możliwości badania poziomu zadowolenia w trzech obszarach środowiska pracy – zadaniowym, komunikacyjnym oraz zdrowotnym. Dorota Szaban (reprezentowana dyscyplina naukowa – socjologia) charakteryzuje kilka wymiarów kondycji zdrowotnej mieszkańców województwa lubuskiego (mężczyzn). Autorka konfrontuje ich opinie z funkcjonującymi stereotypami płci. Podstawę empiryczną analiz stanowią wyniki badań sondażowych zrealizowanych wśród lubuskich mężczyzn z różnym wiekiem w województwie lubuskim w 2016 roku. Beata Trzop (reprezentowana dyscyplina naukowa – socjologia) przybliży Czytelnikom stosunek badanych dojrzałych kobiet (50+), w fazie życia pomiędzy średnią i późną dorosłością, do klimakterium i menopauzy. Autorka doświadczenie to traktuje holistycznie: jako proces zmian biologicznych i związanych z nim procesów psychologiczno-społecznych. Monografię zamyka tekst Magdaleny Witkiewicz (reprezentowana dyscyplina naukowa – ekonomia i socjologia). W artykule autorka wskazuje na zdrowotne uwarunkowania wcześniejszej dezaktywizacji zawodowej kobiet. Autorka analizuje dane empiryczne z zakresu statystyki publicznej oraz dane z raportów badań zrealizowanych w obszarze zdrowia w Polsce.

Redaktorki, prezentując zebrane teksty jednocześnie stawiają sobie pytanie o możliwość realizacji projektów interdyscyplinarnych skupiających badaczy z różnych środowisk i dyscyplin. Mimo iż mówimy różnymi językami, to łączą nas wspólne poszukiwania. Mając świadomość różnorodności zaprezentowanych perspektyw teoretycznych i empirycznych, wskazujemy

na interdyscyplinarny charakter problematyki zdrowia i choroby. To pierwszy krok ku budowaniu wspólnego interdyscyplinarnego projektu. Z tą nadzieją oddajemy Czytelnikom niniejsze opracowanie, życząc jednocześnie inspirującej lektury.

Redaktorki
Beata Trzop
Katarzyna Walentynowicz-Moryl

Bibliografia

- BLAXTER M., *Zdrowie*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2009.
- COCKERHAM W. C., *Medical Sociology*, Edition No. 12, Prentice Hall, Upper Saddle River 2012.
- EDLIN G., GOLANTY E., McCormack Brown K., *Essentials for Health and Wellness*, Jones and Bartlett, Sudbury 2000.
- Facilitating Interdisciplinary Research, Committee on Facilitating Interdisciplinary Research, National Academy of Sciences, National Academy of Engineering, Institute of Medicine, 2004, http://www.nordp.org/assets/resources-docs/facilitating_interdisc_research.pdf (stan na dzień 21.06.2017).
- GABE J., BURY M., ELSTON M. A., *Key Concepts in Medical Sociology*, Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi 2004.
- GIDDENS A., *Socjologia*, PWN, Warszawa 2004.
- HALES D., *An Invitation to Health: Choosing to Change*, Wadsworth Cengage Learning, Belmont 2012.
- HESZEN I., *Zmienność wymiarów zdrowia na przestrzeni życia człowieka*, [w:] *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby*, (red.) D. Kubacka-Jasiecka, T. Ostrowski, Wydawnictwo UJ, Kraków 2005.
- HESZEN I., Sęk H., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008.
- HOFMANN B., *Disease, Illness, and Sickness*, [w:] *The Routledge Companion to Philosophy of Medicine* Routledge, (red.) M. Solomon, J.R. Simon, H. Kincaid, 2016, <https://www.routledgehandbooks.com/doi/10.4324/9781315720739.ch2> (stan na dzień 21.06.2017).
- NETTLETON S., *The sociology of health and illness*, Polity Press, Cambridge 2006.
- OSTROWSKA A., *Wstęp*, [w:] *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, (red.) A. Ostrowska, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2009.
- OSTROWSKA A., SKRZYPEK M. (red.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2015.

- PIĄTKOWSKI W. (red.), *Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2004.
- PIĄTKOWSKI W. (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2010.
- PIĄTKOWSKI W., NOWAKOWSKA L., *System medyczny w Polsce wobec wyzwań XXI wieku. Perspektywa krytycznej socjologii zdrowia i choroby*, „Przegląd Socjologiczny” tom LXI/2/2012, s. 11-29.
- PIĄTKOWSKI W., PŁONKA-SYROKA B., *Wstęp, [w:] Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, (red.) W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław 2008.
- PIĄTKOWSKI W., TITKOW A., *Wstęp, [w:] W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2002.
- PIĄTKOWSKI W., *Zdrowie w socjologii, [w:] Zdrowie w medycynie i naukach społecznych*, (red.) T. B. Kulik, I. Wrońska, Oficyna Wydawnicza Fundacji Uniwersyteckiej, Stalowa Wola 2000.
- PIĄTKOWSKI W., TITKOW A. (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2001.
- PŁONKA-SYROKA B., SKRZYPEK M. (red.), *Doświadczenie choroby w perspektywie badań interdyscyplinarnych*, Wydawnictwo AM, Wrocław 2010.
- POPIELSKI K., SKRZYPEK M., ALBAŃSKA E., *Wstęp, [w:] Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, (red.) K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albańska, Wydawnictwo KUL, Lublin 2010.
- PREAMBLE to the CONSTITUTION of the WORLD HEALTH ORGANIZATION as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- SKRZYPEK M. (red.) *Socjologia medycyny w multidyscyplinarnych badaniach humanizujących biomedycynę*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2013.
- SKRZYPEK M., *Wstęp, Podstawy intersubiektywności w naukach o zdrowiu. Poznawcza tożsamość dyscyplin badających socjokulturowy wymiar zdrowia i choroby*, (red.) M. Skrzypek, Wydawnictwo KUL, Lublin 2014.
- SOKOŁOWSKA M., *Granice Medycyny*, Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa 1980.
- SOKOŁOWSKA M., *Socjologia medycyny*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986.
- SOKOŁOWSKA M., *Socjologia medycyny, [w:] Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, (red.) A. Ostrowska, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2009.
- WALENTYNOWICZ-MORYL K., *Wielowymiarowe modele zdrowia*, „Hygeia Public Health”, Tom 52, Nr 1/2017, s. 1-5.

KONTEKSTY TEORETYCZNE:
ZDROWE I CHOROBA W NAUKACH
SPOŁECZNYCH I HUMANISTYCE

POJĘCIE CHOROBY I EPISTEMOLOGIA LUDWIKA FLECKA

Wprowadzenie

W pracy zostanie ukazany charakter choroby jako przedmiotu poznania medycyny oraz jego związek z całą filozofią nauki Ludwika Flecka – polskiego lekarza mikrobiologa, który jest obecnie najlepiej znany ze swojej koncepcji stylów myślowych. Koncepcji, która mocno zainspirowała późniejszych filozofów nauki (Cackowski 1999, s.47), w tym Thomasa Kuhna (Kuhn 2003, s. 258) i stanowiła początek tzw. *cultural turn* w teorii poznania naukowego¹ (Zittel i inni 2007, s.10-11). W ramach tego nurtu próbowano dać odpowiedź na pytanie o to, w jaki sposób czynniki pozanaukowe wpływają na kształtowanie się naszej wiedzy przyrodniczej. Powszechnie uważa się², że nurt ten stanowił konsekwencję krytycznego spojrzenia na dotychczasowe ustalenia z zakresu filozofii nauki, które moglibyśmy ogólnie nazwać pozytywistycznymi. W nurcie pozytywistycznym od badacza wymagało się jedynie dokładnego obserwowania przyrody – wszelkie błędy w poznaniu miały wynikać z oddziaływania czynników pozanaukowych (np. kultury). Amerykański filozof nauki, Larry Laudan, określa ten sposób myślenia „ideałem Leibnizowskim”. Według niego wystarczy jedynie skonstruować odpowiednią metodologię, która pozwoli wydobyć z obserwacji tzw. „czyste fakty” (opisywane przy pomocy zdań protokolarnych bądź zdań bazowych) (Laudan 1984, s. 5-6). Pozytywistyczna interpretacja poznania naukowego uległa zmianie dopiero w latach 50. i 60. dwudziestego wieku wraz z nadejściem takich filozofów jak Kuhn i Paul Feyerabend. Według nich obserwacja przyrody jest osadzona w kontekście teoretycznym, który zawsze zniekształca nasze poznanie. Zwrot, który powstał za sprawą Kuhna i Feyer-

¹ W kontekście socjologii medycyny Barbara Uramowska-Żyto również wskazuje na „Rozwój i powstanie faktu naukowego” Flecka jako na pionierską pracę (Uramowska-Żyto 1992, s. 34), w której podjęto jedną z pierwszych prób interpretacji choroby jako konstruktu społecznego.

² Więcej na temat tego zwrotu w filozofii nauki piszą m.in.: Hans-Jorg Rheinberger w „Epistemologii historycznej” (Rheinberger 2015, s79-94), Józef Życiński w „Strukturze rewolucji metanaukowej” (Życiński 2013, s. 52-59), oraz Norman Stockman w „Antipositivist theories of the sciences” (Stockman 1983, s. 3-18)

abenda, Józef Życiński łączy z krytycznym odczytaniem historii nauki oraz z skoncentrowaniem się na licznych konfliktach i nagłych zmianach w poglądach naukowców. Nagłe zmiany, np. w kwestii interpretacji danych empirycznych bądź teorii naukowych podważały w konsekwencji optymistyczną wizję nauki (rozumianą jako pasmo sukcesów), promowaną do tej pory przez pozytywistów (Życiński 2013, s. 203-240). Krytyka poglądów pozytywistycznych nastąpiła dużo wcześniej przed analizą Kuhna, za którą odpowiedzialny był właśnie Fleck. Jego poglądy na rozwój nauki, podobnie jak poglądy późniejszego mu Kuhna, kształtowały się przede wszystkim pod wpływem analizy historycznej. Nie bez znaczenia była również praktyka lekarska nabyta przez Flecka podczas badań. Zauważył on, że poznanie w medycynie, szczególnie w procesie diagnozy, nie przebiega w taki sposób jak opisywali i rozumieli je pozytywiści. Często większą rolę w procesie poznania odgrywa intuicja niż *stricte* metodologiczne podejście (Fleck 2007e, s. 48). Co więcej, Fleck stwierdza iż: „W medycynie zachodzi ta jedyna w swoim rodzaju okoliczność, że im gorszy lekarz, tym 'logiczniejsza' jego terapia” (tamże), a proces rozpoznania choroby stanowi przykład potwierdzający kontekstualny charakter poznania naukowego.

Koncepcja stylów myślowych

Specyfika medycyny nie ogranicza się do kwestii wyłącznie teorio-poznawczych. Fleck zauważa, że przykłady używane przez współczesnych mu filozofów nauki ograniczają się jedynie do fizyki, astronomii i chemii – czyli dziedzin, które już dawno mają za sobą swoje rewolucyjne odkrycia (Fleck 2007b, s. 322). Przytaczane więc przez epistemologów przykłady stają się utartymi, podręcznikowymi sloganami, które funkcjonują w naszej kulturze jako niepodważalne aksjomaty (Fleck 1986, s. 23-24). Analiza powinna być raczej przeprowadzona na względnie najmłodszych odkryciach naukowych, które nie zostały „zużyte jeszcze w teorio-poznawczych analizach” (Fleck 1986, s. 24). Odwołanie się w analizach teoriopoznawczych do nowych faktów, pozwoli na ominięcie pułapki, w którą wpadali pozytywiści, tj. mitologizacji pracy naukowej. Według Flecka, odwoływanie się w badaniach jedynie do dobrze znanych, rewolucyjnych zmian w nauce jest o tyle kłopotliwe, o ile ich interpretacja okazuje się narzucona przez kulturę, w jakiej funkcjonujemy. Pojawia się wizja naukowca, który, tworząc teorie naukowe, odwołuje się tylko i wyłącznie do danych empirycznych, pozbawionych jakichkolwiek oznak wpływu „z zewnątrz”. Fleck zwraca uwagę na to, że źródłem informacji nie jest tylko i wyłącznie doświadczenie przyrody, ale wiedza, informacja i interpretacja zawarta w książkach i artykułach opisujących to doświadczenie (Fleck 2007h, s. 215). Dopiero analiza nowych faktów naukowych pozwala pokazać specyfikę poznania naukowego.

Pozytywistyczne przekonanie o bezpośredniości poznania prowadzi według Flecka do poważnych uproszczeń i zaniedbań z zakresu socjologii wiedzy. W ujęciu pozytywistów, naukowiec jest całkowicie niezdetermi-

nowaną jednostką, odbierającą rzeczywistość jedynie w określony sposób. Dociekanie, w jaki sposób funkcjonowali badacze w różnych czasach jest pozbawione wartości, ponieważ charakteryzowali się oni tym, że posiadali ten sam „obiektywny umysł”. W ten sposób powstaje teoria poznania naukowego, która pomija wszelkie koncepcje „egzotyczne” i „archaiczne”, stanowiące zaburzenia odbioru rzeczywistości (Fleck 2007h, s. 216). Taka interpretacja nauk ścisłych – idealnego „zwierciadła” dla rzeczywistości – stanowi konsekwencję akceptacji tezy istnienia „obiektywnych faktów”, podstawowego budulca teorii naukowych (Fleck 1986, s. 80). Fleck nie zgadzał się na taką interpretację. Nasze poznanie jest zawsze ukierunkowane, a idea zdania protokolarnego jest produktem wtórnym, który powstaje, gdy naukowiec próbuje zrekonstruować drogę dojścia do danego odkrycia (Fleck 1986, s. 120). „Są sytuacje, w których mieszkaniec Warszawy widzi aleje, a mieszkaniec Koziej Wólki szereg małych ostro obciętych ogródków, różne ścieżki i drogi, szereg domów, parę ruin, kilka kiosków i duży ruch wozów, aut i ludzi – ale gdzie ta aleja?” (Fleck 2007g, s. 171).

Ludzie nie są *tabula rasa*, nie można ich traktować jako pustych odbiorników wchłaniających dane zmysłowe i przetwarzających je na teorie naukowe. Każde poznanie jest w czymś zakorzenione, „[...] zawsze jesteśmy w środku poznawania, lecz nigdy na początku” (Fleck 2007e, s. 56). Najpierw ktoś musi ukierunkować nas na to, w jaki sposób powinniśmy oglądać rzeczywistość, dostarczyć nam odpowiednich pojęć i kontekstów, aby obserwacja mogła w ogóle zaistnieć (tamże). Nawet artysta nadal korzysta z zastałych już środków wyrazu, uczestnicząc przez to w pewnej tradycji i ucząc się, w jaki sposób może tworzyć swoje dzieła. Podobnie jest z naukowcem (Fleck 2007f, s. 286). Ważne jest tworzenie metody badawczej poznania naukowego, która będzie brała pod uwagę tzw. wpływy pośredniczące. Powinny one „objąć metody psychologiczne, socjologiczne i historyczne. Przedmiotem jej stanie się całokształt życia poznawczego, jego organizacja, fluktuacje czasowe i właściwości rozwojowe, cechy lokalne, właściwości jego rozmaitych form; zbada metody pedagogiczne ze stanowiska teorii poznawania [...] Uwzględni wreszcie mitologię i psychiatrię” (Fleck 2007h, s. 235). I taką teorię Fleck nazywa właśnie „nauką o stylach myślowych” (tamże).

Fleck w artykule „Zagadnienia teorii poznawania” (2007h, s. 218) wymienia trzy główne założenia, na których opiera się jego teoria nauki. Po pierwsze na tym, że istnieje „grupowe różnicowanie myślowe ludzi” oraz na fakcie, „że krążenie myśli połączone jest w zasadzie zawsze z jej przekształceniem” (Fleck 2007h, s. 221). Ostatnim założeniem jest „istnienie swoistego historycznego rozwoju myślenia, który nie daje się sprowadzić do logicznego rozwijania treści myślowych ani do prostego przybywania szczegółowych wiadomości” (Fleck 2007h, s. 225).

Pierwsze założenie odnosi się bezpośrednio do postulatu, by w analizach epistemologicznych brać pod uwagę kontekst zapośredniczający poznanie. Owe różnicowane grupy myślowe to nic innego jak społeczności

dostarczające schematy, narzędzia i terminy, dzięki którym możemy poznawać otaczającą nas rzeczywistość. W akcie poznania nie mamy więc do czynienia z dwoma członami – podmiotem poznającym i przedmiotem poznawanym, ale z trzema, którym jest kolektyw. Kolektyw stanowi wspólnotę, której członkowie determinują sposób, w jaki poznajemy otaczający nas świat (Fleck 2007g, s. 181). Poznanie odbywa się więc zbiorowo, pomimo tego, że jednostki nie są tego świadome. Kolektyw wpływa również na nieświadomą jednostkę w ten sposób, iż zniekształca jej poznanie w takim stopniu, by jego wynik był zgodny z ustalonymi przez niego normami (Fleck 1986, s. 68-71). Posiadane normy przez kolektyw Fleck nazywa „stylem myślowym”, który definiuje jako „ukierunkowane postrzeganie wraz z odpowiednią obróbką myślową i rzeczową tego, co postrzegane. Charakteryzują go wspólne cechy problemów, którymi kolektyw jest zainteresowany; sądów, które uważa za oczywiste; metod których używa jako środków poznawczych” (Fleck 1986, s. 130-131). Kolektyw myślowy to wspólnota ludzi posiadających ten sam styl myślowy, tj. „nośnik rozwoju jakiejś dziedziny myśli, określonego stanu wiedzy i kultury” (Fleck 1986, s. 68).

Proces poznawania odbywa się zatem według kilku określonych etapów. Na początku przedmiot poznawany (który zostaje wyznaczony przez kolektyw) stawia opór przy próbach interpretacji. Problemy interpretacyjne (czyli „awizo oporu”) zostają przełamane dzięki „przymusowi myślowemu”, czyli narzucającemu się nam w trakcie poznawania kontekstowi teoretycznemu, który zapośrednicza interpretacje poznawanego obiektu (Fleck 1986, s. 126). Poznanie będzie więc zdeterminowane już w dwóch początkowych momentach: przy wyborze przedmiotu poznawania oraz przy sposobie w jaki będziemy go interpretować. Sama interpretacja – produkt naszego poznania – również ulegnie wpływowi stylu myślowego. W ideale pozytywistycznym produkty naszego poznania będą opierały się jedynie na obiektywnych cechach przedmiotów, które poznajemy. Według Flecka, takie poznanie jest niemożliwe, gdyż asocjacje bierne (tak nazywa „obiektywne cechy” obiektów) są często nierozróżnialne od asocjacji aktywnych, czyli tych, które pochodzą od używanego stylu myślowego (Fleck 1986, s. 80). Należy więc pogodzić się z faktem, że produkt naszego poznania zawsze będzie zakłócony przez kolektyw myślowy, w którym uczestniczymy.

Trójelementowy proces poznawania ma wpływ na to, w jaki sposób w filozofii Flecka postrzega się rzeczywistość, a w konsekwencji pojęcie „prawdy”. Poznanie, jak pisze Fleck, „nie jest ani pasywną kontemplacją, ani nabyciem możliwego wglądu w gotowe dane. Jest ono czynnym, żywym wchodzeniem w związek, przekształcaniem i przekształceniem, krótko mówiąc tworzeniem” (Fleck 2007d, s. 57). Stąd też ideał poznania rzeczywistości taką, jaka ona jest – czyli w swojej formie „absolutnej” – musi być skazany na niepowodzenie. Wizja rzeczywistości jest konstruowana przez dany kolektyw za pomocą preferowanych przez niego środków interpretacyjnych. To, jaką wizję przyjmie dany kolektyw, musi zostać uzgodnione ze

wszystkimi jego członkami, tj. na drodze demokratycznej³. Prawda będzie więc zakorzeniona w danym stylu myślowym, ale również w danym okresie historycznym, w którym funkcjonował jego kolektyw myślowy. Dlatego też zmiana kolektywów będzie skutkować zmianą prawdziwości zdań uważanych do tej pory za prawdziwe o jakiejś rzeczywistości. Nawet „prawdy” z tego samego okresu historycznego będą się różniły, jeżeli kolektywy je wyznające będą posiadały różne style myślowe (Fleck 1986, s. 132). Różnice między kolektywami mogą być na tyle duże, że znaczenie tych samych pojęć będzie ulegało zmianie wraz ze zmianą stylu. Co więcej, zdaniem Flecka nie powinniśmy też wartościować tych różnych „prawd” – przez to, iż są uzależnione od stylów swoich kolektywów, nie mogą być ze sobą porównywalne (Fleck 2007f, s. 282).

Nic dziwnego, iż w swoich badaniach Fleck bardziej skupia się na kolektywach myślowych niż pojedynczych naukowcach. Jednostki, jak uważa, są na tyle zdeterminowane przez środowisko swojego kolektywu, iż bez niego badacz „[...] byłby ślepy i bezmyślny. Usunąć wpływy otoczenia znaczy to co najmniej zahamować procesy poznawcze” (Fleck 2007f, s. 285). Indywiduum zostaje tutaj zepchnięte na margines pomimo tego, iż to indywiduum jest źródłem nowych pomysłów naukowych. Stwierdza, że (w przeciwieństwie do tego, jak interpretował go Kuhn⁴) nawet oryginalna myśl jednostki szybko zostaje przejęta przez kolektyw. Wiąże się to z drugim postulatem jego epistemologii.

Zgodnie z drugim założeniem teorii Flecka – myśl, która jest przekazywana w kolektywie, podlega przekształceniu. Podobnie dzieje się z pomysłem, który pojawia się w głowie naukowca uczestniczącego w danym kolektywie. Oczywiście powstała idea nie może być zbyt odległa od wyznawanego stylu, ponieważ wtedy zostanie przez wspólnotę odrzucona. Tak zwane „prawo pracy naukowej” jest więc tu określone w następujący sposób – „jak największy przymus myślowy (czyli wpływ stylu myślowego – przypis MW) przy jak najmniejszej samowoli intelektualnej” (Fleck 1986, s.126). Przekształcenie pierwotnego pomysłu jest na tyle duże, iż w pewnym momencie sam twórca może nie poznać swojej własnej idei. To przetworzenie myśli pojawia się, gdy ludzie przekazują je sobie przez zwyczajne relacjonowanie nowych odkryć, o których czyta się w czasopiśmie naukowym bądź w trakcie nauki z podręcznika. Taka innowacyjna myśl naukowa przestaje być już wtedy własnością jej twórcy, a zostaje przejęta przez kolektyw

³ „Nauki przyrodnicze są bowiem sztuką kształtowania demokratycznej rzeczywistości i postępowania według niej – a więc przekształcania przez nią. To wieczna, dużo bardziej syntetyczna niż analityczna, nigdy niekończąca się praca, wieczna, jak praca prądu, kształtująca swoje koryto” (Fleck 2007d, s. 63).

⁴ We wstępie do angielskiego wydania *Powstania i rozwoju faktu naukowego* Thomas Kuhn stwierdza, że Fleck skupia się na jednostce jako elemencie podstawowym rozwoju nauki, przez co jego teoria może być zredukowana do psychologii poznania. Trudno jednak zgodzić się z tą interpretacją, gdyż wielokrotnie Fleck pisze o konieczności analizy całych kolektywów i zwoleńskim charakterze analizy skupiającej się na pojedynczych przypadkach (Kuhn 1979, s. VII-XI).

(Fleck 1986, s. 71-72). Idea, o której tu mowa, stanowi najczęściej połączenie danych empirycznych ze specyfiką danego stylu myślowego. Fleck nazywa tę ideę „faktem naukowym”, który jest „odpowiadającą stylowi myślowemu strukturą pojęciową” (Fleck 1986, s. 114).

Powstaje pytanie: jak w takim razie fakty naukowe są przekazywane w obrębie kolektywu? Otóż, zdaniem Flecka, zależy to od jego składowych. Fleckowski kolektyw myślowy posiada budowę hierarchiczną, na którą składają się dwie części: ezoteryczna i egzoteryczna. Część ezoteryczna składa się z aktywnych członków kolektywu, którzy produkują i krytycznie analizują fakty naukowe – do tej części zaliczylibyśmy różnego rodzaju fachowców i specjalistów. Część egzoteryczna to sfera, do której należą laicy – ludzie mający dostęp do struktury myślowej za pośrednictwem przedstawicieli części ezoterycznej (tj. za pośrednictwem np. podręczników i artykułów popularnonaukowych). Obie sfery kolektywu mają na siebie wpływ, naukowcy mogą pełnić rolę autorytetów, zaś opinia publiczna może wpływać na to, czym zajmują się naukowcy. Jednak im silniejsza jest pozycja kręgu ezoterycznego, tym bardziej staje się on odizolowany i obcy dla szerszego grona (Fleck 1986, s. 138-139).

Między obiema sferami może wytworzyć się komunikacja. Najlepszym przykładem jest szkoła, gdzie relacja nauczyciel-uczeń dobrze obrazuje, w jaki sposób zmienia się przekaz faktów naukowych. O ile wewnątrz sfery ezoterycznej jej członkowie mogą być w stosunku do niej krytycznie nastawieni, to w relacji między sferami fakty te przedstawione są jako dogmat. Uczeń zostaje wtajemniczony, wprowadzony w całkiem nowy świat. Sam proces można porównać do nawrócenia religijnego, a fakty, które mu się przekazuje – do prawd wiary (Fleck 1986, s. 84). W tym też sensie nauczyciel (naukowiec) staje się ucieleśnieniem stylu myślowego – „jest specjalnie uformowanym człowiekiem, który już nie może ująć swoim tradycyjnym i kolektywnym związkom” (Fleck 1986, s. 84). Podobną pewność odkrywamy w literaturze popularnonaukowej. O ile podręcznik stanowi wprowadzenie do stylu myślowego, to wiedza popularna stanowi jasną i klarowną wykładnię obecnego stanu wiedzy, w którym nie podaje się wszelkich trudności związanych z jej kształtowaniem. Proces ten znają jedynie członkowie sfery ezoterycznej. W jej centrum znajdują się fachowcy gruntownie wykształceni w danej dziedzinie, następnymi są naukowcy poruszający pokrewne dziedziny, na jej pograniczu są zaś „wykształceni dyletanci” (Fleck 1986, s. 146-148). Nie ma między nimi jednak idealnej komunikacji. Jak pisze Fleck: „Odkrycie, którego dokonał fachowiec, musi się przerobić etapami poprzez drugie i trzecie odkrycie ze strony kolejnych, coraz popularniejszych popularyzatorów, aby stało się dostępne dla laika lub fachowca z innej dziedziny” (Fleck 2007c, s. 269). Wiedza więc jest cały czas przetwarzana, oczyszczana z kontrowersji i przedstawiana kolejnym pokoleniom jako niepodważalne dogmaty, które w końcu stają się ich stylami myślowymi.

Stąd też staje się zrozumiały postulat Flecka, aby przy analizach teoriopoznawczych opierać się głównie na nowych odkryciach, a nie przywoływać klasyczne zdarzenia w historii nauki, które właśnie przeszły przez proces przetworzenia i stały się takimi właśnie dogmatami stylów myślowych. Fleck nie wyklucza samej analizy historycznej w swoich badaniach epistemologicznych, wręcz przeciwnie, składnik historyczny jest konieczny w badaniach nad stylami myślowymi, gdyż, jak pisze: „[...] każda teoria poznania pozbawiona badań historycznych [...] jest pustą grą słów” (Fleck 1986, s. 48). Badania historyczne nad rozwojem wiedzy muszą jednak oprzeć się na trzecim wymienianym przez niego założeniu, a mianowicie, że rozwój nauki nie jest prostą kumulacją faktów i rozwoju zastałych idei. Jak przedstawiono powyżej, znaczenia pojęć w epistemologii Flecka zmieniają się wraz ze zmianą stylów myślowych. Wizje rzeczywistości muszą być więc różne dla odmiennych kolektywów myślowych. W przypadku istnienia takich niewspółmierności pomiędzy kolejnymi wspólnotami naukowców trudno uznać, aby mogli oni jedynie rozwijać pomysły wspólnot poprzednich. Podobnie jest z kumulacją faktów. Nie może być ona tak prosta, jak wyobrażali to sobie pozytywiści. Każda kolejna wspólnota ma właściwy im sposób ich interpretacji, a zatem te same dane mogą skutkować produkcją różnych faktów naukowych, co prowadzi do tego, że fakty nie będą kumulowane, ale będą podlegały procesowi ciągłej interpretacji.

Nie należy jednak uznawać tego za coś negatywnego. Dzięki temu dawne idee mogą zostać na nowo zinterpretowane i użyte do rozwoju współczesnej nauki. Fleck zauważa, że niektóre współczesne teorie naukowe są właśnie takim nowym odczytem starych pomysłów, czyli posiadają swoje „praidee”. Są to z reguły pomysły, które kiedyś zarzucone odradzają się ponownie zinterpretowane pod postacią współczesnych teorii naukowych. Przykładem takiej teorii jest np. atomizm Demokryta. Same praidee nie powinny podlegać ocenie, ponieważ należały do innego kolektywu myślowego. To, że dla nas mogą wydawać się naiwne bądź nienaukowe nie zmienia faktu, iż dla ich współczesnych były prawdziwe. Jak tłumaczy Fleck, problem oceny dawnych pomysłów naukowych jest błędny, gdyż zawsze jest ona przeprowadzana z perspektywy naszego stylu myślowego. Ocena więc dawnych teorii z punktu widzenia naszych standardów jest równie słuszna, jak ocena wymarłych gatunków pod względem przystosowania do naszego środowiska (Fleck 1986, s. 51-54).

W swoich analizach Fleck nie boi się wykazywać, że współczesna nauka jest przesiąknięta pomysłami o archaicznych korzeniach. Te atawistyczne cechy stylów myślowych są szczególnie widoczne w medycynie.

Fleck swoją najsztywniejszą analizę stylu myślowego w medycynie przeprowadza na „nowszy fakt medyczny” – „[...] którego waga i przydatność nie mogą być kwestionowane [...] ponieważ jest historycznie i fenomenologicznie bogaty”. Jest to „fakt, że reakcja Wassermanna ma związek z kiłą” (Fleck 1986, s. 24). Analizę teoriopoznawczą tego faktu można podzielić na dwa etapy – po pierwsze, kształtowanie się pojęcia kiły jako choroby, po drugie – przyczyny powstania reakcji Wassermanna jako sposobu jego diagnozy.

Fleck twierdzi, że na powstanie pojęcia kiły we współczesnym znaczeniu miało wpływ kilka praiddei. Pierwsza, którą można nazwać etyczno-mistyczną wiązała syfilis z astrologią. Miała być to choroba, której pojawienie się determinował układ gwiazd. Ważny był również element religijny – interpretacja astrologiczna rozwijająca się w średniowieczu wzmacniana była przez jej religijną interpretację, według której syfilis miał stanowić karę za grzech, którym było odczuwanie rozkoszy (Fleck 1986, s. 26-27). Druga idea – empiryczno-terapeutyczna, która powstała wraz z końcem XV oraz początkiem XVI wieku i określała syfilis jako przewlekłą chorobę skórno-łą, którą należało leczyć rtęcią (Fleck 1986, s. 28). Kolejny, cały zespół idei „eksperymentalno-patologicznych” podważył charakter syfilisu jako pojedynczej choroby, utożsamiając go z kolektywem wielu różnych chorób (Fleck 1986, s. 29-34). Ostatnią i najważniejszą dla powstania reakcji Wassermanna była idea wiążąca kiłę z krwią. Pomyśl, iż istnieje coś takiego jak „krew kiłowa”, pochodzi ze starożytnej teorii dyskrazji, według której choroby wywoływane są przez nieprawidłową mieszaninę płynów ustrojowych (Fleck 1986, s. 41). Pogląd, że krew jest płynem ustrojowym, wynikał ze specjalnego miejsca krwi w kulturze. Krew jako symbol pokrewieństwa, pieczętowania umów, zawierania przyjaźni, zmywania hańby czy ogólnie rozumiany wskaźnik życia i śmierci stawał się idealnym kandydatem dla siedziby choroby tak bardzo związanej z grzechem rozpusty (Fleck 2007a, s. 100). Na rozwój pojęcia kiły miało więc wpływ wiele współwystępujących czynników: idea etyczno-mistyczna – ugruntowała zarówno specyficzne miejsce w kulturze chorób wenerycznych, ale również ogólnie idee chorób przenoszonych drogą płciową; idea empiryczno-terapeutyczna – wskazała na chemiczne możliwości leczenia choroby; idee eksperymentalno-patologiczne, które oddzieliły kiłę od innych chorób oraz idea dyskrazji – wskazująca miejsce szukania „zarazki kiły” (Fleck 1986, s. 44-45).

Wszystkie te idee, zdaniem Flecka, nałożyły się na siebie, tworząc w ten sposób nie tylko współczesny obraz kiły jako choroby, ale również wskazując, gdzie należy szukać sposobu jej zdiagnozowania. Warto pamiętać, że dojście do odkrycia Wassermanna nie odbyło się bez wielu pomyłek i fałszywych tropów. Fleck analizując pisma tego naukowca dochodzi do wniosku, że przesłanki, na których się opierał w swoich badaniach, z punktu

widzenia współczesnej wiedzy należałoby uznać za fałszywe (Fleck 1986, s. 106-107). Przesłanki te mają jednak sens, o ile interpretowalibyśmy je z perspektywy ówczesnego stanu wiedzy, czyli stylu myślowego (Fleck 1986, s. 107).

Od początku poznanie naukowe było ukierunkowane przez czynniki całkowicie nienaukowe. Społeczeństwo, posiadając swoje wyobrażenie na temat tej choroby wymusiło na ezoterycznym kręgu kolektywu zajęcie się tą chorobą w pierwszej kolejności. Dopiero później kolektyw przeprowadził swoje badania, odwołując się do idei, które po przyjrzeniu się ich źródłom należałoby uznać za irracjonalne. Widać zatem, że moment poznania kiły jako choroby był zawsze wpisany w szerszy kontekst kulturowy.

Poznanie naukowe w medycynie zasadniczo różni się od poznania w nauce jako takiej. Fleck zwracał uwagę na intuicyjność poznania lekarskiego, które często nie miało zbyt wiele do czynienia z teorią prezentowaną w podręcznikach medycznych. Zdaniem Flecka, sam przedmiot poznania w medycynie jest na tyle specyficzny, że odróżnia ją od innych nauk przyrodniczych. „[...] podczas gdy przyrodnik szuka zjawisk typowych, normalnych, lekarz studiuje właśnie te nietypowe, nienormalne, chorobliwe zjawiska” (Fleck 2007e, s. 47). Choroba jako przedmiot poznania wykracza poza schemat epistemologii proponowany przez szkołę pozytywistyczną. Podobnie jak w naukach przyrodniczych, w medycynie również szuka się stałych, powszechnie występujących zależności, które w jej przypadku oznaczają zdrowy organizm. O ile obraz zdrowego organizmu jest potrzebny poznaniu medycznemu (i relatywnie łatwy do określenia), o tyle nie stanowi on głównego jej zainteresowania. Określenie tego, czym w medycynie jest choroba, jest problematyczne z kilku powodów. Po pierwsze, może ona objawiać się pod postacią różnych objawów; po drugie, nie jest bytem statycznym, ale podlegającym ciągłemu rozwojowi; po trzecie, łatwo można ją pomylić z inną chorobą, z którą dzieli podobne objawy (Fleck 2007e, s. 47-49 i 52). Największa niezgodność powstaje więc pomiędzy wiedzą podręcznikową a praktyką lekarską. W podręcznikach choroby przed-stawione są jako wyidealizowane obrazy, których przebieg zostaje jasno przedstawiony, w praktyce natomiast choroba może przebiegać na różne sposoby, a wiedza książkowa może nie wystarczyć w jej rozpoznaniu (Fleck 2007e, s. 50). Stąd, jak pisze Fleck, „najlepsi właśnie diagności nie umieją najczęściej podać konkretnie, czym kierują się w danym rozpoznaniu, tłumacząc tylko, że cały wygląd jest typowy dla tej sprawy chorobowej” (Fleck 2007e, s. 49).

Intuicyjność tego poznania może rodzić pewne wątpliwości natury metodologicznej, jeżeli weźmiemy pod uwagę to, iż za każdym razem diagnoza i wynik badań muszą być ujęte jako pewnik, gdy są przekazywane osobom spoza ezoterycznej sfery kolektywu. Lekarz, który w swojej praktyce opierałby się w większym stopniu na intuicji i prywatnym doświadczeniu niż na czystych danych empirycznych, w rozumieniu pozytywistów musiałby zostać uznany za irracjonalnego. Z kolei informacje, którą przekazuje pacjentowi, musi przedstawić jako w pełni racjonalną, gdyż tego wymaga

komunikacja pomiędzy członkami różnych sfer kolektywu. Nawet w samym kręgu ezoterycznym informacje, które moglibyśmy uznać za kontrowersyjne, zostają przekazywane jako całkowicie pewne i w pełni uzasadnione. „Lekarz *praktyczny*, który wynik dostaje, nie dowiaduje się już nic z zastrzeżeń i ograniczeń, które dźwięczą dla każdego serologa, jeśli wymawia lub słyszy słowa ‘próba wiązania dopełniacza wykazała zahamowanie hemolizy’; dla niego to tylko konwencjonalna formułka sakramentalna, a jedyna treść leży w tym, że stwierdza on związek z kiłą. *Reszta jest kwestią zaufania do serologa*. W ten sposób już pierwszy krok od koła ezoterycznego do egzoterycznego dokonał na wypowiedzeniu serologa *pewnego wzmocnienia*, nadał mu *większej pewności, oddalił go od stanu sumy jakichś elementów a zbliżył do stanu oddzielnej całości*. Drugi krok, *od lekarza praktyka do pacjenta-laika*, uczyni to samo w jeszcze większej mierze. Pacjent dowie się po prostu, że jego krew jest nieczysta, bo ma kiłę. Żadnych wątpliwości, bo nie po to przyszedł do lekarza” (Fleck 2007a, s. 111).

Specyfika diagnozy choroby w prosty sposób naprowadza więc na działalność czynników poza-naukowych w trakcie procesu poznawania. Co więcej, jej niepewność i intuicyjność przeczy standardom, które wyznaczają tzw. „ideał Leibnizowski”. Stąd też łatwiej zrozumieć, dlaczego epistemologiczne pomysły Flecka w znacznym stopniu wyprzedziły koncepcje filozofów postmodernistycznych. W przeciwieństwie do fizyki czy astronomii (sztandarowych kontekstów naukowych, do których odnosili się Kuhn czy Feyerabend), medycyna od samego początku posiadała szeroki wymiar społeczny, stąd jej wpływ był bardziej zauważalny. Choroba jako przedmiot poznania naukowego była intensywniej doświadczalna dla laika niż na przykład atom czy gen. Leczenie chorób z oczywistych względów było ważne dla całych wspólnot, natomiast lekarz nie był nigdy traktowany wyłącznie jako naukowiec, ale również pełnił specyficzną, ważną dla wspólnoty nienaukowej rolę. Dużo prościej było więc na tym polu zauważyć różnice, jakie dokonywały się w komunikacji lekarza z laikiem, oraz wpływ, jaki wywierała opinia publiczna na lekarzy (przykład Wassermana badań kiły). Medycyna była więc – używając języka Flecka – najmniej ekskluzywną dziedziną nauki⁵. Różni autorzy tłumaczyli powstanie teorii Flecka, wskazując na fakty z jego biografii (Żuk 2015, s. 49) na konkretne wydarzenia historyczne (Płonka-Syroka 2015, s. 25-32), ale także na specyfikę charakteru jego pracy jako mikrobiologa (Cackowski 1999, s. 47-59).

Fleck opisuje więc chorobę jako byt, który zakłóca normalne funkcjonowanie organizmu. Jako przedmiot poznania, chorobę moglibyśmy określić niestandardowym przedmiotem poznania. Takie niestandardowe przedmioty poznania stanowią ważny element współczesnej postmodernistycznej filozofii nauki, nazywanej w ramach nich „anomaliami”. W koncep-

⁵ Na specyfikę medycyny jako nauki wskazuje również Uramowska-Żyto która określa ją mianem „praktycznej nauki biologiczno społecznej” której wyjątkowość podkreśla fakt iż, ma się tu „... do czynienia nie tylko z naukowym rozumieniem świata, ale również z praktycznym zastosowaniem wiedzy naukowej” (Uramowska-Żyto 1980, s. 21)

cji Thomasa Kuhna, która – podobnie jak koncepcja Flecka – również zakłada istnienie wspólnot naukowych wyznaczających konteksty pracy naukowej, anomalia jest bytem, którego nie można zinterpretować w kontekście wyznawanego przez wspólnotę paradygmatu (odpowiednika Fleckowskiego stylu myślowego). Może to doprowadzić do tzw. „rewolucji naukowej”, czyli zarzucenia przez wspólnotę paradygmatu na rzecz innego, który może anomalie wyjaśnić (Kuhn 2009, s. 99-122). Natomiast według Larryego Laudana, anomalia nie tyle może doprowadzić do obalenia istniejącego kontekstu teoretycznego, co wyjaśnienie jej przez jedną tradycję badawczą (analog paradygmatu i stylu) może spowodować, że będzie miała ona przewagę nad inną, do tej pory preferowaną przez wspólnotę i ostatecznie zajmie jej miejsce (Laudan 1977, s. 36-40 i 118-119). Punktem wspólnym tych koncepcji jest traktowanie anomalii jako czegoś niepożądanego w poznaniu; przedmiotu, który podważa dotychczasowe interpretacje i ma za każdym razem negatywne skutki dla teorii naukowej – od modyfikacji po jej zarzucenie. Anomalia więc nigdy nie jest docelowym przedmiotem poznania, są nim natomiast punkty stałe rzeczywistości, które dają się wpisać w schematy interpretacyjne. Wniosek ten staje się oczywisty, gdy weźmiemy pod uwagę to, że analizy teoriopoznawcze wymienionych autorów opierały się głównie na historii takich dziedzin jak fizyka, geologia czy chemia. Różnica w traktowaniu anomalii jako stałego elementu poznania naukowego ma dość wyraźny wpływ na kształtowanie się poglądów lwowskiego lekarza-filozofa. Na przykładzie objawiającej się na różne sposoby choroby łatwiej można było wykazać momenty irracjonalizmu diagnozującego chorobę lekarza, który musiał odwoływać się do nieuzasadnionej naukowo intuicji.

Style myślowe Flecka są kontekstami, które ciągle ewoluują i stanowią konieczny element poznania i interpretacji rzeczywistości. Pozwala to na odróżnienie ich od następujących po sobie paradygmatów. Filozofowie po Flecku, pomimo tego, że byli inspirowani przez jego epistemologię, wpadali nadal w tę samą pułapkę, w którą wpadli wcześniej pozytywiści. Analizując historię nauki znali ją z uproszczonych „dogmatycznych” przekazów podręcznikowych, powtarzając przy tym te same, zmitologizowane już przykłady. Fleckowska koncepcja wyróżnia się od swoich następczyni tym, iż nie tylko za przedmiot analiz upatruje relatywnie nowe odkrycia w medycynie, ale również dlatego, iż wiedza o niej pochodzi z lekarskiego doświadczenia Flecka.

Podsumowanie

W niniejszej pracy została przedstawiona koncepcja stylów myślowych Ludwika Flecka oraz specyficzna rola, jaką odegrała medycyna w jej kształtowaniu. Szczególna uwaga została zwrócona na rolę choroby jako anomalnego przedmiotu poznania w procesie diagnozy. Specyficzny charakter choroby pozwolił Fleckowi zwrócić uwagę na szereg pozanaukowych czynników, które wpływają na poznanie naukowe i w konsekwencji wykazać, że

w analizach teoriopoznawczych konieczne jest uwzględnienie kontekstu, w jakim podmiot poznaje dany przedmiot. Stałość anomalii w epistemologii Flecka odróżnia ją od koncepcji jego następców, którzy uważali, że są to jedynie marginalne⁶ wydarzenia w procesie poznania naukowego.

Fakt, iż przedmiotem analiz filozofów następujących po Flecku były takie dziedziny nauki jak fizyka czy astronomia, w których rzeczywiście anomalie są czymś rzadkim, a jeżeli występują, to mogą zostać w łatwy sposób zignorowane, w znaczący sposób zdeterminował ich filozofie nauki. Fleck nie wskazuje natomiast na anomalie jako podstawę modyfikowania teorii. Co więcej, anomalie tak naprawdę nigdy do końca nie znikają. Style myślowe się nawzajem przenikają, ewoluują i podlegają nowym interpretacjom – gdyż są potrzebne w procesie poznania choroby. Powinny być więc zawsze obecne, gdyż w przeciwieństwie do anomalii fizyki czy biologii, nie mogą zostać zignorowane.

Fleck, obierając sobie za przedmiot analiz medycynę, niekoniecznie w „lepszy” sposób uchwycił specyfikę poznania naukowego niż dokonała tego np. teoria rewolucji naukowych Kuhna. Biorąc jednak pod uwagę to, że obydwie teorie za punkt wyjścia przyjęły odmienne źródła analiz, warto zastanowić się, czy rzeczywiście możemy mówić o jednej, spójnej filozofii, która w całości wyjaśniałaby poznanie naukowe jako takie? Czy może mamy tutaj raczej do czynienia z atawizmem, który przetrwał w stylu myślowym współczesnych filozofów nauki, zgodnie z którym istnieje jedna tylko racjonalność naukowa, pod którą można ująć całe poznanie naukowe niezależnie od dziedziny wiedzy? Możliwe jest więc, że błędem Flecka (jak i jego następców) była próba generalizowania wyników swojej analizy na inne sfery poznania. Biorąc pod uwagę, to że analizowana dziedzina wiedzy wpływa na ostateczną formę koncepcji epistemologicznych, być może nie powinno się mówić o teorii poznania naukowego, ale o różnych niesprowadzalnych do siebie teoriach poznania w nauce: o epistemologii fizyki czy o epistemologii medycyny.

Bibliografia

- CACKOWSKI Z., Życie i epistemologia Ludwika Flecka, „Biuletyn Informacyjny Polskiej Akademii Nauk. Oddział w Lublinie”, nr.2/1999, s.47-59.
- FLECK L., Jak powstał odczyn Bordet-Wassermanna i jak w ogóle powstaje odkrycie naukowe, [w:] L. Fleck, Style myślowe i fakty. Artykuły i świadectwa, (red.) S. Werner, C. Zittl, F. Schamtz, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2007a.
- FLECK L., Korespondencja Ludwika Flecka z Moritzem Schlickiem, tłum. z niemieckiego Sylwia Werner, [w:] L. Fleck, Style myślowe i fakty. Artykuły i świadectwa, (red.) S. Werner, C. Zittl, F. Schamtz, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2007b.

⁶ Choć o doniosłych skutkach.

- FLECK L., Nauka a środowisko, [w:] L. Fleck Style myślowe i fakty. Artykuły i świadectwa, (red.) S. Werner, C. Zittl, F. Schamtz, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2007c.
- FLECK L., O kryzysie „rzeczywistości”, tłum. z niemieckiego Sylwia Werner, [w:] L. Fleck, Style myślowe i fakty. Artykuły i świadectwa, (red.) S. Werner, C. Zittl, F. Schamtz, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2007d.
- FLECK L., O niektórych swoistych cechach myślenia lekarskiego, [w:] L. Fleck, Style myślowe i fakty. Artykuły i świadectwa, (red.) S. Werner, C. Zittl, F. Schamtz, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2007e.
- FLECK L., Odpowiedź na uwagi Tadeusza Bilikiewicza, [w:] L. Fleck, Style myślowe i fakty. Artykuły i świadectwa, (red.) S. Werner, C. Zittl, F. Schamtz, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2007f.
- FLECK L., Patrzyć, widzieć, wiedzieć, [w:] L. Fleck, Style myślowe i fakty. Artykuły i świadectwa, (red.) S. Werner, C. Zittl, F. Schamtz, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2007g.
- FLECK L., Powstanie i rozwój faktu naukowego. Wprowadzenie do nauki o stylu myślowym i kolektywie myślowym, tłum. z niemieckiego M. Tuszkiewicz, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin 1986.
- FLECK L., Zagadnienie teorii poznania, [w:] L. Fleck, Style myślowe i fakty. Artykuły i świadectwa, (red.) S. Werner, C. Zittl, F. Schamtz, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2007h.
- KUHN T., Foreword, [w:] L. Fleck, Genesis and development of a scientific fact, The University of Chicago Press, Chicago, Londyn 1979.
- KUHN T., Rozmowa z T.S. Kuhnem, tłum. z ang. S. Amsterdamski, [w:] Droga po strukturze. Eseje filozoficzne z lat 1970-1993 i wywiad-rzeka z autorem słynnej „Struktury rewolucji naukowych”, (red.) J. Conant, J. Hauge-land, Wydawnictwo Sic, Warszawa 2003.
- KUHN T., Struktura rewolucji naukowych, tłum. z ang. H. Ostromęcka, Wydawnictwo Altheia, Warszawa 2009.
- LAUDAN L., Progress and its problems. Towards a theory of scientific growth, University of California Press, Londyn 1977.
- LAUDAN L., Science and Values. The aims of science and their role in scientific debate, University of California Press, Londyn 1984.
- PŁONKA-SYROKA B., Metodologia Ludwika Flecka w kontekście standardu teoretycznego medycyny klinicznej (1750–1935), [w:] L. Fleck. Tradycje-inspiracje-interpretacje, (red.) B. Płonka-Syroka, P. Jarnicki, B. Balicki, Wydawnictwo Fundacji „Projekt Nauka”, Wrocław 2015.
- RHEINBERGER H. J., Epistemologia historyczna, tłum. z języka niemieckiego J. Surman, Oficyna Naukowa, Warszawa 2015.
- STOCKMAN N., Antipositivist Theories of Sciences, Critical Rationalism, Critical Theory and Scientific Realism, Springer-Science Business Media, Aberdeen 1983.

- URAMOWSKA-ŻYTO B., *Medycyna jako wiedza i system działań. Analiza socjologiczna*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo PAN, Wrocław 1980.
- URAMOWSKA-ŻYTO B., *Zdrowie i choroba w świetle wybranych teorii socjologicznych*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1992.
- ZITTEL C., SCHMALTZ F., *Wstęp*, tłum. z niemieckiego S. Werner, [w:] L. Fleck, *Style myślowe i fakty. Artykuły i świadectwa*, (red.) S. Werner, C. Zittel, F. Schantz, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2007.
- ŻUK L., *Trzy aspekty poznania naukowego w świetle koncepcji Ludwika Flecka*, [w:] Ludwik Fleck. *Tradycje-inspiracje-interpretacje*, (red.) B. Płonka-Syroka, P. Jarnicki, B. Balicki, Wydawnictwo Fundacji „Projekt Nauka”, Wrocław 2015.
- ŻYCIŃSKI J., *Struktura rewolucji metanaukowej. Studium rozwoju współczesnej nauki*, Copernicus Center Press, Kraków 2013.

Streszczenie

POJĘCIE CHOROBY I EPISTEMOLOGIA LUDWIKA FLECKA

Ludwik Fleck jest dziś uważany za pioniera filozofii nauki, który jako pierwszy proponował spojrzenie na naukę przez pryzmat socjologii i historii. Poglądy Flecka w późniejszych latach inspirowały wielu filozofów i były bezwiednie kopiowane przez takich myślicieli jak Thomas Kuhn czy Paul Feyerabend. Ci natomiast stali się przedstawicielami odłamu w filozofii nauki zwanego „epistemologią historyczną” czy też szkołą historystyczną. O ile jednak przedstawiciele szkoły postmodernistycznej skupili się w swoich rozważaniach na fizyce, to Fleck swoje analizy rozpoczynał od medycyny, szczególną uwagę zwracając na proces diagnozy. Choroba, traktowana przez niego jako odejście od normy kondycji fizycznej człowieka, w tym wypadku stawała się pojęciem szczególnie newralgicznym, gdyż wyraźnie nakreślała moment, gdy naukowa teoria wymijała się z lekarską praktyką. Rozbieżność ta stawała się wyraźnie widoczna w procesie diagnostycznym. I unaoczniała historyczny charakter wiedzy naukowej i społeczny wpływ, jaki na nią był wywierany. Pojęcie choroby jako terminu obrazującego zmienność standardów naukowych dał początek do stworzenia koncepcji filozoficznej mającej na celu wytłumaczyć tę zmienność. Praca skupi się na pojęciu choroby jako czynnika który zakwestionował idee obiektywności wiedzy naukowej oraz na wpływie, jaki miał na Ludwika Flecka, a pośrednio na jego następców: Thomasa Kuhna, Paula Feyerabenda i Larry'ego Laudana.

Słowa kluczowe:

choroba, epistemologia, filozofia nauki, filozofia medycyny, Ludwik Fleck, Thomas Kuhn, styl myślowy

Summary

CONCEPT OF DISEASE AND EPISTEMOLOGY OF LUDWIK FLECK

Ludwik Fleck is today regarded as a pioneer in the philosophy of science. Fleck's views in later years inspired many philosophers and were copied unconsciously by such thinkers as Thomas Kuhn and Paul Feyerabend. These, on the other hand, have become representatives of the faction in the philosophy of science called "historical epistemology" or the postmodern school. But as the postmodernists focused their attention on physics, Fleck began his analysis with medicine, paying special attention to the diagnosis. The illness - treated by him as a departure from the norm of the physical condition of man - in this case became a particularly sensitive concept, because it clearly outlined the moment when the scientific theory was influenced by irrational intuitions of scientific community. This discrepancy was clearly visible in the diagonal process - when diagnosticians need to

rely on their intuitions to identify certain disease. So the concept of disease as a term, illustrates the variability of scientific standards. Article will focus on the concept of disease as a factor that questioned the ideas of scientific objectivity. And on the influence it had on Ludwik Fleck, and indirectly on his successors: Thomas Kuhn, Paul Feyerabend and Larry Laudan.

Keywords:

disease, epistemology, philosophy of science, Ludwik Fleck, Thomas Kuhn, thought style

DYSFUNKCJE METAPOZNANIA W ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH: OD TEORII DO PRAKTYKI

Wprowadzenie

Opublikowana w 2005 roku Zielona Księga (Green Paper, „Poprawa zdrowia psychicznego ludności; w stronę strategii zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej”) (Komisja Europejska 2005) wskazuje, że koszty związane z leczeniem i występowaniem chorób psychicznych w społeczeństwie stanowią około 3-4% PKB krajów Unii Europejskiej. W dokumencie tym sugeruje się, że to właśnie zaburzenia psychiczne w krajach rozwiniętych są główną przyczyną samobójstw. Dlatego można się spodziewać, że koszty opieki zdrowotnej i społecznej chorób psychicznych w najbliższej przyszłości w Polsce również mogą być wysokie. Co więcej, istotnym aspektem jest przewlekłość chorób psychicznych, co dodatkowo powiększa społeczno-ekonomiczne koszty tych zaburzeń. Ponadto, choroby psychiczne dodatkowo wiążą się z negatywnymi postawami społeczeństwa wobec osób chorych. Przykładowo, badania Brodniaka (2000) pokazują, że w wielu grupach społecznych, w tym również lepiej wykształconych, chorobę psychiczną uważa się za jeden z najbardziej wstydlivych problemów zdrowotnych. Bardzo silne są również obawy przed zachorowaniem oraz lęk wyzwalany przez choroby psychiczne (Brodniak, 2000). Negatywne emocje i postawy społeczeństwa względem chorób psychicznych wynikają również z przekonania o tym, że pobyt w szpitalu psychiatrycznym w znacznym stopniu ogranicza rozwój zawodowy oraz negatywnie wpływa na szanse zawarcia małżeństwa, czy też znalezienie odpowiedniego partnera (Brodniak, 2000).

W związku z licznymi konsekwencjami społeczno-ekonomicznymi chorób psychicznych, nowoczesne programy opieki zdrowotnej powinny uwzględniać metody terapeutyczne, które wsparte są odpowiednim zapleczem teoretycznym i empirycznym, zarówno w zakresie oceny ich skuteczności w redukowaniu objawów chorobowych, jak również zapobieganiu nawrotom zaburzeń psychicznych i epizodów chorobowych. Istotne, z punktu widzenia rozumienia chorób psychicznych, są nie tylko psychospołeczne

konsekwencje choroby. Jak podkreśla Andrzej Kapusta (2010), dopiero w XIX wieku zaczęto w kryteriach diagnostycznych uwzględniać subiektywne doświadczenie osoby chorej. Od tego czasu wewnętrzne doświadczenia i treści świadomości stały się zainteresowaniem badawczym (Kapusta, 2010). Rozwój badań w tym kierunku doprowadził między innymi do wzrostu zainteresowania poznawczym podłożem zaburzeń psychicznych. Począwszy od lat 90. coraz silniej wskazuje się na szczególną rolę uwarunkowań poznawczych w rozwoju zaburzeń psychicznych (np.: Alford i Beck 1998; Bentall 1990; Clark i Wells 1995). Podejście poznawczo-behawioralne stanowi obecnie jedną z popularniejszych form stosowanych w terapii, w których zakłada się, że przyczyną psychopatologii są nieprawidłowości w zakresie procesów poznawczych oraz uczenia się (Sęk 2005). Celem terapii poznawczo-behawioralnej jest włączenie pacjentów w proces uczenia się, ukierunkowanego na szeroko rozumianą poprawę funkcji poznawczych (Linke i Jarema 2014), a co za tym idzie, poprawę jakości życia pacjentów. W ramach tej terapii dysfunkcyjne zachowania, emocje oraz sposoby myślenia pacjenta ulegają modyfikacji (Popiel i Pragłowska 2009), przy czym skuteczność tego typu oddziaływań terapeutycznych opiera się na dowodach naukowych (*EBM, evidence based medicine*) (patrz np.: Compton, March, Brent, Albano, Weersing i Curry 2004).

Jednakże w przypadku leczenia cięższych zaburzeń psychicznych terapia poznawczo-behawioralna nie przynosi zadowalających wyników (Gawęda 2009a). Wśród nowych metod leczenia zaburzeń psychicznych wyróżnia się podejście metapoznawcze (Normann, Emmerik i Morina 2014; van der Heiden, Muris i van der Molen 2012), w którym wykorzystuje się teoretyczny konstrukt metapoznania, pozwalający opisać regulacyjność nadrzędnych struktur wiedzy człowieka w odniesieniu do jego własnych procesów poznawczych (Flavell 1979, za: Nelson, Stuart, Howard i Crowley 1999). W niniejszym artykule postaramy się wykazać, że wprowadzenie pojęcia metapoznania do psychologii klinicznej w znacznym stopniu umożliwia wskazanie poznawczych przyczyn powstawania i utrzymywania się objawów psychopatologicznych, np. zaburzeń psychotycznych czy zaburzeń lękowych, odniesionych do nieprawidłowości nadrzędnych procesów poznawczych w regulacji zachowania (np.: Cichoń i Szczepanowski 2015; Nelson i inni 1999; Wells i Matthews 1996).

Podstawowe procesy metapoznawcze w regulacji zachowania człowieka

W koncepcjach metapoznawczych (patrz: Nelson i Narens 1990) zakłada się, że monitorowanie i kontrola to nadrzędne procesy regulacyjne człowieka. Procesy te regulują przepływ informacji między poziomami przetwarzania, tj. niższym poziomem (poziom obiektu, ang. *object-level*) oraz wyższym, tzw. meta-poziomem (ang. *meta-level*). W szczególności monitorowanie określa się jako możliwość śledzenia na bieżąco przebiegu własnych procesów po-

znawczych i emocjonalnych. Zachodzi ono w kierunku „dół-góra”, powiadamiając jednostkę o aktualnym stanie procesów niższego poziomu (Fernandez-Duque, Baird i Posner 2000; Nelson i inni 1999) i w ten sposób dostarczając wskazówek czy treści poziomu obiektu są wiarygodne, a ich przetwarzanie przebiega prawidłowo (Lau i Rosenthal 2011). Podobnie procesy kontroli regulują przebieg procesów poznawczych i emocjonalnych, ale w kierunku „góra-dół” (Carruthers 2009), skutkując użyciem adekwatnej wiedzy oraz właściwych strategii w odniesieniu do zachowania jednostki. Zatem powyższy model wskazuje, że główne funkcje metapoznania dotyczą regulacji zachowania, która polega na ewaluacji jakości procesów poznawczych i emocjonalnych (Dragan i Dragan 2011). Dlatego, na bazie takiego stanowiska teoretycznego, przyczyn formowania i utrzymywania się zaburzeń psychicznych należy upatrywać w dysregulacji metapoznania lub też dysfunkcjonalności metapoznawczych procesów regulacyjnych.

Konceptualizacja objawów psychopatologicznych w ujęciu metapoznawczym

W bogatej literaturze na temat psychopatologii metapoznania (Nelson i inni 1999; Wells i Matthews 1996; Papageorgiou i Wells 2001; Wells 2002) liczni badacze i teoretycy wprost odnoszą objawy psychopatologiczne do dysfunkcjonalnych mechanizmów metapoznawczych. Jako pierwsi w latach 90. taką próbę podjęli Matthews i Wells (1996). Badacze ci wykazali, że nieprawidłowości przekonań metapoznawczych są jedną z głównych przyczyn powstawania zaburzeń psychicznych, a dysfunkcje metapoznania mogą dotyczyć negatywnych przekonań o zamartwianiu się. Badacze wyodrębnili tutaj mechanizmy zamartwiania się typu pierwszego oraz mechanizmy zamartwiania się typu drugiego. Pierwszy typ opisuje martwienie się o wydarzenia codzienne, własny stan somatyczny itp. Taki wzorzec zamartwiania się jest typowy dla człowieka zdrowego. Jest to mechanizm adaptacyjny, angażujący system przekonań, który umożliwia podjęcie działań przez jednostkę, których celem jest rozwiązanie, modyfikacja czy też przewartościanie sytuacji problemowych. Ten typ martwienia się rozumiany jest jako sposób radzenia sobie z obiektywnym zagrożeniem (Wells 1995). Zamartwianie się typu drugiego stanowi nieadaptacyjną postać zamartwiania się – w literaturze opisuje się jako „zamartwienie się martwieniem” (Wells i King 2006). W tym przypadku negatywne przekonania o martwieniu się prowadzą do negatywnych emocji – potęgują zagrożenie w stosunku do przetwarzanych informacji oraz zmniejszają dostępne zasoby poznawcze, angażując jednostkę w nieustanne śledzenie własnych procesów wewnętrznych (Wells i King 2006). Wells (1995; 1997; za: tamże s. 207) podkreśla, że osoby podatne na zaburzenia psychiczne, podobnie jak ludzie zdrowi, wykazują pozytywne przekonania o zamartwianiu się jako skutecznym sposobie radzenia sobie z zagrożeniem. Jednakże osoby z dysfunkcjonalnymi przekonaniami nie dostosowują sposobów radzenia sobie do określonych sytuacji,

uporczywie korzystając z ograniczonego repertuaru strategii zaradczych. W konsekwencji zamartwiania się rozwijają się u nich chorobowe przekonania o braku możliwości kontroli i zagrożeniu.

W myśl tego modelu zamartwianie się typu pierwszego jest adaptacyjne w sytuacji, kiedy martwienie się zostaje zaprzestane po odnotowaniu w nadrzędnych strukturach wiedzy informacji, że sytuacja jest stabilna i nie ma zagrożenia (Wells i King 2006, s. 207-208). Jednakże u osób chorych zamartwienie nasila się, w następstwie czego przyjmuje postać negatywnych przekonań o samym zamartwianiu się. W szczególności patologiczne dla jednostki stają się dysfunkcje metapoznania w sferze negatywnych ocen własnych procesów psychicznych, które skutkują negatywnymi przekonaniami o braku kontroli nad zachowaniem, a także negatywnymi przekonaniami o przewidywanych skutkach braku kontroli nad myślami (Wells i King 2006, s. 207).

Model samoregulującej funkcji wykonawczej według Matthews a i Wellsa

Ważnym podejściem teoretycznym do psychopatologii metapoznania jest model samoregulującej funkcji wykonawczej (ang. *self-regulatory executive function model*, S-REF), opracowany przez Matthews a i Wellsa (1996). Według tego modelu osoby z objawami psychopatologicznymi cechuje tzw. *syndrom poznawczo-uwagowy*, który opisuje specyficzny styl myślenia i ukierunkowania procesów uwagi (Matthews a i Wells 1995). Syndrom ten obejmuje takie objawy, jak uporczywe i trudne do zatrzymania zamartwianie się, ruminacje czy też skupianie się na zagrożeniu. W konsekwencji ciągła kontrola zagrożenia powoduje zredukowanie zasobów poznawczych oraz korzystanie z nieadaptacyjnych sposobów radzenia sobie. To powoduje utrzymywanie się trudności emocjonalnych oraz niezdolność do modyfikowania negatywnych przekonań, a w konsekwencji unikanie sytuacji zagrażających bądź też nieprzerwane poszukiwanie zapewnienia, że nie ma zagrożenia (za: Dragan i Dragan 2011). Zgodnie z modelem S-REF deficyty metapoznania prowadzą do nieustających ruminacji czy też ciągłego zamartwiania się. W konsekwencji syndrom poznawczo-uwagowy powoduje powstawanie dysfunkcyjnych treści metapoznawczych, ponieważ ciągłe ponawianie takiej aktywności poznawczej wzmacnia dysfunkcyjne przekonania. W wyniku tego dysfunkcyjność metapoznania może skutkować obniżeniem dostępności treści zagrażających i w efekcie zablokować dostęp do tych treści, mimo że ich przetwarzanie jest niezbędnym warunkiem zachowań adaptacyjnych (Matthews a i Wells 1996).

Należy podkreślić, że zgodnie z modelem S-REF zwiększona dostępność reprezentacji treści zagrażających z poziomu obiektów przyczynia się do zakłócenia kontroli „góra-dół”, co w efekcie wywołuje dysfunkcje metapoznania, nadmiernie uwrażliwiając jednostkę na przetwarzanie niepożądanych treści (Dragan i Dragan 2011; Matthews a i Wells 1996). W ten

sposób syndrom poznawczo-uwagowy, obejmując niższe hierarchicznie poziomy przetwarzania informacji, dodatkowo zwiększa wrażliwość jednostki na bodźce zagrażające. Podobne efekty postuluje się w koncepcji Matthews i Wellsa (1996). Otóż badacze ci pokazują, że powtarzające się ruminacje to patologiczna forma przetwarzania informacji o zagrożeniu, która powoduje ciągłe powracanie do treści zagrażających z poziomu obiektu, a w rezultacie uniemożliwia zaprzestanie martwienia się. Dlatego Wells i Matthews (1996) konkludują, że intruzje z niższych hierarchicznie poziomów napędzane są przez metapoznawcze przekonania. Co więcej, powstawanie oraz aktywacja dysfunkcyjnych przekonań może również wynikać z potrzeby jednostki do utrzymania homeostazy środowiska wewnętrznego, co również sprzyja uruchamianiu nieadekwatnych strategii metapoznawczych w odpowiedzi na sytuacje zagrażające. Przykładowo, w populacji osób z zaburzeniem stresowym pourazowym PTSD zamartwia-nie się i samokaranie stanowią nieadekwatne formy strategii zaradczych, powodując nasilenie objawów (Bennett, Beck i Clapp 2009). Co więcej, zamartwianie się oraz ciągłe monitorowanie zagrożenia u osób cierpiących na PTSD wiąże się z przekonaniem o użyteczności tych strategii w radzeniu sobie z doświadczoną traumą (Wells i Sembi 2004). Dlatego właśnie interwencje terapeutyczne, polegające na modyfikacji przekonań metapoznawczych, mogą prowadzić do redukcji objawów choroby w tych zaburzeniach (Wells i Colbear 2012).

Dysfunkcje metapoznania w zaburzenia psychiatrycznych

Wielu badaczy i klinicystów podkreśla użyteczność podejścia metapoznawczego w opisie specyficznych dysfunkcji poznawczych w psychozach (patrz np.: Harder i Folke 2012). Jako jedną z przyczyn powstawania i utrzymywania się objawów psychiatrycznych podaje się nieprawidłowości monitorowania napływających danych z pamięci oraz percepcji (Nelson i inni 1999; Nelson i Narens 1990; Mazzoni i Nelson 2014). W szczególności nieprawidłowości monitorowania obserwuje się w populacji osób ze schizofrenią (Gawęda, Woodward, Moritz i Kokoszka 2013; Gawęda, Moritz i Kokoszka 2012) oraz osób zdrowych podatnych na halucynacje (ang. *hallucination-prone subjects*) (Larøi, Van der Linden i Marczewski 2004; Winograd, Peluso i Glover 1998). Warto zaznaczyć, że monitorowanie nadchodzących informacji z wielu modalności jest złożonym procesem poznawczym. Obejmuje ono zarówno szybkie i automatyczne procesy, jak również bardziej wolne systematyczne procesy zaangażowane w tzw. monitorowanie źródła informacji (Johnson i inni 1993; Mitchell i Johnson 2000). Procesy monitorowania źródła definiuje się tutaj jako zdolność do dyskryminacji między wewnętrznymi i zewnętrznymi źródłami informacji, a także zdolność rozróżniania wyobrażonej od rzeczywistej percepcji (Johnson, Hashtroudi i Lindsay 1993). Wskazuje się ponadto, że zdolność rozróżnienia

rzeczywistych od wyobrażonych treści jest fundamentalna dla zachowań adaptacyjnych (Roberts i Blades 2000).

Johnson i Mitchell (2000) podkreślają wagę interakcyjności procesów automatycznych oraz procesów wyższego rzędu w podejmowaniu decyzji rozróżniania źródła nadchodzących informacji, w tym wspomnień. Konceptualizacja interakcyjności procesów monitorowania źródła (Mitchell i Johnson 2000) faktycznie wpisuje się w nurt koncepcji metapoznawczych (Nelson i inni 1999). Otóż uważa się, że metapoznanie jest zaangażowane w śledzenie operacji z niższego poziomu, natomiast monitorowanie źródła opisuje bieżące procesy poznawcze oraz pamięciowe, odnoszące się do obiektu. W ten sposób jednostka, korzystając z monitorowania, obserwuje na bieżąco pojawiające się komunikaty i w sytuacjach niejasnych lub niejednoznacznych może zmienić strategię działania. Dlatego nieprawidłowości monitorowania własnych stanów psychicznych mogą przyczyniać się do błędnych decyzji oraz zniekształceń w systemie przekonań na temat zewnętrznej lub wewnętrznej rzeczywistości (Gawęda i inni 2013).

Badania empiryczne w dużej mierze potwierdzają hipotezy dotyczące zaburzeń procesów monitorowania w populacji osób z objawami psychiatrycznymi (Gawęda i wsp. 2013; Gawęda, Moritz i Kokoszka 2012). Przykładowo, Gawęda i współpracownicy (2012; 2013) za pomocą badań w paradygmacie pamięć-działanie (ang. *action-memory task*) (Moritz i in. 2009) wykazali, że w schizofrenii dysfunkcje metapoznania wiążą się przede wszystkim z nieprawidłowościami w zakresie monitorowania doświadczanych halucynacji. W trakcie eksperymentu badanych proszono o wyobrażanie lub fizyczne wykonywanie czynności, zgodnie z instrukcjami wyświetlanymi na ekranie komputera. Przykładowo: „połóż obie ręce na brzuch”, „przyłóż palec wskazujący do ust” itp. Po fazie wyuczenia się czynności, badani przystępowali do następnej fazy, rozpoznając, czy wyświetlana na ekranie komputera czynność była wyobrażana, wykonywana, czy jest to nowa czynność. Dodatkowo w eksperymencie mierzono metapoznanie, ponieważ badani na czteropunktowej skali określali pewność odpowiedzi rozpoznania. Okazało się, że pacjenci ze schizofrenią mieli nadmierną pewność co do poprawności błędnych rozpoznań źródła wykonanych czynności (Gawęda i inni 2012; Gawęda i inni 2013). Wyniki te wyraźnie pokazują zatem, że objawy psychiatryczne mogą wynikać z dysfunkcji monitorowania własnej aktywności poznawczej.

Dysfunkcjonalne czynniki metapoznawcze

W podejściu metapoznawczym zakłada się, że zarówno dysfunkcje wiedzy proceduralnej (działania ukierunkowane na regulację czynności poznawczych), jak również dysfunkcje wiedzy deklaratywnej o własnych możliwościach i dyspozycjach poznawczych mogą przyczyniać się do powstawania zaburzeń (Schneider i Lockl 2008). Niektórzy badacze utrzymują, że objawy psychopatologiczne mogą być również rezultatem błędnych interpretacji

procesów poznawczych (Morrison 2001). Dlatego też osoby psychotyczne w wyniku dysfunkcji metapoznania (np. negatywnych przekonań o myślach dotyczących braku kontroli i zagrożenia) mogą przypisywać nieprawidłowe znaczenia własnym myślom. Dysfunkcje wiedzy deklaratywnej, prowadzące do objawów psychotycznych, obserwuje się zarówno w przypadku populacji osób z zaburzeniami psychicznymi (Morrison 2001; Garety i inni 2001), jak również w populacji ogólnej (Larøi, Collignon i Van der Linden 2005; Larøi, Van der Linden i Marczewski 2004). Dysfunkcjonalność metapoznania w tym przypadku przejawia się w postaci irracjonalnych przekonań, polegających na uporczywym zamartwianiu się. Na przykład, wykazano, że pozytywne przekonania o zamartwianiu się oraz negatywne przekonania o braku kontroli i zagrożenia u pacjentów ze schizofrenią wiążą się z częstszym doświadczaniem omamów słuchowych (Baker i Morrison 1998). W innych badaniach zaobserwowano, że nasilenie dysfunkcjonalnych przekonań występowało u pacjentów doświadczających halucynacji słuchowych w porównaniu do pacjentów doświadczających urojeń, lęku panicznego oraz w porównaniu do populacji ogólnej (Morrison i Wells 2003).

Nasilenie nieadaptacyjnych przekonań metapoznawczych w psychozie dotyczy aż czterech z pięciu wymiarów metapoznania (Kwestionariusz Przekonań Metapoznawczych MCQ; Cartwright-Hatton i Wells 1997), obejmując: (1) pozytywne przekonania dotyczące zamartwiania się; (2) negatywne przekonania o myślach dotyczących braku kontroli i zagrożenia; (3) niską pewność poznawczą; (4) negatywne przekonania dotyczące konsekwencji braku kontroli nad myślami. Okazuje się również, że strategie kontroli ciągłego zamartwienia się, jak również mniejsza pewność poznawcza mogą być diagnostyczne dla populacji zdrowych psychicznie ze skłonnościami do doświadczania halucynacji (Garcia-Montes i inni 2006). Negatywne przekonania o braku kontroli są także istotnym czynnikiem różnicującym zarówno doświadczanie omamów wzrokowych, jak i słuchowych (Cangas i inni 2005). Ponadto, niska pewność poznawcza może być również związana z tendencją do doświadczania halucynacji wzrokowych, ale nie słuchowych (Cangas i inni 2005). Obszerne prace przeglądowe o dysfunkcjach metapoznania wśród ludzi zdrowych pokazują, że negatywne przekonania o myślach dotyczących braku kontroli i zagrożenia oraz negatywne przekonania dotyczące konsekwencji braku kontroli nad myślami są dobrymi predyktorami skłonności do doświadczeń podobnych do psychotycznych (Bentall i Varese 2011).

Praktyczne zastosowanie modelu metapoznawczego w leczeniu zaburzeń psychicznych

Przedstawione przez nas modele teoretyczne oraz wyniki badań empirycznych wskazują, że zaburzenia psychiczne w dużej mierze mogą wynikać z dysfunkcji metapoznania. Powstaje pytanie, czy istnieje możliwość modyfikowania dysfunkcji metapoznania od strony praktycznej. Wśród najnow-

szych metod terapeutycznych leczenia zaburzeń psychicznych należy zwrócić uwagę na Trening Metapoznawczy (MCT) (Moritz i Woodward 2007). Dysfunkcje metapoznania w tym podejściu wielu klinicystów opisuje jako zniekształcenia poznawcze lub błędy poznawcze. Dlatego tego typu oddziaływania terapeutyczne koncentrują się przede wszystkim na modyfikacji zniekształceń poznawczych istotnych w kontekście społecznym (Gawęda, Moritz i Kokoszka 2009b; Moritz i Woodward 2007). Co więcej, podstawowym elementem terapii MCT jest koncentrowanie się terapeuty na modyfikacji tych zniekształceń poznawczych, a nie omawianie treści samych objawów (Pankowski, Kowalski i Gawęda 2016). Trening metapoznawczy stosuje się obecnie m.in. w leczeniu schizofrenii (Moritz i Woodward 2007), zaburzeń lękowych uogólnionych (GAD; Wells i King 2006), zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (Fisher i Wells 2008), depresji (Wells i inni 2009) czy też zaburzeń odżywiania (Cooper, Todd i Wells 2008). Co ważne, typowe interwencje psychologiczne w terapii schizofrenii bez towarzyszących im elementów behawioralnych okazują się nieskuteczne. Natomiast, w świetle najnowszych wyników badań, obiecujące są właśnie interwencje oparte na konkretnych wskazówkach i strategiach rozwiązywania problemów, takich jak przypomnienia, narzędzia do wzmacniania procesów samokontroli i monitorowania (Zygmunt i in. 2002).

W metodzie MCT oferuje się rozmaite formy technik metapoznawczych (patrz np.: http://clinical-neuropsychology.de/metacognitive_training.html), które dają się zastosować w leczeniu szerokiego spektrum zaburzeń psychicznych. Podstawowym zadaniem terapeuty jest zwiększanie świadomości klienta na doświadczane przez niego zniekształcenia poznawcze oraz próby powiązania tych zniekształceń z chorobą. Wiedzę dotyczącą dysfunkcji metapoznania przedstawia się pacjentom w oparciu o liczne przykłady z życia. Istotne jest też odwołanie się do doświadczenia uczestników treningu, którzy wykonują ćwiczenia odnoszące się do ich własnych zniekształceń poznawczych (Gawęda i inni 2009b). W ten sposób pacjenci poznają własne błędy i zniekształcenia poznawcze, a następnie, poprzez przesłedzenie oraz przedyskutowanie z terapeutą nieprawidłowości w toku własnego rozumowania, budują korektywne doświadczenia. Trening kończy podsumowanie i zwrócenie uwagi na związek zniekształcenia poznawczego z chorobą pacjentów. W treningach przewidziane są „zadania domowe”, omawiane następnie na początku kolejnej sesji (Moritz i Woodward 2007).

Skuteczność treningu metapoznawczego w leczeniu zaburzeń psychicznych potwierdzają dane empiryczne, które pokazują, że ta forma terapii może być znacznie skuteczniejsza, aniżeli tradycyjna terapia poznawczo-behawioralna (Normann, Emmerik i Morina 2014). Przykładowo, Normann i współpracownicy (2014) pokazali, że grupa poddana oddziaływaniom terapii metapoznawczej wykazała większą poprawę w porównaniu do grupy kontrolnej (osoby oczekujące na leczenie), a także w porównaniu do pacjentów poddanych terapii poznawczo-behawioralnej. Z punktu widzenia społecznych kosztów zaburzeń psychicznych szczególnie ważne okazują się

badania nad efektywnością terapii MCT w przypadku osób z ciężkimi i przewlekłymi chorobami psychicznymi. Ostatnie badania, przeprowadzone przez Moritza i wsp. (2013), dostarczają dowodów empirycznych na skuteczność treningów metapoznawczych w redukcji objawów psychotycznych. Wyniki tych badań pokazują, że nawet treningi metapoznawcze o małej intensywności, których celem było zwiększenie świadomości zniekształceń poznawczych dotyczących urojeń, skutkowały ich redukcją w porównaniu do stanu pacjentów przed włączeniem do leczenia terapii MCT oraz efektów leczenia urojeń lekami przeciwpsychotycznymi. Co więcej, okazało się, że poprawa stanu zdrowia u tych pacjentów utrzymywała się dłużej. Skuteczność terapii MCT została również wykazana w leczeniu pozytywnych objawów schizofrenii, a także redukcji zaburzeń myślenia (Moritz i Woodward 2007).

Wnioski końcowe

Przedstawiony przez nas model dysfunkcji metapoznania, dane empiryczne, wspierające taki model myślenia o przyczynach zaburzeń psychicznych, jak również widoczne i mierzalne efekty treningu metapoznawczego pokazują, że taka perspektywa teoretyczna i praktyczna może być obiecującą perspektywą dla praktyków zarówno w zakresie wyjaśnianiu przyczyn zaburzeń psychicznych, jak również efektywnym ich leczeniu. Teoria dysfunkcji metapoznania może więc być stosowana w praktycznym leczeniu zaburzeń psychicznych o bardzo szerokim spektrum. Warto podkreślić również fakt, że obserwowalne efekty terapeutyczne przyczyniają się do zmiany paradygmatu myślenia o przyczynach objawów chorób psychicznych. Otóż objawy, które uważane są zazwyczaj za przewlekłe i nawracające (np. w schizofrenii), ulegają redukcji; co więcej, takie pozytywne efekty utrzymują się u pacjentów. W świetle wcześniej przytoczonych danych o kosztach społecznych zaburzeń psychicznymi wydaje się, że poznawcze podejście do ich leczenia, uwzględniające dysfunkcje metapoznania, może przynieść długofalowe pozytywne skutki dla pacjentów, jak również wymierne dla społeczeństwa w postaci redukcji ich kosztów społecznych.

Podziękowania

Publikacja została sfinansowana ze środków Narodowego Centrum Nauki, przyznanych w ramach grantu o numerze 2014/15/B/HS6/03834.

- ALFORD B. A., BECK A. T., The integrative power of cognitive therapy, Guilford Press, New York 1998.
- BAKER C. A., Morrison A. P. Cognitive processes in auditory hallucinations: attributional biases and metacognition, „Psychological Medicine”, Vol. 28, No. 05/1998, s. 1199-1208.
- BENNETT S. A., BECK J. G., CLAPP J. D., Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies, „Behaviour Research and Therapy”, Vol. 47, No. 12/2009, s. 1018-1023.
- BENTALL R. P., The illusion of reality: A review and integration of psychological research on hallucinations, „Psychological Bulletin”, Vol. 107, No. 1/1990, s. 82-95.
- BRODNIAK, W. A. (2000). Choroba psychiczna w świadomości społecznej. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- CANGAS A. J., Errasti J. M., García-Montes J. M., Álvarez R., Ruiz R. Metacognitive factors and alterations of attention related to predisposition to hallucinations, „Personality and individual differences”, Vol. 40, No. 3/2005, s. 487-496.
- CARRUTHERS P., How we know our own minds: The relationship between mindreading and metacognition, „Behavioral and brain sciences”, Vol. 32, No. 02/2009, s. 121-138.
- CARTWRIGHT-HATTON S., WELLS A. Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates, „Journal of anxiety disorders”, Vol. 11, No. 3/1997, s. 279-296.
- CICHOŃ E., SZCZEPANOWSKI R., Mechanizmy tłumienia niepożądanych odczuć i myśli w ujęciu metapoznawczym, „Rocznik Kognitywistyczny”, Vol. 8/2015, s. 79-89.
- CLARK D. M., WELLS A., A cognitive model of social phobia, „Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment”, Vol. 41, No. 68/1995, s. 741-756.
- COMPTON S. N., MARCH J. S., BRENT D., Albano A. M., Weersing V. R., Curry J., Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry”, Vol. 43, No. 8/2004, s. 930-959.
- COOPER M., TODD G., WELLS A., Treating bulimia nervosa and binge eating: An integrated metacognitive and cognitive therapy manual, Routledge, Nowy York 2008.
- DRAGAN M., DRAGAN W. Ł., Właściwości psychometryczne polskiej wersji The Metacognitions Questionnaire-30, „Psychiatria Polska”, Vol. 4/2011 , s. 545-553.

- FERNANDEZ-DUQUE D., BAIRD J. A., POSNER M. I., Executive attention and meta-cognitive regulation, „Consciousness and cognition”, Vol. 9, No. 2/2000, s. 288-307.
- FISHER P. L., WELLS A., Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series, „Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry”, Vol. 39, No. 2/2008, s. 117-132.
- GARETY P. A., KUIPERS E., FOWLER D., FREEMAN D., BEBBINGTON P. E., A cognitive model of the positive symptoms of psychosis, „Psychological medicine”, Vol. 31, No. 02/2001, s. 189-195.
- GARCÍA-MONTES J. M., CANGAS A., PÉREZ-ÁLVAREZ M., FIDALGO A. M., GUTIÉRREZ O., The role of meta-cognitions and thought control techniques in predisposition to auditory and visual hallucinations, „British Journal of Clinical Psychology”, Vol. 45, No. 3/2006, s. 309-317.
- GAWĘDA Ł., MORITZ S., KOKOSZKA A., Trening metapoznawczy dla chorych na schizofrenię. Opis metody i doświadczeń klinicznych, „Psychiatria Polska”, Tom 43, Nr 6/2009a, s. 683-692.
- GAWĘDA Ł., MORITZ S., KOKOSZKA A., Podstawy teoretyczne treningu metapoznawczego dla chorych na schizofrenię, „Psychiatria Polska”, Tom 43, Nr 6/2009b, s. 671-682.
- GAWĘDA Ł., MORITZ S., KOKOSZKA A., Impaired discrimination between imagined and performed actions in schizophrenia, „Psychiatry Research”, Vol. 195, No. 1-2/2012, s. 1-8, doi: 10.1016/j.psychres.2011.07.035 (stan na dzień 31.05.2017).
- GAWĘDA Ł., WOODWARD T. S., MORITZ S., KOKOSZKA A., Impaired action self-monitoring in schizophrenia patients with auditory hallucinations, „Schizophrenia research”, Vol. 144, No. 1/2013, s. 72-79.
- HARDER S., FOLKE, S., Affect regulation and metacognition in psychotherapy of psychosis: An integrative approach. „Journal of Psychotherapy Integration”, Vol. 22, No. 4/2012, s. 330.
- JOHNSON M. K., HASHTROUDI S., LINDSAY D. S., Source monitoring, „Psychological bulletin”, Vol. 114, No. 1/1993, s. 3-28.
- KAPUSTA, A. (2010). Szaleństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii. Lublin: Wyd. UMCS.
- LAU H., ROSENTHAL D., Empirical support for higher-order theories of conscious awareness, „Trends in cognitive sciences”, Vol. 15, No. 8/2011, s. 365-373.
- LINKE M., JAREMA M., Rehabilitacja poznawcza osób chorych na schizofrenię – najnowsze interwencje, „Psychiatria Polska”, Tom 48, Nr 6/2014, s. 1179-1188.
- NELSON T. O., DUNLOSKY J., When people's judgments of learning (JOLs) are extremely accurate at predicting subsequent recall: The „delayed-JOL effect”, „Psychological Science”, Vol. 2, No. 4/1991, s. 267-270.

- NORMANN N., EMMERIK A. A., Morina N., The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review, „Depression and Anxiety”, Vol. 31, No. 5/2014, s. 402-411.
- KOMISJA EUROPEJSKA, Green Book. Improving the mental health of the population – Towards a strategy on mental health for the European Union, 2005; http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf (stan na dzień 31.05.2017).
- LARØI F. F., VAN DER LINDEN M. M., MARCZEWSKI P. P., The effects of emotional salience, cognitive effort and meta-cognitive beliefs on a reality monitoring task in hallucination-prone subjects, „British Journal of Clinical Psychology”, Vol. 43, No. 3/2004, s. 221-233.
- LARØI F., COLLIGNON O., VAN DER LINDEN M. Source monitoring for actions in hallucination proneness, „Cognitive Neuropsychiatry”, Vol. 10, No. 2/2005, s. 105-123.
- MAZZONI G., NELSON T. O., Metacognition and cognitive neuropsychology: Monitoring and control processes, Psychology Press, New York, London 2014.
- MITCHELL K. J., JOHNSON M. K. Source monitoring: Attributing mental experiences, [w:] The Oxford handbook of memory, (red.) J. Tulving, F. I. M. Craik, Oxford University Press, Nowy York 2000.
- MORITZ S., RUHE C., JELINEK L., Naber D., No deficits in nonverbal memory, metamemory and internal as well as external source memory in obsessive-compulsive disorder (OCD), „Behaviour research and therapy”, Vol. 47, No. 4/2009, s. 308-315.
- MORITZ S., WOODWARD T. S., Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention, „Current Opinion in Psychiatry”, Vol. 20, No. 6/2007, s. 619-625.
- MORITZ S., VECKENSTEDT R., BOHN F., HOTTENROTT B., SCHEU F., RANDJBAR, S., I INNI, Complementary group Metacognitive Training (MCT) reduces delusional ideation in schizophrenia, „Schizophrenia research”, Vol. 151, No. 1/2013, s. 61-69.
- MORRISON A. P., The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions, „Behavioural and Cognitive Psychotherapy”, Vol. 29, No. 03/2001, s. 257-276.
- MORRISON A. P., WELLS A., A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls, „Behaviour research and therapy”, Vol. 41, No. 2/2003, s. 251-256.
- NELSON T. O. NARENS L., Metamemory: A theoretical framework and some new findings, [w:] The Psychology of Learning and Motivation, (red.) G. H. Bower, Academic Press, Nowy York 1990.

- NELSON T. O., STUART R. B., HOWARD C., Crowley M., Metacognition and clinical psychology: a preliminary framework for research and practice, „Clinical Psychology & Psychotherapy”, Vol. 6, No. 2/1999, s. 73-79.
- PAPAGEORGIU C., WELLS A., Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression, „Cognitive and Behavioral Practice”, Vol. 8, No. 2/2001, s. 160-164.
- PANKOWSKI D., KOWALSKI J., GAWĘDA Ł., Skuteczność treningu metapoznawczego u osób chorujących na schizofrenię: narracyjny przegląd systematyczny badań opublikowanych w latach 2009-2015, „Psychiatria Polska”, Tom 50, Nr 4/2016, s. 787-803.
- POPIEL A., PRAGŁOWSKA E., Psychoterapia poznawczo-behawioralna – praktyka oparta na badaniach empirycznych, „Psychiatria”, Tom 2, Nr 3/2009, s. 146-155.
- ROBERTS K. P., BLADES M. (red.), Children's source monitoring, Psychology Press, New York 2000.
- SCHNEIDER W., LOCKL K., Procedural metacognition in children: Evidence for developmental trends, [w:] Handbook of metamemory and memory, (red.) J. Dunlosky, R. A. Bjork, Psychology Press, New York 2008.
- SĘK H. (red.), Psychologia kliniczna, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- WELLS A., Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder, „Behavioural and Cognitive Psychotherapy”, Vol. 23, No. 03/1995, s. 301-320.
- WELLS A., MATTHEWS G. (red.), Attention and emotion: A clinical perspective, Psychology Press, New York 1995.
- WELLS A., MATTHEWS G., Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model, „Behaviour research and therapy”, Vol. 34, No. 11/1996, s. 881-888.
- WELLS A., Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy, Wiley, United Kingdom 2002.
- WELLS A., KING P., Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial, „Journal of behavior therapy and experimental psychiatry”, Vol. 37, No. 3/2006, s. 206-212.
- WELLS A., COLBEAR J. S., Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: A preliminary controlled trial, „Journal of Clinical Psychology”, Vol. 68, No. 4/2012, s. 373-381.
- WELLS A., SEMBI S., Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment, „Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry”, Vol. 35, No. 4/2004, s. 307-318.
- WELLS A., Metacognitive therapy for anxiety and depression, Guilford Press, New York 2009.

- WINOGRAD E., PELUSO J. P., GLOVER T. A., Individual differences in susceptibility to memory illusions, „Applied Cognitive Psychology”, Vol. 12, 1998, s. 5-27.
- VAN DER HEIDEN C., MURIS P., VAN DER MOLEN H. T., Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder, „Behaviour research and therapy”, Vol. 50, No. 2/2012, s. 100-109.
- VARESE F., BENTALL R. P., The metacognitive beliefs account of hallucinatory experiences: A literature review and meta-analysis, „Clinical psychology review”, Vol. 31, No. 5/2011, s. 850-864.
- ZYGMUNT A., OLFSO M., BOYER C. A., MECHANIC D., Interventions to improve medication adherence in schizophrenia, „American Journal of Psychiatry”, Vol. 159, No. 10/2002, s. 1653-1664.

Streszczenie

DYSFUNKCJE METAPOZNAWANIA W ZABURZENIACH PSYCHICZNYCH: OD TEORII DO PRAKTYKI

Wysokie koszty społeczno-ekonomiczne zaburzeń psychicznych skłaniają badaczy oraz klinicystów do poszukiwania nowych podejść oraz technik terapeutycznych, których skuteczność potwierdzona będzie dowodami empirycznymi. W niniejszej pracy przedstawiono podejście metapoznawcze do wyjaśniania przyczyn powstawania i utrzymywania się zaburzeń psychicznych, odniesionych do dysfunkcji procesów kontroli i monitorowania. W oparciu o dane empiryczne wykazano użyteczność modelu dysfunkcji metapoznawania w zakresie wyjaśniania przyczyn zaburzeń lękowych oraz psychotycznych. Omówiono również rezultaty terapii metapoznawczej w leczeniu zaburzeń różnego typu, w tym ciężkich i przewlekłych zaburzeń.

Słowa kluczowe:

metapoznanie, terapia metapoznawcza, zaburzenia psychiczne

Summary

DYSFUNCTIONAL METACOGNITION IN MENTAL DISORDERS

The high social and economic costs of mental disorders urge researchers and clinicians to seek new approaches and therapeutic techniques whose efficacy will be confirmed by empirical evidence. The paper presents a meta-cognitive approach to explain the causes of mental disorders arising from dysfunctional control and monitoring processes. Based on the data from empirical research, the application of the meta-cognitive model has been demonstrated in explaining psychopathology underlying anxiety and psychotic disorders. The paper provides also empirical evidence of the effectiveness of the meta-cognitive therapy in the treatment of various disorders, including severe and chronic mental diseases.

Keywords:

metacognition, metacognitive therapy, mental disorders

WYBRANE PROBLEMY ZDROWIA I CHOROBY
Z PERSPEKTYWY BADAŃ EMPIRYCZNYCH
I REALIZOWANYCH DZIAŁAŃ
PROFILAKTYCZNYCH

PALENIE TYTONIU, PICIE ALKOHOLU I STOSOWANIE UŻYWEK PRZEZ MŁODZIEŻ ZIELONOGÓRSKICH SZKÓŁ PONADGIMNAZJALNYCH

Wprowadzenie

Palenie tytoniu, picie alkoholu i stosowanie używek przez młodzież może prowadzić do wykształcania się negatywnych nawyków zdrowotnych. Ponadto, nałogi są jednym z najniebezpieczniejszych problemów współczesnych nastolatków, ponieważ wiążą się z konsekwencjami zdrowotnymi i społecznymi, na temat których młodzież często ma niską świadomość. Specyfika wieku młodzieńczego wywala różnorodne przyczyny sięgania przez młodzież po używki. Wystarczy impuls, zwykła ciekawość lub przejmowanie wzorów zachowań od rówieśników, aby u młodego człowieka pojawiło się wewnętrzne przyzwolenie na nowe doświadczenia i eksperymenty związane z używkami. Gdy dojdzie do inicjacji tytoniowej, alkoholowej lub narkotykowej, wówczas młodzież często powraca do zażywanych substancji, co stanowi prostą drogę do uzależnienia.

W niniejszym artykule zawarte zostały najistotniejsze pojęcia związane z ryzykownymi zachowaniami zdrowotnymi wśród młodzieży, które dotyczą palenia papierosów, picia alkoholu oraz zażywania narkotyków i dopalaczy. Stanowią one tło teoretyczne dla prezentowanych wyników badań, przeprowadzonych wśród młodzieży z klas drugich szkół ponadgimnazjalnych w Zielonej Górze.

Specyfika kategorii wiekowej adolescentów

Okres adolescencji to czas dojrzewania fizjologicznego, umysłowego, psychicznego i społecznego, podczas którego rozwija się ciało/organizm, rozumowanie, emocje oraz świadomość społeczna młodego człowieka. Ta ostatnia pozwala na kształtowanie się ocen, przekonań, postaw moralnych, nastawień społecznych oraz na przygotowanie się do określonej roli społecznej. Te liczne przemiany w życiu młodego człowieka są jego przeobra-

żeniem z dziecka w osobę dorosłą. Bardzo istotne jest także dojrzewanie emocjonalne, które uczy odczuwania wrażeń, emocji. Uwrażliwienie emocjonalne może rodzić pewne zagrożenia, takie jak choroby i zaburzenia w przypadku nadwrażliwości i przeczulenia. Może być to spowodowane zmianami w funkcjonowaniu organicznym (burzą hormonalną), społecznym (przyjmowanie nowych ról społecznych), psychicznym (budowanie tożsamości). Efektem odczuwania różnorodnych emocji może być: nadpobudliwość, drażliwość, chwiejność uczuć, wyrażanie uczuć negatywnych oraz nieposłuszeństwo, upór i bunt (Korzuchowski 2007, s. 10).

Dorastanie to wiek 12-18 lat, zaś 19-25 lat to okres młodzieńczy. Proces dorastania jest złożony i dotyczy wielu płaszczyzn osobowości. Nastolatek styka się z określonymi wymogami i normami społecznymi, a życie społeczne i codzienność nie jest już beztrudną, lecz narzuca swoje prawa i zwyczaje. W tym okresie młodzież często lawiruje pomiędzy tym, „co należy” i „co wolno”, a czego nie oraz zmienia swoją przynależność grupową, normy i wartości (Kurzępa i inni 2008, s. 9-10). Adolescencja to także wiek ciągłego uczenia się i doświadczania nowych sytuacji, w które wpisuje się proces edukacji szkolnej. Z jednej strony osiągnięcie poszczególnych poziomów edukacji wpływa na wyższy poziom wykształcenia, a ten przekłada się na lepszą świadomość skutków zachowań ryzykownych, tym samym kierując młodzież na unikanie ich oraz większą dbałość o zdrowie. Z drugiej zaś, to zdrowie warunkuje uczestniczenie w życiu społecznym, w tym pobieranie nauki w szkole, które rozwija zainteresowania i kreatywność oraz buduje dobre relacje z rówieśnikami i dorosłymi. Barbara Woynarowska podkreśla tę zależność tezą, iż „lepsze zdrowie umożliwia lepszą edukację i odwrotnie” (Woynarowska 2011, s. 44).

Ryzykowne zachowania zdrowotne i ich przyczyny prowadzące do uzależnienia

Zdrowie ujmowane w kontekście młodzieży, wg Światowej Organizacji Zdrowia, to przede wszystkim dobrostan oraz szansa wykorzystania potencjału rozwojowego w wymiarze: somatycznym, psychicznym, społecznym i duchowym. To także bycie wrażliwym na bodźce sensoryczne, stany emocjonalne, które przekłada się na dodatkową podatność na różnorodne czynniki ryzyka. Ponadto, do zachowań zdrowotnych włącza się zachowania sprzyjające zdrowiu (prozdrowotne): aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie, dbanie o higienę osobistą, radzenie sobie ze stresem, właściwe kontakty międzyludzkie, robienie badań profilaktycznych. Drugim rodzajem zachowań zdrowotnych są zachowania antyzdrowotne, które ściśle wiążą się z zagrożeniami dla zdrowia i ryzykownymi zachowaniami zdrowotnymi, takimi jak: palenie papierosów, picie alkoholu, używanie środków psycho-gennych, ryzykowne zachowania seksualne, niska aktywność fizyczna, nieprawidłowe odżywianie. Zachowania antyzdrowotne są głównymi przy-

czynami chorób społecznych oraz chorób cywilizacyjnych (Ponczek i Olszowy 2012, s. 260).

Jak wskazują badacze zajmujący się stanem zdrowia adolescentów, Woynarowska oraz Oblacińska, zachowania zdrowotne są bardzo ważnymi zachowaniami podejmowanymi przez człowieka, ponieważ determinują jego zdrowie na całe życie, rozwijają się i krystalizują szczególnie w okresie dojrzewania, następnie są przenoszone na okres dorosły (Woynarowska i Oblacińska 2014, s. 41-43). Młodzież, przyjmując sposób życia skoncentrowany na terażniejszości, nie zauważa dużego związku pomiędzy swoimi zachowaniami a zdrowiem. Jednakże skutki ryzykownych zachowań zdrowotnych ujawniają się często w życiu dorosłym, po latach. Zachowania ryzykowne są niejako cechą dorastania, jednakże mogą prowadzić do wielu szkód zdrowotnych i społecznych w życiu młodego człowieka (Gromadecka-Sutkiewicz i Dziwak 2008, s. 293). Niebagatelną rolę pełni także proces socjalizacji rodzinnej w kontekście przekazywania wartości zdrowotnych. Na pojęcie „zdrowia rodziny” powołuje się Alicja Kaiser, podkreślając fakt, iż „rodzina w określony sposób wyznacza stan zdrowia swoich członków (Kaiser 2008, s. 34)”. Autorka powołuje się na mikrospołeczne powiązania wewnętrzne w rodzinie zależne od struktury ról, pozycji, więzi społecznych, interakcji, funkcji rodzinnych, norm, wzorów i wartości oraz wpływu na preferowane zachowania (Kaiser 2008, s. 35). Oznaczałoby to, iż postawa rodziców i wychowawców ma wobec młodzieży decydujące znaczenie, a ponadto może rzutować w przyszłości na ich stosunek do używek i przyjmowania norm zdrowotnych. Warto zwrócić uwagę także na aspekt niekorzystnej sytuacji materialnej rodziny wraz z niskim wykształceniem rodziców, który przekłada się wówczas na swoistą socjalizację akceptującą i promującą podejmowanie zachowań antyzdrowotnych (Ostrowska 2010, 23-25).

Przyczyny sięgania przez młodzież po używki

Powodem, dla którego młodzież sięga po używki, a zatem podejmuje ryzykowne zachowania zdrowotne, są specyficzne problemy wieku adolescencji. Badacze, w tym m.in.: Brzezińska, Erikson, Piotrowski, najczęściej wskazują na czynniki związane z postrzeganiem młodego człowieka w grupie koleżeńskiej i budowaniem jego autonomii: chęć integracji z rówieśnikami, przynależności do danej grupy lub nacisk ze strony grupy z jednej strony, a z drugiej strony manifestacja niezależności względem dorosłych (Lipska 1994, s. 14). Przyczyną może być również nuda, brak zajęć i ciekawych form spędzania wolnego czasu. Innym powodem może być źle funkcjonująca rodzina i patologiczne style wychowywania dzieci (Ponczek i Olszowy 2012, s. 266).

Istotny jest także fakt, iż młodzież jako kategoria wiekowa szczególnie podatna na manipulacje i reklamy, narażona jest na agresywny przekaz ze środków masowego przekazu proklamujący spożywanie alkoholu

(Gromadecka-Sutkiewicz i Dziwak 2008, s. 294), ale także palenie papierosów czy zażywanie narkotyków (telewizja, Internet). Wiek młodzieńczy wywala także określone zapotrzebowanie psychospołeczne, które młodzież próbuje sobie rekompensować konsumpcją substancji psychoaktywnych. Zaspokajają one potrzebę przyjemności i radzenia sobie z napięciami psychicznymi (Kowalewska i Jędrzejko 2009, s. 25). Wpływ na tę sytuację miały także zmiany kulturowe, rzutujące na system wartości etycznych i norm moralnych, które ponadto stymulują zmiany uczestnictwa w kulturze wraz z wiekiem, o czym pisał socjolog kultury Andrzej Tyszka.

Podjęcie ryzykownych zachowań zdrowotnych może w efekcie prowadzić do uzależnienia. Uzależnienie to „nabyta silna potrzeba wykonywania jakiejś czynności lub zażywania jakiejś substancji” (Ulman 2011, s. 74). Precyzując, jest to także kontakt człowieka z określoną substancją chemiczną (Lelonek-Kuleta 2014, s. 15). Potocznie pojęcie uzależnienia używane jest w kontekście nadużywania narkotyków (narkomania), alkoholu (alkoholizm) czy papierosów (nikotynizm) (Ulman 2011, s. 74). Niestety, poszczególne uzależnienia i zachowania ryzykowne niosą za sobą wiele negatywnych skutków dla zdrowia. Palenie tytoniu znacznie obniża odporność i wydolność fizyczną, a także zwiększa ryzyko zachorowalności w obrębie układu oddechowo-krążeniowego oraz wpływa na przedwczesną umieralność. Co istotne, obok czynnego palenia równie szkodliwe jest palenie bierne. Alkoholizm zaś jest jednym z poważniejszych problemów społecznych, a spożywany w młodym wieku wpływa na zaburzenia w rozwoju psychicznym, fizycznym i społecznym. Może doprowadzić do zmian patologicznych w narządach, ale także w układzie nerwowym. Nikotynizm i alkoholizm często wpływają stymulująco na młodzież, ułatwiając sięgnięcie po substancje psychoaktywne. Po narkotyki sięga coraz więcej młodych osób, a wiek pierwszego zażycia narkotyku ciągle się obniża, co jest bardzo niepokojącym zjawiskiem (Ponczek i Olszowy 2012, s. 266). Konsekwencje przyjmowania substancji psychoaktywnych (toksykomanii) przez młodego człowieka mogą być związane nie tylko z problemami zdrowotnymi, ale także społecznymi, ekonomicznymi i moralnymi, a w efekcie prowadzić nie tylko do uzależnienia i pogorszenia stanu fizycznego, ale także do zaburzeń psychicznych, obniżenia zdolności ośrodkowego układu nerwowego, infekcji wirusowych i bakteryjnych, a nawet do śmiertelnego przedawkowania i zatrucia (Kowalewska i Jędrzejko 2009, s. 12-13).

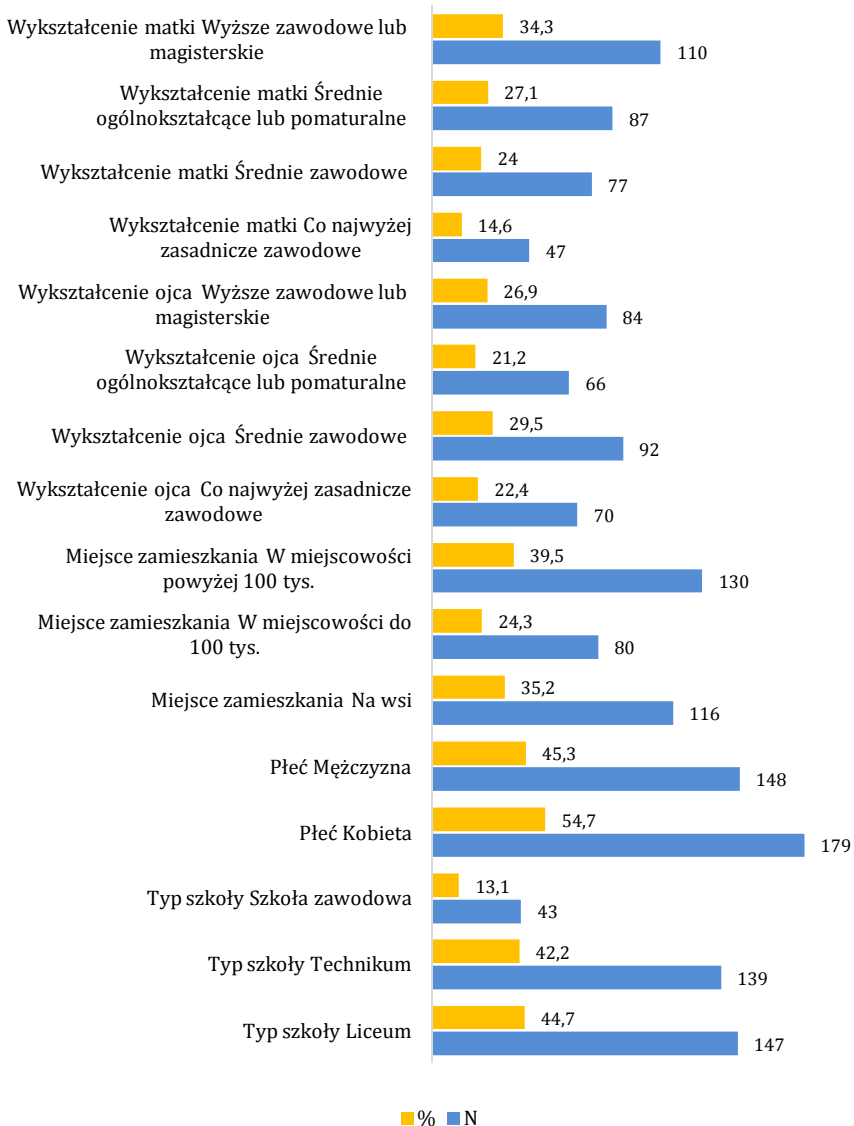
Charakterystyka przeprowadzonego badania

Przeprowadzone badanie ilościowe pt.: „Poziom wiedzy na temat profilaktyki chorób nowotworowych a zachowania prozdrowotne wśród młodzieży u progu pełnoletniości” realizowane było przez członków Doktoranckiego Koła Naukowego Socjologii Zdrowia, Choroby i Medycyny Uniwersytetu Zielonogórskiego od 30 maja do 10 czerwca 2016 r. Kategorię badawczą stanowiła młodzież w wieku 17-19 lat, której najpełniej odpowiadał

uczniowie klas drugich szkół ponadgimnazjalnych z Zielonej Góry. Próba badawczą objęto wszystkie typy szkół ponadgimnazjalnych: z liceów, techników i zasadniczych szkół zawodowych. Łącznie w jej skład weszło 12 szkół, spośród których za pomocą doboru nielosowego celowego dobrano arbitralnie po jednej klasie drugiej, której dyrektorzy i opiekunowie wyrazili zgodę na udział uczniów w badaniu. Technika badawczą była ankieta audytoryjna, która pozwoliła pozyskać odpowiedzi od uczniów na wyznaczone pytania podczas ich zajęć lekcyjnych. Narzędzie badawcze stanowił anonimowy kwestionariusz ankiety, których zebrano łącznie 329 i poddano dalszej analizie. Badanie to miało na celu zdiagnozowanie skali podejmowania ryzykownych zachowań zdrowotnych przez młodzież zielonogórskich szkół ponadgimnazjalnych, wyrażanych poprzez skłonność i częstotliwość do sięgania po papierosy, alkohol i używki.

Dane dotyczące cech społeczno-demograficznych prezentowane są na Wykresie 1. Wśród respondentów przeważającym typem szkoły, do której uczęszczali, były szkoły licealne (44,7%), a za nimi technika (42,2%). Większą część ankietowanych stanowiły kobiety (54,7%), a 45,3% – mężczyźni. Najwięcej uczniów mieszkało w dużej miejscowości, przekraczającej 100 tys. mieszkańców (39,5%), zaś uczniowie mieszkający na wsi stanowili 35,2% badanych. Matki ankietowanej młodzieży legitymowały się głównie wykształceniem wyższym zawodowym i magisterskim (34,3%), zaś ojcowie głównie wykształceniem średnim zawodowym (29,5%).

Charakterystyka badanej grupy młodzieży ze względu na zmienne społeczno-demograficzne

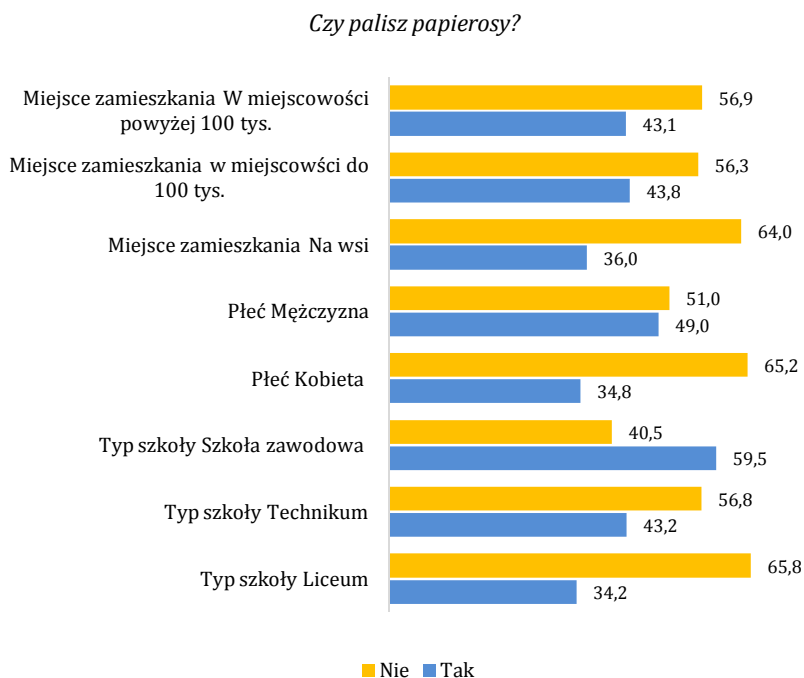


Źródło: opracowanie własne

Poniżej zostaną zaprezentowane rozkłady procentowe z odpowiedzi udzielonych przez młodzież na poszczególne pytania.

Wykres 2.

Palenie papierosów przez młodzież zielonogórskich szkół ponadgimnazjalnych

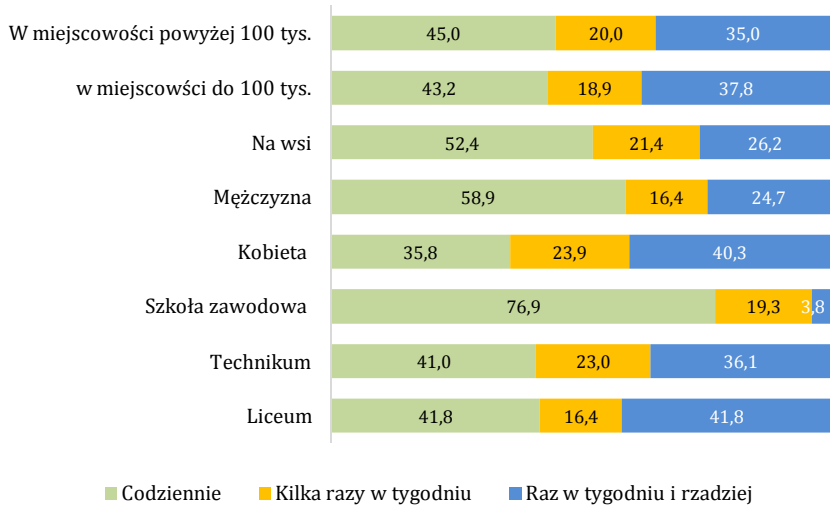


Źródło: opracowanie własne

Na pytanie o palenie papierosów twierdząco odpowiedziało najwięcej uczniów szkół zawodowych: tytoń pali tam blisko 60% uczniów. Tuż za nimi do palenia przyznało się 43,2% uczniów z techników. Najmniej badanych osób palących papierosy było uczniami szkół licealnych (34,2%). Jeśli chodzi o płeć, to pali więcej mężczyzn (49%) niż kobiet (34,8%). Palący uczniowie zamieszkiwali przede wszystkim miejscowość do 100 tys. mieszkańców (43,8%) oraz miejscowość powyżej 100 tys. mieszkańców (43,1%).

Częstotliwość palenia papierosów przez młodzież zielonogórskich szkół ponadgimnazjalnych

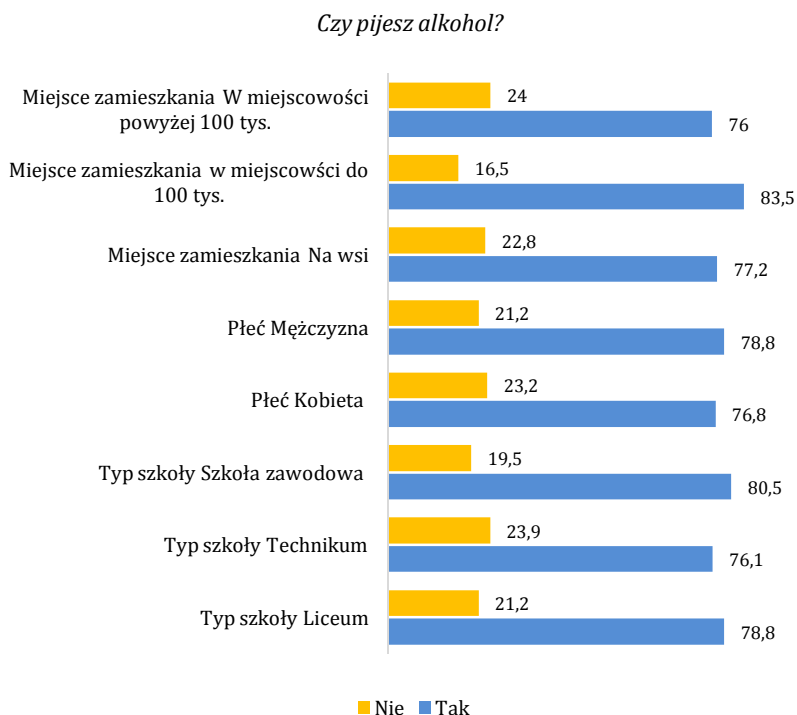
Jak często palisz papierosy?



Źródło: opracowanie własne

Osoby, które twierdząco odpowiedziały na pytanie o palenie papierosów zapytano o częstotliwość palenia, która oceniana była w kategoriach: „codziennie”, „kilka razy w tygodniu” oraz „raz w tygodniu i rzadziej”. Codziennie po papierosy sięgają głównie uczniowie szkół zawodowych; robi to blisko 77% z nich. W technikum przeważa także codzienne palenie papierosów (41%). Natomiast w liceum 41,8% badanych pali zarówno codziennie, jak też raz w tygodniu i rzadziej. Pośród mężczyzn codziennie paliło blisko 59% badanych. Kobiety, jeśli sięgały po papierosy, to raz w tygodniu i rzadziej (40,3%). Do codziennego sięgania po papierosy skłonni są również uczniowie mieszkający na wsi (52,4%). Jak wykazały odpowiedzi na to pytanie, palenie papierosów jest nałogiem, który towarzyszy młodzieży z dużą intensyfikacją. Niepokojące jest szczególnie zjawisko palenia papierosów wśród chłopców oraz uczniów szkół zawodowych i mieszkańców wsi, ponieważ utrzymuje się ono wśród nich na najwyższym poziomie.

Picie alkoholu przez młodzież zielonogórskich szkół ponadgimnazjalnych



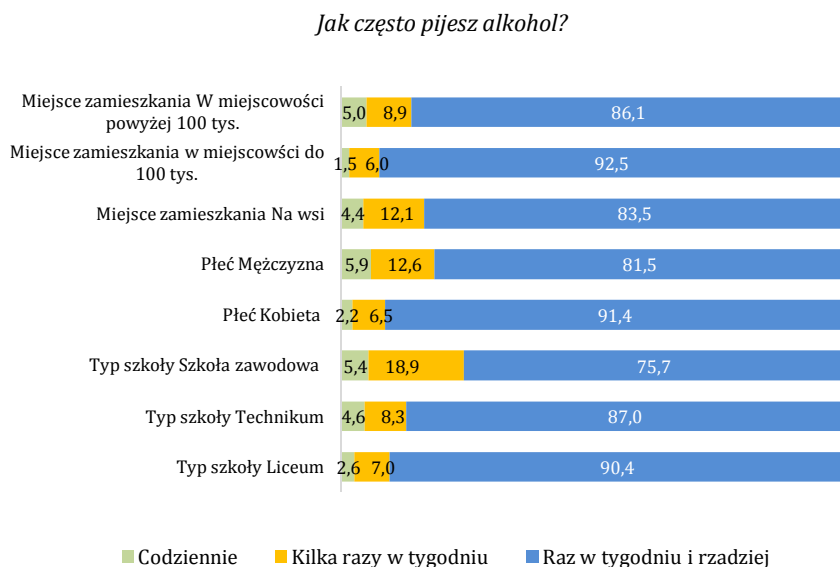
Źródło: opracowanie własne

Do picia alkoholu przyznała się duża część ankietowanej młodzieży. Biorąc pod uwagę typ szkoły, najwięcej alkoholu spożywają uczniowie szkół zawodowych (80,5%), z kolei spożycie alkoholu w liceum wynosi prawie 80%, a 76,1% wśród uczniów technikum. Ze względu na płeć: 76,8% kobiet sięgało po alkohol, a mężczyźni o dwa punkty procentowe więcej od kobiet. Miejsce zamieszkiwania uczniów pijących alkohol to przede wszystkim miejscowość mająca do 100 tys. mieszkańców (83,5%), kolejno miejscowość powyżej 100 tys. mieszkańców (76%) oraz wieś (77,2%). Zjawisko picia alkoholu jest powszechne wśród młodzieży, do spożycia napojów alkoholowych we wszystkich kategoriach przyznaje się średnio około 80% respondentów. Tak wysoki odsetek twierdzących odpowiedzi ma swoje uzasadnienie, ponieważ pytanie nie dookreślało ilości spożywanego, a zatem pozytywnie odpowiadać mogły także osoby, które wypity nieznaczną lub symboliczną ilość alkoholu. Ponadto, pytanie skierowane było także do re-

spodentów, którzy przekroczyli 18. rok życia, a zatem sięganie po ten rodzaj używek uznać można dla nich za pełnoprawny.

Wykres 5.

Częstotliwość picia alkoholu przez młodzież zielonogórskich szkół ponadgimnazjalnych



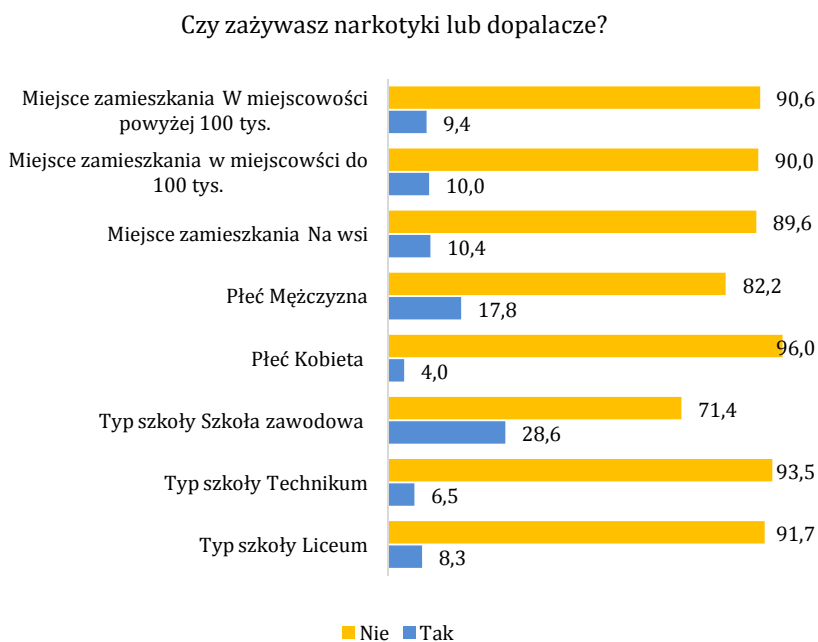
Źródło: opracowanie własne.

Ucniów spożywających alkohol zapytano o częstotliwość sięgania po różnorodne napoje alkoholowe. Pod tym względem picie alkoholu nie było tak częste jak palenie papierosów, ponieważ przeważały odpowiedzi „raz w tygodniu i rzadziej”. Wskazania tej odpowiedzi były najliczniejsze wśród kobiet (91,4%), uczniów liceów (90,4%) oraz wśród osób badanych zamieszkujących miejscowość do 100 tys. mieszkańców (92,5%). Codziennie spożywali alkohol głównie uczniowie szkół zawodowych (5,4%), mężczyźni (5,9%), a także mieszkańcy miejscowości powyżej 100 tys. mieszkańców (5%). Choć wśród badanej młodzieży był niewielki odsetek osób pijących codziennie lub kilka razy w tygodniu, może być to jednak tendencja niepokojąca. W tym przypadku również warto zwrócić szczególną uwagę na chłopców, którzy spożywają regularnie alkohol, a zwłaszcza tych uczęszczających do szkół zawodowych oraz pochodzących ze wsi, ponieważ wśród nich widoczne jest wyższe natężenie spożywania alkoholu, co w przyszłości może narazić te osoby na popadnięcie w nałogi. Przyczyn częstego

spożywania alkoholu należy upatrywać m.in. w szerokiej akceptacji społecznej dla konsumpcja alkoholu i jego swobodnej dostępności w Polsce, a ponadto „Polska znajduje się w tej chwili [2009 r.] w pierwszej dziesiątce konsumentów napojów alkoholowych w Europie (Moskalewicz i Wieczorek 2009, s. 308-314)”.

Wykres 6.

Zażywanie narkotyków i dopalaczy przez młodzież zielonogórskich szkół ponadgimnazjalnych

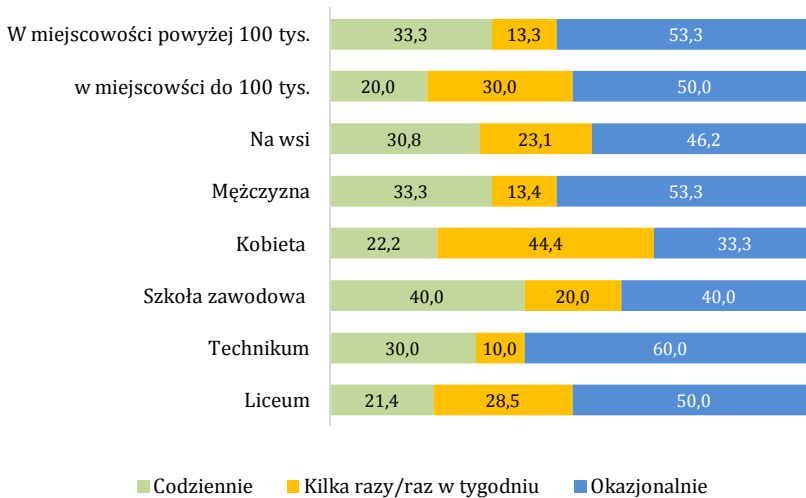


Źródło: opracowanie własne

Młodzież zielonogórskich szkół zapytano także o zażywanie narkotyków lub dopalaczy. Większość z badanych nie korzysta z tego typu środków odurzających. Jednakże najliczniejszą grupę zażywającą tego typu substancje stanowią uczniowie szkół zawodowych – 28,6%. Ponadto, do zażywania narkotyków/dopalaczy przyznaje się 17,8% mężczyzn. Były to dwie najbardziej wyróżniające się kategorie, ponieważ miejsce zamieszkania uczniów nie różnicowało znacząco osób zażywających narkotyki/dopalacze i plasowało się na zbliżonym poziomie ok. 10% spośród każdego typu miejsca zamieszkania.

Częstotliwość zażywania narkotyków i dopalaczy przez młodzież zielonogórskich szkół ponadgimnazjalnych

Jak często zażywasz narkotyki lub dopalacze?



Źródło: opracowanie własne

Spośród młodzieży zażywającej narkotyki lub dopalacze określono częstotliwość sięgania po substancje odurzające. Jak wynika z badań, zaznacza się okazjonalność brania dopalaczy i narkotyków, osiągając średnio około 50% wskazań. Niepokojące jest jednak, że po narkotyki młodzież sięga w równym stopniu „codziennie”, jak i „kilka razy w tygodniu lub raz w tygodniu”, ponieważ świadczy to o ich codziennych nawykach. Mimo iż ogółem osób zażywających narkotyki jest niewiele, unaocznia to fakt, iż młodzież, która już sięgnie po narkotyki i dopalacze, zaczyna robić to regularnie.

Porównanie wyników badań własnych z badaniami ogólnopolskimi

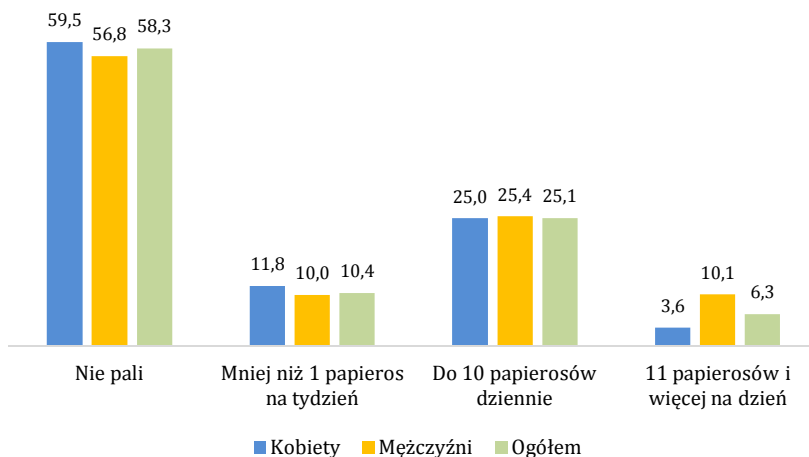
Poniżej przedstawione zostaną wybrane wyniki z ogólnopolskich badań ankietowych z 2015 r., zrealizowanych w ramach Europejskiego Programu Badań Ankietowych w Szkołach ESPAD przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii oraz Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych. Badania prezentowane w raporcie zostały przeprowadzone

na reprezentatywnej próbie uczniów klas III gimnazjum oraz klas II szkół ponadgimnazjalnych (17-18 lat) na terenie całej Polski. Wyniki z tych badań zawarte są w raporcie pt.: „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną” (Sierosławski 2015, s. 16-56), który wykazuje zbieżność z badaniami prowadzonymi z udziałem zielonogórskiej młodzieży oraz pozwala na porównanie natężenia sięgania po papierosy, alkohol i narkotyki w zielonogórskich szkołach w odniesieniu do norm ogólnokrajowych.

Wykres 8.

Wybrane wyniki z badań ogólnopolskich – palenie tytoniu

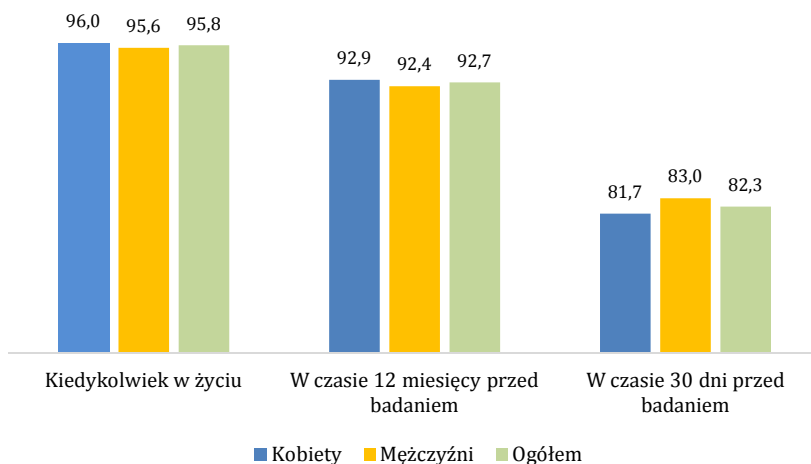
Palenie tytoniu w ciągu ostatnich 30 dni przez młodzież klas drugich szkół ponadgimnazjalnych w 2015 r.



Źródło: opracowanie własne

Ogółem 58,3% młodzieży klas drugich szkół ponadgimnazjalnych w Polsce w 2015 r. nie paliło tytoniu, co jest tożsame z wynikami uzyskanymi przez młodzież zielonogórską (58,7%). Jednak ok. 25% młodzieży, jeśli już pali, to sięga po od 2 do 10 papierosów dziennie, zaś 10% mężczyzn zdarza się wypalać nawet 11 papierosów i więcej na dzień.

Wybrane wyniki z badań ogólnopolskich – picie alkoholu

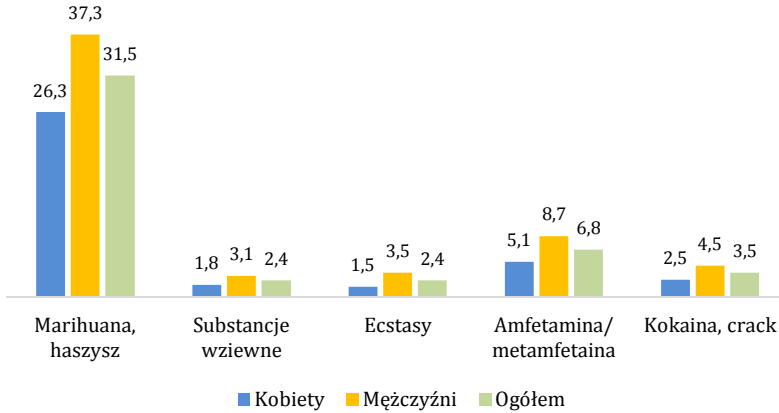
Picie alkoholu przez młodzież klas drugich szkół ponadgimnazjalnych w 2015 r.

Źródło: opracowanie własne

Wyniki badań ogólnopolskich wskazują, że młodzież ma znaczącą styczność z alkoholem. Zarówno kiedykolwiek w życiu (95,8%), na 12 miesięcy przed badaniem (92,7%) oraz na 30 dni przed badaniem (82,3%) młodzież spożywała alkohol. W szkołach ponadgimnazjalnych w Zielonej Górze spożycie alkoholu wskazało 77,8% badanej młodzieży, co jest nieco niższym odsetkiem niż normy dla całego kraju. Różnice w odsetkach odpowiedzi mogą wynikać z nieco innego sformułowania pytania, ponieważ pytanie „Czy pijesz alkohol?” dotyczy w szczególności tendencji utrzymującej się i bieżącego spożycia alkoholu, którego świadoma jest młodzież i do którego się przyznaje, natomiast zapytanie o spożycie alkoholu w czasie przeszłym precyzuje zaistniały stan. Wniosek ten został postawiony na podstawie zbliżonych wyników odpowiedzi z badań ogólnopolskich z zielonogórskimi, które oscylują na zbliżonym poziomie, jeśli chodzi o spożycie alkoholu w ostatnim czasie.

Wybrane wyniki z badań ogólnopolskich – zażywanie narkotyków

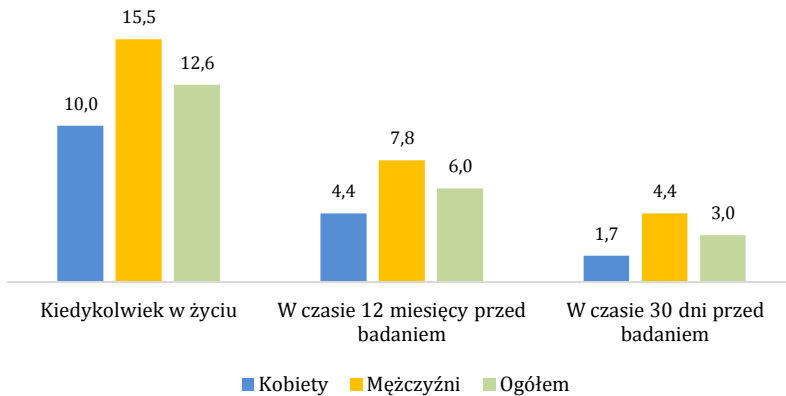
Zażywanie narkotyków w ciągu ostatnich 12 miesięcy przez młodzież klas drugich szkół ponadgimnazjalnych w 2015 r.



Źródło: opracowanie własne

Wybrane wyniki z badań ogólnopolskich – zażywanie dopalaczy

Zażywanie dopalaczy przez młodzież klas drugich szkół ponadgimnazjalnych w 2015 r.



Źródło: opracowanie własne

W raporcie „Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną” zażywanie narkotyków i dopalaczy zostało zbadane poprzez dwa osobne i bardziej szczegółowe pytania o nieco innej formule niż pytania wcześniejsze. Młodzież wskazała na narkotyki, po które sięgała przez 12 miesięcy. Najczęściej zażywano marihuanę i haszysz (31,5%), a następnie w kolejności amfetaminę (6,8%) oraz kokainę, crack (3,5%). Po dopalacze kiedykolwiek w życiu sięgnęło 12,6% młodzieży z próby ogólnopolskiej. Natomiast ogółem po narkotyki i dopalacze wśród zielonogórskich szkół ponadgimnazjalnych sięgnęło 10,2% badanych. Widoczna jest także przewaga mężczyzn w zażywaniu narkotyków i dopalaczy, co potwierdziło się również w badaniu zielonogórskim.

Na uwagę zasługują także wyniki badań prezentowane przez CBOS z 2016 r. dotyczące młodzieży wytypowanej w ogólnopolskiej losowej próbie spośród 82 dziennych szkół ponadgimnazjalnych – liceów, techników (liceów profilowanych, zawodowych lub technicznych) i zasadniczych szkół zawodowych, które dowodzą o paleniu papierosów, piciu alkoholu i stosowaniu używek przez młodzież w kontekście prowadzonych wcześniej badań cyklicznych, poczynsz od 1992 r. Z badań wynika, iż do 2003 r. wzrastał odsetek regularnie palącej młodzieży, by obniżyć się w 2008 r., a przez kolejne lata ustabilizować do poziomu 21%. Palący tylko w wyjątkowych sytuacjach w 2016 r. stanowili 20%, a niepalący 59%, z tego 60% kobiet i 58% mężczyzn, a byli to głównie uczniowie szkół licealnych (65%). Do palenia najczęściej przyznawali się uczniowie szkół zasadniczych zawodowych, co potwierdziło się również w badaniu na uczniach zielonogórskich szkół ponadgimnazjalnych. Istotną zależność wykazało wykształcenie rodziców, które wraz ze wzrostem wykształcenia rodziców wpływa na wyższy odsetek uczniów deklarujących palenie. W 2016 r. w przypadku wyższego wykształcenia ojca papierosy paliło 64% badanych (podstawowe – 54% palącej młodzieży), a mających matki z wyższym wykształceniem 63% uczniów (podstawowe – 56% palącej młodzieży). W badaniach autorskich nie znaleziono natomiast znaczącej zależności pomiędzy wykształceniem rodziców, a paleniem papierosów wśród młodzieży, dlatego też wyniki te nie były prezentowane. W badaniach CBOS nie znaleziono zależności pomiędzy miejscem zamieszkania a paleniem przez młodzież, ponieważ odsetek niepalących na wsi był identyczny jak w dużych miastach (59%) (Malczewski 2016, s. 201-203), zaś w badaniach zielonogórskich uczniów najmniej palących było na wsiach (36%), a zbliżone wartości otrzymały średnie i duże miejscowości (ok. 43%).

Jeśli chodzi o spożywanie alkoholu to w 2016 r. i we wcześniejszych latach, wg CBOS, była to najbardziej powszechna substancja psychoaktywna wśród młodzieży szkolnej. W kwestionariuszu pytano o picie alkoholu w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie, i tak w 2016 r. 72% uczniów przynajmniej raz piło piwo, 63% wódkę i mocne alkohole, a 41% wino. Ponadto, co najmniej raz w ciągu miesiąca przed badaniem upiło się 44% młodzieży, z czego mężczyźni stanowili 46%, a kobiety 42%, głównie uczniowie

zasadniczych szkół zawodowych (52%). W liceach ogólnokształcących było to 46% ankietowanych, a w technikach 40%, a wykształcenie rodziców nie miało związku z upijaniem się dzieci. Podobna tendencja, do częstszego spożywania alkoholu wśród uczniów zasadniczych szkół zawodowych uwidoczniła się pośród przebadanych uczniów szkół ponadgimnazjalnych z Zielonej Góry. Odnośnie miejsca zamieszkania najczęściej upijających się uczniów było w miastach powyżej 100 tysięcy (47%), a najmniej w miastach poniżej 20 tysięcy (40%) (Malczewski 2016, s. 203, 208-209), natomiast uczniowie najczęściej pijacy z zielonogórskich szkół zamieszkiwali głównie na wsiach.

Zgodnie z danymi CBOS za lata 1992–2003 liczba uczniów stosujących narkotyki w ciągu ostatniego roku rosła (z 5% do 24%). W kolejnych latach odsetek ten się zmniejszał, aby osiągnąć w 2016 r. 17%. Zazwyczaj to chłopcy mają większy kontakt z narkotykami niż dziewczęta oraz uczniowie zasadniczych szkół zawodowych (21%), aniżeli licealiści (15%), także po narkotyki sięgali częściej uczniowie z dużych miast (24%), niż ze wsi (15%) (Malczewski 2016, s. 217-219). Tendencje te zgodne są z prezentowanymi badaniami autorskimi z Zielonej Góry, jedynie miejsce zamieszkania nie różnicowało uczniów pod względem stosowania narkotyków i dopalaczy.

Podsumowanie

Najczęstszą używką, po którą sięga młodzież jest alkohol. Jednakże jest to używka o charakterze głównie okazjonalnym, która może wiązać się z organizacją imprez lub spotkań na domówkach, które nie zdarzają się codziennie, lecz incydentalnie. Należy jednak zachować wysoki poziom obiektywizmu przy analizie odpowiedzi o spożycie alkoholu, ponieważ nie padło pytanie o miejsce czy ilość spożycia alkoholu, a przecież młodzież równie dobrze może spożywać alkohol w domach, za pozwoleniem rodziców oraz w minimalnej ilości albo do stanu znacznego upojenia. Nieco inaczej wygląda palenie papierosów wśród uczniów zielonogórskich szkół ponadgimnazjalnych, albowiem pali niespełna połowa respondentów. Jednak, jeśli już sięgają po papierosa, robią to niemalże codziennie lub kilka razy w tygodniu. Są to niepokojące dane, bo wykazują regularność i mogą świadczyć o tym, że choć są to młode osoby, to już uzależnione od nikotyny. Zażywanie narkotyków to zjawisko dotyczące niewielkiej liczby badanych, ale również posiadające swoją regularność, która może świadczyć o poważnym w skutkach nałogu. Wyniki podkreślają aprobatę dla papierosów, alkoholu i narkotyków szczególnie ze strony uczniów szkół zawodowych, mężczyzn oraz mieszkańców wsi. Te kategorie respondentów w niemal każdym z pytań odznaczały się wyższą tendencją wyboru odpowiedzi potwierdzających korzystanie z używek.

Śledzenie ryzykownych zachowań wśród młodzieży jest zatem bardzo istotne, ponieważ pozwala na reakcję ze strony dorosłych, gdy zachowania te wzmagają się oraz zanim osiągną postać problemów społecznych.

Młodzież jest tą kategorią wiekową, która boryka się ze szczególnymi problemami związanymi z dorastaniem i dojrzewaniem, w związku z czym naturalna im jest chęć eksperymentowania i zdobywania nowych doświadczeń, jednakże często brakuje temu rozwagi i troski o własne zdrowie. Ogromną rolę procesie przeciwdziałania zachowaniom antyzdrowotnym ma spojrzenie na medycynę jako medycynę społeczną, zmierzającą ku zdrowiu publicznemu, które sprowadza się do biopsychospołecznej oraz holistycznej opieki nad człowiekiem (Sokołowska 1980, 273-274) od najwcześniejszych etapów jego życia, po szczególnie poświęceniu mu uwagi w okresie dorastania i formułowania odpowiednich wartości i norm zdrowotnych. Maria Sokołowska proponuje dwie formy profilaktyki: moralizatorską lub demokratyczną. W tej pierwszej główną rolę odgrywa uczeń i informacje przekazywane mu na temat zdrowia oraz wyborów prozdrowotnych związanych poczuciem odpowiedzialności. W drugiej formie profilaktyki odbiorcą jest środowisko społeczne, a towarzyszy mu cel zachowania i rozwijania zdrowia, a zatem w dbanie o zdrowie włączone są tutaj także osoby dorosłe, co wspiera i umacnia postawy młodzieży (Sokołowska 2011, 23-25).

Aby edukacja zdrowotna była skuteczna niezbędne jest zinternalizowanie podstawowych norm związanych ze zdrowiem przez młodzież, po to by zrozumieli powody podejmowania określonych zachowań niszczących lub wzmacniających zdrowie (Słońska 1994, s. 39). Konieczna jest zatem edukacja zdrowotna i wprowadzanie programów profilaktycznych z naciskiem na uświadomienie młodzieży o wpływie używek na ich życie i zdrowie oraz promocja zdrowego i aktywnego trybu życia, za którą odpowiedzialni są nauczyciele, wychowawcy, rodzice, ale także badacze z zakresu socjologii medycyny, zdrowia i choroby, dostarczający nowych wyników badań i wniosków z nich płynących.

Bibliografia

- GROMADECKA-SUTKIEWICZ M, DZIWAŁ A., Młodzież licealna i alkohol, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, Tom 89, Nr 2/2008, s. 293-294.
- KAISER A., Rodzinna socjalizacja w zakresie zdrowia: poglądy, perspektywy, „Chowanna”, Nr 2/2008, s. 33-48.
- KORZUCHOWSKI L., Świadomość ekologiczna wyzwaniem dla edukacji, [w:] Środowisko, młodzież, zdrowie, (red.) J. Malinowski, A. Zandecki, Akapit, Toruń 2007.
- KOWALEWSKA A., JĘDRZEJKO M., Człowiek a uzależnienia, [w:] Współczesne teorie i praktyka profilaktyki uzależnień chemicznych i nie chemicznych, (red.) M. Jędrzejko, Fundacja Pedagogium, Warszawa 2009.
- KURZĘPA J. I IN., Współczesna młodzież pomiędzy eros a thanatos, Agencja Wydawnicza ARG1, Wrocław 2008.
- LELONEK-KULETA B., Uzależnienia behawioralne – podstawy teoretyczne, [w:] Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. Teoria-

- Diagnoza-Profilaktyka-Terapia, (red.) J. Jarczyńska, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2014.
- LIPSKA R., Zachowania zdrowotne uczniów, „Edukacja i Dialog”, Nr 3 (56)/1994, s. 13-18.
- MALCZEWSKI A., Młodzież 2016, Centrum Badania Opinii Społecznej, Warszawa 2016.
- MOSKALEWICZ J., WIECZOREK Ł., Dostępność, konsumpcja alkoholu i konsekwencje picia - trzy dekady doświadczeń, „Alkoholizm i Narkomania”, Tom 22, Nr 4/2009, s. 305-337.
- OSTROWSKA A., Socjologia a zdrowie, PWN, Warszawa 2010.
- PONCZEK D., OLSZOWY I., Styl życia młodzieży i jego wpływ na zdrowie, „Problemy Higieny Epidemiologii”, Tom 93 Nr 2/2012, s. 260-266.
- SIEROSŁAWSKI J., Używanie alkoholu i narkotyków przez młodzież szkolną. Raport z ogólnopolskich badań ankietowych zrealizowanych w 2015 r., Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2015.
- SOKOŁOWSKA M., Granice medycyny, Wiedza Powszechna, Warszawa 1980.
- SOKOŁOWSKA M., Podejście moralizatorskie i demokratyczne w promocji zdrowia i profilaktyce, „Remedium”, Nr 4/2011, s. 22-25.
- SŁOŃSKA Z., Promocja zdrowia – zarys problematyki, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1-2/1994, s. 39-42.
- ULMAN P., Społeczne i rodzinne uwarunkowania uzależnień u dzieci i młodzieży, „Kwartalnik Naukowy”, Tom 4 Nr 2011, s. 74-86.
- WOYNAROWSKA B. (red.), Organizacja i realizacja edukacji zdrowotnej w szkole, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2011.
- WOYNAROWSKA B., OBLACIŃSKA A., Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne, „Studia BAS”, Nr 2(38)/2014, s. 41-64.

Streszczenie

PALENIE TYTONIU, PICIE ALKOHOLU I STOSOWANIE UŻYWEK PRZEZ MŁODZIEŻ ZIELONOGÓRSKICH SZKÓŁ PONADGIMNAZJALNYCH

Sięganie po substancje psychoaktywne jest współcześnie jednym z najważniejszych zagrożeń dla zdrowia publicznego, a także jednym z najpoważniejszych problemów społecznych w skali świata. Problem uzależnień jest znany także wśród dzieci i młodzieży, a zatem dotyczy kategorii wiekowej, która ma przed sobą całe swoje życie, a podejmuje się już na jego wstępie ryzykownych zachowań zdrowotnych. Celem artykułu była próba określenia zjawiska zażywania substancji psychoaktywnych przez uczniów klas drugich szkół ponadgimnazjalnych z terenu Zielonej Góry wraz z częstotliwością tych zachowań. Problematyka badawcza koncentrowała się stricte wokół zagadnień dotyczących używania papierosów, alkoholu, narkotyków i dopalaczy. Dane uzyskano na podstawie badania przeprowadzonego przez Doktoranckie Koło Naukowe Socjologii Zdrowia, Choroby i Medycyny Uniwersytetu Zielonogórskiego w roku 2016. Wyniki badania przeprowadzonego wśród uczniów zielonogórskich szkół zestawiono z wynikami badań ogólnopolskich, realizowanych w 2015 r. przez Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii i Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, także w klasach drugich szkół ponadgimnazjalnych.

Słowa kluczowe:
młodzież, uzależnienia, zdrowie

Summary

SMOKING, ALCOHOL AND DRUG USE BY YOUNG PEOPLE OF POST-GYMNASIUM SCHOOLS IN ZIELONA GÓRA

The use of psychoactive substances is one of the most important public health threats today and one of the most serious social problems in the world. The problem of addiction is also known to children and adolescents, and therefore refers to the age category that has a whole life ahead of itself, and is already undertaking risky behavior at the outset. The aim of the article was an attempt to determine the phenomenon of taking psychoactive substances by secondary school students from upper secondary schools in Zielona Góra with the frequency of these behaviors. Research issues focused on issues related to the use of cigarettes, alcohol, drugs and aftermaths. The data was obtained on the basis of a study carried out by the Ph.D., Scientific Association of Sociology of Health, Disease and Medicine, University of Zielona Góra in 2016. The results of the survey conducted among pupils of Zielona Góra schools were compiled with the results of nationwide research carried out in 2015 by the National Bureau for Drug Prevention and the

National Agency Solving Alcohol Problems, also in the Secondary Secondary School classes.

Keywords:
youth, addiction, health

POZIOM LĘKU I STYL RADZENIA SOBIE ZE STRESEM A UŻYWANIE PRZEZ MŁODZIEŻ LEKÓW DOSTĘPNYCH BEZ RECEPTY

Wprowadzenie

Wiek późnej adolescencji jest czasem wzmożonej potrzeby wrażeń i nowych doznań. W tym czasie zachowania ryzykowne występują w zwiększonym nasileniu, zwłaszcza jeżeli służą zdobyciu akceptacji rówieśników lub uniezależnieniu się od opiekunów (Boyd i Bee 2008). Powstałe nałogi i uzależnienia związane z nadużywaniem substancji psychoaktywnych są szczególnym typem intencjonalnego działania młodych ludzi (Shaghghi i in. 2014). Należą do klasy zachowań pośredniej autodestruktywności. Forma i cele uzależnień są na kontinuum od zachowań społecznie aprobowanych do zagrażających życiu. Bezpośrednie cele stosowania używek związane są z wcześniej doświadczanymi efektami korelującymi ze zmianą stanu psychofizycznego oraz z czynnikami natury społecznej. Podwyższony u osób uzależnionych próg wrażliwości sensorycznej i wynikające z tego stanu poczucie nudy powoduje, że używki są sposobem uzyskania dodatkowej stymulacji, a w stanach silnego napięcia działają rozhamowująco (Drug Enforcement Administration, How Teens Abuse Medicine 2012). W sytuacji negatywnych doznań i oceny Ja, zmniejszają nasilenie przykrych emocji, ograniczając samoświadomość. Negatywne stany samoświadomościowe zwiększają zażywanie używek. Nastolatki o wysokim poziomie introwersji i neurotyczności, a przy tym łatwowierne i żyjące marzeniami, częściej nadużywają substancji psychoaktywnych. W sytuacjach społecznych używki są środkiem pozyskiwania aprobaty i zwiększenia poczucia integracji jednostki z otoczeniem. Mogą przynosić korzyści psychologiczne lub społeczne (Drug Enforcement Administration, How Teens Abuse Medicine 2012). Im wyższa wartość oczekiwanych korzyści, tym większe prawdopodobieństwo powstania powinowactwa do określonego sposobu reagowania i przekształcenie preferencji w nałóg. Wiedza o szkodliwości nadużywania substancji pozostaje często bez wpływu na decyzje młodych ludzi i ich zachowanie.

Z kolei napięcie związane z dysonansem między zachowaniem jednostki a wiedzą jest redukowane za pomocą strategii samooszukiwania (Boyd i Bee 2008; Suchańska 1998). Pozornie nieszkodliwe substancje przy dłuższym okresie stosowania mogą wyrządzić spustoszenie w organizmie, doprowadzić do uzależnienia lub śmierci (Reeves i in. 2015).

Czynniki psychospołeczne warunkujące poziom lęki

Lęk jako cecha (lękliwość) to ogólny i charakterystyczny dla danej osoby poziom lęku (Colman 2009) niezauważalny aż do momentu, w którym powstanie sytuacja sprzyjająca ujawnieniu się tej cechy (Strelau i Zawadzki 2008). Teoria kliniczna lęku, zapoczątkowana przez S. Freuda i kontynuowana przez A. Freud, skoncentrowana jest na możliwości adaptacji *ego* do wymagań stawianych przez otoczenie, impulsów *id* i nakazów *superego*. Zagrożenie dla *ego* spowodowane tymi zadaniami sygnalizowane jest lękiem wynikającym głównie z konfliktowych i często przeciwstawnych celów wewnętrznych struktur osobowości. Z kolei K. Horney traktuje lęk i wrogość jako neurotyczne potrzeby, najczęściej przymusowe i nierealne, rozwijające się pod wpływem odrzucenia bądź nadużycia przez rodziców. Potrzeby te kształtować miały trzy sposoby radzenia sobie w relacjach interpersonalnych, będące kompulsywną oraz neurotyczną kontrolą siebie i otoczenia: dążenie „do ludzi”, „przeciwko ludziom” oraz „od ludzi”. Według H. S. Sullivana lęk był wytworem stosunków interpersonalnych – początkowo przenoszonym z matki na niemowlę, a w późniejszym życiu wywoływanym przez zagrożenie bezpieczeństwa danej osoby (Hall i in. 2004). A. Bandura najczęściej łączył lęk z chwiejnym przekonaniem o własnej skuteczności lub z oczekiwaniem znacznych trudności i zagrożeń, z którymi nie wiadomo, jak sobie poradzić. Był również traktowany jako wyraz konfliktu intrapsychnicznego. Natomiast według teorii ukierunkowań Ja E. T. Higginsa, dużej rozbieżności między Ja powinnościowym a Ja realnym towarzyszyły stany emocjonalne, których punktem wspólnym był lęk. Zaliczał do nich m.in. strach przed karą, niepokój oraz poczucie winy (Oleś i Drat-Ruszczak 2008). Lęk utrudniający radzenie sobie z codziennością (dezadaptacyjny) charakterystyczny jest dla zaburzeń lękowych. Cechuje go: a) nasilenie nieproporcjonalne do okoliczności; b) wywoływanie neutralnymi, nie stwarzającymi niebezpieczeństwa bodźcami; c) trwanie nieproporcjonalnie długo w stosunku do wywołującego go bodźca; d) zaburzone codzienne funkcjonowanie jednostki; e) towarzyszące nasilone objawy somatyczne (Miernik-Jaeschke i Namysłowska 2014). Wśród czynników etiologicznych wymienia się genetyczne, biologiczne, psychologiczne, społeczne, a z nich przede wszystkim związane z rodziną i temperamentem. Środowisko rodzinne może zarówno stanowić ogromne wsparcie w sytuacjach kryzysowych, jak i samo takie kryzysy wywoływać (Bryńska 2005).

Zahamowanie reakcji agresywnych u dorastającej jednostki następuje w efekcie powstania lęku związanego z antycypacją kary za dokonanie aktu agresji. Hamowanie jest kierowane poczuciem winy związanym z pogwałceniem własnych zasad i standardów. Reakcje powstałe na skutek odczuwania lęku mają na celu opanowanie go i usunięcie przyczyny. Kubacka-Jasiecka uważa, że zatrzymanie reakcji agresywnych z powodów lękowych tworzy predyspozycję do dalszych aktów agresji przez podwyższenie pierwotnego stanu pobudzenia, powodującego narastanie poczucia zagrożenia (Kubacka-Jasiecka 1975). Wraz z rozwojem funkcji poznawczych, a zwłaszcza myślenia, pojawiają się rozważania na temat sensu istnienia. W skrajnych wypadkach myśli mogą dotyczyć podważania własnej egzystencji, zwłaszcza, gdy lęk nierozzerwalnie wiąże się z depresją oraz zachowaniami autodestrukcyjnymi (Kubacka-Jasiecka 1975; Łapińska i Żebrowska 1976).

Zjawisko używania leków dostępnych bez recepty przez adolescentów

Podstawową zasadą stosowania leków dostępnych bez recepty jest używanie ich do celów samoleczenia i łagodzenia objawów chorobowych jeszcze przed wizytą u lekarza. Niekiedy stosowane są przy obniżonym nastroju (Shaghaghi i in. 2014; Hamann i in. 2014). Zagadnienia związane z problemem używania leków dostępnych bez recepty do celów pozamedycznych przez adolescentów zajmują w literaturze naukowej coraz więcej miejsca (Shaghaghi A. i in. 2014; Cooper R.J. 2013). Od 1995 roku w większości krajów europejskich prowadzone są co cztery lata badania kwestionariuszowe ESPAD – the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD 2012). Liczba państw biorących udział w badaniach z każdą edycją wzrasta. Badania prowadzone są na młodzieży gimnazjalnej i uczniach szkół ponadgimnazjalnych. Najnowsze badania ESPAD (ESPAD 2012) z 2011 roku pokazują, że leki uspokajające i nasenne przyjmowane bez zalecenia lekarza wśród starszych uczniów ulokowały się na drugim miejscu po marihuanie i haszyszu. Na systematyczny wzrost nadużywania leków dostępnych bez recepty wskazują pozostałe badania (Shaghaghi i in. 2014; Drug Enforcement Administration 2012; Cooper R. J. 2013; Lessenger i Feinberg 2008; Crouch i in. 2004; Conca i Worthen 2012) prowadzone w tym obszarze – wskazują, że zjawisko to obecne jest w każdej grupie wiekowej badanej pod względem socjodemograficznym i geograficznym.

Odnosząc się do poczynionych ustaleń teoretycznych można wskazać, iż celem niniejszego artykułu jest porównanie poziomu lęku rozumianego jako cecha i stylu radzenia sobie ze stresem u młodzieży klas maturalnych powiatu drawskiego (województwo zachodniopomorskie, Polska). Docelowo badaniem objęte zostaną kolejne grupy uczniów z województwa zachodniopomorskiego.

Materiał i metody

W badaniu, przeprowadzonym w kwietniu 2015 roku, udział wzięło 105 uczniów klas maturalnych powiatu drawskiego (województwo zachodniopomorskie, Polska). Uczniowie byli w wieku 18-20 lat ($M = 18,8 \pm 0,8$), w tym 61 licealistów (59% kobiet, 39% mężczyzn, $p = 0,004$) i 44 uczniów technikum (48% kobiet, 50% mężczyzn, $p = 0,082$). Różnica wieku między kobietami i mężczyznami w całej badanej grupie uwzględniając typ szkoły nie osiągnęła istotności statystycznej ($p = 0,408$). Wykazano istotne statystycznie różnice dla grupy kobiet i typu szkoły ($p = 0,004$) oraz dla grupy mężczyzn i typu szkoły ($p = 0,082$). Z kolei różnica wieku między kobietami i mężczyznami w całej badanej grupie nie uwzględniając typu szkoły nie osiągnęła istotności statystycznej ($p = 0,702$). Wykorzystano fragment autorskiej ankiety stosunku do używania leków dostępnych bez recepty, zawierających substancje uzależniające, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS, uwzględniający trzy główne style radzenia sobie ze stresem (skoncentrowany na zadaniach SSZ; skoncentrowany na emocjach SSE; skoncentrowany na unikaniu SSU: a) angażowanie się w czynności zastępcze ACZ; b) poszukiwanie kontaktów towarzyskich PKT (Endler i Parker 2005), Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI (skala Lęk-Cecha X2) autorstwa C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch i R. E. Lushene (2006)). Na podstawie deklaracji używania leków dostępnych bez recepty do celów pozamedycznych, ankietowani byli przyporządkowani do jednej z dwóch grup (grupa A: osoby nie używające leków dostępnych bez recepty do celów pozamedycznych; grupa B: osoby używające leków dostępnych bez recepty niezgodnie z przeznaczeniem). Do obliczeń wykorzystano program IBM SPSS Statistics v. 20, przyjmując istotność statystyczną na poziomie $p \leq 0,05$. Zastosowano test U Manna-Whitneya dla prób niezależnych do zbadania poziomu istotności różnic zmiennych zależnych między grupami.

Wyniki

Odnosząc się do danych, można wskazać, iż 14 ze 105 ankietowanych uczniów (13,6%) deklarowało używanie leków dostępnych bez recepty do celów pozamedycznych. Wyniki dotyczące poziomów istotności stylów radzenia sobie ze stresem oraz lęku rozumianego jako cecha a używaniem leków dostępnych bez recepty do celów pozamedycznych (zmienna grupująca) analizowanych za pomocą testu U Manna-Whitneya przedstawiono w tabeli 1. Zaobserwowano istotne statystycznie różnice w poziomie stylu radzenia sobie ze stresem w aspekcie Poszukiwania Kontaktów Towarzyskich PKT ($p = 0,038$, $U = 410,000$) w obrębie grup osób używających (grupa B) i nieużywających (grupa A) leków dostępnych bez recepty do celów pozamedycznych. Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała, że osoby z grupy B rzadziej wybierają ten styl radzenia sobie ze stresem. Średnia rang odpowiedzi ankietowanych z grupy B ($U_B = 36,79$) jest mniejsza niż ankie-

towanych z grupy A ($U_A = 54,39$). Hipoteza zerowa H_0 , zakładająca równość poziomu tej zmiennej, została odrzucona.

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w poziomie Stylu radzenia sobie ze stresem Skoncentrowanym na Zadaniu SSZ ($p = 0,069$, $U = 437,000$) w obrębie grup osób używających (grupa B) i nieużywających (grupa A) leków dostępnych bez recepty do celów pozamedycznych. Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała, że osoby z grupy B rzadziej wybierają ten styl radzenia sobie ze stresem. Średnia rang odpowiedzi ankietowanych z grupy B ($U_B = 38,71$) jest mniejsza niż ankietowanych z grupy A ($U_A = 54,09$).

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w poziomie stylu radzenia sobie ze stresem Skoncentrowanym na Emocjach SSE ($p = 0,438$, $U = 544,000$) w obrębie grup osób używających i nieużywających leków dostępnych bez recepty niezgodnie z przeznaczeniem. Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała, że osoby z grupy B częściej wybierają ten styl radzenia sobie ze stresem. Średnia rang odpowiedzi ankietowanych z grupy B ($U_B = 57,64$) jest większa niż ankietowanych z grupy A ($U_A = 51,11$). Analizując Styl Skoncentrowany na Unikaniu SSU rozwiązania problemu ($p = 0,880$), nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między obiema grupami. Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała, że osoby z grupy B częściej wybierają ten styl radzenia sobie ze stresem. Średnia rang odpowiedzi ankietowanych z grupy B ($U_B = 53,11$) jest większa niż ankietowanych z grupy A ($U_A = 51,83$). Jest to najczęściej wybierany styl radzenia sobie ze stresem przez respondentów ($U = 607,000$). W Stylu Skoncentrowanym na Unikaniu w aspekcie Angażowania się w Czynności Zastępcze ACZ ($p = 0,217$, $U = 496,500$) nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między obiema grupami. Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała, że osoby z grupy B częściej wybierają ten styl radzenia sobie ze stresem. Średnia rang odpowiedzi ankietowanych z osób używających leków dostępnych bez recepty do celów pozamedycznych ($U_B = 61,04$) jest większa niż ankietowanych z grupy A ($U_A = 50,58$). Poziom lęku rozumianego jako stała cecha nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między grupą osób, które zadeklarowały używanie leków dostępnych bez recepty do celów pozamedycznych i grupą tych osób, które tego typu medykamentów używają zgodnie z przeznaczeniem ($p = 0,169$, $U = 470,500$). Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała, że osoby deklarujące przyjmowanie leków dostępnych bez recepty do celów innych niż na ulotce, określiły wyżej swój poziom lęku. Średnia rang odpowiedzi ankietowanych osób używających leków dostępnych bez recepty do celów pozamedycznych ($U_B = 60,89$) jest większa niż ankietowanych z grupy A ($U_A = 49,41$).

Poziom istotności wybranych zmiennych badanych
testem U Manna-Whitneya ($p < 0,05$)

	Grupa A (N = 89)	Grupa B (N = 14)	U Manna- Whitneya	p
SSZ	54,09	38,71	437,000	0,069
SSE	51,11	57,64	544,000	0,438
SSU	51,83	53,11	607,000	0,880
ACZ	50,58	61,04	496,500	0,217
PKT	54,39	36,79	410,000	0,038*
Lęk-cecha	49,41	60,89	470,500	0,169

* $p < 0,05$

Dyskusja

Nie udało się potwierdzić wyników badań innych autorów wskazujących, iż nadużywanie leków dostępnych bez recepty jest związane ze zwiększonym poczuciem lęku, jakie uzyskali E. Benotsch, S. Koester, A. Martin, A. Cejka, D. Luckman i A. Jeffer (2014). W grupie 1197 osób w wieku 18-25 lat, 18,6% z obszarów stanu Colorado i 13,0% ze stanu Virginia potwierdziło przynajmniej jednokrotne użycie w ciągu swojego życia leków dostępnych bez recepty niezgodnie z przeznaczeniem, takich jak leki przeciwbólowe, stymulanty, leki przeciwlękowe i uspokajające. Częściej również deklarowały używanie narkotyków, spożywanie alkoholu. Ten odsetek osób charakteryzował się częstszym poszukiwaniem doznań, stymulacji, ale również poczuciem beznadziei. Zgłaszali więcej objawów depresyjnych i objawów somatycznych. W uzyskanych przez powyższych autorów wynikach poziom lęku rozumianego jako cecha, różni się on między dwoma badanymi grupami. Nie potwierdziły tego stanu autorskie badania, z których wynika, że poziom lęku rozumianego jako cecha nie różnił się w grupie osób używających i nie używających leków dostępnych bez recepty do celów pozamedycznych. Nasze wyniki badań potwierdziły z kolei przypuszczenia innych autorów (ESPAD 2012; Conca i Worthen 2012), że problem nadużywania leków dostępnych bez recepty zawierających substancje psychoaktywne można spotkać w dowolnie wybranej próbie populacji. Wskazują na to regularnie przeprowadzane badania ESPAD (2012). Polskie badania ograniczyły się do leków uspokajających i nasennych. Odnotowano prawie 2% wzrost (z 14,4% w 2003 roku do 16,2% w 2011 roku) używania tego typu substancji w ostatnich klasach gimnazjum, ale również prawie 5% spadek (z 22,0% w 2003 roku na 17,5% w 2011 roku) w II klasach szkół ponadgimnazjalnych w porównaniu z raportem przeprowadzonym osiem lat wcześniej. W litera-

turze można również odnaleźć badania (Silver 2013; Koushede i in. 2010), z których wynika, iż adolescenti nadużywają leków dostępnych bez recepty w celach pozamedycznych w sytuacji zwiększonego stresu, co można potraktować jako jedną ze strategii obniżających napięcie. Na taki powód wskazała m.in. R. Silver (2013), która badała wpływ poczucia spójności i wewnętrznej zgody studentów na używanie alkoholu i leków dostępnych bez recepty. Z badań autorki wynika, że studenci i adolescenti w zbliżonym do tej grupy wieku używają leków dostępnych bez recepty niezgodnie z przeznaczeniem w celu redukcji niechcianego stresu i symptomów psychologicznych. Kwestia ta jest istotna, ponieważ o ile umiarkowane stosowanie leków dostępnych bez recepty nie powinno być szkodliwe, o tyle rutynowe lub nadmierne nadużywanie może spowodować poważne i potencjalnie nieodwracalne problemy zdrowotne. Przytoczone powyżej badania wskazują również, że w sytuacji stresu, mężczyźni częściej sięgają po tego typu substancje. Wyniki badań potwierdzających używanie leków dostępnych bez recepty do celów pozamedycznych, a w szczególności do obniżania napięcia wywołanego stresem uzyskali również V. Koushede, B. Holstein, A. Andersen, O. Ekholm i E. Hansen (2010). Badania przeprowadzone na grupie 4739 osób w wieku 25-44 lat wskazały wzrost współczynników używania leków dostępnych bez recepty niezgodnie z przeznaczeniem u osób notorycznie zestresowanych i czasami zestresowanych w porównaniu do osób nie odczuwających stresu.

Ze względu na zbyt małą grupę osób deklarujących nadużywanie leków dostępnych bez recepty niezgodnie z przeznaczeniem, nie było możliwym uzyskanie rzetelnych wyników badań z uwzględnieniem płci osób badanych. Pozostaje mieć nadzieję, że planowane dalsze badania przyniosą tu zadowalające rozwiązanie.

Wnioski

1. Osoby używające i nieużywające do celów pozamedycznych leków dostępnych bez recepty zawierających substancje uzależniające nieznacznie różnią się od siebie w zakresie stylu radzenia sobie ze stresem, ale nie w zakresie lęku jako cechy.
2. Poszukiwanie kontaktów towarzyskich jest rzadziej preferowane przez grupę badanych osób używających leków dostępnych bez recepty do celów pozamedycznych.
3. Wyniki i przytoczone badania sugerują, że niezależnie od miejsca zamieszkania, jest duże prawdopodobieństwo obecności zjawiska nadużywania leków dostępnych bez recepty do celów pozamedycznych.

- BENOTSCH E.G., KOESTER S., MARTIN A.M., CEJKA A., LUCKMAN D., JEFFERS A. J., Intentional Misuse of Over-the-Counter Medications, Mental Health, and Polysubstance Use in Young Adults, „Journal of Community Health”, Vol. 39, Issue 4/2014, s. 688-695.
- BOYD D., Bee H., Wczesna dorosłość i wiek średni, [w:] Psychologia rozwoju człowieka, Zyska i S-ka Wydawnictwo, Poznań 2008.
- BRYŃSKA A., Zaburzenia lękowe i zaburzenie obsesyjno-kompulsywne, [w:] (red.) T. Wolańczyk, J. Komender, Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
- COLMAN A. M., Słownik psychologii, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- CROUCH I. B., CARAVATI M. E., BOOTH J., Trends in child and teen nonprescription drug abuse reported to a regional poison control center, „American Journal of Health-System Pharmacy”, Vol. 61/2004, s. 1252-1257.
- CONCA A. J., WORTHEN D.R., Nonprescription drug abuse, „Journal of Pharmacy Practice”, Vol.25, Issue 1/2012, s. 13-21.
- COOPER R. J., Over-the-counter medicine abuse – a review of the literature, „Journal of Substance Use”, Vol 18, Issue 2/2013, s. 82-107.
- Drug Enforcement Administration, How Teens Abuse Medicine, 2012; https://www.dea.gov/pr/multimedia-library/publications/prescription_for_disaster_english.pdf (stan na dzień 20.05.2017).
- ENDLER N. S., PARKER J. D. A., w Polskiej adaptacji: Szczepaniak P., Strelau J., Wrześniewski K., Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS). Pracownia Testów Psychologicznych. Warszawa 2005.
- HALL C. S., Linzey G., Campbell J. B., Teorie psychospołeczne: Adler, Fromm, Horney i Sullivan, [w:] Teorie osobowości, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- HAMANN J., LINDE K., Schweiger H.D., Kusmakow O., Förstl H., Over-the-counter-drugs for the treatment of mood and anxiety disorders-the views of German pharmacists, „Pharmacopsychiatry”, Vol. 47, Issue 3/2014, s. 84-88.
- KOUSHEDI V., HOLSTEIN B.E, ANDERSEN A., EKHOLM O., HANSEN E.H., Use of over-the-counter analgesics and perceived stress among 25-44-year olds, „Pharmacoepidemiology and Drug Safety”, Vol. 19/2010, s. 351-357.
- KUBACKA-JASIECKA D., Funkcjonowanie społeczne osób agresywnych i samoagresywnych, [w:] (red.) T. Tomaszewski, Monografie psychologiczne, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1975.
- LESSENGER J. E., FEINBERG S.D., Abuse of prescription and over-the counter medications, „The Journal of the American Board of Family Medicine”, Vol 21, No. 1/2008, s. 45-54.

- ŁAPIŃSKA R., ŻEBROWSKA, M., Wiek dorastania, [w:] (red.) M. Żebrowska, Psychologia rozwojowa dzieci i młodzieży, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1976.
- MIERNIK-JAESCHKE M., NAMYSŁOWSKA I., Zaburzenia lękowe u dzieci i młodzieży, 2014; <http://pediatria.mp.pl/choroby/psychiatria/show.html?id=81304> (stan na dzień 20.05.2017).
- OLEŚ P.K., DRAT-RUSZCZAK K., Osobowość, [w:] (red.) J. Strelau, D. Doliński, Psychologia, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.
- REEVES R. R., LADNER M. E., PERRY C. L., BURKE R. S., LAIZER JT., Abuse of medications that theoretically are without abuse potential, „The Southern Medical Journal”, Vol 108, Issue 3/2015, s. 151-157.
- SILVER R., Coping with College Stress: Does Sense of Coherence Influence the Use of Alcohol and OTC Medication?, „Psychology-Dissertations”, Vol. 180, Issue 5/2013.
- SHAGHAGHI A., ASADI M., ALLAHVERDIPOUR H., Predictors of Self-Medication Behavior: A Systematic Review, „Iran Journal of Public Health”, Vol. 43, No. 2/2014, s. 136-146.
- SPIELBERGER C. D., GORSUCH R. L., LUSHENE R. E., w Polskiej adaptacji: Spielberger C. D., Strelau J., Tysarczyk M., Wrześniewski K., Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI), Pracownia Testów Psychologicznych. Warszawa 2006.
- STRELAU J., ZAWADZKI B., Psychologia różnic indywidualnych, [w:] Psychologia Tom 1, (red.) J. Strelau, D. Doliński, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.
- SUCHAŃSKA A., Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej auto-destruktywności, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1998.
- THE EUROPEAN SCHOOL SURVEY PROJECT ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS (ESPAD), 2012; <http://www.espad.org/> (stan na dzień 17.03.2017).

Streszczenie

POZIOM LĘKU I STYL RADZENIA SOBIE ZE STRESEM A UŻYWANIE LEKÓW DOSTĘPNYCH BEZ RECEPTY PRZEZ MŁODZIEŻ

Wstęp: Celem pracy było porównanie poziomu lęku rozumianego jako cecha i stylu radzenia sobie ze stresem u młodzieży klas maturalnych. *Materiał i metody:* Badaniem objęto 105 uczniów szkoły ponadgimnazjalnej w wieku 18-20 lat. Wykorzystano następujące narzędzia: fragment autorskiej ankiety stosunku do leków dostępnych bez recepty, Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI Spielbergera i wsp., kwestionariusz CISS Endlera. *Wyniki:* 14 uczniów (13,6%) deklarowało używanie OTC do celów pozamedycznych. Zaobserwowano istotne statystycznie różnice w poziomie PKT ($p = 0,038$) w obrębie grup osób używających i nieużywających leków OTC do celów pozamedycznych. Poziom lęku obu grup nie różnił się. *Wnioski:* Osoby używające i nieużywające do celów pozamedycznych leków bez recepty nieznacznie różnią się od siebie w zakresie stylu radzenia sobie ze stresem, ale nie w zakresie lęku jako cechy. Poszukiwanie kontaktów towarzyskich jest rzadziej preferowane przez osoby nadużywające leków bez recepty do celów pozamedycznych.

Słowa kluczowe:
młodzież, leki dostępne bez recepty, stres, lęk

Summary

THE LEVEL OF ANXIETY AND STYLE OF COPING WITH STRESS AND THE USE OF OTC DRUGS BY YOUNG PEOPLE

Introduction: The aim of the study was to compare the level of anxiety (understood as a feature) and style of coping with stress in youth of secondary schools. *Material and methods:* 105 secondary school students aged 18-20 years. The following questionnaires were used: part of author's survey compared to the drug available without a prescription, Spielberger et al.'s State-Trait Anxiety Inventory, Endler and Parker's Coping Inventory for Stressful Situations. *Results:* 14 students (13.6%) declared the use of OTC for non-medical purposes. Statistically significant differences in the level of searching for social contacts ($p = 0.038$) in group of people who use OTC drugs for non-medical purposes. *Conclusions:* Both groups are slightly different from each other in terms of style of coping with stress, but not in terms of trait anxiety. Searching for social contacts is less preferred by group of subjects which do not use OTC drugs for non-medical purposes.

Keywords:
youth, over-the-counter drugs, stress, anxiety

POSTRZEGANIE ZDROWIA PRZEZ MŁODYCH DOROSŁYCH

Wprowadzenie

Wzrost chorób cywilizacyjnych i przewlekłych, takich jak choroby układu krążenia, metaboliczne czy nowotworowe u coraz młodszych osób zmusza do poszukiwania czynników profilaktycznych, chroniących przed zachorowaniem. W opozycji do obaw o zachorowanie powstały nurty teoretyczne, zajmujące się zdrowiem i jego profilaktyką. Można wyróżnić dwa główne modele, które opisują podejścia do zdrowia i choroby.

Pierwszy model – biomedyczny – zakłada, że zdrowie jest to brak choroby czy niepełnosprawności. Skupia się przede wszystkim na biologicznym funkcjonowaniu człowieka jako prawidłowości lub odchyleniu od normy medycznej (Radmacher 1998, s. 78-81). Drugi model – holistyczno-funkcjonalny – odmiennie opisuje wyżej wymienione pojęcia. Zdrowie przede wszystkim jest rozumiane jako stan dynamicznej równowagi pomiędzy zasobami jednostki a wymaganiami otoczenia. Choroba jest to utrata równowagi biologicznej, psychologicznej i społecznej. Pojęcia zdrowia i choroby postrzegane są na jednym kontinuum. W przeciwieństwie do modelu biomedycznego, podkreśla się rolę jednostki w podtrzymywaniu, polepszaniu i dbaniu o swoje zdrowie (Bishop 2000, s. 55-78).

Zdrowie ujmowane jest jako jedna z ważniejszych wartości dla człowieka. Z badań przeprowadzonych przez Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) w 2013 roku wynika, że od 2005 roku hierarchia wartości cenionych wśród Polaków pozostaje stabilna, najważniejsze są zdrowie oraz szczęście rodzinne. Wśród ankietowanych 74% wskazało, że najbardziej ceni sobie zdrowie. Wraz z wiekiem rośnie liczba badanych, dla których zdrowie ma wysokie znaczenie w porównaniu do innych wartości.

Zdrowie dotyczy wymiaru biologicznego, społecznego i psychologicznego, ujmując holistycznie funkcjonowanie człowieka (Aue 2010, s. 234-235). Zgodna jest z tym najnowsza definicja zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia WHO, gdzie zdrowie jest to poczucie dobrostanu (dobrego samopoczucia) fizycznego, psychicznego i społecznego. Elementy biologiczne dotyczą funkcjonowania organizmu. Wymiar psychiczny, który

wyróżnia zdrowie umysłowe związane z procesami poznawczymi, oraz emocjonalny, ze zdolnościami do wyrażania i przeżywania emocji. Wymiar społeczny określa możliwość nawiązywania i podtrzymywania prawidłowych interakcji społecznych (Kulik 2002, s. 18-25). Poszczególne aspekty zdrowia, o ile wspierają życie człowieka, traktowane są jako swego rodzaju zasoby – te zaś wiążą się w sposób bezpośredni z ocenianiem jakości życia.

Odniesienia teoretyczne

Zachowania zdrowotne

Zachowania zdrowotne mogą dotyczyć zarówno określonych reakcji na sytuację, nawyków, jak i zachowań celowych, związanych z oddziaływaniem jednostki na stan swojego zdrowia. Mogą mieć one zarówno wymiar pozytywny, prozdrowotny, jak i negatywny, antyzdrowotny. Zachowania prozdrowotne są to wszystkie zachowania, które mają na celu wspieranie zdrowia i dobrego samopoczucia, przeciwdziałanie chorobie oraz sprzyjają w powrocie do zdrowia; często pełnią funkcję profilaktyczną. Natomiast zachowania antyzdrowotne przyczyniają się do pogorszenia stanu zdrowia, powodują choroby. Prowadzą do rozwoju zaburzenia również w sferze psychicznej oraz społecznej (Gruszyńska i in. 2015, s. 560-563). Powyższe zachowania są uwarunkowane licznymi czynnikami zarówno wewnętrznymi, jak i zewnętrznymi. Mogą być zależne od wieku, płci, sytuacji ekonomicznej, wykształcenia. Związane są również z czynnikami kulturowymi takim jak tradycja, zwyczaje rodzinne (Banaszkiewicz, Andruszkiewicz 2008, s. 75-79). W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę na to, że zachowania prozdrowotne kształtowane są w procesie socjalizacji. Dziecko uczy się już od najmłodszych lat od rodziców nawyków związanych z prawidłowym żywieniem, aktywnością fizyczną, sposobem radzenia sobie z emocjami – bądź wręcz przeciwnie, zachowań niesprzyjających utrzymaniu zdrowia. Uczenie się zdrowia jest procesem, ponieważ na dalszych etapach rozwojowych, kształtowane jest przez inne instytucje społeczne: przedszkola, szkoły, również przez grupy rówieśnicze i przyjaciół. Wszystkie postawy mogą przyczynić się do ukształtowania określanych nawyków związanych z zachowaniami prozdrowotnymi (Sęk 2013, s. 3-11).

Według Heszen-Niejodek zachowania zdrowotne związane są z konkretnymi czynnościami podejmowane przez jednostki. Należą do nich między innymi: (1) zachowania dążące do utrzymania dobrego samopoczucia; (2) zachowania, których celem jest zmniejszenie ryzyka zachorowania – są to typowe oddziaływania profilaktyczne; (3) zachowania ukierunkowane na ratowanie zdrowia – podjęcie leczenia (Heszen-Niejodek 2000, s. 445-449). Z kolei Juczyński wyróżnia cztery kategorie zachowań zdrowotnych: (1) prawidłowe nawyki żywieniowe, które dotyczą rodzaju spożywanej żywności (produkty o niskiej zawrotności tłuszczów zwierzęcych); (2) praktyki zdrowotne związane z regularną aktywnością fizyczną i prawi-

dłową higieną snu; (3) zachowania profilaktyczne polegające na regularnych badaniach okresowych, przestrzeganiu zaleceń lekarza, poszukiwaniu informacji na temat prawidłowych nawyków zdrowotnych; (4) nastawienie psychiczne, umiejętność radzenia sobie ze stresem i przykrymi emocjami (Juczyński 2001, s. 45).

W związku z określonymi postawami, wyborami dokonywanymi przez osoby, można mówić, że prezentują jakiś wzorzec stylu życia. Styl życia jest trudnym do zdefiniowania pojęciem, może odnosić się zarówno do grupy osób, jak i jednostek. Związany jest z określonymi przekonaniami co do postrzeganej rzeczywistości. Wybór zachowań i postaw może być zdeterminowany przez te przekonania (Woźniak i in. 2011, s. 5-7). Tyszka (1971, s. 104) podaje następującą definicję: „Styl życia rozumiem jako kulturowo uwarunkowany stopień i sposób zaspokajania potrzeb i realizowania aspiracji za pomocą możliwości i prerogatyw wynikających z zajmowanej pozycji ekonomicznej i społecznej”. Z kolei Siciński (2002, s. 22-23) uważa, że styl życia jest aktywnością życiową – codziennymi czynnościami specyficznymi dla jednostki i społeczności, które różnicują je od siebie. Są to określone zachowania osób, które związane są z motywacją do działania, a motywacja jest nadaniem wartości tym zachowaniom. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia WHO styl życia to „sposób życia oparty o wzajemny związek pomiędzy warunkami życia w szerokim sensie, a indywidualnymi wzorami zachowań determinowanymi przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy indywidualne” (Misiuna 1994, s. 99-109). Styl życia w sposób bezpośredni wiąże się z zdrowiem i chorobą – poprzez nawyki żywieniowe, uprawianie sportu, stosownie używek takich jak alkohol i papierosy.

Określony sposób postępowania związany jest z własną świadomością i wiedzą, jakie wybory są pozytywne dla ochrony zdrowia. Do takich pozytywnych oddziaływań należą: zwyczaje żywieniowe (np. odpowiednio zbilansowana dieta, ograniczenie potraw zawierających cholesterol LDL, spożywanie dużej ilości warzyw, odpowiednie nawadnianie organizmu), unikanie używek (alkoholu, papierosów, kawy itp.), aktywność fizyczna (regularne uprawianie sportu i ćwiczeń fizycznych), pozytywne nawyki zdrowotne (higiena osobista i otoczenia), zachowania związane z profilaktyką (regularne wizyty u lekarza pierwszego kontaktu i stomatologa, badania kontrolne) (Step toe 2010, s. 15- 27).

Badania przeprowadzone przez Step toe i wsp. wśród młodych dorosłych wskazują na ich opinie, że zachowania zdrowotne mogą przyczynić się do polepszenia i ochrony stanu fizycznego i psychicznego. Za najważniejszy czynnik badani uznali: zdrowie odżywianie się (68%), aktywność ruchową i wypoczynek (45%). Młodzi dorośli uznali, że umiejętność radzenia sobie ze stresem w sposób istotny wiąże się z kondycją (33%). Ponadto, 20% osób uznało za istotne wykonywanie kontrolnych badań, 12% badanych ograniczenie używek. Niepokojący może być fakt, że tylko 15% podejmowało działania zmieniające swoje nawyki, a co drugi badany dokonuje

takich zmian dopiero w momencie pojawienia się u niego zmian chorobowych (Gniazdowski 2006, s. 73-80).

W związku z rozwojem psychologii zdrowia istotne stało się poszukiwanie czynników wewnętrznych i zewnętrznych, które będą przyczyniały się do modyfikacji zachowań negatywnych na prozdrowotne. Mogą to być osobiste postawy, przekonania, system wartości ukształtowany w systemie społeczno-kulturowym oraz postrzegane zyski i straty związane z podejmowanymi działaniami zdrowotnymi. Do podejmowania i podtrzymywania zmian w zachowaniu potrzebna jest motywacja – intencja, dzięki której możliwe będzie podjęcie danych zachowań, zaplanowanie działań w poszczególnych etapach oraz utrzymanie nowego zachowania (Łuszczczyńska 2004, s. 67). Liczne modele i konstrukty teoretyczne, tworzone w ramach psychologii zdrowia, próbują opisać i wyjaśnić kompetencje osobiste, które będą przeciwdziałały powstawaniu choroby.

Umiejscowienie kontroli

Podejmowanie zachowań prozdrowotnych i zmiana stylu życia mogą być związane z przekonaniem dotyczącym wpływu na własne zdrowie. Przekonania są jednym z poznawczych konstruktywów, które wyznaczają sposób myślenia o sobie samym, otaczającym świecie, rozumieniu zaistniałych sytuacji. Każdy człowiek ma odmienne przekonania, które decydują o sposobie postrzegania swoich zachowań czy wpływie na swoje wybory, również zdrowotne (Borys 2010, s. 47-50).

Umiejscowienie kontroli wiąże się z przeświadczeniem jednostki, dotyczącym osiągnięcia celu w danej sytuacji; o tym, jak dane zachowanie doprowadzi do określonego efektu, np. choroby lub poprawy zdrowia i od jakich czynników będzie to zależne. Zgodnie z teorią Rottera można wyróżnić dwa typy umiejscowienia kontroli: wewnętrzne i zewnętrzne. Osoby zorientowane wewnętrznie postrzegają, że to od ich wyborów, podjętych działań zależy efekt końcowy, to oni sami mają kontrolę nad tym, co się stanie i dlatego uważają, że warto podejmować wysiłek, żeby osiągnąć zamierzony cel. Natomiast osoby zewnątrzsterowne są przekonane, że ich działania nie mają większego znaczenia, ponieważ o ich losie decydują czynniki zewnętrzne, na które nie mają wpływu, takie jak przypadek, szczęście, środowisko społeczne, instytucje (Strzelecki i inni 2009, s. 20-22).

Okazuje się, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia wiąże się z pozytywnymi oddziaływaniami w zakresie zdrowia, ponieważ osoby czują się odpowiedzialne za własne zdrowie, proces leczenia. Są również bardziej skłonne do wysiłku, mającego na celu zachowanie dobrego samopoczucia, w przeciwieństwie do osób z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli (Sokołowska 1993, s. 37-45).

Osoby, które mają wewnętrzne umiejscowienie kontroli przejawiają więcej działań związanych z zachowaniami prozdrowotnymi takimi jak przestrzeganie diety, podejmowanie aktywności fizycznej, przestrzeganie zaleceń lekarza (Willis i in. 2001, s. 214-236). Natomiast zewnętrzne umiej-

scowienie kontroli sprzyja zachowaniom antyzdrowotnym, prowadzi również do negowania objawów choroby oraz niestosowania się do procesu leczenia – pomijanie regularnych kontroli, przyjmowania leków, utrzymywania diety. Związane jest to ponadto z adaptacją do choroby. Okazuje się bowiem, że jego wyższy poziom zewnątrzsterowności negatywnie wpływa na postrzeganie choroby i gorszą kondycję psychofizyczną. Osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli częściej chorują przewlekłe oraz doświadczają depresji, lęku czy odczuwają wrogość (Dolińska-Zygmunt 2000, s. 17-29). Okazuje się również, że osoby, które podejmują więcej wysiłków w celu polepszenia swojego zdrowia i samopoczucia, umieszczają zdrowie wysoko w swojej hierarchii wartości (Masters i in. 2005, s. 721-730).

Zdrowie jako wartość

Pojęcie wartości definiowane jest w psychologii jako zbiór swoistych preferencji. Osoby poprzez swoje wartości decydują o podjęciu określonych działań, ponieważ stanowią one wewnętrzne regulatory, które oceniają zgodność systemu wartości z danym zachowaniem (Cieciuch 2005, s. 13-22). Zgodnie z teorią Schwartza, wartości definiowane są jako „poznawcza reprezentacja celów, które ma znaczenie motywacyjne dla podmiotu”. Autor zakłada, że istnieją wartości do siebie zbliżone, które mogą być realizowane przez podobne działania, ale jednocześnie zwraca uwagę, że wartości są porządkowane według poziomu ważności, a ich hierarchia prowadzi do ciągłej oceny zdarzeń i podejmowania określonych zachowań (Cieciuch 2013, s. 22-35). Zdrowie bardzo często postrzegane jest jako podstawowa wartość człowieka, która zajmuje wysokie miejsce w hierarchii wartości zarówno jednostki, jak i całego społeczeństwa. Badania przeprowadzone przez Stróziką wśród 1455 studentów wskazały, że dla 47% młodzieży akademickiej zdrowie znalazło się na drugim miejscu w wymienionej hierarchii wartości. Okazuje się, że młodzi dorośli wiedzą, iż podejmowane przez nich zachowania mogą przyczynić się do polepszania lub pogorszenia ich zdrowia. Umiejscowienie zdrowia w hierarchii zależy również od wiedzy, określonych postaw i motywacji młodych osób (Grodzki i in. 2013, s. 181).

Posiadanie zdrowia gwarantuje prawidłowe funkcjonowanie w grupie, możliwość wypełnienia obowiązków, realizowania się w określonych rolach społecznych, a przez to prowadzi do wyższego poziomu jakości życia. Natomiast choroba zmusza do zmiany całego systemu wartości, bardzo często wiąże się utratą określonej pozycji, zmianą stylu życia, zaprzestaniem wykonywania dotychczasowych czynności zawodowych czy prywatnych (Tuszyńska-Bogucka, Bogucka 2005, s. 91-94).

Światowa Organizacja Zdrowia opracowała szereg działań profilaktycznych na rzecz zdrowia, których celem była edukacja społeczeństwa w myśl hasła: „Twoje zdrowie w Twoich rękach”. Takie ujęcie ma na celu pokazanie osobom, że to od określanych nawyków, stylu życia czy wyzna-

wanych wartości zależy ich dobrostan fizyczny i psychiczny (Maszczak 2005, s. 75-80). Jest to szczególnie ważne w działaniach perspektywicznych, ponieważ młodzi dorośli, którzy samodzielnie podejmują decyzje, zakładają rodziny czy realizują się zawodowo, mają już określone nawyki zdrowotne.

Badania własne: założenia metodologiczne, analiza danych empirycznych

Cele badań

W związku z rozwojem psychologii zdrowia istnieje potrzeba poszukiwania czynników służących polepszeniu zdrowia i przeciwdziałaniu chorobom. Celem pilotażowych badań było określenie jak młodzi dorośli postrzegają swoje zdrowie. Wyróżniono dwa główne czynniki, które mogą mieć związek z zachowaniami prozdrowotnymi, przejawianymi przez osoby badane: umiejscowienie kontroli oraz przypisywanie wysokich wartości zdrowiu. Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy zachodzi związek między płcią a umiejscowieniem kontroli?
2. Czy zachodzi związek między wewnętrznym umiejscowieniem kontroli a zachowaniami prozdrowotnymi u młodych dorosłych?
3. Czy zachodzi związek między wewnętrznym umiejscowieniem kontroli a chorobami przewlekłymi, na które chorują młodzi dorośli?
4. Czy zachodzi związek między kryteriami zdrowia a zachowaniami prozdrowotnymi młodych dorosłych?

Tak sformułowanym pytaniom postawiono odpowiadające hipotezy:

- H 1. Zachodzi związek między płcią a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli.
- H 2. Zachodzi związek między wewnętrznym umiejscowieniem kontroli a zachowaniami prozdrowotnymi młodych dorosłych.
- H 3. Zachodzi związek między wewnętrznym umiejscowieniem kontroli a chorobami przewlekłymi, na które chorują młodzi dorośli.
- H 4. Zachodzi związek między kryteriami zdrowia a zachowaniami prozdrowotnymi młodych dorosłych.

Materiał i metody

Zgodnie z teorią psychologii rozwojowej, można wyróżnić grupę młodych dorosłych, która charakteryzuje się specyficznymi zmianami rozwojowymi, zachodzącymi od 18.-20. do 30.-35. roku życia. Należą do nich podjęcie aktywności zawodowej, nawiązanie relacji z kimś bliskim oraz założenie własnej rodziny (Havighurst 1981). Okres wczesnej dorosłości związany jest również z większą możliwością zaspokojenia swoich potrzeb oraz braniem za siebie większej odpowiedzialności. Jest to szczególnie ważne w odniesieniu do zachowań prozdrowotnych młodych dorosłych (Smykowski 2004, s. 30-31).

Badania przeprowadzono na terenie Szczecina i objęto nimi grupę 86 osób, głównie studentów szczecińskich uczelni wyższych. Badania miały charakter kwestionariuszowy, osoby badane były proszone o wypełnianie ankiet. Przeprowadzone badanie stanowiło pilotaż, do ogólnopolskich badań wśród młodych dorosłych. Badanie składało się z 2 standaryzowanych kwestionariuszy i 1 ankiety demograficznej:

- *Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia* – MHLC (The Multidimensional Health Locus of Control Scale) autorstwa K. Wallstona, B. S. Waltson i R. DeVellisa w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego, która zawiera 18 stwierdzeń dotyczących zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrznym, wpływu innych, przypadku. Osoby badane oceniają stwierdzenia na 6-stopniowej skali typu Likerta.
- *Listy Kryteria Zdrowia* – LKZ Z. Juczyńskiego, która składa się z 24 stwierdzeń opisujących trzy wymiary zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego. Badani mają określić w skali od 1 do 5 (1 – małe znaczenie, 5 – bardzo duże znaczenie), które stwierdzenia w odniesieniu do zdrowia są dla nich najważniejsze. Pozycje są pogrupowane na pięć kategorii: zdrowie jako cel, zdrowie jako proces, zdrowie jako stan, zdrowie jako właściwość oraz zdrowie jako wynik (Juczyński 2001, s. 114-120).

Ankieta demograficzna zawierała pytania o wiek, płeć, wykształcenie oraz pytania dotyczące subiektywnego poczucia dbania o zdrowie, takie jak: zdrowe odżywianie się, regularne uprawianie sportu, ćwiczeń. Dodatkowo osoby badane były pytane o występowanie u nich chorób przewlekłych.

Wyniki

W analizie statystycznej zastosowano statystyki opisowe, analizę wariancji (ANOVA), dla porównania średnich wartości punktów uzyskanych w skali MHLC oraz test U Manna-Whitneya do porównania różnic pomiędzy wartościami z listy kryteriów zdrowia. Dodatkowo wykonano analizę korelacji za pomocą współczynnika korelacji R rang Spearmana pomiędzy wartościami z listy kryterium. Wyniki uznano za istotne przy $p < 0,05$. Obliczenia wykonano za pomocą programu STATISTICA 12. Badania miały charakter korelacyjny.

Grupę badaną stanowiło 86 osób, w tym 63 kobiety i 23 mężczyzn, w wieku od 18 do 28 lat. Średnia wieku wynosiła $22,5 \pm 4,21$ lat. Grupa była podzielona na 3 podgrupy ze względu na wiek: 1. od 18 do 20 lat; 2. 21-25 lat; 3. 26-28 lat. Wyniki analizy wariancji pokazały istotne różnice w poziomie kontroli wewnętrznej pomiędzy osobami uprawiającymi sport a tymi, którzy go nie uprawiają. Osoby uprawiające sport osiągały średnio wyższe wartości dla kontroli wewnętrznej (tabela 1). W pozostałych zachowaniach prozdrowotnych (zdrowe odżywianie) nie zaobserwowano istotnych różnic statystycznych. Nie zaobserwowano takich związków również z pozostałymi zmiennymi: wiek, płeć, wykształcenie, choroby przewlekłe a umiejscowienie wewnętrznej kontroli.

Charakterystyka grupy badanej. Średnie wartości uzyskanych punktów w skali MHLC oraz uprawiania sportu

	N	%	Kontrola wewnętrzna*		Wpływ innych		Przypadek	
			Średnia	SD	Średnia	SD	Średnia	SD
Nie	30	34,9	24,83	4,29	18,90	6,05	19,53	5,28
Tak	56	65,1	27,25	4,72	18,48	5,87	18,39	5,50

* istotnie statystyczna różnica punktów kontroli wewnętrznej – test ANOVA $F=5,45$; $p=0,0219$

Źródło: badania własne

Po analizie poszczególnych kryteriów zdrowia (tabela 2) można zaobserwować, że badani za ważne w jego ocenie uważają własną sprawność: „mieć sprawne wszystkie części ciała”; ponadto na wysokiej pozycji znajduje się ocena swojego ogólnego samopoczucia: „czuć się dobrze”. Na niskiej pozycji w ocenie młodych dorosłych znalazły się takie kryteria jak: „pić niewielkie ilości alkoholu” oraz „jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa”.

Tabela 2.

Sumy wartości przypisane poszczególnym kryteriom zdrowia

	Kryterium	Suma wartości kryteriów zdrowia
1	czuć się szczęśliwym przez większość czasu	94
2	akceptować siebie, znać swoje możliwości i braki	95
3	potrafić panować nad swoimi uczuciami i popędami	27
4	umieć cieszyć się z życia	86
5	mieć sprawne wszystkie części ciała	156
6	potrafić dobrze współżyć z innymi ludźmi	35
7	prawie nigdy nie musieć chodzić do lekarza	29
8	nie chorować, najwyżej rzadko mieć grypę, niestrawność	97
9	nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych	108
10	czuć się dobrze	116
11	potrafić pracować bez stresu i napięcia	63
12	mieć zdrowe oczy, włosy, cerę	49

	Kryterium	Suma wartości kryteriów zdrowia
13	mieć dobry nastrój	35
14	umieć przystosowywać się do zmian w życiu	32
15	należyście się odżywiać	70
16	umieć rozwiązywać swoje problemy	21
17	nie palić tytoniu	31
18	dbać o wypoczynek, sen	97
19	być odpowiedzialnym	20
20	jedynie wyjątkowo przyjmować lekarstwa	12
21	mieć pracę, różnorodne zainteresowania	43
22	mieć odpowiednią wagę ciała	38
23	dożyć późnej starości	42
24	pić niewielkie ilości alkoholu lub wcale	7

Źródło: badania własne

Dokonując analizy wybranych przez badanych kryteriów zdrowia oraz zachowań prozdrowotnych (tabela 3) okazuje się, że młodzi dorośli, którzy uważali, że zdrowo się odżywiali, osiągnęli wyższe rangi wartości z kryteriami zdrowia takim jak: „potrafi panować nad swoimi uczuciami i popędami”, „dbać o wypoczynek i sen”, „dożyć późnej starości”. Natomiast w ocenie ważności pozostałych twierdzeń różnice nie były istotnie statystyczne.

Tabela 3.

Wartości kryteriów zdrowia w zależności od zdrowego odżywiania

Kryterium zdrowia	Zdrowe odżywianie		U	p
	Suma rang Tak (n=51)	Suma rang Nie (n=35)		
LKZ3	2080,0	1661,0	754,0	0,0224
LKZ18	2482,5	1258,5	628,5	0,0095
LKZ23	2371,5	1369,5	739,5	0,0369

Źródło: badania własne

Z kolei osoby, które uważały, że regularnie uprawiają sport, za ważniejsze oceniły kryteria związane z posiadaniem sprawności ciała oraz odpowiednią wagą (tabela 4) w porównaniu z osobami, które nie ćwiczyły regularnie. Natomiast w ocenie ważności pozostałych twierdzeń różnice nie były istotnie statystyczne.

Tabela 4.

Wartości kryteriów zdrowia w zależności od uprawiania sportu

Kryterium zdrowia	Zdrowe odżywianie		U	p
	Suma rang Tak (n=51)	Suma rang Nie (n=35)		
LKZ5	2157,5	1583,5	561,5	0,0069
LKZ22	2269,0	1472,0	673,0	0,0262

Źródło: badania własne

Dyskusja

Zachowania zdrowotne stanowią ważny element życia człowieka. Są zależne od licznych czynników, zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Pierwsze nawyki zdrowotne kształtują się już w okresie wczesnego dzieciństwa. Powyższe wyniki wskazują, że istnieją określone czynniki, takie jak wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowotnej oraz nadawanie zdrowiu wysokiej rangi w hierarchii wartości, w kształtowaniu zachowań prozdrowotnych i przeciwdziałaniu negatywnym wyborom, które mogą przyczyniać się do pojawienia się licznych dysfunkcji w funkcjonowaniu społecznym, psychologicznym i biologicznym. Wiedza dotycząca tych czynników powinna przyczyniać się do wzmacniania postaw prozdrowotnych i profilaktycznych na rzecz zdrowia.

Otrzymane wyniki wskazują, że osoby, które charakteryzują się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli częściej uprawiały sport. Inne badania wskazują na dodatnią korelację między aktywnością fizyczną z nawykami zdrowotnymi. Osoby, które uprawiały sport częściej zwracały uwagę na prawidłowe odżywianie, wypoczynek i radzenie sobie ze stresem. Częściej miały nastawienie pozytywne i cechował je wyższy poziom optymizmu (Boguszewski i in. 2014, s. 42-45). Z badań Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) wynika, że w okresie od października 2011 r. do września 2012 r. aktywność fizyczną przejawiało 45,9% Polaków. Badani najczęściej pływali i jeździli na rowerze; 25% badanych ćwiczyło sporadycznie, 20% regularnie, a połowa nie podejmowała żadnej aktywności ruchowej (GUS 2012). Z badań przeprowadzonych przez Smoleń i wsp., dotyczących umiejscowienie kontroli studentów a ich zachowań prozdrowotnych wynika brak

zależności pomiędzy wewnętrznym umiejscowieniem kontroli a zachowaniami antyzdrowotnymi (paleniem używek i piciem alkoholu) (Smoleń i in. 2012, s. 280, 283). W przeprowadzonych przez nas badaniach również nie zaobserwowano istotnych korelacji z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli a zdrowym odżywianiem się.

Niniejsze badanie pozwala stwierdzić, że młodzi dorośli za ważne dla swojego zdrowia postrzegają zachowanie sprawności fizycznej; na wysokiej pozycji znajduje się ogólnie dobre samopoczucie, natomiast nisko kształtują się kryteria zdrowia związane z przyjmowaniem używek takich jak alkohol oraz lekarstwa. W badaniach Naszydłowiekiej i wsp. studenci przypisują najwyższą rangę zdrowiu rozumianemu jako właściwość i wynik, natomiast niższą jako cel, stan i proces” (Naszydłowska i in. 2005, s. 62-66).

Po dokonaniu przez badanych analizy wyników związanych z oceną kryteriów zdrowia oraz ich zachowaniami prozdrowotnymi okazuje się, że młodzi dorośli, którzy uważają, że zdrowo się odżywiają, osiągnęli wyższe rangi wartości z kryteriami zdrowia dotyczącymi kontroli nad uczuciami i popędami, związanych z higieną snu i wypoczynku oraz życia do późnej starości. W badaniach przeprowadzonych przez Stawarz i wsp., które były przeprowadzone na grupie 690 studentów z czterech uczelni z województwa podkarpackiego okazało się, iż kobiety uważały, że być zdrowym to przede wszystkim „zdrowo się odżywiać”, „nie odczuwać żadnych dolegliwości fizycznych” oraz „mieć wszystkie sprawne części ciała”. Natomiast w ocenie mężczyzn kryteriami zdrowia jest: „niepalenie papierosów”, „zdrowe odżywianie się”, „posiadanie sprawnych wszystkich części ciała”, „dbanie o wypocznik i sen” (Stawarz i in. 2014, s. 229-231). Wyniki niniejszych badań są zbliżone do tych uzyskanych przez Stawarz.

Z kolei w badaniach przeprowadzonych przez Nowackiego i Ślusarek na grupie 150 osób w wieku od 22 do 62 lat okazuje się, że wiek silnie determinował postrzeganie zdrowia. Osoby starsze częściej wybierały kryteria celu zdrowotnego: „dożyć późniejszego starości” oraz właściwości zdrowia: „mieć sprawne wszystkie części ciała”, w porównaniu z badaniami w młodszej grupie wiekowej (Nowicki, Ślusarska 2010, s. 284). Natomiast z naszych badań wynika, że dla młodych dorosłych powyższe kryteria są wysoko umiejscowione w hierarchii wartości i łączą się w sposób bezpośredni z zachowaniami prozdrowotnymi, takimi jak zdrowe odżywianie.

Działaniami wspierającymi zarówno zachowania prozdrowotne, jak i wartości przypisywane zdrowiu, są działania profilaktyczne związane z edukacją zdrowotną, których celem jest poszerzenie wiedzy wśród osób młodych, dotyczącej prozdrowotnych zachowań, odpowiedniego stylu życia oraz sposobów wpływania za własne zdrowie i przeciwdziałaniu chorobie w sferze biologicznej, emocjonalnej i społecznej.

Obserwując wzrastającą liczbę zachorowań na choroby przewlekłe, wynikające w dużej mierze z antyzdrowotnego stylu życia widać, jak istotny jest obszar profilaktyki zdrowia. Coraz częściej w ramach studiów o charakterze opieki medycznej wprowadza się przedmioty uczące przyszłych pracowników służby zdrowia także umiejętności promocji zdrowia. Niniejsze badania mogą być wskazówkami dla osób wspierających w swojej pracy pacjentów i klientów, borykających się z problemami z wykształceniem pozytywnych, zdrowotnych nawyków. Zgodnie z aktualną definicją zdrowia według WHO, należy pamiętać także o konstruktach psychicznych i aspektach emocjonalnych utrzymywania lub powrotów do zdrowia. Wskazują na to także zaprezentowane wyniki: to, jakie wartości dotyczące zdrowia badani deklarowali jako najważniejsze, korelowało następnie z różnymi przejawianymi przez nich zachowaniami prozdrowotnymi.

Podsumowując rozważania na temat zachowań prozdrowotnych badanej grupy w kontekście psychologii zdrowia zasadnym wydaje się kontynuowanie badań na liczniejszej, a także bardziej zróżnicowanej wiekowo grupie, w celu rozwinięcia analiz statystycznych i próby uogólnienia wyników na całą dorosłą część społeczeństwa.

Bibliografia

- AUE W., Współczesne tendencje w definiowaniu zdrowia, „Art of Denistry”, R. 8, NR. 3/2010, s. 234-236.
- BANASZKIEWICZ M., ANDRUSZKIEWICZ A., Zachowania zdrowotne, [w:] Promocja zdrowia, Tom 1, (red.) M. Banaszkiwicz M., Andruszkiewicz A., Czelej, Lublin 2008.
- BISHOP G. D., Psychologia zdrowia, Astrum, Wrocław 2000.
- BOGUSZEWSKI D., ANDERSZ N., JANICKA M. i wsp., Ocena zachowań zdrowotnych kobiet i mężczyzn uprawiających koszykówkę, „Journal of Health Science”, Tom 4, Nr 5/ 2014 s.41-46.
- BORYS B., Zasoby zdrowotne w psychice człowieka, „Forum Medycyny Rodzinnej”, Tom 4, Nr 1/2010 s. 44-52.
- CBOS, Komunikat z badań. Wartości i normy, Warszawa 2013.
- CIECIUCH J., Kształtowanie się systemu wartości. Od dzieciństwa do wczesnej dorosłości, Liberi Libri, Warszawa 2013.
- CIECIUCH J., Pomiar wartości w zmodyfikowanym modelu Shaloma Schwartz, „Psychologia Społeczna”, Tom 8, Nr. 1/2013, s. 22-41.
- DOLIŃSKA-ZYGMUNT G., Podmiotowe uwarunkowania zachowań promujących zdrowie, Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Warszawa 2000.
- GNIAZDOWSKI A., Zachowania a zdrowie. Badanie związków, [w:] Zachowania zdrowotne. Zagadnienia teoretyczne, próba charakterystyki zachowań

- zdrowotnych społeczeństwa polskiego, (red.) A. Gniazdowski, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2006.
- GRODZKI R., Napierała M., Cieślicka M., Muszkieta R., Styl życia zawodników uprawiających wyczynowo piłkę nożną, [w:] Uwarunkowania zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego człowieka, (red.) M. Napierała, R. Muszkieta, M. Cieślicka, W. Żuków, Polskie Towarzystwo Naukowe Kultury Fizycznej, Bydgoszcz-Poznań 2013.
- GRUSZCZYŃSKA M., Bąk-Sosnowski, M., Plinta, R., Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia, „Hygeia Public Health”, Tom 50, Nr. 4/2015, s. 558-565.
- HAVIGHURST, R. J., Developmental tasks and education, Longman, New York 1981.
- HESZEN-NIEJODEK I., Problematyka zdrowia i choroby w badaniach psychologicznych, [w:] Psychologia, T. 3 (red.) J. Strelau, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
- JUCZYŃSKI Z., Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, [w:] Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Z. Juczyński, Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
- JUCZYŃSKI Z., Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
- KULIK T. B., Koncepcja zdrowia w medycynie, [w:] Zdrowie publiczne, (red.) T. B. Kulik, M. Latański, Czelej, Lublin 2002.
- ŁUSZCZYŃSKA A., Zmiana zachowań zdrowotnych, GWP, Gdańsk 2004.
- MASTERS K. S., Wallston K. A., Canonical correlation reveals important relations between health locus of control, coping, affect and values, „Journal of Health Psychology”, Vol. 10, Issue 5/2005, s. 719-731.
- MASZCZAK T., Zdrowie jako wartość uniwersalna, „Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu”, Zeszyt 54/ 2005 s.73-81.
- MISIUNA M., Styl życia a zdrowie. Publikacja przygotowana przez zespół ds. Edukacji Zdrowotnej Europejskiego Biura WHO, „Promocja Zdrowia Nauki Społeczne i Medycyna”, Tom I, Nr 1-2/1994, s. 99-111.
- NASZYDŁOWSKA E., KRAWCZYŃSKA J., KOZIEŁ D., CZERWIAK G., TRAWCZYŃSKA M., Wartościowanie zdrowia a zachowania promujące zdrowie studentów, „Annales UMCS” Nr XVI, Suppl. 349/ 2005, s. 62-66, 349.
- NOWICKI G., ŚLUSARSKA B., Determinanty społeczno-demograficzne wartościowania zdrowia wśród pracujących osób dorosłych, „Hygeia Public Health” Tom 46, Nr 2/2010, s. 280-285.
- RADMACHER S., Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 1998.
- SICIŃSKI A., Styl życia, kultura, wybór. Szkice, IFiS PAN, Warszawa 2002.

- SĘK H., Subiektywne koncepcje zdrowia, świadomość zdrowotna a zachowania zdrowotne i promocja zdrowia, „Feedback”, Tom 48, Nr 4/2013, s. 1-16.
- SMOLEŃ E., CIPORA E., PENAR-ZADARKO B., GAZDOWICZ L., Wybrane zachowania zdrowotne młodzieży akademickiej a umiejscowienie kontroli zdrowia, „Medical Review”, Nr 4/2012, s. 274-284.
- SMYKOWSKI B., Wczesna dorosłość, „Remedium”, Nr 2/2004, s. 4-5.
- SOKOŁOWSKA J., Przewidywania i wybory a przekonanie o własnej kontroli, Wydawn. Inst. Psychologii Polskiej Akad. Nauk, Warszawa 1993.
- STAWARZ B., LEWICKA M., SULIMA M., WIKTOR H., Zdrowie jako wartość w ocenie studentów z województwa podkarpackiego, „Annales Academiae Medicae Silesiensis”, Tom 68, Nr 4/ 2014, s. 226-232.
- STEPTOE A., GARDNER B., WARDLE J., The role of behaviour in health, [in:] Health Psychol, (eds.) D. French, A. Kaptein, K. Vedhara, et al Blackwell, Oxford 2010.
- STRÓZIK T., System wartości a ocena jakości życia młodzieży akademickiej w świetle badań ankietowych studentów uczelni Poznania, „STUDIA” Tom 2, Nr 2/2004, s. 6-22.
- STRZELECKI W., CYBULSKI, M., STRZELECKA, M., Rola poczucia umiejscowienia kontroli w kształtowaniu wybranych zachowań zdrowotnych adolescentów, „Nowiny Lekarskie”, Tom 78, Nr 1/2009, s. 18-22.
- TUSZYŃSKA-BOGUCKA V., BOGUCKA J., Zdrowie w hierarchii wartości, „Annales Annales Academiae Medicae Silesiensis”, Tom XVI, Nr 584/2005 s. 91-94.
- TYSZKA A., Uczestnictwo w kulturze. O różnorodności stylów życia, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1971.
- Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r., GUS, Warszawa 2013.
- WILLIS A. S., WALLSTON K. A., JOHNSON K., Tobacco and alcohol use among young adults: exploring religious faith, locus of health control, and coping strategies as predictors, [in:] Faith and health. Psychological perspective, (eds.) (eds.) T. Plante, A. Sherman, The Guilford Press, New York 2001.
- WOŹNIAK M., BRUKWICKA I., KOPAŃSKI, Z., KOLLÁR, R., KOLLÁROVÁ, M., BAJGER, B., Związki stylu życia ze zdrowiem, „Journal of Clinical Healthcare”, Nr 4/2011, s. 4-9.

Streszczenie

POSTRZEGANIE ZDROWIA PRZEZ MŁODYCH DOROSŁYCH

Wprowadzenie: Zdrowie ujmowane jest jako jedna z ważniejszych wartości dla człowieka. Dotyczy wymiaru biologicznego, społecznego i psychologicznego. Wzrost chorób cywilizacyjnych zmusza do poszukiwania czynników zewnętrznych i wewnętrznych, które przyczynią się do wzrostu zachowań prozdrowotnych. *Materiał i metody:* Celem pilotażowych badań było określenie, jak młodzi dorośli postrzegają swoje zdrowie. Wyróżniono dwa główne czynniki, które mogą mieć związek z zachowaniami prozdrowotnymi przejawianymi przez osoby badane, takie jak umiejscowienie kontroli oraz przypisywanie wysokich wartości zdrowiu. Badaniami objęto grupę 86 osób. Użyto: Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC autorstwa Z. Juczyńskiego, Listy Kryteria Zdrowia - LKZ Z. Juczyńskiego oraz Ankiety demograficznej. *Wyniki i wnioski:* Wyniki analizy wariancji pokazały istotne różnice w poziomie kontroli wewnętrznej pomiędzy osobami uprawiającymi sport a tymi, którzy go nie uprawiają. Zachodziły istotne różnice statystyczne pomiędzy wybranymi kryteriami zdrowia a zachowaniami prozdrowotnymi wśród młodych dorosłych.

Słowa kluczowe:

zdrowie, zachowania prozdrowotne, umiejscowienie kontroli, młodzi dorośli

Summary

PERCEPTION OF HEALTH BY YOUNG ADULTS

Introduction: Health is considered as one of the most important values for people. It affects biological, social and psychological dimensions. The rise of civilization diseases forces the search for external and internal factors that will contribute to the growth of health-promoting behaviors. *Material and methods:* The purpose of the study was to determine how young adults see health. Two main factors that can be associated with health-promoting are the locus of control and the attribution of high health values. The study covered a group of 86 people. The health locus of control was tested by MHLC-B scale in Juczynski adaptation, Health Criteria Lists – LKZ in Juczynski adaptation. *Results and conclusion:* The results of the analysis of variance showed significant differences in the level of internal control between people that played sports and those who did not. There were significant statistical differences with selected health criteria and pro-health behaviors among young adults.

Keywords:

health, health behaviors, health locus of control, young adults

ZWIĄZEK OSOBOWOŚCI I PREFERENCJI MUZYCZNYCH Z REGULACJĄ NASTROJU W PRAKTYCE MUZYKOTERAPII

Wprowadzenie

Metoda receptywna w muzykoterapii (Wigram i Grocke 2007, s. 13-271) istnieje równoległe z podejściem aktywnym, gdzie dominujące w terapii są czynne formy muzycznego zaangażowania (AMTA). Słuchanie muzyki jest włączane w obszar technik receptywnych, które wzbogacają ludzkie doświadczenie o działania oparte na: *improwizacji*, *songwriting*, *wizualizacji* (Stachyra, 2012), *relaksacji* (Lewandowska, 2001) i *music collage* (Galińska 2008, 2005, 2003). Tego typu metoda, w ramach propozycji „leczenia przez sztukę” osób chorych somatycznie, jest wprowadzona przez prof. J. Aleksandrowicza od 1963r. w III Klinice Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Krakowie. Terapia przez sztukę jest składową leczenia w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, zapoczątkowana przez E. Galińską pod kierunkiem prof. S. Ledera – w stworzonej przez niego Klinice Nerwic. W Poznaniu ten rodzaj terapii jest stosowany przez prof. W. Szulc (2012)¹. Na muzykę percypowaną podczas oddziaływań technikami receptywnymi można spojrzeć z perspektywy modelu wymiarów osobowości (Gosling, Rentfrow i Swann, 2003), preferencji muzycznych (Rentfrow i Gosling, 2003) i regulacji nastroju (Saarikallio i Erkkilä, 2007). Ludzkie doświadczenie w warunkach percypowania muzyki jest komponentem optymalizacji terapeutycznych strategii postępowania wobec słuchacza. Uwzględniając paralełę zjawisk muzycznych i psychicznych (Cattell i McMichel, 1960) oraz komunikatywność muzyki w obrębie gatunków (Watt i Ash, 1997), w praktyce muzykoterapii poszukuje się informacji opisujących całość kształt osoby i atrybuty, opisujące muzykę. Korzystanie z interwencji w muzykoterapii uwzględnia doświadczanie muzyki, które umożliwia odnośzenie ich do konstruktów akceptowanych w psychologii. Przedmiotem

¹ Szulc W., Music therapy for all. True Or false? W: Music therapy models – methods and techniques. Nordic Music Therapy Congress. Programme & Abstracts. 16th–17th June 2012, Jyväskylä, Finlandia, s. 118

uwagi są modele psychologiczne, opisujące obraz człowieka w formie, tj. 5-czynnikowego modelu struktury osobowości *Wielkiej Piątki* – S. Rentfrow, P. Gosling i W. B. Swann (2003) i 4-czynnikowego modelu preferencji muzycznych – S. D. Rentfrow i P. J. Gosling (2003). W aspekcie osobowości i preferencji dla gatunków muzyki (Vuoskoski i Eerola, 2012), empirycznej analizie podlega model regulacji nastroju muzyką – S. Saarikallio i J. Erkillä (2007). Przez konfigurację *profilu słuchacza* – cechy osobowe (Gosling, Mannarelli i Morris 2002) i *profil muzyki* – jej gatunek (Rentfrow i Gosling, 2003) przewiduje się formy postępowania w praktyce muzykoterapii.

5-czynnikowy model cech osobowości – (TIPI-10)

Teorie cech w podejściu deskryptywnym (McCrae i Costa, 1997), opisujące osobowość w rozumieniu wymiarów posiadanych atrybutów zajmują istotną pozycję wśród modeli psychologicznych. Podczas przewidywania struktury osobowości w modelach teoretycznych (Chamorro-Premuzic, Fagan i Furnham, 2010), cechy ludzkie identyfikowane są z uwzględnieniem kulturowych wpływów społecznych i sytuacji. Kulturowe wpływy mają charakter badania roli muzyki w identyfikowaniu cech osobowości przy przewidywaniu preferencji muzycznych (LeBlanc, 1981). W modelu *Wielkiej Piątki* dokonuje się podziału struktury osobowości na pięć czynników: neurotyczność, ekstrawersję, sumiennność, otwartość na doświadczenie oraz ugodowość (Gosling, Rentfrow i Swann 2003, s. 510-526). Te komponenty są rdzeniem reprezentacji czynników kwestionariusza *TIPI* – S. Rentfrow, P. Gosling i W. Swann (2003). W modelu struktury osobowości P. Rentfrow, S. Gosling i P. J. Swann (2003) – miarą opisu podmiotu są czynniki, obejmujące: ekstrawersję, ugodowość, sumiennność, stabilność emocjonalną i otwartość na doświadczenie (Goldberg 1992; John i Srivastava, 1999; Sorokowska i in., 2014). Krótkie narzędzie (*TIPI*) do przesiewowego badania dyspozycji jest stosunkowo przydatne w muzykoterapii, mimo mniejszej wartości psychometrycznej.

4-czynnikowy model rozwoju preferencji muzycznych – (STOMP-14)

Indywidualne różnice są podstawą budowy modelu preferencji muzycznych. *Preferencje muzyczne* są definiowane jako stopień sympatii dla utworu muzycznego i jego gatunku oraz ujawniania się tendencji do określonych zachowań, które stanowią pojedynczą lub wielokrotną postawę wobec ulubionego obiektu – muzyki. To stosunek słuchacza do muzyki, który rozwija się na osi decyzyjności „lubię” (Mirković-Radoš 1996) – „nie lubię” i zawiera się w dwóch wymiarach: rodzaju i sile. Ich zmienność w czasie i zależność od kontekstu (Lamont i Greasley 2009, s. 160-168), przyjmuje trwalsze formy i jest przypisywana silnym przeżyciom emocjonalnym (Lamont i Webb 2010). Tworząc modele preferencji, poszukuje się w nich od-

rębnych czynników oddziałujących na powstawanie postaw wobec muzyki (Renfrow, Goldberg i Levitin 2012; Desling i in. 2008; Collingwood 2008), także pod kątem podejmowania prób kontrolowania nastroju (Chamorro-Premuzic, Fagan i Furnham, 2010; Knobloch i Zillman, 2002; Saarikallio i in. 2008). Brakuje jednolitości pod względem zgodności, czy na podstawie oceny *gatunków muzycznych* (Renfrow i Gosling, 2007) można poszukiwać zależności między wewnętrznymi atrybutami jednostki a konkretnym stylem muzyki (Levitin 2011, s. 1139-1157; Renfrow i Gosling 2003; 2006). W modelu preferencji muzycznych P. J. Renfrow i S. D. Gosling (2003), muzyka obejmuje czynniki rozumiane jako *stereotypy muzyczne*, określające gust muzyczny², które podlegają klasyfikacji: 1. Muzyka *złożona i refleksyjna* (*Reflective & Complex*) (klasyczna, folk, jazz i blues) – muzyka tych gatunków podkreśla pozytywne i negatywne emocje, a kompozycje są postrzegane jako strukturalnie złożone (Renfrow i Gosling, 2006). Uznaje się, że ich odbiór sprzyja introspekcji. Stereotyp muzyki może być określany przez pryzmat statusu społeczno-ekonomicznego, który zakłada, że znane złożone społeczeństwa charakteryzują się jedną lub kilkoma formami zinstytucjonalizowanej nierówności społecznej (Duncan, Featherman i Duncan, 1972). Stereotypowy słuchacz muzyki klasycznej jest postrzegany jako wykształcony i starszy, posiadający określony poziom dojrzałości i stabilności finansowej. Słuchacz preferujący blues’a i jazz – jest związany z uproszczonym przeświadczeniem, dotyczącym człowieka średniej klasy, korzystającego z muzyki granej „na żywo”. Preferencje dla muzyki klasycznej są postrzegane jako bardziej atrakcyjne i wyrafinowane dla mężczyzn niż kobiet – preferujących muzykę heavy metal, postrzeganą jako agresywną i zbuntowaną (Zillmann i Bathia, 1989). 2. Muzyka *optymistyczna i konwencjonalna* (filmowa, pop, country, religijna) – ma prostą strukturę i pozytywny przekaz (Renfrow i Gosling, 2003). Zwolennicy pogodnej muzyki ujawniają ekstrawertyzm, ugodowość i poczucie fizycznej atrakcyjności, choć ich wyniki ujemnie korelują z otwartością na nowe doświadczenia. Funkcjonuje przeświadczenie, że po muzykę country sięgają neurotycy spragnieni muzyki

² *Stereotyp fanów gatunków muzycznych* – przekonanie dotyczące kategoryzacji w myśleniu, które jest określane jako nadmierne uogólnianie, upraszczanie czy jednostronność. Kategoryzacja gatunków muzycznych odbywa się na podstawie preferencji muzycznych słuchaczy, które są korelowane np. z ich cechami osobowości. Przekonanie to jest przypisywane słuchaczom określonych gatunków muzycznych, których oceny dokonuje się pod względem nasilenia występowania pewnych cech indywidualnych (charakterologicznych, osobowościowych, intelektualnych, fizycznych) lub uwarunkowań. Zgodnie z koncepcją Renfrow i Gosling można go scharakteryzować w sensie percepcyjnym jako cztery wymiary preferencji muzycznych: 1. *Reflective & Complex* (składający się z muzyki klasycznej, jazzowej, folk i blues’a) – ten rodzaj muzyki podkreśla pozytywne i negatywne emocje, a kompozycje są postrzegane jako strukturalnie złożone; 2. *Intense & Rebellious* (rock, alternative, heavy metal) – ten rodzaj muzyki podkreśla negatywne emocje, które są łączone z tematem buntu, nieposłuszeństwa; 3. *Upbeat & Conventional* (pop, country, soundtracks, religious music) – muzyka tego typu podkreśla pozytywne emocje i zawiera muzykę mniej złożoną niż inne gatunki; 4. *Energetic & Rhythmic* (hip-hop, rap, soul, electronic music) – muzyka podkreśla energię i obejmuje tematykę samogratyfikacji.

konwencjonalnej – regulującej emocje, a jej słuchaczy uznaje się za stosunkowo najbardziej ustabilizowanych uczuciowo (Langmayer, Guglhör-Rudan i Tarnai, 2012). 3. Muzyka *intensywna i buntownicza (Intense & Rebellious)* (heavy metal, rock, alternatywna) – podkreśla negatywne emocje i zawiera muzykę mniej złożoną niż inne gatunki (Rentfrow i Gosling, 2006). Słuchacz heavy metal³ i rocka jest związany z przeświadczeniem o ich związku ze sztuką prowokacji, tj. skłonnością do zachowań problematycznych: prowokacyjnych, antyspołecznych, autodestrukcyjnych (Lester i Whipple, 1996), wykazujących: zaburzenia internalizacyjne (np. zaburzenia nastroju), niezależność, antykonformizm i brak stabilnego poczucia tożsamości (Schwartz i Fouts, 2003). Ponadto, muzyka ta zawiera skojarzenia ze stereotypem słuchacza tych gatunków, mającego potrzebę buntu przeciwko społeczeństwu. Osoby preferujące metal i rock mają tendencję do posiadania cech i zachowań, które są niszczące (Fried 2003, s. 2). Fani heavy metalu cierpią na depresję, prowadzącą do samobójstwa – stanowiąc zagrożenie dla siebie i innych, chociaż wykazują dużą wrażliwość i delikatność (North i Hargreaves, 2006). Słuchanie heavy metalu uspokaja, dodaje emocji aktywnych (tj. motywacji i entuzjazmu, np. złość indukuje motywację) (Chen i in. 2007), inspirowanie i daje subiektywne poczucie mocy (Juslin i in. 2008) oraz pobudza do działania, reguluje smutek, poprawia nastrój i wzbudza pozytywne emocje (Thoma i in. 2012). 4. Muzyka *energiczna i rytmiczna (Energetic & Rhythmic)* (soul, rap/hip-hop, elektroniczna) – muzyka podkreśla poziom energetyczny, obejmując tematykę samogratyfikacji. Wymienione czynniki charakteryzują w sensie percepcyjnym cechy muzyki, które są powiązane z odrębnymi wzorcami (stereo-typami) zmiennych: demograficznych, osobowościowych, umiejętności poznawczych (Rentfrow i Gosling, 2006). Do pomiaru preferencji muzycznych (Zweigenhaft 2008; Desling i in. 2008) służy kwestionariusz *Short Test of Music Preferences* – P. Rentfrow i S. Gosling (2003).

6-czynnikowy model regulacji nastroju muzyką – (MMR)

W założeniach modelu regulacji nastroju muzyką S. Saarikallio i J. Erkkilä (2007) akcentuje się rolę muzyki jako środka do *poprawy nastroju (mood improvement)* i jego *kontroli (controlling mood)*, co łączy się ze znakiem nastroju (*valency*) i poziomem energii (*energy level*). Muzyczne czynności istotne dla modelu są oparte na: słuchaniu, graniu na instrumencie, śpiewa-

³ *Heavy metal* – to określenie w sensie ogólnym używane jako zbiorcza nazwa wszystkich podgatunków metalu, a także podgatunek metalu. Jego cechą charakterystyczną są utwory w średnich i szybkich tempach, z ostro brzmiącymi, agresywnymi riffami gitarowymi, basem i perkusją. Część utworów jest oparta na strukturalnym schemacie: zwrotka, refren, zwrotka, refren, gitarowa solówka, refren. Poruszana tematyka w muzyce heavy metal skupia się wokół śmierci i umierania (death metal), magii, rytuałów satanistycznych (black metal) czy fantasy (power metal).

niu i pisaniu piosenek, tańcu i ruchu. Modelowi regulacji nastroju służą muzyczne strategie, mierzone narzędziem *Music in Mood Regulation* (Saarikallio i Erkkilä 2007). Jego strukturę stanowi sześć czynników: 1) *Oderwanie* – to strategia, gdzie rolą muzyki jest odwrócenie uwagi od nieprzyjemnych myśli i odcinanie się od ujemnych emocji (gniewu, smutku, depresji). 2) *Przepracowanie uczuć* – to strategia poznawcza oparta na pracy mentalnej (samotne słuchanie i pisanie piosenek), w której muzyka jako tło sprzyja refleksji i kontemplacji. Przenosząc słuchacza w przeszłość, pomaga w uzyskaniu wglądu, przewartościowaniu i akceptacji. 3) *Silne Przeżycia* – to strategia, gdzie każda czynna aktywność muzyczna zapewnia nasilenie doświadczeń emocjonalnych. 4) *Rozładowanie* – to strategia, w której muzyka uwalnia emocje (gniew, smutek, depresyjność) i synchronizując się z nastrojem przynosi chwilowe oczyszczenie (*katharsis*). 5) *Regeneracja (Ożywienie)* – słuchanie muzyki i śpiew oraz granie i pisanie piosenek zapewnia regenerację i pozwala na relaksację oraz odzyskanie życiowej energii. 6) *Rozrywka* – to strategia, gdzie muzyka jako tło zapewnia stymulację i tworzy pozytywny nastrój.

Cel, przedmiot badań, pytania i hipotezy badawcze

Głównym problemem badawczym było eksperymentalne sprawdzenie związków między strukturą osobowości i preferencjami muzycznymi, a strategiami regulacji nastroju z udziałem muzyki. Celem badania było znalezienie relacji zachodzących między modelem cech Wielkiej Piątki (Rentfrow, Gosling i Swann, 2003) i modelem preferencji muzycznych (Rentfrow i Gosling, 2003), a modelem regulacji nastroju muzyką (Saarikallio i Erkkilä, 2007) u osób z depresją jednobiegunową. Badanie miało odpowiedzieć na dwa zasadnicze pytania:

1. Czy istnieją związki między osobowością i preferencjami muzycznymi, a regulacją nastroju muzyką?
2. Jakie są różnice w ocenie osobowości i preferencji muzycznych względem wybieranych strategii regulacji nastroju muzyką w grupach badanych (osoby z depresją vs zdrowe oraz kobiety vs mężczyźni)?

Hipotezy badawcze, zmienne, wskaźniki

Postawiono hipotezę, że między osobowością i preferencjami muzycznymi wystąpią związki, takie że: u osób z depresją H1) ujawni się wyższa niż u osób zdrowych preferencja dla gatunków muzyki: *klasycznej, blues, folk i jazz*, która będzie korelować dodatnio ze strategią regulacji nastroju muzyką *Oderwanie*; H2) cechy osobowości (neurotyzm, sumienność, ugodowość, ekstrawersja, otwartość na doświadczenia) będą korelować dodatnio ze strategią regulacji nastroju z udziałem muzyki *Oderwanie*; H3) cechy osobowości będą dodatnio korelować z preferencjami dla muzyki: *klasycznej, blues, folk i jazz* bądź *heavy metal, religijnej*. U osób zdrowych H4) wystą-

pi dodatnia korelacja preferencji dla muzyki *klasycznej* ze skalą regulacji nastroju muzyką *Rozładowanie*; H5) ujawni się dodatnia korelacja cech osobowości z preferencjami dla muzyki optymistycznej i konwencjonalnej. W grupie kobiet i mężczyzn (H6) wystąpi różnica relacji między zmiennymi: kobiety z neurotyzmem będą preferowały stereotyp muzyki country, pop, soundtracks i religijnej, a mężczyźni (H7) lubiący stereotyp muzyki *rock* będą skłonni do stosowania strategii regulacji nastroju w skali *Rozładowanie*.

Zmienne niezależne: 1. Wymiary osobowości (tj.: ekstrawersja, ugodowość, sumienność, stabilność emocjonalna i otwartość na doświadczenie). 2. Preferencje muzyczne rozumiane jako zbiory lub kategorie⁴ gatunków muzycznych [1) Muzyka *złożona* i *refleksyjna* (klasyczna, folk, jazz i blues); 2) Muzyka *optymistyczna* i *konwencjonalna* (filmowa, pop, country, religijna); 3) Muzyka *intensywna* i *buntownicza* (heavy metal, rock, alternatywna); 4) Muzyka *energiczna* i *rytmiczna* (soul, rap/hip-hop, elektroniczna)]. Za *zmienne zależne* uznano strategię regulacji nastroju z udziałem muzyki: 1) Oderwanie; 2) Przepracowanie uczuć; 3) Silne Przeżycia; 4) Rozładowanie; 5) Regeneracja; 6) Rozrywka. *Zmienne kontrolowane*: wiek, płeć, rozpoznanie depresji (F.32).

Narzędzia pomiaru: do operacjonalizacji i oszacowania zmiennych zastosowano kolejno: 1) *Krótki Inwentarz Osobowości TIPI-PL (2014)* – to kwestionariusz, służący do pomiaru wymiarów osobowości w modelu Wielkiej Piątki. 2) *Short Test of Music Preferences (STOMP)* – Rentfrow, P. J. I Gosling, S.D., Swann (2003). 3) Kwestionariusz *Music in Mood Regulation (MMR)* – S. Saarikallio i J. Erkillä (polska adaptacja – K. Gugnowska, 2014).

Organizacja i obszar badań

Uczestnicy badania: badanie przeprowadzono losowo na próbie empirycznej (N = 92) z osobami z depresją (N = 50) oraz zdrowymi (N = 42). Łącznie w badaniu uczestniczyło 50 kobiet i 42 mężczyzn, w wieku od 18 do 60 lat z rozpoznaniem depresji jednobiegunowej (CHA) według klasyfikacji ICD-10 (M = 48,24; SD = 9,51; Me = 50) i zdrowe (M = 40,96; SD = 12,60; Me = 41). Osoby z grupy klinicznej zostały poddane grupowemu działaniu muzykoterapii receptywnej na Oddziale Psychosomatycznym w placówce medycznej województwa mazowieckiego.

Warunki badania: procedura składała się z dwóch etapów. I. W pierwszej fazie uczestnicy badania z grupy eksperymentalnej w celu określenia ich preferencji muzycznych wysłuchali playlistę 14 utworów o określonym gatunku muzycznym. Utwory zaczerpnięto z propozycji klipów dźwiękowych, użytych w pierwotnym eksperymencie skali

⁴ 1. Klasyczna; 2. Blues; 3. Country; 4. Dance/elektroniczna; 5. Folk; 6. Rap/hip-hop; 7. Soul/funk. 8. Religijna; 9. Alternatywna; 10. Jazz; 11. Rock; 12. Pop; 13. Heavy metal; 14. Soundtracks/piosenki tematyczne.

STOMP(14)⁵. Osoby słuchały przez słuchawki stereofoniczne fragmenty muzyki o głośności dostosowanej do średniej przyjętej przez uczestników badania. Po wysłuchaniu fragmentu utworu, pacjenci wypełniali samoopisowy formularz *Short Test of Music Preferences* (Rentfrow i Gosling 2003) (około 15 minut). II. W drugiej fazie badania uczestnicy wypełnili polską adaptację kwestionariusza *Ten Item Personality Inventory* (TIPI) (Rentfrow, Gosling i Swann 2003), czyli *Krótki Inwentarz Osobowości TIPI-PL (2014)* oraz uzupełniali kwestionariusz *Music in Mood Regulation* (MMR) (Saarikallio, Erkkilä 2007) w polskiej adaptacji (Gugnowska, 2014). Cała procedura badania trwała około 30 minut.

Analiza wyników i dyskusja

Zastosowano badanie korelacyjne ze wskaźnikiem *r*-Pearsona i badanie jednoczynnikowej analizy wariancji dla dwóch grup niezależnych. Analiza rozkładu zmiennych wykazała normalność rozkładu zmiennych w narzędziach użytych w badaniu empirycznym we wszystkich czterech grupach empirycznych (osoby z depresją vs zdrowe oraz kobiety vs mężczyźni).

Analiza wariancji wykazała istotne statystyczne różnice średnich między grupami: osoby z depresją (M_1) lub zdrowe (M_2) w teście U Manna-Whitneya dla zmiennych: a) strategii regulacji nastroju z użyciem muzyki (MMR) w skali (steny) – *Rozładowanie; Przepracowanie uczuć*; b) cechy osobowości (TIPI) – *ekstrawersja i neurotyzm*.

Analiza korelacyjna Pearsona w badaniu preferencji muzycznych i cech osobowości względem regulacji nastroju z udziałem grup: depresji (N = 50), zdrowej (N = 42), kobiet (N = 52) i mężczyzn (N = 40), ujawniła następujące umiarkowane zależności (dla *r* w przedziale 0,3–0,5):

U osób z depresją:

H1) a) gdy osoby badane w wynikach uzyskiwały wyższą preferencję dla muzyki: *klasycznej, blues'a, folku i jazzu*, wykazywały też niższe wyniki w skali *Oderwanie* ($r = 0,324$) (korelacja ujemna) – tj. strategii regulacji nastroju, w której muzyka stanowi sposób na oderwanie się od przykrych uczuć (np. strach, lęk) i myśli. Rezultat analiz wskazuje na negatywną korelację muzyki klasycznej, blues'a, folku i jazzu ze strategią zmiany nastroju muzyką, powodującą chęć oderwania się słuchacza od emocji i myśli o ujemnej walencji. Funkcja muzyki jest rozpoznawana jako forma mentalnego i afektywnego odcinania się osób z depresją od nieprzyjemnych myśli i stanu zdominowanego przez emocje destrukcyjne i depresję (np. gniew, smutek) (nieprzystosowawcza strategia) (Carlson i in. 2015); H2) b) gdy osoby badane otrzymywały wyższe wskaźniki w tendencji do posiadania

⁵ http://daniellevitin.com/levitinlab/LabWebsite/expsupport/MUSIC/Rentfrow_JPSP_Index.html

cech *sumiennosci*⁶, uzyskiwały wyższe wyniki w regulacji nastroju muzyką dla skali *Oderwanie* ($r = 0,347$) (korelacja dodatnia). Muzyka w tej strategii pozwala słuchaczowi odwrócić się od negatywnych przeżyć i myśli, a jej użycie może wskazywać na mniejsze przeżywanie lub wręcz jego przeciwieństwo. Sumiennosc oznacza pewien sprzeciw wobec kreatywnosci (Matthews, Deary i Whiteman, 2009), sterownosc i orientacje na cel. Jest wykazywana w badaniach jako zespolc cech, ujemnie zwiazanych z tworcza postawa i psychotyzmem (Digman 1997). W czesci badań (Chamorro-Premuzic i Furnham, 2007) sumiennosc jest odwrotnie skorelowana z mozliwoscia uzycia muzyki do regulacji emocjonalnej, jednak pozytywnie koreluje z muzyka *konwencjonalna* (Knowles, 2013); H3) c) gdy osoby badane wykazywaly wyzsza preferencje dla muzyki: *klasycznej, blues'a, folku i jazzu*, uzyskiwaly jednoczesnie nizsze wyniki w tendencji do posiadania cech okreslanych przez *neurotyzm* ($r = -0,339$) (korelacja ujemna); d) gdy uczestnicy badania wykazywali umiarkowanie wyzsza preferencje dla muzyki *heavy-metal* i *country*, ujawniali tez nizsze wyniki dla cech wymiaru *ugodowosc* ($r = -0,389$) (korelacja ujemna); e) gdy osoby z depresja mialy umiarkowanie wyzsze preferencje dla muzyki filmowej (*soundtracks*), wykazywaly wyzsze wyniki w *ugodowosci* ($r = 0,313$) (dodatnia korelacja); f) sluchacze z depresja majac srednio wyzsza preferencje dla muzyki *zlozonej i refleksyjnej* oraz *intensywnej i buntowniczej*, uzyskujac nizsze wyniki w *neurotyzmie* ($-0,337$) i *ugodowosci* ($r = -0,289$); g) gdy uczestnicy badania wykazywali wyzsza preferencje dla muzyki *religijnej*, uzyskiwali rowniez wyzsze wyniki dla cech wymiaru *ekstrawersja*⁷ ($r = 0,453$) (korelacja dodatnia) oraz gdy wykazywali wyzsza preferencje dla muzyki tanecznej (*dance*), otrzymywali nizsze wyniki w *ekstrawersji* ($r = -0,400$). Badania sugerujac, ze ekstrawersja ma zwiazek z preferencjami dla muzyki o zabarwieniu emocjonalnym (Payne, 1980), a towarzyskosc – jej komponent; wiaze sie z preferencja dla muzyki *pop* (Brown, 2012). Osoby o cechach ekstrawersji wybierajac raczej stymulujaca muzyke o prostej strukturze, latwa w odbiorze, muzyke *programowa* (Burt 1939), muzyke *energetyczna i rytmiczna* oraz *optymistyczna (pogodna)* i *konwencjonalna* (Rentfrow i Gosling, 2003).

⁶ *Sumiennosc* – to tendencja czlowieka do dzialania zorientowanego na cel i laczy sie z poziomem zorganizowania, motywacji i wytrwalosci. Wysoka sumiennosc zazwyczaj oznacza silna wole osiagniec oraz motywacje do dzialania i wytrwalosc w dazeniu i osiagnaniu wlasnych celow. Sumiennosc zazwyczaj jest zwiazana ze skrupulatnoscia, obowiazkowością, rozważnością i rzetelnoscia, ale takze z pracoholizmem, sklonnoscia do utrzymywania porzadku i perfekcjonizmem. Niska sumiennosc oznacza niewielkie sprecyzowanie celow zyciowych, niska skrupulatnosc i motywacje osiagniec; hedonizm, impulsywnosc w podejmowaniu decyzji, a takze spontanicznosc w dzialaniu (Zawadzki i in. 2007, s. 78-79).

⁷ *Ekstrawersja* – to zestaw cech osobowosci, decydujacych o jakosci i intensywnosci relacji miedzyludzkich, okreslajaca nastawienie osoby do innych ludzi, mowiac o energii zyciowej, zapotrzebowaniu na dzialanie i aktywnym poszukiwaniu wrazen. Wysoka ekstrawersja zazwyczaj oznacza serdecznosc i przyjacielskosc, aktywnosc i optymizm, towarzyskosc i rozmownosc, sklonnosc do zabawy, poszukiwanie bodzcow i stymulacji. Niska ekstrawersja (introwersja) oznacza rezerwe w spolecznych kontaktach z innymi ludzmi, nieasmialosc, brak optymizmu czy preferencje do przezywania w samotnosc (Zawadzki i in. 2007, s. 72-73).

Związek osobowości w wymiarze ekstrawersji ze stereotypem fanów muzyki religijnej stanowi temat znany badaczom (Eysenck, 1998). Wykazuje się pozytywny związek ekstrawersji z preferencjami dla muzyki określającej zespół atrybutów, tj. operującej rytmicznością i potencjałem energii, zawierającej przekaz optymistyczny i konwencjonalizm oraz partie wokalne (Rentfrow i Gosling, 2003). Wyniki analizy w schemacie korelacyjnym w grupie osób z depresją i zdrowych przedstawiają poniższe tabele.

Tabela 1.

Analiza korelacji preferencji dla gatunku muzyki z osobowością w grupie klinicznej

Gatunek muzyczny (STOMP)	Wymiar osobowości (TIPI)	Wskaźnik p
2 – Blues	Sumienność	-0,371
2 – Blues	Ekstrawersja	-0,400
8 – Religious	Ekstrawersja	0,453
2 – Blues	Ugodowość	-0,282
3 – Country	Ugodowość	-0,389
10 – Jazz	Neurotyzm	-0,339
14 – Soundtracks/ Theme songs	Ugodowość	0,313

Źródło: opracowanie własne

Tabela 2.

Analiza korelacji wymiaru preferencji muzycznych z osobowością w grupie klinicznej

Wymiar preferencji muzycznych (STOMP)	Wymiar osobowości (TIPI)	Wskaźnik p
Muzyka złożona i refleksyjna	Neurotyzm	-0,337
Muzyka intensywna i buntownicza	Ugodowość	-0,283

Źródło: opracowanie własne

Analiza korelacji preferencji dla gatunku muzyki z osobowością
w grupie kontrolnej

Gatunek muzyczny (STOMP)	Wymiar osobowości (TIPI)	Wskaźnik p
2 – Blues	Ekstrawersja	-0,377
4 – Dance/Electronica	Ugodowość	0,440
5 – Folk	Ugodowość	0,342
7 – Soul/Funk	Ugodowość	0,516
9 – Alternative	Ugodowość	0,390
12 – Pop	Ugodowość	0,333
14 – Soundtracks/Theme songs	Neurotyzm	0,307
14 – Soundtracks/Theme songs	Sumiennność	0,312
14 – Soundtracks/Theme songs	Ugodowość	0,346

Tabela 4.

Analiza korelacji wymiaru preferencji muzycznych z osobowością
w grupie kontrolnej

Wymiar preferencji muzycznych (STOMP)	Wymiar osobowości (TIPI)	Wskaźnik p
Muzyka intensywna i buntownicza	Ugodowość	0,363
Muzyka intensywna i buntownicza	Otwartość	-0,304
Muzyka optymistyczna i konwencjonalna	Ugodowość	0,447
Muzyka energiczna i rytmiczna	Ugodowość	0,561

Źródło: opracowanie własne

U osób zdrowych:

a) przy wyższej preferencji dla muzyki *country* i *elektronicznej* wykazywano niższe wyniki w skali *Regeneracja* ($r = -0,379$) (korelacja ujemna) – tj. strategii regulacji nastroju, w której muzyka jest sposobem na odzyskanie życiowej energii, zapewnia relaksację i regenerację, generuje proces samouzdrawiania; H4) b) przy wyższej preferencji dla muzyki *klasycznej*, wykazywano wyższe wyniki w skali *Rozładowanie* ($r = 0,324$) (korelacja dodatnia) – tj. strategii regulacji nastroju, w której muzyka uwalnia emocje (gniew, smutek, depresyjność) (Hunter i in., 2011), a synchronizując się z nastrojem – przynosi oczyszczenie (*katharsis*). Badania pokazują, że muzyka pomaga odreagować negatywne emocje w sposób symboliczny przez

pobudzenie bodźcami słuchowymi (Little i Zuckerman 1986). W badaniu osób z depresją i lękiem uznano, że rozładowywanie emocji podczas słuchania muzyki jest nieprzystosowawcze (u mężczyzn aktywność mózgu się wtedy zmniejsza), bowiem zamiast poprawiać samopoczucie, zwiększa negatywne uczucia i ruminacje (Carlson i in., 2015). Zastanowieniu badaczy podlega zagadnienie łączenia nastroju z osobowością, które wywołuje wątpliwość o sens tego, czy muzyczne preferencje powinny dawać wgląd w to, jaka dana osoba jest (Chamorro-Premuzic i Furnham, 2007); c) przy wyższej preferencji dla muzyki *rap* i *hip-hop*, uzyskiwano niższe wyniki w skali *Przepracowanie uczuć* ($r = -0,312$) (korelacja ujemna) – to strategia regulacji nastroju, w której muzyka sprzyja refleksji; d) przy wyższych wynikach preferencji dla stereotypu fanów muzyki: *country*, *religijnej*, *pop* i *pieśni tematycznych (soundtrack)*, uzyskiwano wyższe wyniki dla cech w wymiarze *ugodowość*⁸ ($r = 0,447$) (korelacja dodatnia); e) słuchacze zdrowi, mając silnie wyższą preferencję dla muzyki *energicznej i rytmicznej*, otrzymują wyższe wyniki w *ugodowości* ($r = 0,561$). Ugodowość określa wymiar osobowości, który jest łączony ze zdolnością do zachowań prospołecznych i relacji interpersonalnych. Gust muzyczny jest potencjalnie odbiciem preferencji dla stereotypu słuchaczy muzyki, ale odzwierciedla też wgląd w istotę tego, kim jest osoba (North, 2010). Zaznacza się przy tym, że gdyby brać pod uwagę wiek, płeć, narodowość i klasę społeczną danej osoby, czyli to, co nie jest typem osobowości – można prawdopodobnie przewidzieć tylko 30% muzycznych preferencji (Chamorro-Premuzic i Furnham, 2007). H5) Wynik badania wskazuje na umiarkowany związek muzyki: *country*, *religijnej*, *pop* i *soundtracks* z wymiarem *ugodowość*; e) przy wyższym poziomie preferencji dla muzyki: *rock*, *alternatywnej i heavy metal*, wykazywano niższe wyniki dla wymiaru *otwartość na doświadczenie* ($r = -0,304$) (korelacja ujemna). Badania sugerują, że otwartość poznawcza na doświadczanie nowego jest związana z preferencją dla muzyki o charakterze intensywnym i buntowniczym, którą reprezentują gatunki muzyczne typu: *heavy metal*, *rock*, *alternatywny rock* (Rentfrow, Gosling, 2003). Wykazano oprócz tego, że preferowanie muzyki o intensywnym wymiarze (*punk*, *heavy metal*, *hard rock*) koreluje ze stylem poznawczym, określanym jako *empatyczne nastawienie (bias towards empathizing)* i zawiera aspekty pozytywnej wartościowości (Greenberg i in. 2015). Z opisywanego badania wynika jednak, że relacja między otwartością na nowe doznania a wspomnianym gatunkami muzyki jest umiarkowana, lecz odwrotna.

⁸ *Ugodowość* – to skłonność do pozytywnego vs negatywnego nastawienia do innych ludzi, związaną z altruizmem vs antagonizmem. Jest związana z takimi charakterystykami jak wrażliwość vs obojętność na sprawy innych, zaufanie vs brak zaufania czy nastawienie kooperacyjne vs rywalizacyjne. Wysoka ugodowość zazwyczaj oznacza sympatyczność, skłonność do udzielania pomocy, prostolinijność, prostoduszność, szczerłość, potulność i łagodność, skromność i uczuciowość w stosunku do innych. Niska ugodowość oznacza egocentryzm, nastawienie rywalizacyjne, agresywność i dystans w kontaktach z innymi (Zawadzki i in. 2007, s. 76-77).

W grupie kobiet:

a) gdy kobiety wykazywały wyższą preferencję dla stereotypu muzyki: *country*, *religijnej*, *pop* i *pieśni tematycznych (soundtrack)*, wykazywały wyższe wyniki dla cech wymiaru *neurotyzm*⁹ ($r = 0,304$) (korelacja dodatnia). Potwierdzono oczekiwanie, że kobiety z neurotyzmem będą preferowały muzykę filmową, *country*, *pop* i religijną. Neurotyzm określa wyraz tendencji do przystosowania emocjonalnego, ale też wyraża poziom niestabilności emocjonalnej i przekonania, że środowisko niepokoi. Uznawany jest za czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń nastroju (Hayes i Joseph 2003). Badanie preferencji dla muzyki *pop* pokazuje, że jest ona formą przewidywania niższego poziomu depresji u dziewcząt w adolescencji. Tworzone piosenki i ich tekst komunikują pozytywny przekaz. Z kolei preferencje dla muzyki *heavy metal* pozwalają przewidywać poziom depresji u dorastających dziewcząt, gdyż stanowi ona raczej negatywny przekaz (np. śmierć, rozpacz, depresja) (Miranda i Claes, 2007). Wyniki innych badań zaprzeczają jednak, aby związek słuchania muzyki *pop* ze zmniejszonym poziomem depresji miał miejsce (Martin i in. 1993). W kolejnych badaniach wykazano, że regulacja emocjonalna jest bardziej zorientowana na słuchanie muzyki u dorastających dziewczynek niż u chłopców (North i Hargreaves 2000). Potencjalny wpływ *soundtracks* muzyki filmowej odnosi się do ich tekstu, który jest wyrazem radzenia sobie z przeciwnościami życia. Potencjalne oddziaływanie muzycznych charakterystyk, zawartych w piosenkach powinno zostać poddane empirycznej weryfikacji; b) gdy kobiety wykazywały w badaniu wyższą preferencję dla muzyki: *klasycznej*, *blues'a*, *folku* i *jazzu*, otrzywały niższe wyniki dla wymiaru *sumienność* ($r = -0,316$) (korelacja ujemna); c) gdy kobiety wykazywały w badaniu wyższą preferencję dla muzyki *country*, przejawiały niższe wyniki dla skali *Przepracowanie uczuć* ($r = -0,325$) (korelacja ujemna); d) kobiety z depresją przy niższych wynikach dla cechy *ekstrawersji* wykazywały większą preferencję dla muzyki *blues* ($r = -0,413$), zaś kobiety zdrowe – przy niższych wynikach dla cechy *otwartości* wykazywały większą preferencję dla *rocka* ($r = -0,414$) (korelacje ujemne).

U mężczyzn:

a) przy wynikach wykazujących wyższe preferencje dla stereotypu muzyki *rock*, badani mężczyźni uzyskiwali wyższe wyniki w skali *Rozładowanie* ($r = 0,312$) (korelacja dodatnia) – gdzie muzyka stanowi formę uwolnienia negatywnych emocji (np. gniew, smutek) i redukcji ruminacji – natrętnie nawracających myśli, które nie przyczyniają się do analizy sytuacji. Pre-

⁹ *Stabilność emocjonalna (vs neurotyczność)* - to podatność na odczuwanie ujemnych emocji (np. niezadowolenie, poczucie winy, strach, gniew). Wysoka stabilność emocjonalna (niska neurotyczność) zazwyczaj oznacza emocjonalne przystosowanie, zdolność do zmagania się ze stresem bez doświadczania napięć, rozdrażnienia, obaw. Wysoka neurotyczność oznacza mniejszą zdolność do kontrolowania swoich popędów oraz zmagania się ze stresem, skłonność do zamartwiania się, wstydlivość oraz poczucie zmieszania w obecności innych, reakcje nacechowane lękiem i napięciem (Zawadzki i in. 2007, s. 70-71).

ferując muzykę zbliżoną do własnego nastroju (smutny, gniewny), próbuje się uzyskać zmniejszenie napięcia emocjonalnego i *katharsis* przez rozładowanie silnych przeżyć w wyniku głębokiego przeżycia. Analiza wyników potwierdza, iż mężczyźni preferujący *rock* są bardziej skłonni do regulowania własnego nastroju przez rozładowanie emocji o ujemnej walencji. Jednak inne badania mężczyzn i kobiet z depresją subkliniczną wskazują, że słuchanie muzyki agresywnej w celu rozładowania ujemnych emocji jest nieadaptacyjne – sprzyja tendencjom ruminacyjnym (Carlson i in. 2015), izolacji społecznej i niezdolności do poprawy nastroju (McFerran i Saarikallio 2013); b) gdy mężczyźni wykazywali wyższą preferencję dla muzyki: *funk* ($r = -0,32$), *elektronicznej*, *rap* i *hip-hop* ($r = -0,391$) (korelacje ujemne), otrzymywali niższe wyniki w skali *Rozrywka* (tj. strategii, gdzie muzyka zapewnia dobry nastrój); c) gdy mężczyźni wykazywali wyższe preferencje dla muzyki *funk*, uzyskiwali jednocześnie niższe wyniki w skali regulacji nastroju muzyką, określaną jako *Oderwanie się* (od przykrych i niepokojących myśli) ($r = -0,381$) (korelacja ujemna); d) gdy mężczyźni wykazywali wyższe preferencje dla muzyki: *klasycznej* ($r = -0,344$) oraz muzyki *country*, *religijnej*, *pop* i *soundtracks* ($r = -0,359$), uzyskiwali niższe wyniki w skali *Regeneracja* (korelacje ujemne); e) gdy u mężczyzn uzyskiwano wyższe wskaźniki dla wymiaru *sumienność* ($r = -0,389$) i *ekstrawersja* ($r = -0,395$), towarzyszyły temu niższe rezultaty w *przewartościowaniu uczuć* (korelacje ujemne). Wyniki badań wskazują, że ekstrawertycy używają muzyki w celu zwiększenia pobudzenia (Yerkes i Dodson, 1908) podczas monottonnych zadań. Inne badania ukazują, że muzyka słuchana w tle bardziej u introwertyków niż u ekstrawertyków zwiększa ingerencję w procesy poznawcze (Furnham i Strbac 2002). Sumienność może odwrotnie korelować z możliwością wykorzystania muzyki do regulacji emocjonalnej, a także bardziej służyć posługiwaniu się muzyką w sposób racjonalny (Chamorro-Premuzic i Furnham, 2007); f) gdy mężczyźni uzyskiwali wyższe wskaźniki dla cech wymiaru *ekstrawersja*, wykazywali niższe preferencje dla muzyki *pop* ($r = -0,353$) (korelacja ujemna); g) gdy mężczyźni uzyskiwali wyższe wskaźniki dla cech wymiaru *otwartość na doświadczenie*, otrzymywali niższe preferencje dla muzyki *rock alternatywny* ($r = -0,313$).

Cała próba empiryczna:

a) przy niższych wynikach dla skali *otwartość na doświadczenie*¹⁰, wykazała większą preferencję dla muzyki klasycznej: w grupie kobiet ($r = -0,55$), w grupie mężczyzn ($r = -0,668$); Badania sugerują, że otwartość na doświad-

¹⁰ *Otwartość na doświadczenie* - to tendencja do poszukiwania i pozytywnego wartościowania nowych doświadczeń życiowych, tolerancja wobec nowości i ciekawość poznawcza. Wysoka otwartość na doświadczenie zazwyczaj oznacza ciekawość, kreatywność, wyobraźnię, niekonwencjonalność, niezależność w sądach. Niska otwartość na doświadczenie oznacza konwencjonalność, konserwatywność, wyznawanie tradycyjnych wartości, pragmatyczne zainteresowania i preferencje względem uznanych społecznie sposobów działania (Zawadzki i in. 2007, s. 74-75).

czenie koreluje dodatnio z preferencjami dla elitarnych kategorii muzyki *klasycznej* lub *jazzu* oraz z gatunkami muzyki, określanej jako *buntownicza* i *intensywna* (np. *rock*) (Brown 2012; Langmeyer i in. 2012); b) przy wyższych wynikach dla *ugodowości*, wykazywała wyższą preferencję dla *sound-track* ($r = 0,339$) (korelacja dodatnia). Ujawniono odwrotne tendencje zależności między grupą depresji i kontrolną dla następujących cech: a) dla związku między *ugodowością* a preferencją muzyki *rock alternatywny*, *rock* i *heavy metal*, osoby z depresją wykazywały zależność odwrotną ($r = -0,283$), a osoby zdrowe – zależność dodatnią ($r = 0,363$); c) dla związku *ugodowości* z preferencją muzyki *funk*, osoby z depresją wykazywały zależność odwrotną ($r = -0,318$), a z grupy kontrolnej – zależność dodatnią ($r = 0,467$).

Konkluzja

Zagadnienie preferencji muzycznych w kontekście cech osobowych i regulacji nastroju z udziałem muzyki jest wieloaspektowe. Podsumowania, dotyczące analiz preferencji dla odmiennych gatunków muzyki i łączenie ich w relacje z wymiarami osobowości oraz regulacji nastroju z udziałem muzyki są zróżnicowane. Jako podsumowanie, można przyjąć następujące propozycje wniosków:

1. W modelu receptywnym muzykoterapii, preferencje muzyczne są istotne dla stosowania strategii terapeutycznej, która uwzględni regulację nastroju muzyką.
2. Struktura preferencji muzycznych i wymiarów osobowych w grupach badanych jest zróżnicowana.
3. Powstają specyficzne, czynnikowe układy jakościowe preferencji muzycznych pod względem regulacji nastroju i cech osobowości, które różnią grupy badane na poziomie umiarkowanej tendencji:
 - a) *Osoby z depresją* (sumienne) częściej regulują swój nastrój muzyką, która odrywa je od negatywnych emocji i uczuć, o cechach neurotyzmu – rzadziej preferują muzykę złożoną i refleksyjną i muzykę alternatywną. Osoby z *ugodowością* rzadziej preferują muzykę religijną i *heavy metal*, z *ekstrawersją* – częściej preferują muzykę religijną. Osoby z *otwartością* rzadziej preferują muzykę intensywną i zbuntowaną.
 - b) *Osoby zdrowe* (z neurotyzmem) częściej regulują swój nastrój muzyką, która przynosi im poczucie oderwania od negatywnych emocji i regeneruje, relaksuje i daje energię. Osoby z *ugodowością* rzadziej preferują muzykę *pop*, częściej muzykę energiczną i rytmiczną, optymistyczną i konwencjonalną, osoby z *otwartością* – rzadziej preferują muzykę intensywną i zbuntowaną. Kobiety z neurotyzmem, częściej preferują muzykę optymistyczną i konwencjonalną, a z sumiennością – rzadziej preferują muzykę złożoną i refleksyjną. Mężczyźni z *ekstrawersją* lub sumiennością rzadziej zmieniają nastrój muzyką przewartościowującą uczucia. Preferencji dla muzyki *rock* u mężczyzn towarzyszy rosnąca tendencja do używania muzyki w celu rozładowania negatywnych emocji i myśli, co uznawane jest za regulację emocjonalną nieadaptacyjną.

Podsumowując, przeprowadzone badanie wskazuje, iż występuje pewne zróżnicowanie preferencji muzycznych i cech osobowych względem stosowania strategii, regulujących nastroj z udziałem muzyki. Uwzględniając ograniczenia, związane z badaniami preferencji muzycznych (tj. precyzja definiowania gatunków muzycznych; różnice w rodzaju i liczbie gatunków podlegających badaniom, utrudniające porównywanie wyników (Colley, 2008; Desling i in. 2008); postrzeganie gatunków muzyki jako stereotypów społecznych (Rentfrow i Gosling, 2007) – trudno jednoznacznie przyjąć, iż są one wyłącznie odzwierciedleniem wewnętrznych ludzkich właściwości. Mimo to, ich wartość w dochodzeniu do zdrowia i odchodzeniu od stanu choroby (w kontekście adaptacyjności/nieadaptacyjności sposobu zmiany nastroju podczas receptywnych oddziaływań muzykoterapii) jest podstawową problematyką, której potrzebne są badawcza uwaga i perspektywa. Podejmowane zagadnienie wymaga dalszych empirycznych badań i weryfikacji pod kątem wykorzystania ich w dziedzinie muzykoterapii receptywnej. Kontynuowanie badań w obszarze preferencji muzycznych, będących domeną psychologii muzyki – pozwala zrozumieć informacje pochodzące z dążenia do identyfikacji tego, co w człowieku jest indywidualne i/lub społeczne.

Bibliografia

- BALL P., Schoenberg, Serialism and Cognition: Whose Fault if No One Listens?, "Interdisciplinary Science Reviews", Vol. 36, No. 1/2011, s. 24-41.
- BROWN R.A., Music preferences and personality among Japanese university students, "International of Journal Psychology", Vol. 47, Issue 4/2012, s. 259-268.
- BURT C., The factorial analysis of emotional traits, "Character and Personality, Vol. 7/1939, 238-254.
- LITTLE P., ZUCKERMAN M., Sensation seeking and music preferences, "Personality and Individual Differences", Vol. 7, Issue 4/1986, s. 575-578.
- CARLSON E., SAARIKALLIO S., TOIRVAINEN P., BORGET B., KLIUCHKO M., BRATTICO E., Maladaptive and adaptive emotion regulation through music: a behavioral and neuroimaging study of males and females, "Frontiers in Human Neuroscience", 2015; <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00466> (stan na dzień 17.03.2017).
- CATTELL R. B., MCMICHEL R. E., Clinical diagnosis by the IPAT Music Preference Test of Personality, "Journal of Consulting Psychology", Vol. 24, No 4/1960, s. 333-341.
- CHAMORRO-PREMUZIC T., FURNHAM A., Personality and music: Can traits explain how people use music in everyday life?, "The British Journal of Psychology", Vol. 98/2007, s. 175-185.
- CHAMORRO-PREMUZIC T., FAGAN P., FURNHAM A., Personality and uses of music as predictors of preferences for music consensually classified as happy, sad,

- complex, and social, "Psychology Of Aesthetics, Creativity, And The Arts", Vol. 4, No. 4/2010, s. 205-213.
- CHEN L., ZHOU S., BRYANT J., Temporal changes in mood repair through music consumption: effects of mood, mood salience, and individual differences, "Media Psychology", Vol. 9/2007, s. 695-713.
- COLLINGWOOD J., Preferred Music Style Is Tied to Personality, "Psych Central", 2008. Retrieved on December 11, 2013; from <http://psychcentral.com/lib/preferred-music-style-is-tied-topersonality/0001438> (stan na dzień 17.03.2017).
- DELSING M. H., TER BOGT T. M., ENGELS R. E., Meeus W. J., Adolescents' music preferences and personality characteristics, "European Journal of Personality", Vol. 22, No. 2/2008, s. 109-130.
- DIGMAN J. M., Higher-order factors of the Big Five, "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 73/1997, s. 1246-1256.
- DOLLINGER S., Personality and music preference: Extraversion and excitement seeking or openness to experience?, "Psychology of Music", Vol. 21/1993, s. 73-77.
- EYSENCK, H., Personality and crime, [w:] Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behavior. , red. T. Millon, E. Simonsen, M. Birket-Smith i R. D. Davis, New York 1998.
- FURNHAM A., STRBAC L., Music is as distracting as noise: the differential distraction of background music and noise on the cognitive test performance of introverts and extravert, "Ergonomics", Vol. 45, No. 3/2002, s. 203-217.
- GALIŃSKA E., Doświadczenia urazowe i ich terapia metodą portretu muzycznego (PM), „Psychoterapia”, Nr 1/2003, s. 19-40.
- GALIŃSKA E., Muzykoterapia, [w:] Psychoterapia. Teoria. Podręcznik akademicki, red. L. Grzesiuk, Instytut Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego, Eneteia, Nr 1/2005, s. 531-542.
- GALIŃSKA E., Rola struktur i form muzycznych w psychoterapii, „Muzyka”, (Instytut Sztuki PAN), Nr 3/2008, s. 47-77.
- GOSLING S. D., KO S. J., MANNARELLI T., MORRIS M. E., A room with a cue: Personality judgments based on offices and bedrooms, "Journal and Personality and Social Psychology", Vol. 82/2002, s. 379-398.
- GOSLING S. D., RENTFRO P. J. i SWANN W. B., A very brief measure of the Big-Five personality domains, "Journal of Research in Personality", Vol. 37/2003, s. 504-528.
- GOLDBERG L. R., The development of markers for the Big-Five factor structure, "Psychological Assessment", Vol. 4/1992, s. 26-42.
- GREENBERG D. M., BARON-COHEN S., STILLWELL D. J., KOSINSKI M., RENTFROW P. J., "Musical Preferences are Linked to Cognitive Styles, 2015., PLoS ONE 10 (7): e0131151 (stan na dzień 17.03.2017).

- HAYES N., JOSEPH S., Big 5 correlates of three measures of subjective well-being, "Personality and Individual Differences", Vol. 34, No. 4/2003, s. 723-727.
- HUNTER P. G., Schellenberg E. G., Griffith A. T., Misery loves company: MoodCongruent Emotional Responding to Music, "Emotion", Vol. 11, No. 5/2011, s. 1068-1072.
- JOHN O. P. i SRIVASTAVA S., The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives, [w:] Handbook of personality: Theory and research, red. L.A. Pervin i O.P. John, Guilford Press, New York 1999.
- JOHN O. P., NAUMANN L. P. i SOTO C. J., Paradigm shift to the integrative Big-Five trait taxonomy: history, measurement, and conceptual issues, [w:] Handbook of Personality: Theory and research, red. O. P. John, R. W. Robbins i L. A. Pervin, The Guilford Press, New York 2008.
- JUSLIN P. N., LILJESTROM S., VÄSTFJÄLL D., BARRADAS G. and SILVA A., An experience sampling study of emotional reactions to music: listener, music, and situation, "Emotion", Vol. 8, No. 5/2008, s. 668-683.
- KNOBLOCH S. i ZILLMAN D., Mood management via the digital jukebox, "Journal of Communication", Vol. 52/2002, s. 351-366.
- KNOWLES Ch. L., The Correlation of Music Preference and Personality. A with Honors Projects, 2013, <http://spark.parkland.edu/ah/92> (stan na dzień 17.03.2017).
- LAMONT. A. i GREASLEY A., Musical preferences, [w:] The Oxford Handbook of Music Psychology, red. S. Hallam, I. Cross i M. Thaut, Oxford University Press, New York 2009.
- LAMONT A., WEBB R., Short- and long-term musical preferences: what makes a favourite piece of music?, "Psychology of Music", Vol. 38/2010, s. 222-241.
- LANGMAYER A., GUGLHÖR-RUDAN A., TARNAI CH., What Do Music Preferences Reveal About Personality? A Cross-Cultural Replication Using Self-Ratings and Ratings of Music Samples, "Journal of Individual Differences", Vol. 33/2012, s. 119-130.
- LEBLANC A., Effects of style, tempo, and performing medium on children's music preference, "Journal of Research in Music Education", Vol. 29, No. 2, 1981, s. 143-156.
- LESTER D., Whipple M., Music Preference, Depression, Suicidal Preoccupation, and Personality: Comment on Stack and Gundlach's Papers, „Suicide and Life Threatening Behavior", Vol. 26/1996, s. 68-70.
- LEVITIN P.J., The Structure of Musical Preferences: A Five-Factor Model, "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 100, No. 6/2011, s. 1139-1157.
- LEWANDOWSKA K., Muzykoterapia dziecięca, Wydawnictwo Optima, Gdańsk 2001.

- LITTLE P., ZUCKERMAN M., Sensation seeking and music preferences. *Personality and Individual Differences*, Vol. 7/1986, s. 575-577.
- MARTIN G., CLARKE M., PEARCE C., Adolescent suicide: Music preference as an indicator of vulnerability, "Journal of the American Child and Adolescent Psychiatry", Vol. 32/1993, s. 530-535.
- MATTHEWS G., DEARY I. J., WHITEMAN M. C., *Personality traits*, Cambridge University Press, Cambridge 2009.
- MCCRAE R. R., COSTA P. T. Jr., Personality trait structure as a human universal, "American Psychologist", Vol. 52/1997, s. 509-516.
- McFERRAN K. S., SAARIKALLIO S., Depending on music to make me feel better: Who is responsible for the ways young people appropriate music for health benefits, "The Arts in Psychotherapy", Vol. 41/2013, s. 89-97.
- MIRANDA D., CLAES M., Musical preferences and depression in adolescence, "International Journal of Adolescence and Youth", Vol. 13/2007, s. 285-309.
- MIRANDA D., CLAES M., Personality Traits, Music Preferences and Depression in Adolescence, "International Journal of Adolescence and Youth", Vol. 14, No. 3/2012, s. 277-298.
- MIRKOVIĆ-RADOŠ K., *Psihologija muzike. Zavod za udžbenike i nastavna sredstva*, Beograd 1996.
- MIZELL L., CRAWFORD B., ANDERSON C., *Music preferences in the US, 1982-2002. Report for the National Endowment for the Arts*. Santa Monica, Lee Mizell Consulting, California 2003.
- MONTELLO L., COONS E. E., Effects of Active Versus Passive Group Music Therapy on Preadolescents with Emotional, Learning, and Behavioral Disorders, "Journal of Music Therapy", Vol. 35, No. 1/1998, s. 49-67.
- NORTH A. C., Individual Differences in Musical Taste, "The American Journal of Psychology", Vol 123, No. 2/2010, 199-208.
- NORTH A. C., HAGREAVES D. J., O'NEILL S. A., The importance of music to adolescents, "British Journal of Educational Psychology", Vol. 70/2000, s. 255-272.
- NORTH A.C. and HAGREAVES D.J., Problem music and self-harming, "Suicide and Life-Threatening Behavior", Vol. 36/2006, s. 582-590.
- NORTH A.C., Individual Differences in Musical Taste, "The American Journal of Psychology", Vol. 123, No. 2/2010, s. 199-208.
- PAŁOŚ P., *Osobowościowe i temperamentalne uwarunkowania preferencji muzycznych, mps pracy magisterskiej*, Wydział Psychologii UW, Warszawa 2004.
- PERVIN L. A., JOHN O. P., *Psychologia osobowości: teoria i badania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.

- PAYNE E., Towards an understanding of musical appreciation, "Psychology of Music", Vol. 8, No. 2/1980, s. 31-41.
- RENTFROW P. J., GOSLING S. D., The content and validity of music-genre stereotypes among college students, "Psychology of Music", Vol. 35, No. 2/2007, s. 306-326.
- RENTFROW P. J., GOSLING S. D., The do re mi's of Everyday Life: The structure and personality correlates of music preferences, "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 84/2003, s. 1236-1256.
- RENTFROW P. J., GOSLING S. D., Message in a ballad. The role of music preferences in interpersonal perception, "Psychological Science", Vol. 17, No. 3/2006, s. 236-242.
- RENTFROW P. J., GOSLING S. D., The content and validity of music-genre stereotypes among college students, "Society for Education, Music and Psychology Research", Vol. 35, No. 2/2007, s. 306-326.
- RENTFROW P. J., GOLDBERG L. R., LEVITIN J. D., The Structure of Musical Preferences: A Five-Factor Model, "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 100, No. 6/2011, s. 1139-1157.
- SAARIKALLIO S., ERKKILÄ J., The role of music in adolescents' mood regulation, "Psychology of Music", Vol. 35, No. 1/2007, s. 88-109.
- SAARIKALLIO S., TERVANIEMI M., LAITINEN S., FORSBLOM A., SOINILA S., MIKKONEN M., HIETANEN M., Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke, "Brain", 2008, nr 131, 866-876, doi:10.1093/brain/awn03 (stan na dzień 17.03.2017).
- SAARIKALLIO S., ERKKILÄ J., Development and Validation of the Brief Music in Mood Regulation Scale (B-MMR), "Music Perception: An Interdisciplinary Journal", Vol. 30, No. 1/2012, s. 93-105.
- SCHÄFER T., Determinant of Music Preferences, 2008, <http://www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/5749/data/DissertationThomasSchaefer.pdf> (stan na dzień 17.03.2017).
- SCHWARTZ K. D., FOUTS G. T., Music Preferences, Personality Style, and Developmental Issues of Adolescents, "Journal of Youth and Adolescence", Vol. 32, No. 3/2003, s. 205-213.
- SOROKOWSKA A., SŁOWIŃSKA A., ZBIEG A., SOROKOWSKI P., Polska adaptacja testu Ten Item Personality Inventory (TIPI) – TIPI-PL – wersja standardowa i internetowa, WrocLab, Wrocław 2014.
- STACHYRA K., Guided Imagery and Music, [w:] Modele, metody i podejścia w muzykoterapii, (red.) K. Stachyra, UMCS, Lublin 2012.
- TEKMAN H.G. i HORTACSU N., Music and social identity: Stylistic identification as a response to musical style, "International Journal of Psychology", Vol. 37/2002, s. 277-285.

- THOMA M. V., RYF S., MOHIYEDDINI C., EHLERT U., NATER U. M., Emotion regulation through listening to music in everyday situations, "Cognition & Emotion.", Vol. 26/2012, s. 550-560.
- VUOSKOSKI J., EEROLA T., Can sad music really make you sad? Indirect measures of affective states induced by music and autobiographical memories, "Psychology of Aesthetics, Creativity and the Arts", Vol 6, No. 3/2012, s. 204-213.
- WATT R. J., ASH R. L., A psychological investigation of the content of music, Department of Psychology, University of Stirling, Scotland 1997.
- WIGRAM T., GROCKE D., Receptive Method in Music Therapy, Jessica Kingsley Publishers, London 2007.
- YERKES R., DODSON J., The relationship of strength of stimulus to rapidity of habit formation, "Journal of Comparative Neurology and Psychology", Vol. 18/1908, s. 459-482.
- ZAWADZKI B., STRELAU J., SZCZEPANIAK P., ŚLIWIŃSKA M., Inwentarz Osobowości NEO-FFI Paula T. Costy Jr. i Roberta R. McCrea. Adaptacja polska, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2007.
- ZILLMANN D., BATHIA A., Effects of Associating with Musical Genres on Heterosexual Attraction, "Sage Journal", Vol. 16, No. 2/1989, s. 263-288.
- ZWEIFENHAFT R. L., A do re mi encore. A closer look at the personality correlates of music preferences, "Journal of individual differences", Vol. 29, No. 1/2008, s. 45-55.

Streszczenie

ZWIĄZEK OSOBOWOŚCI I PREFERENCJI MUZYCZNYCH Z REGULACJĄ NASTROJU W PRAKTYCE MUZYKOTERAPII

Tworzenie technik receptywnych i korzystanie z nich w muzykoterapii nie istnieje w oderwaniu od osoby i jej relacji z muzyką. Uwzględniając paralele zjawisk muzycznych i psychicznych (Cattell., McMichel 1960) oraz zjawisko komunikatywności muzyki w obrębie gatunków (Watt R.J. i Ash 1997) pod kątem receptywnej praktyki muzykoterapii, poszukuje się informacji opisujących całokształt podmiotu i właściwości opisujące muzykę. Głównym zagadnieniem, wyznaczającym kierunek badań było pytanie o związek między strukturą osobowości w modelu Wielkiej Piątki i preferencjami dla gatunku muzyki w modelu preferencji muzycznych, a sposobami regulacji nastroju z udziałem muzyki. W badaniu brały udział osoby z rozpoznaniem depresji (N=50) i osoby zdrowe (N=42), które znajdowały się w sytuacji słuchania muzyki podczas sesji muzykoterapii. Uczestnicy quasi-eksperymentu dokonywały samoopisu cech osobowych i preferowanych gatunków muzycznych, przy użyciu polskiej adaptacji kwestionariusza *Ten Item Personality Inventory* (TIPI) (Rentfrow i Gosling 2003), czyli *Krótkiego Inwentarza Osobowości TIPI-PL* (2014) oraz *Short Test of Music Preferences* (STOMP) (Rentfrow, Gosling i Swann 2003). Badani wypełniali również polską adaptację (Gugnowska 2014) kwestionariusza *Music in Mood Regulation* (MMR) (Saarikallio i Erkkilä 2007).

Słowa kluczowe:

osobowość, preferencje muzyczne, regulacja nastroju, muzykoterapia, psychologia muzyki

Summary

THE RELATIONSHIP OF PERSONALITY AND MUSIC PREFERENCES OF MUSICAL EXPERIENCE AND MOOD REGULATION IN THE PRACTICE OF MUSIC THERAPY

Create receptive techniques and use them in music therapy does not exist in isolation from the person and his relationship with music. Taking into account the parallel musical phenomena of mental and communicative music phenomenon within species for receptive music therapy practice, looking up information describing the whole of the subject and the properties that describe the music. The main issue, determining the direction of the research was the question of the relationship between the structure of personality in the Big Five model and preference for the genre in the model musical preferences, and methods to control the mood with the participation of music. In these trials the people diagnosed with depression (N=50) and healthy subjects (N= 42) that were in the situation of listening

to music during music therapy sessions. Participants quasi-experiment engaged in self-report personal characteristics and preferred music genres, using a Polish adaptation of the questionnaire *This Item Personality Inventory (TIPI)* (Rentfrow and Gosling, 2003), or *the Short Inventory Personality TIPI-E* (2014) and *the Short Test of Music Preferences (STOMP)* (Rentfrow, Gosling and Swann, 2003). The subjects also completed a Polish adaptation (Gugnowska, 2014) questionnaire *Mood Music in Regulation (MMR)* (Saarikallio and Erkkilä, 2007).

Keywords:

personality, musical preferences, mood regulation, music therapy, psychology of music

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ W BRYTYJSKICH DOMACH SPOKOJNEJ STAROŚCI Z PERSPEKTYWY REZYDENTÓW I OPIEKUNÓW

Wprowadzenie

Opieka nad starszymi osobami w Wielkiej Brytanii ma wiele różnych form: oprócz instytucji, zaangażowani są w nią także członkowie rodzin czy sąsiedzi, organizuje się grupy wsparcia (Phillips 2009, s. 16), aktywnie działają organizacje trzeciego sektora i wolontariusze. Różnorodność środków i strategii działania sprawia, że fizyczna i emocjonalna praca, która leży u podstaw opieki, staje się rodzajem kapitału społecznego budowanego na empatii, odpowiedzialności oraz wiedzy i umiejętnościach. Ów kapitał wpływa na konstruowane w ramach poszczególnych organizacji zajmujących się opieką swoistych *przestrzeni troski*, określonych formalnie przez np.: kodeks pracowników, zasady implementowane na treningach i w materiałach szkoleniowych, wreszcie przez planowanie samej przestrzeni (hasła motywacyjne, wystrój pomieszczeń, zajęcia). Brytyjskie domy opieki to fenomen społeczno-kulturowy, a ich funkcjonowanie warunkuje pozytywne nastawienie społeczne (Sznajder 2016, s. 152). Postrzegane są jako naturalne przejście ze stanu pełnej senioralnej niezależności w niedołączenie i wielochorobowość aż do stanu wymagającego opieki u kresu życia. Można w nich zaobserwować zróżnicowane formy niesprawności, niesamodzielności i niepełnosprawności, które wpływają na życie rezydentów oraz stawiają wymagania względem pracowników. Artykuł prezentuje refleksje nad niepełnosprawnością jako *realnym doświadczeniem* osób starszych i zajmujących się nimi opiekunów w domach spokojnej starości w jednej z dzielnic Londynu. Artykuł ma wartość dokumentacyjną: rejestruje zaobserwowane przykłady niepełnosprawności fizycznej i psychicznej z perspektywy badacza z Europy Środkowo-Wschodniej w kontekście przestrzeni starości konstruowanej przez doświadczenia angloamerykańskie.

U podstaw przyjętej w artykule praktyki badawczej leży etnografia zaangażowana, określana przez badaczy jako podróż w teraźniejszości, odbywająca się w konkretnym czasie i przestrzeni (Hastrup 1995, s. 9), którą w tym przypadku jest aktywny udział w rutynie kolejnych dni, tygodni i miesięcy domu opieki. Badacze podkreślają, że codzienne doświadczenia życiowe osób z niepełnosprawnością były często pomijane na rzecz analiz czysto strukturalnych (Paterson 2001, s. 85). Etnografię zaangażowaną, u której podłoża leżą doświadczenia autoetnograficzne, można łączyć z emocjonalną odpowiedzią na zjawiska, zachowania, słowa obserwowane i zasłyszane w badanej przestrzeni. Łączenie tego, co osobiste z tym, co kulturowe, społeczne, polityczne umożliwia sposób pisania (Davis i Ellis 2008, s. 284), pokazujący wielorakie interpretacje, doświadczenia i głosy wyłaniające się z badanej kultury. Opis etnograficzny jest ponadto nieustannym porównaniem – tłumaczy sposoby życia i myślenia innych przez odniesienie do nas samych jako badaczy (Gay y Blasco i Wardle 2007, s. 20). Czerpiąc dane do niniejszego artykułu, bazuję tu na wiedzy „ukrytej”, której źródłem są ludzie pracujący w tej samej branży wiele lat, często bez szczególnej wiedzy teoretycznej w danym zakresie. Rutynowość sprawowanych obowiązków oraz wieloletnie zaangażowanie i doświadczenie sprawiają, że stają się oni mistrzami w swoim fachu oraz posiadają cenną wiedzę praktyczną, połączoną z ukształtowaną warunkami pracy osobowością opiekuna – charakterystyczną dla tego zawodu – i umiejętnością reagowania w trudnych emocjonalnie sytuacjach, które nieodłącznie wiążą się z utratą sprawności, chorobą i odejściem rezydenta. Kompleksowość czynności sprawowanych w opiece kształtuje pracowników tak samo jak i wzajemne relacje w pracy czy też z rezydentami. Niesprawność, niesamodzielność, niepełnosprawność rezydentów są postrzegane jako naturalne, a opiekun na pierwszym miejscu powinien stawiać dobro rezydenta: naczelnym celem jest podtrzymanie go jak najdłużej w stanie choćby względnej niezależności, mobilności, samodzielności, jeśli nie w większości, to w kilku podstawowych czynnościach życiowych. Etnograf znajdujący się w przestrzeni zamkniętej, jaką jest dom spokojnej starości, oddaje głos tym, których inaczej trudno byłoby usłyszeć.

Starzenie się i niepełnosprawność w kontekście standardów opieki

Przewlekłe procesy chorobowe, które towarzyszą trwającemu zwykle kilkadziesiąt lat procesowi starzenia się, prowadzą do niepełnosprawności (Kamusińska i Słopiecka 2012, s. 222), stąd też w wieku starszym niepełnosprawność jest często postrzegana jako „nieuchronne wydarzenie życiowe” (Barnes i Mercer 2008, s. 79). W myśleniu potocznym zapoczątkowuje ona procesy związane z odchodzeniem i prowadzi do śmierci. Tymczasem przykłady z życia codziennego obserwowane w domach spokojnej starości

pokazują, że również w wieku senioralnym istnieje możliwość regeneracji organizmu (tab. 2).

Przyczyny niepełnosprawności w wieku starszym to m.in.: uszkodzenia i choroby narządów ruchu, wzroku, słuchu; schorzenia układu krążenia, neurologiczne, psychiczne; upośledzenie umysłowe (Przybyłka 2013, s. 184). Gutowska (2015, s. 13-18) z pojęciem *niepełnosprawności* rozumianej jako wielowymiarowe zjawisko wzajemnych relacji między czynnikami zdrowotnymi (choroby, urazy, zaburzenia), środowiskowymi (m.in. prawo, polityka społeczna, architektura) i jednostkowymi (m.in. wiek, płeć, poziom wykształcenia, cechy osobowości) łączy dwa inne: *niesprawność* – utratę sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym, oraz *niesamodzielność* – niezdolności do samodzielnego myślenia, działania czy zaspokajania potrzeb biologicznych, a co za tym idzie, wykonywania codziennych czynności bez wsparcia ze strony osób trzecich. Pojęcie niepełnosprawności nakłada zatem swój zakres na dwa pozostałe: niesprawność i niesamodzielność. W dalszej części artykułu stosować będę pojęcie niepełnosprawności, rozróżniając dwa jej aspekty: fizyczny i psychiczny. W przestrzeniach starości pokonać niepełnosprawność fizyczną można z pomocą urządzeń takich jak podnośnik (hoist), rama Zimmera, wózek inwalidzki czy też zwykła laska. Niepełnosprawności umysłowej zapobiegać mogą np. ćwiczenia aktywizujące umysł i ciało, warsztaty reminiscencyjne czy uporządkowanie przestrzeni pokoju. Świadomość konieczności podtrzymania sprawności fizycznej i umysłowej seniora możliwie jak najdłużej przez dobrze przeszkolonych i oddanych swojej pracy opiekunów może stać się bardzo skuteczną odpowiedzią na niepełnosprawność i związane z nią problemy dla jednostki i otoczenia. Współczesne trendy do automatyzacji i robotyzacji przestrzeni troski są obiecujące (Mikołajewska i Mikołajewski 2013, s. 109) i w przyszłości można oczekiwać nowych rozwiązań, które będą odpowiedzią dla niepełnosprawności fizycznej i umysłowej.

Strategie dobrej opieki nad niepełnosprawnymi seniorami zarówno w opiece indywidualnej czy też w domu spokojnej starości winny być oparte o określone standardy (tab.1). Domy spokojnej starości, w których środowisku prowadzone były obserwacje¹, zostały ocenione przez Komisję ds. Oceny Jakości Opieki² jako dobre, biorąc pod uwagę aspekty takie jak bezpieczeństwo rezydentów, efektywność pracy ośrodka, sprawowaną opiekę

¹ Kilkumiesięczna obserwacja etnograficzna prowadzona była w 2016 r. w dwóch prywatnych ośrodkach opieki (południowo-wschodnie przedmieścia Londynu), zorganizowanych wedle standardów brytyjskich (ośrodek I) i amerykańskich (ośrodek II). Celem tego pilotażowego projektu było zbadanie środowiska opieki niepaństwowej, zorganizowanego wedle modelu korporacji (zarówno ośrodek I, jak i II należą do międzynarodowych sieci, liczących ponad 300 placówek). Rozmowy z personelem i mieszkańcami domów pozwoliły także na zebranie informacji dotyczących praktycznego radzenia sobie z chorobami i niepełnosprawnością rezydentów, które prezentuje niniejszy artykuł.

² Komisja reguluje pracę domów spokojnej starości, szpitali, przychodni, klinik, np. dentystrycznych, dietetycznych, ds. planowania rodziny, ośrodków psychiatrycznych, agencji zatrudniających pracowników indywidualnej opieki domowej.

i reagowanie na potrzeby rezydentów oraz zarządzanie ośrodkiem (Care Quality Commission 2017). Poniższa tabela ilustruje zaobserwowane w badanym środowisku przykłady dobrych praktyk w odniesieniu do norm formalnych.

Tabela 1.

Podstawowe założenia dobrej opieki opracowane na podstawie bazy informacyjnej Komisji ds. Oceny Jakości Opieki (Care Quality Commission) i zinterpretowane w kontekście zaobserwowanych przykładów

Standardy	Definicja	Przykłady pracy z rezydentem niepełnosprawnym
Opieka skierowana na osobę <i>Person-centred care</i>	Opieka, która odpowiada na potrzeby i preferencje rezydenta.	Zapewnienie niepełnosprawnemu ruchowo rezydentowi udziału we wspólnych posiłkach (np. przenosząc go rano z łóżka za pomocą podnośnika na wózek, po umyciu i ubraniu zawożąc do jadalni, zamiast serwować śniadanie do łóżka).
Godność i szacunek <i>Dignity and respect</i>	Wszelkie działania w zakresie opieki winny wynikać z godności i szacunku do osoby.	Zapewnienie prywatności przez zamykanie drzwi pokoju i zasłanianie okien podczas ubierania czy mycia rezydenta. Równe traktowanie rezydentów na wózkach, z ramą Zimmera, z laską, jak i poruszających się niezależnie przez zapewnienie im nieograniczonego dostępu do zajęć i rozrywek w świetlicy.
Zgoda <i>Consent</i>	Rezydent (lub osoba prawnie zań odpowiedzialna) winna wyrazić zgodę na proponowane formy opieki, nim zostaną one zastosowane w praktyce.	Rozmowa z nietrzymającym moczu rezydentem na temat konieczności założenia w nocy pieluchomajtek, które zapewnią komfort i spokojny sen.
Bezpieczeństwo <i>Safety</i>	Opieka winna być bezpieczna, bez narażania rezydenta na uszkodzenie ciała lub szkody psychiczne. W tym celu należy ocenić potencjalne zagrożenia związane z danym rezydentem.	Teoretyczny i praktyczny trening opiekunów w zakresie korzystania z urządzeń takich jak np. podnośnik, wózek inwalidzki, wanna z krzesłem.

Standardy	Definicja	Przykłady pracy z rezydentem niepełnosprawnym
<p>Ochrona przed złym traktowaniem</p> <p><i>Safeguarding from abuse</i></p>	<p>Prewencja przed doświadczeniem przez rezydenta znajdującego się pod opieką jakichkolwiek form złego traktowania, takich jak zaniedbanie, upokarzanie, nieuzasadniona kontrola, ograniczanie wolności.</p>	<p>Zapewnienie komfortu psychicznego osobie z chorobą Alzheimera, która co wieczór krąży po korytarzu i zagląda do pokoi innych rezydentów: dostarczenie indywidualnych zajęć (np. przeglądanie albumu ze zdjęciami), racjonalna organizacja czasu w stanach rozdrażnienia (np. wspólne porządkowanie pokoju, prysznic).</p>
<p>Jedzenie i napoje</p> <p><i>Food and Drink</i></p>	<p>Rezydent znajdujący się pod opieką winien mieć zapewnioną taką ilość pożywienia, która utrzymać go będzie w dobrym zdrowiu.</p>	<p>Asystowanie przy jedzeniu osób sparaliżowanych, niewidomych czy z chorobą Parkinsona. Różnorodność codziennych posiłków, możliwość wyboru na przykład soków na śniadanie, dań w menu, możliwość zamówienia indywidualnych potraw na życzenie.</p>
<p>Pomieszczenia i sprzęt</p> <p><i>Premises and Equipment</i></p>	<p>Pomieszczenia winny być czyste i zadbane, dostosowane do potrzeb rezydentów. Urządzenia stosowane w opiece muszą spełniać standardy bezpieczeństwa i być stosowane zgodnie z przeznaczeniem.</p>	<p>Codziennie czyszczenie przez osoby sprząające ubikacji niedowidzącego rezydenta, który ma problemy z trafieniem w otwór toalety podczas załatwiania się.</p> <p>Regularna kontrola stanu urządzeń służących do przemieszczania niepełnosprawnych ruchowo.</p>
<p>Reklamacje</p> <p><i>Complaints</i></p>	<p>Rezydent ma prawo do złożenia skargi na opiekunów i świadczonej przez nich opiekę. Ta skarga winna być udokumentowana na piśmie, następnie winny być wszczęte przez menadżera określone czynności wyjaśniające sprawę.</p>	<p>Dostępność formularzy reklamacyjnych oraz skrzynek, do których można je złożyć.</p> <p>Indywidualne konsultacje niezależnego pracownika z rezydentami na temat ich potrzeb i jakości sprawowanej opieki.</p> <p>Comiesięczne spotkania rezydentów z osobą zarządzającą placówką, na których mogą przedstawić swoje sugestie.</p>
<p>Dobre zarządzanie ośrodkiem</p> <p><i>Good governance</i></p>	<p>Dyrektor domu opieki zobowiązany jest zaplanować działania zmierzające do podnoszenia standardów ośrodka. Winien również wypracować efektywne sposoby sprawdzania jakości i bezpieczeństwa sprawowanej opieki, które zmierzają do jej ciągłej poprawy i zmniejszenia ryzyka dla zdrowia, bezpieczeństwa i dobrostanu.</p>	<p>Umiejętność stworzenia przez dyrektora i jego pracowników odpowiedniego środowiska, w którym osoby mniej i bardziej sprawne mogą harmonijnie egzystować.</p>

Standardy	Definicja	Przykłady pracy z rezydentem niepełnosprawnym
<p>Zespół przeszkolonych i odpowiedzialnych pracowników</p> <p><i>Staffing/Fit and proper staff</i></p>	<p>Pracownicy opieki muszą mieć odpowiednie kwalifikacje, winni być kompetentni i doświadczeni, aby spełniać standardy opieki, świadczyć usługi na wysokim poziomie. Pracownicy muszą otrzymać wszelką pomoc w sprawowaniu dobrze swej roli, wliczając się w to także szkolenia oraz nadzór. Rekrutacja pracowników powinna być określona za pomocą odpowiednich procedur, weryfikująca ich dotychczasową historię zatrudnienia i kartotekę kryminalną.</p>	<p>Każdy nowy pracownik zobligowany jest do tygodniowego treningu teoretycznego, który dostarcza podstawowych informacji o opiece nad osobami starszymi z niepełnosprawnościami. Trening taki ujmuje różnorodne aspekty związane zarówno z BHP, jak i opieką samą w sobie, jej celami, znaczeniem dla niepełnosprawnych rezydentów, strategiami radzenia sobie w różnych sytuacjach.</p> <p>Wdrażanie pracownika w etos opieki charakterystyczny dla danego domu starości za pomocą ulotek informacyjnych, biuletynów, treningów online.</p>
<p>Obowiązek szczerości</p> <p><i>Duty of candour</i></p>	<p>Menadżer winien otwarcie przedstawić rezydentowi zasady opieki w ośrodku. W przypadku problemów ma obowiązek o tym poinformować, ofiarować niezbędne wsparcie, przeprosić.</p>	<p>Niepełnosprawny rezydent musi zostać poinformowany, czy jego potrzeby spotkają się z odpowiedzią, np. czy ośrodek zatrudnia wystarczającą ilość opiekunów, którzy będą mogli podnieść go rano z łóżka za pomocą podnośnika, pomóc przed śniadaniem w toalecie bez konieczności czekania 2-3 godziny.</p>
<p>Jawność oceny</p> <p><i>Display of ratings</i></p>	<p>Ośrodek ma obowiązek umieścić w widocznym miejscu ocenę wystawioną przez Komisję ds. Oceny Jakości Opieki. Informacja winna być także dostępna na stronie internetowej oraz w materiałach prezentowanych klientom ośrodka.</p>	<p>Banner zewnętrzny na budynku prezentujący ocenę, informacje na tablicach ogłoszeń wewnątrz budynku.</p>

Właściwie zorganizowana opieka osoby starszej pomaga przezwyciężyć niepełnosprawność, a w niektórych przypadkach prowadzi do rehabilitacji i poprawy stanu zdrowia (np. powrotu do niezależnego poruszania się z ramą Zimmera po upadku ze złamaniem biodra i protezoplastyką stawu). Cechą szczególną tej opieki jest asystowanie w codziennych czynnościach przy jednoczesnym zachęcaniu do niezależności. Innymi słowy, dobra opieka to nie nadopiekuńczość, ale raczej rehabilitacja zarówno ciała i umysłu tak, by rezydent ponownie uwierzył we własne siły. Holistyczne podejście pracowników domów spokojnej starości do niepełnosprawnych seniorów, tj. wsparcie rezydentów w pokonywaniu barier zarówno fizycznych, jak i psychicznych związanych z niepełnosprawnością należy kształ-

tować za pomocą kursów i szkoleń³. Placówki opiekuńcze winny być wyposażone w sprzęt umożliwiający aktywizowanie osób niepełnosprawnych, np. podnośnik, który pozwoli na codzienne umieszczenie niepełnosprawnego ruchowo rezydenta w wózku inwalidzkim, umożliwiając mu funkcjonowanie w przestrzeni domu starości i udział w zajęciach, zamiast spędzania dnia we własnym łóżku czy w obrębie pokoju w fotelu. Zasada „Pozostań jak najdłużej mobilny i aktywny” to reguła wobec wszystkich, której stosowanie choćby i z pomocą laski, ramy Zimmera, wózka inwalidzkiego czy podnośnika umożliwi 80-cio, 90-cio, a nawet 100-latkom *aktywną obecność w przestrzeni*, reagowanie na płynące z niej bodźce, relacje z innymi rezydentami, zamiast powolnego i samotnego umierania w pokoju w łóżku.

Obserwacje w domach spokojnej starości pokazują również specyfikę relacji senior-rodzina, które często są zaburzone z powodu niedostatecznej informacji o środkach radzenia sobie z niepełnosprawnością fizyczną i psychiczną osoby bliskiej oraz jej skutkami dla otoczenia. Skuteczne strategie radzenia sobie z dyskursem choroby i niepełnosprawności dotyczą więc także członków rodziny – opiekunów osób starszych. W przeciwieństwie do osób zajmujących się opieką zawodowo, członkowie rodziny intuicyjnie pokonując kolejne szczeble wtajemniczenia w sposoby opiekiowania się swymi bliskimi często nie dostrzegają pewnych rozwiązań, które znacznie ułatwiłyby codzienne funkcjonowanie osoby starszej lub organizację pracy samych opiekunów przy takiej osobie. To prowadzić może do niezadowolenia, przemęczenia, frustracji. Niewiele mówi się o tym, że osoba starsza z niepełnosprawnością może uwikłać w dyskurs swojej choroby najbliższych członków rodziny, stawiając siebie i chorobę w centrum, wykorzystując niepełnosprawność do skupienia na sobie uwagi, wzbudzania litości, manipulowania opiekującymi się nią osobami⁴. Skuteczne strategie psychologiczne, jak i organizacja pracy w oparciu o doświadczenia profesjonalnych ośrodków pozwoliłyby na sprawowanie opieki na wysokim poziomie przy jednoczesnym zachowaniu dystansu wobec choroby osoby, która prowadzi często do napięć i konfliktów, a w skrajnych przypadkach do przemocy skierowanej w stronę seniora [np. zachowania takie jak uderza-

³ Są to np. obowiązkowe tygodniowe szkolenia przed rozpoczęciem pracy w danym ośrodku czy też odbywające się już w trakcie zatrudnienia treningi on-line oraz stopniowe zdobywanie kwalifikacji zawodowych opiekuna we współpracy z indywidualnym trenerem zapewnionym przez zakład pracy (NVQ).

⁴ Za przykład służy zaobserwowana relacja między niepełnosprawną ruchowo 65-letnią matką (cukrzyca, otyłość, opuchlizna kończyn, nadużywanie alkoholu), wymagającą pomocy przy codziennej porannej toalecie oraz transportowania na dalsze odległości za pomocą wózka inwalidzkiego, a jej blisko 35-letnim synem, opiekującym się nią na co dzień. Całkowite zaangażowanie w opiekę nad matką, w które wchodziło również mycie jej i codzienne nacieranie kremem przeciw atopowej skórze wypełniało życie oddanego opiece młodego mężczyzny, który nie nauczył się „wychodzić” z dyskursu choroby inaczej niż przez alkohol, ani też tworzyć własnego życia rodzinnego, był zaniedbany i osamotniony. Gdy matka podjęła decyzję o dwutygodniowych „wakacjach” w domu spokojnej starości, tym samym umożliwiła swojemu synowi odpoczynek od codziennych obowiązków, a jednocześnie przeprowadzenie remontu domu (Notatka terenowa, lato 2016 r., ośrodek I. Rezydentka lat 65 cierpiąca na zespół chorób związanych z cukrzycą).

nie, bicie szarpanie, popychanie, poszturchiwanie, izolowanie, zamykanie (Bedyńska i inni 2009, s. 39)]. Być może rozwiązaniem byłyby również konsultacje z odpowiednio przeszkolonymi w tym zakresie pracownikami socjalnymi czy psychologami, skuteczna aktywność stowarzyszeń i grup wsparcia.

Wiedza o niepełnosprawności na starość i o dostępnych rozwiązaniach ułatwiających funkcjonowanie seniorom winna być dostępna członkom ich rodzin, którzy na co dzień zaangażowani są w opiekę. Zwiększona świadomość na temat niepełnosprawności osoby starszej pozwoliłaby uniknąć zachowań niestosownych, nieodpowiedzialnych czy patologicznych⁵.

Niepełnosprawne ciało

Czy to Parkinson? – zapytuję widząc jak zmaga się z ramą Zimmera. Nie. Reumatyzm. Odziedzyczyłam po mamie. Genów nie można wymienić – Reumatyzm poskręcał jej palce, z rąk kobiety uczynił ręce dziecka, jakby sklezione paraliżem palce, obkurczył je, wykrzywił stawy i kości. A to – wskazuje dwie podłużne blizny – po operacji kolan. Kiedyś biegałam półmaratony, wygrywałam, bardzo chciałam być jak najdłużej sprawna. Ale odezwała się choroba. Przepraszam, że idę tak wolno, pewnie się niecierpliwisz, ale nie mogę szybciej. (Notatka terenowa, zima 2016 r., ośrodek II. Rozmówczyni lat 75 cierpiąca na reumatyzm)

Niepełnosprawność ludzi starszych i w podeszłym wieku nierozwalnie związana jest z wyglądem ich ciała, jego postępującymi dysfunkcjami, niedoskonałą cielesnością, uwikłaną z jednej strony w rozpoznawane przez lekarzy jednostki chorobowe, z drugiej zaś stygmatyzowana przez społeczeństwo, które zanurzone w kulcie młodości odrzuca myśl o niedoskonałości, niesprawności, kalectwie⁶. Problematyczność starczego ciała to między innymi jego podatność na ból i choroby, dewaluacja statusu

⁵ Pojęcie przemocy jest pojemne. Halicka (2014, s. 2-3) definiuje siedem rodzajów przemocy: fizyczna, psychiczna, finansowa, seksualna, symboliczna, zaniedbania, opuszczenie, klasyfikując je pod względem przejawów oraz skutków dla seniorów. Polskie opracowania, analizujące przemoc wobec osób starszych ze strony członków rodziny wskazują na obecność problemu w społeczeństwie, np. przemoc psychiczną, polegającą na wytykaniu niepełnosprawności fizycznej lub psychicznej zaobserwowała w swoim środowisku blisko połowa starszych respondentów (48,5%); do przemocy tego typu we własnych rodzinach przyznało się 13,2% (Bedyńska i inni 2009, s. 16).

⁶ Zmieniające się postawy wobec chorego czy kalekiego ciała, sposoby ich postrzegania i interpretacji wynikają z przemian kulturowo-społecznych (Brocki 2007), jednakże zmiany zachodzą powoli, gdyż utrwalone schematy poznawcze są trudne do przezwyciężenia. Niedoskonałe, niepełnosprawne i kalekie ciało nie spełnia oczekiwań społeczeństwa, jest dysfunkcjonalne, naznaczone przez brzydotę stając się źródłem cierpienia (Moskalewicz 2015; Jakubowska 2009); jest pozbawione znaczenia, sprowadzone do biologiczności i materialności (Jakubowska 2012); często poddane medykalizacji, jeśli uzna się jego stan za patologiczny i niepożądany (Nowakowski i Nowakowska 2010; Majchrowska i Nowakowska 2015), przez co uwidacznia się jego słabość i utrata istotnych kulturowo wartości (np. zdrowie, sprawność).

społecznego oraz kulturowego i, co z tym związane, postrzeganie go jako „innego” i „odróżniającego się”, którego wygląd i dysfunkcjonalność przypominają o skończoności człowieka (Tulle-Winton 2000, s. 64-65). Jednakże problematyka znaczeń związanych z ciałem jest znacznie szersza. Odpowiedzią na niepełnosprawność jest triada Synnotta, który podkreśla trzy współczesne aspekty ciała (*plastic, bionic, holistic*): ciało jest plastyczne – można je przekształcać i zmieniać wedle potrzeb, selekcjonować jego części, np. w celu przeszczepu, wycięcia organów chorych i zbędnych; ciało jest bioniczne – można je połączyć z urządzeniami typu rozrusznik serca, wczepić zastawki, tytanowe biodra, polimerowe naczynia krwionośne, elektroniczne oko czy implant ucha, włókna kolagenowe, silikonową skórę, poliuretanowe serce; ciało jest holistyczne – uwarunkowane nie tylko biologicznie, ale i psychologicznie, społecznie, przez środowisko fizyczne, co podkreślają holistycy (Synnott 1993, s. 34-36). Ta złożoność widoczna jest także w odniesieniu do ciała starczego i niepełnosprawnego. Starcze ciało, podobnie jak ciało niepełnosprawne osoby młodej, traci swoją funkcję społeczną, ale może zostać zaakceptowane jakim jest, gdy zostanie niejako wyparte ze świadomości (Paterson 2001, s. 88). Maszyny, implanty, nowe technologie wspomagają funkcjonowanie ciała, zaś stworzenie odpowiedniego środowiska do życia: zaprojektowanie pomieszczeń, zorganizowanie zajęć aktywizujących, dbałość o właściwe odżywianie i higienę osobistą sprawiają, że cielesność w podeszłym wieku i związane z nią niesprawność, niesamodzielność i niepełnosprawność nie są przeszkodą na drodze do udziału w wykreowanych przez rodzinę czy instytucję przestrzeniach starości. Znaczenie, myśl i umysł są nierozdzielnie związane z naszymi ciałami (Johnson 2015, s. 301) i warto przypominać o tym, planując praktyczne strategie radzenia sobie ze niepełnosprawnością zapobiegające wykluczeniu osób starszych (tab.2).

Istotnym elementem w radzeniu sobie z niepełnosprawnością fizyczną są wszelkie zajęcia ruchowe, takie jak zorganizowane raz w tygodniu ćwiczenia dla osób na wózkach inwalidzkich, drużynowe mecze siatkówki „na siedząco”, gry w trafianie do celu: kulki, koszykówka czy też zabawy taneczne. Zajęcia manualne: układanie bukietów kwiatowych, malowanie, sadzenie roślin, rzeźby z masy solnej dostarczają dodatkowo doznań estetycznych i pozwalają na wyrażenie emocji. O niepełnosprawności można także zapomnieć wsłuchując się w dźwięki piosenek z czasów młodości, które wykonują w formie koncertu dla wszystkich czy też indywidualnie na życzenie w pokojach rezydentów zaproszeni bardowie, pozwalając zapomnieć o teraźniejszości i przywołać wspomnienia z przeszłości.

Przykładowe strategie radzenia sobie z niepełnosprawnością indywidualnych rezydentów oraz ich opiekunów

Wiek i płeć rezydentów	Rodzaj niepełnosprawności fizycznej	Strategie indywidualne rezydentów	Strategie opiekunów
104 lata, kobieta	Oslabienie mięśni zwieraczy cewki moczowej powodujące chroniczne nieprzytrzymanie moczu	Przyzwyczajenie do noszenia pieluchomajtek oraz do ich samodzielnej wymiany. Podtrzymanie aktywności fizycznej przez niezależność w poruszaniu się z pomocą ramy Zimmera	Dyskretna kontrola zmiany pieluchomajtek celem zapobieżenia ewentualnemu przeciekaniu, a tym samym psychicznemu i fizycznemu dyskomfortowi u rezydentki
82 lat, mężczyzna	Paraliż lewej strony ciała spowodowany udarem	Stosowanie wzmocnień psychologicznych – oglądanie w telewizji programów sportowych, obserwowanie zmagania, wysiłku fizycznego ludzi młodszych	Asystowanie (z wózkiem inwalidzkim na wypadek zmęczenia) przy przemieszczaniu się rezydenta z trójnożną laską na posiłki trzy razy dziennie
96 lat, kobieta	Sztwywnienie i drżenie kończyn spowodowane chorobą Parkinsona	Zachowanie pełnej niezależności w spożywaniu posiłków w jadalni wraz z innymi rezydentami przy odpowiednim zabezpieczeniu ubrania	Asystowanie przy przemieszczaniu się rezydenta na posiłki (wózek inwalidzki) czy do toalety (rama Zimmera)
75 lat, kobieta	Unieruchomienie kończyn dolnych spowodowane nieudaną operacją kręgosłupa po wypadku	Systematyczne ćwiczenia kończyn górnych	Pomoc w higienie osobistej, asystowanie w przemieszczaniu się do toalety, łóżka, fotela za pomocą hoista
83 lata, kobieta	Złamanie biodra w wyniku upadku	Po powrocie ze szpitala systematyczne samodzielne „space-ry” na wózku inwalidzkim po korytarzu celem podtrzymania aktywności mięśni nóg	Stopniowe podnoszenie z wózka rezydentki, ćwiczenia z ramą Zimmera aż do uzyskania pełnej samodzielności

Niepełnosprawny umysł

Analiza doświadczeń brytyjskich wskazuje na złożoność problemów, jakie stawia niepełnosprawność związana z pamięcią. Rozwiązania przynoszą najnowsze badania w tej dziedzinie, których rezultaty przekładane są na praktykę. Usprawnianie zarówno strategii pracy, jak i regulacji prawnych pozwala na skuteczne reagowanie na niepełnosprawność umysłów seniorów, pod którym w Wielkiej Brytanii najczęściej rozumie się pojęcie otępienia, czyli demencji.

Demencja to słowo modne i pojemne, które bardzo często jest nadużywane, nadinterpretowane, zarówno w języku potocznym, jak i wśród profesjonalistów; niebezpiecznie rozciąga swój zakres znaczeniowy na zachowania, które z chorobą nie mają nic wspólnego, są jedynie łagodnym upośledzeniem funkcji poznawczych wieku starczego. Choć szacuje się, że w Wielkiej Brytanii około 800 000 osób ma demencję i że liczba ta wzrośnie do 1,7 miliona w 2051 r. (Bailey 2015, s. 5), badania pokazują, że u większości osób na starość choroba ta nie rozwija się, nawet w wieku tak późnym jak ponad 90 lat (Ray i Davidson 2014, s. 15). Z chorobą mamy do czynienia wówczas, gdy następuje znaczące upośledzenie życia codziennego, a osoba nie jest w stanie podejmować logicznych sądów i decyzji. Rodzaje demencji wyróżnione w podręczniku dla opiekunów (Nolan 2012, s. 14-16) to: choroba Alzheimera – utrata pamięci krótkotrwałej, gubienie rzeczy lub zmiana ich położenia, dezorientacja, problemy z komunikacją, niezdolność do właściwych osądów, oceny sytuacji; demencja naczyniowa – spowolnienie procesu myślenia, zmiany nastroju, zmiana poruszania się lub problemy z tym związane; demencja z ciałami Lewy’ego – utrata pamięci krótkotrwałej, dezorientacja, halucynacje, chodzenie we śnie, problemy z poruszaniem się (sztywność, drżenie kończyn), nadpobudliwość lub ospałość; demencja czołowo-skroniowa – zmiany osobowości (np. agresja), zmiany nawyków żywieniowych (np. pokarmy tylko słodkie).

Rodzaje problemów, z jakimi borykają się rodziny osób z demencją, przekładają się na środowisko domu spokojnej starości. Demencja w rodzinie to np. zachowania takie jak niemożność samodzielnego funkcjonowania fizycznie, umysłowo; podpisywanie umów, zaciąganie kredytów, niebezpieczeństwo oszukania „na wnuczka”; gubienie drogi, niemożność odnalezienia miejsc: „wyszedł z domu i nie wrócił”; niezdolność do kontrolowania czynności fizjologicznych: mazanie kałem po ścianach, moczenie nocne/załatwianie się w miejscach innych niż toaleta, niebezpieczeństwo śmierci z powodu wygłodzenia, groźba zakażeń spowodowana trudnościami w higienie osobistej; nierozpoznanie najbliższych osób: „rodzina jako zbiór obcych”; zmiany w zachowaniu: agresja, krzyk, powtarzanie się, rozdrażnienie, krążenie, niepokój, lęk, nagła trwoga (Andrews 2016, s. 154-192; Andrews i House 2009, s. 16-47). Rzeczywistość w domu spokojnej starości pozwala zaobserwować zachowania takie jak:

(1) problemy z pamięcią krótkotrwałą – oskarżenia opiekunów o kradzieże przedmiotów, które rezydent przed chwilą pokazywał, chciał ofiarować

itp.; o niewykonywanie czynności, np. mówi, że podczas tygodniowego pobytu wziął prysznic raz, a naprawdę otrzymywał go codziennie (w rezultacie rodzina pisze zażalenie); zapominanie o zakręceniu kranu z wodą, w efekcie zalanie łazienki, pokoju oraz pomieszczenia znajdującego się poniżej;

- (2) problemy z orientacją – niemożność odnalezienia drogi do swojego pokoju; wchodzenie do pokoi innych rezydentów, wyciąganie rzeczy z szaf/torebek, zakładanie na siebie cudzych ubrań;
- (3) problemy z zachowaniem równowagi – niebezpieczeństwo upadku, stąd też konieczność wyposażenia pokoju w meble miękkie, o zaokrąglonych krawędziach, bez kantów;
- (4) egocentryzm – skupienie na sobie, niezdolność do współżycia z innymi rezydentami, monolog zamiast konwersacji, zachowania aspołeczne, agresja, nadmierna swoboda obyczajów (chodzenie w neglizżu, publiczne drapanie się w miejscach intymnych), płaczliwość;
- (5) chomikowanie przedmiotów w specyficznych miejscach, np. kubków po herbacie w toalecie, biszkopików wśród ubrań, zużytych pieluch w stojaku na książki etc.; zjadanie gromadzonego jedzenia sprzed kilku dni, np. starego omlotu ukrytego w torebce, co doprowadza do zatrucia organizmu;
- (6) sundowning – „chcę iść do domu”, lęki wieczorne, krążenie, poszukiwanie pomieszczeń/przedmiotów, których nie ma; nakładający się układ przestrzeni architektonicznych; zdarzenia z przeszłości, które wymagały wyjścia z domu i powracają obecnie;
- (7) halucynacje – słyszenie głosów osób, których nie ma; przywoływanie zdarzeń z przeszłości, które prowadzą do działań niebezpiecznych w skutkach (np. chęć przegonienia wyimaginowanych chłopców, którzy przezywają, kończy się wywrotką i złamaniem kości biodrowej); wzory na dywanie postrzegane jako płomień ognia;
- (8) bezsenność; odwrócony rytm dobowy – nocne spacery po korytarzu, połączone z zaglądaniem do pokoi innym rezydentom.

Jak wykazują powyższe przykłady, symptomy demencji wpływają nie tylko na rezydenta, ale i na środowisko, w którym on przebywa. W skrajnych przypadkach zachowania mogą prowadzić do dezorganizacji pracy w przestrzeniach opieki. Przykładowe strategie opiekunów to przyjmowanie *Person-Centred Approach* czyli opieki skierowanej na rezydenta, wyraźnie odróżniającej osobę od chorobowych zachowań (Nolan 2012, s.15). Pomocne są tutaj wszelkie zdjęcia i pamiątki zgromadzone w pokoju, które umożliwiają rozmowę o tym, co było, o życiu rezydenta, ważnych dla niego osobach, wydarzeniach z przeszłości. Jednocześnie dla samego rezydenta fotografie czy przeniesiona z domu kolekcja figurek stanowi punkt odniesienia w obcej przestrzeni, w jakiej się znalazł. Ważną strategią opiekunów jest cierpliwość versus sprytne radzenie sobie z chorobą rezydenta. Demencję należy bowiem oszukać i, choć trudno ją całkowicie okiełznać, stosowane praktyki (takie jak choćby zajęcia w czasie największego pobu-

dzenia, np. wieczorem) pomagają osobie w miarę godnie funkcjonować. Stąd też częsty wieczorny prysznic, popołudniowe wyjście na kawę z rodziną, przedpołudniowe zajęcia reminiscencyjne: piosenki z dawnych lat, wspólne rozwiązywanie krzyżówek. Kolejną strategią jest prostota komunikacji, konwersacji, konieczność poleceń, np. zegnij kolana (by usiąść), rób duże kroki, nie dreptaj (by się nie przewrócić), połknij (zamiast „chomikować” w policzku). Przyjazność gestów, a także mowa ciała, odpowiednie pozycje przyjmowane wobec osoby siedzącej czy też stojącej zapobiegają ewentualnym nieporozumieniom, czasem nawet neutralizują potencjalną możliwość wybuchu agresji. Porządek w pokoju, usunięcie niepotrzebnych i zbędnych rzeczy, a także uporządkowanie czasu (duży kalendarz z oznaczeniem wizyt rodzinnych/u lekarza etc.; zegar/telefon z dużymi cyframi) to strategia opanowująca chaos miejsc i rzeczy, których nagromadzenie nie zawsze korzystnie wpływa na samopoczucie rezydenta. Prostota umożliwia skupienie uwagi na istotnych sprawach dnia codziennego.

Dla niektórych podopiecznych przeprowadzka do domu spokojnej starości jest przeżyciem, który stanowić może o przyspieszeniu choroby. Nie zawsze też ośrodek będzie w stanie odpowiedzieć na potrzeby rezydenta i zapewnić mu odpowiednią opiekę. Ilustruje to przedstawiona poniżej historia:

Maria, 81 lat, została przyjęta we wrześniu do domu starości na prośbę córki, która opiekuje się umierającą na raka siostrą. Ma lekką demencję, jest nałogową palaczką, wymaga obecności i uwagi. Dwa tygodnie w domu opieki wystarczą, by jej osobowość zmieniła się nie do poznania: z uśmiechniętej, żartującej ze wszystkiego staruszki, której zdarzało się podśpiewywać i wygibywać w takt melodii na korytarzu, zmienia się w coraz bardziej zamkniętą w sobie i zastraszoną osobę. Skarży się, że nie może robić tego, co chce. Każą jej podążyć za rutyną, czekać. Ciągle mylą jej się pokoje, nie może trafić do swojego (nie czyta numerów na drzwiach, nazwisk), co wywołuje frustracje oraz prowadzi do gubienia rzeczy, szlafroka, torebki, które zostawia w innych pokojach, przerażają ją rezydenci, którzy patrzą, gapią się ze swoich pokoi. Maria nie zapamiętuje osób, z którymi rozmawia lub imion opiekunek, które schodzą z nią na papierosa, ani też chronologii zdarzeń. Wieczorami miewa lęki przed zostaniem sama w pokoju, zdaje się jej, że ktoś mówi, ktoś patrzy, denerwuje ją automatyczne światło, które raz po raz gaśnie i zapala się na korytarzu. Z nerwów raz po raz przyciska guzik pomocy. Opiekunki biegną do niej i usiłują uspokoić. W rekordowy wieczór w ciągu dwóch godzin wzywa pomoc 8 razy. W labiryntach swojej pamięci szamocze się jak zwierzę w klatce, płacze. Pytana dlaczego, odpowiada „Dlaczego ja jestem taka głupia? Stałam się taka głupia!?”. Nie chce się uspokoić, nie pomaga papieros ani prysznic, za kilka godzin Maria poczuje ból w klatce i trzeba będzie wezwać pogotowie. Po zaledwie dwóch tygodniach w domu spokojnej starości ląduje w szpitalu. Wraca w nocy, ale jej stan psychiczny nie poprawia się.

Po dwóch miesiącach w domu starości Maria nadal nie pamięta położenia swojego pokoju ani imion opiekunów, rano budzi się z pytaniem „Gdzie ja jestem?”, żyje od papierosa do papierosa, ewentualnie wizyty swojej córki. Postępowanie demencji i nerwowe kompulsywne zachowania (krążenie, rytmiczne naciskanie guzika pomocy) częściowo spowodowane jest umieszczeniem w domu starości, częściowo specyfiką choroby i nałogiem. Gdzie są jednak granice tego szaleństwa? Maria przy papierosie zwierza się, że chyba jej córka (druga chora na raka) umrze. Jest więc jednak świadoma, potrafi zdefiniować najważniejsze dla niej sprawy.

Kończy się listopad. W pokoju Marii migają już świąteczne światełka na choince. Kilkanaście tygodni od wprowadzenia się do domu starości zmoczy łóżko, następnie załatwi się w koszu na śmieci zamiast w toalecie, kolejny krok to siku na korytarzu niedaleko pokoju... Niewiele będzie wieczorów spokojnych – zwykle wtedy krąży, woła o pomoc, jest czymś przerażona, chce, by spędzić z nią czas w pokoju, trzymać za rękę, rozmawiać. Czasem wyzywa opiekunów, którzy zwracają jej uwagę, by wróciła do pokoju, usiadła przed telewizorem, odpoczęła. „Dlaczego wszyscy mówią mi co mam zrobić? Dlaczego rozkazują?” Nie rozumie. „Ty przebrzydły pedale!”, krzyczy do tłumaczącego jej konieczność powrotu do pokoju opiekuna (w tym kontekście dobrze jest nie rozumieć wszystkiego po angielsku – opiekunowie emigranci zyskują na nieznanomości języka potocznego i obelg). Agresja słowna i wszelkie inne zachowania są odnotowywane jako argument dla lekarza, który ma podjąć decyzję w sprawie leków. Równocześnie nazwisko Marii trafia na listę osób do przeniesienia – dom starości dla osób z demencją tej samej firmy znajduje się cztery kilometry stąd, ale trzeba czekać, aż zwolni się miejsce. Zaczynają się bezsenne noce lub noce z trzema-czterema godzinami snu, po których zaczyna krążyć, szukać osoby do rozmowy. Co ciekawe: zapomina o papierosach. W końcu doktor przypisuje silniejsze leki – wtedy zaczyna się prawdziwy chaos. Przez kilka dni ciało sztywnieje, pochyla się, nogi kołowacieją – rezydentka przestaje normalnie się poruszać. Już wcześniej chodziła drobnymi krokami, ale teraz jej ciało jest jakby sparaliżowane, przestaje być zdolne do jakiegokolwiek ruchu. Konieczny jest wózek. Przy stole zachowuje się dziwnie, nie trafia łyżką do ust, rozlewa płatki owsiane po obrusie, po czym zbiera je ze stołu i je palcami. Je także papierową serwetę na stole. Opiekunki są bezradne. Jednak po kilku dniach ciało jakby dostosowuje się do leków – Maria powraca do poprzedniego stanu. Chodzi, rozmawia, trochę mniej krąży i jest mniej rozdrażniona.

Od września do grudnia obserwowaliśmy wachlarz zachowań, jakie pojawiają się przy chorobie Alzheimera. Obserwowaliśmy też powolne pogarszanie się sytuacji spowodowane nowym otoczeniem, do którego w końcu dopasowała się – na swój sposób. Zachowania z ostatnich dni stycznia (które były obecne również w całym tym okresie) to nadpobudliwość i lęk po kolacji – między godziną 18:00 a 20:00, gdy wracała do swojego pokoju, chciała być „zaopiekowana”, chciała, by ktoś przy niej był, pomógł ubrać się w pidżamę, posiedział i popatrzył razem w telewizor, potrzymał za

rękę. W końcu zapomniała o guziku pomocy. Teraz po prostu krzyczy rozdzierająco ze swojego pokoju: „Pomocy! Czy ktoś może mi pomóc?” Gdy nikt nie przychodzi, wychodzi z krzykiem na korytarz, do recepcji. Uporczywie szuka osoby, która wróci z nią do pokoju, chwilę posiedzi. Czasem opiekunom udaje się nakłonić ją do spędzenia wieczoru wspólnie z innymi rezydentami w świetlicy przed telewizorem – obecność innych osób uspokaja ją.

Cierpi z powodu umieszczenia jej w domu starości, często cytuje córkę „Mamo, w domu nie ma dla Ciebie miejsca, bo musimy zajmować się Alicją, dlatego jesteś tutaj”. „Dlatego jestem tutaj” – powtarza, jednakże za każdą wizytą córki prosi, by ta zabrała ją do domu. Podczas wyjść na papierosa wspomina o swojej pracy w Londynie w jednym ze sklepów w centrum, o wakacjach z dziećmi. Wspomnienia dają jej wytchnienie. Tak samo jak ogromne zdjęcie jej 8 wnuków na ścianie, które po pewnym czasie zaczyna stanowić znak rozpoznawczy pokoju. „To jest mój pokój, tu są moje dzieci” – mówi, jak w końcu do niego dotrze.

Historia Marii zakończyła się w na początku lutego – przeniesiona została do domu opieki dla osób z demencją. Kilka dni wcześniej podczas kolejnej niespokojnej nocy znowu odwiedzała pokoje swoich sąsiadów, zapalaław nich światła, przenosiła cudze kapcie do swojego pokoju, w końcu sfinalizowała niespokojną noc oddając mocz na dywan obok łóżka. Przyłapaną przez zaalarmowanych światłami w pokojach rezydentów opiekunów widząc ich twarze powtarzała „Nie bij mnie, nie bij mnie”, niczym dziecko, które ma dostać klapsa. Bezradni opiekunowie posprząkali bałagan i ułożyli Marię ponownie do snu. Patrząc na jej zdjęcie sprzed kilku lat nie mogłam uwierzyć jak bardzo zmieniła ją choroba: z uśmiechniętej, szykownej i zadbanej starszej pani, która w otoczeniu kwiatów siedziała z psem na kolanach przed swoim domem, stała się zupełnie inną osobą. (Notatka terenowa, jesień-zima 2016 r., ośrodek I. Maria lat 81 cierpiąca na chorobę Alzheimera)

Na ile rutyna dnia domu starości i brak stymulacji ze strony bliskich osób wzmacniają owe zaniki pamięci, zachowania w demencji? Człowiek pozbawiony jest znajomych bodźców, mentalnie zasypia, nie reaguje. Żyje w bezpiecznej, ale i otepiałej rutyną czasoprzestrzeni. Jego zachowania mogą rozbawiać lub przerażać. Część tych zachowań mogłaby zostać zredukowana obecnością kogoś z rodziny. Człowiek z demencją chętnie rozmawia o członkach swojej rodziny, na wspomnienie córki mówi na przykład „Moja córka? Ona codziennie mnie odwiedza” – choć w rzeczywistości tak nie jest. Rozmowa o członkach rodziny wywołuje uśmiech, koi niepokój, oswaja obcość miejsca, w którym znajduje się rezydent. Pamiętać jednak należy, że obecność rodziny nie rozwiązuje całkowicie problemu demencji, która często jako choroba domaga się 24-godzinnej uwagi. Nie mogą tego zapewnić osoby pracujące zawodowo.

Praca nad pamiętnikiem czy księgą życia, tzw. *Life History Book* (Alzheimer’s Society 2017) wraz z rodziną we wczesnych fazach demencji pozwala w sposób konstruktywny spędzić razem czas, budować nić poro-

zumienia. Stanowi bramę do bogactwa wspomnień i pozwala odpowiedzieć na najważniejsze pytania: skąd pochodzimy? jakie było nasze życie? co po nas zostanie?, których waga wzrasta wraz ze zwiększającymi się z czasem problemami z pamięcią. Historia życia osoby, prawo do jej zachowania, celebrowania, rozmawiania o niej powinno stać w centrum opieki nad osobami starszymi, obok pomocy w codziennych trudach związanych ze starzejącym się biologicznie organizmem. Uporządkowanie wydarzeń życia jest ważne dla rezydenta, rodziny, jak i opiekuna. Otwiera drogę do poznania człowieka, którego zachowania na co dzień są drażniące, denerwujące, czasem niebezpieczne dla niego samego lub otoczenia. Korzyści dla rezydenta i jego rodziny to m.in. stworzenie punktu odniesienia dla chorego – „Taki kiedyś byłem” czy uformowanie przestrzeni pamięci dla członków rodziny o ukochanej osobie sprzed lat, którą obecnie i w przyszłości zmieni choroba (Pulsford i Thompson 2013, s. 85). Z kolei z punktu widzenia opiekuna informacje na temat historii życia rezydenta są korzystne z kilku powodów. Opiekun uzyskuje informacje o przyzwyczajeniach rezydenta z przeszłości, które może wykorzystać w codziennej opiece; lepiej rozumie treści, czasem brzmiące jak absurd, które komunikuje rezydent („Tylko nie zapomnijcie nakarmić kota George’a. I pamiętajcie, że nie znosi mleka!”); poznaje silne strony rezydenta; czynności, które rezydent może wykonywać sam; może wytłumaczyć obecne zachowanie rezydenta i jego działania oraz uniknąć potencjalnych zagrożeń związanych z trudnym zachowaniem. Korzystny wpływ pracy z szablonami „Historii życia” to także rozwój pozytywnych relacji osobistych; zabawa i rozrywka; zachowanie poczucia tożsamości; poprawa stosunku opiekuna do rezydenta; zachęta do interakcji i współpracy z innymi (Salomon 2014, s. 101-102). Opisana tutaj problematyka stanowi wyzwanie badawcze w kontekście tworzenia nowych projektów dla osób cierpiących z powodu niepełnosprawności umysłowej.

Zakończenie

Niepełnosprawność i wielochorobowość są bardzo często przyczyną starości zgorzkniałej i samotnej, nawet jeśli jest się w otoczeniu rodziny. Im bardziej człowiek wymaga opieki, tym mniejsze staje się środowisko otaczających go osób, a do samego końca zostają najbardziej wtajemniczeni, którzy nie tylko znają arkana zniedołężniałej i nieporadnej starości, ale i potrafią skutecznie działać w obliczu codziennych wyzwań z nią związanych, stanowiąc dla niepełnosprawnego także oparcie psychologiczne. Innej perspektywy doświadczają osoby samotne, opuszczone przez rodzinę lub takie, którymi rodzina nie może lub nie chce się zająć. Jeśli trafią do dobrego ośrodka, być może nauczą się z pomocą odpowiednio przeszkolonych opiekunów pokonywać niepełnosprawność i nowa sytuacja poprawi jakość ich życia – w ostatnich latach, miesiącach, dniach swojego życia będą się nim cieszyć aż do ostatniej chwili świadomości. Obecność obcych osób i innych rezydentów mobilizuje do tego, by zachować twarz, nie poddawać się

w obliczu choroby, rozmawiać zamiast przeklinać, smutek ograniczyć do westchnięcia zamiast płaczu, rozpaczy.

Starość i odchodzenie zarówno w przestrzeniach domowych, jak i w ośrodkach wymaga odpowiedniego przygotowania ze strony zaangażowanych w opiekę osób. Rodzina czy też opiekunowie winni tworzyć takie warunki, by senior mógł jak najdłużej pozostać aktywnym i niezależnym w różnych sferach życia. W tym celu konieczna jest wiedza na temat nowych technologii, uzupełniona o wiedzę na temat zajęć aktywizujących i potrzeb rozrywkowych starszej osoby. Obecność rodziny i opiekunów nie jest gwarantem bezpieczeństwa: starszy człowiek w dalszym ciągu narażony jest np. na nieprzewidywany upadek, którego skutkiem może być złamanie lub uszkodzenie narządów wewnętrznych, a w konsekwencji utrata wiary we własne siły, poczucie beznadziejności i bezsilności. Wypadki mogą zdarzyć się w najbardziej nieprzewidywalnych miejscach i czasie. Odpowiednie działania, które zostaną podjęte przez kompetentne i świadome osoby pozwolą zredukować negatywne skutki. Społeczna świadomość problematyki związanej ze starością pozwoli natomiast odpowiednio odpowiedzieć na potrzeby osób starszych.

Bibliografia

- Alzheimer's Society, Remembering together. Making a life history book, 2017, https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/1434/remembering_together_making_a_life_history_book.pdf (stan na dzień 24.04.2017).
- ANDREWS J., Dementia: What you need to know. Practical advice for families, professionals, and people living with dementia and Alzheimer's disease around the world, Profile Books Ltd, Londyn 2016.
- ANDREWS J., HOUSE A., 10 Helpful Hints for Carers. Practical solutions for carers living with people with dementia, Dementia Services Development Centre, Stirling 2009.
- BARNES C., MERCER G., Niepełnosprawność, przeł. P. Morawski, Sic!, Warszawa 2008.
- BAILEY A., Alzheimer's and other dementias. Answers at your fingertips, Class Health, Somerset, 2015.
- BEDYŃSKA S., BRZEZICKA A., KORZENIOWSKI K., RADKIEWICZ P. i SKARŻYŃSKA K., Przemoc w rodzinie wobec osób starszych i niepełnosprawnych. Część I. Raport z badania ogólnopolskiego, Polska Akademia Nauk Instytut Psychologii, Warszawa 2009.
- BROCKI M., Kulturowy obraz ciała i jego współczesne przemiany, „Lud”, T. 91/2007, s. 35-53.

- Care Quality Commission, The fundamental standards, 2017, <http://www.cqc.org.uk/content/fundamental-standards> (stan na dzień 24.04.2017).
- DAVIS Ch., ELLIS C., Emergent Methods in Ethnographic Research. Autoethnographic Narrative and the Multiethnographic Turn, [w:] Handbook of Emergent Methods, (red.) S. Nagy Hesse-Biber i P. Leavy, The Guildford Press, New York – London 2008.
- GAY Y BLASCO P, WARDLE H., How to Read Ethnography, Routledge, Londyn – Nowy Jork, 2007.
- GUTOWSKA, A., (Nie)pełnosprawna starość – przyczyny, uwarunkowania, wsparcie, „Interdyscyplinarne Konteksty Pedagogiki Specjalnej”, Nr VIII/2015, s. 9-33.
- HALICKA M., Ludzie starzy jako ofiary przemocy, 2014, <http://repozytorium.uni.lodz.pl:8080/xmlui/bitstream/handle/11089/4991/5.%20Halicka.pdf?sequence=1> (stan na dzień 1.04.2017).
- HASTRUP K., A Passage to Anthropology: Between Experience and Theory, Routledge, New York – London 1995.
- JAKUBOWSKA H., Ciało jako przedmiot badań socjologicznych – dylematy, pominięcia, możliwości, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, T. 8, Nr II /2012, s. 12-31, <http://www.przegladsocjologiijakosciowej.org> (stan na dzień 22.09.2017).
- JAKUBOWSKA H., Socjologia ciała, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2009.
- JOHNSON M., Znaczenie ciała. Estetyka rozumienia ludzkiego, przeł. Płóciennik J., Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015.
- KAMUSIŃSKA E., SŁOPIECKA A., Funkcjonowanie społeczne starszych osób niepełnosprawnych na przykładzie pacjentów hospitalizowanych w oddziale rehabilitacji, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, Nr III/2012, s. 219-224.
- MIKOŁAJEWSKA E., MIKOŁAJEWSKI D., Możliwości automatyzacji i robotyzacji otoczenia osoby niepełnosprawnej, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, Nr II/2013, s. 107-126.
- MAJCHROWSKA A., NOWAKOWSKA L., Starość jako choroba. Starzejące się ciało w procesie medykalizacji, [w:] Inkluzja czy ekskluzja? Człowiek stary w społeczeństwie, (red.) M. Synowiec-Piłat, B. Kwiatkowska, K. Borysławski, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław 2015, s. 158-169.
- MOSKALEWICZ B., Świat postępującej choroby przewlekłej. Doświadczenia kobiet, [w:] Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju, (red.) A. Ostrowska, M. Skrzypek, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2015, s. 401-419.
- NOLAN Y., Dementia. Level 2, Pearson Education, Edynburg 2012.

- NOWAKOWSKI M., NOWAKOWSKA L., *Medykalizacja starości: dylematy i zagrożenia*, 2010, <http://dspace.uni.lodz.pl/xmlui/handle/11089/3543> (stan na dzień 23.09.2017).
- PATERSON K., *Disability Studies and Phenomenology: Finding a Space for both the Carnal and the Political*, [w:] *Exploring the body*, (red.) S. Cunningham-Burley i K. Backett-Milburn, Palgrave, Basingstoke – New York 2001.
- PHILLIPS J., *Troska*, przeł. A. Gruba, *Sic!*, Warszawa 2007.
- PRZYBYŁKA A., *Świadczenia dla osób starszych i niepełnosprawnych w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej (wybrane zagadnienia)*, „Acta Universitatis Lodziensis Folia Oeconomica”, Nr 297/2013, s. 183-193.
- PULSFORD D., THOMPSON R., *Dementia. Support for Family and Friends*, Jessica Kingsley Publishers, Londyn – Filadelfia 2013.
- RAY S., DAVIDSON S., *Dementia and cognitive decline. A review of the evidence*, 2014, http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/For-professionals/Research/Cognitive_decline_and_dementia_evidence_review_Age_UK.pdf?dtrk=true (stan na dzień 05.04.2017).
- SALOMON R., *Seeing Beyond Dementia. A Handbook for Carers with English as a Second Language*, Radcliffe Publishing Ltd, London 2014.
- SYNNOTT A., *The Body Social. Symbolism, Self and Society*, Routledge, New York – London 1993.
- SZNAJDER A., *To jest teraz Twój dom – czasoprzestrzenie zwyczajnej codzienności w brytyjskich domach opieki*, [w:] *Oblicza choroby w czasach płynnej nowoczesności*, (red.) E. Nowina-Sroczyńska, S. Latocha i T. Siemiński, Muzeum Zachodniokaszubskie w Bytowie, Bytów – Łódź 2016.
- TULLE-WINTON E., *Old bodies*, [w:] *The body, culture and society. An introduction*, (red.) P. Hancock, B. Hughes, E. Jagger, K. Paterson, R. Russell, E. Tulle-Winton i M. Tyler, Open University Press, Buckingham – Filadelfia 2000.

Streszczenie

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ W BRYTYJSKICH DOMACH SPOKOJNEJ STAROŚCI Z PERSPEKTYWY REZYDENTÓW I OPIEKUNÓW

Artykuł prezentuje rozważania nad niepełnosprawnością fizyczną i umysłową rezydentów w domach spokojnej starości w Wielkiej Brytanii. Etnografia zaangażowana jako metoda badawcza zastosowana w terenie posłużyła do zilustrowania problemów niepełnosprawnych rezydentów i ich opiekunów w przestrzeniach troski. W artykule zdefiniowane zostały także formalne standardy opieki i ich zastosowanie w życiu codziennym ośrodków.

Słowa kluczowe:

niepełnosprawność, etnografia zaangażowana, przestrzenie troski, standardy opieki, demencja

Summary

DISABILITIES IN BRITISH CARE HOMES FROM THE PERSPECTIVE OF RESIDENTS AND CARERS

The article investigates physical and mental disabilities of residents living in care homes in United Kingdom. Engaged ethnography as a research method was used to collect data and to illustrate problems of disable residents and their carers in care spaces. This paper defines also formal care standards and their application in everyday life of care spaces.

Keywords:

disability, engaged ethnography, care spaces, care quality standards, dementia

ZWALCZYĆ STEREOTYP CHOREGO PSYCHICZNIE
CZYLI MÓWIĆ WŁASNYM GŁOSEM.
„TROPICIEL” I „PORADNIK/INFORMATOR” – PUBLIKACJE
GRUPY WSPARCIA TROP

Wprowadzenie w problematykę schizofrenii

Naturalną tendencją każdej osoby jest dążenie ku zdrowiu. Istnieje wiele definicji zdrowia i podejść sugerujących jego standardy i możliwości utrzymania. Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) zdrowie definiuje nie tylko jako brak choroby, lecz stan dobrostanu psychicznego, fizycznego i społecznego. Z kolei Aaron Antonovsky postuluje kontinuum o krańcach: zdrowie i choroba. Mówi on, że człowiek porusza się po kontinuum stanów, podkreślając wartość czynników wspierających zdrowienie. Tyszkowa i Jarema (2013) zaznaczają, że określenie jednoznacznego terminu „wyzdrowienie” w przebiegu schizofrenii jest problematyczne. Nadal niemożliwe do osiągnięcia wydaje się być osiągnięcie stanu identycznego z tym sprzed choroby i całkowite jej ustąpienie (uzdrowienie, *healing*). Jednak oprócz uzdrowienia można mówić o wyzdrowieniu (*recovery*) i wyleczeniu (*cure*), które w świetle dzisiejszej wiedzy są możliwe i do osiągnięcia przez znaczną liczbę osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Specyfika funkcjonowania osób z doświadczeniem schizofrenii ma bardzo szerokie spektrum, wynikają z tego trudności w diagnozie i definiowaniu stanu powrotu do zdrowia.

Funkcjonowanie osób ze schizofrenią

Obraz schizofrenii nie jest jednolity. Do bezpośrednich konsekwencji wynikających z choroby można zaliczyć objawy pozytywne (tzw. wytwórcze – zaburzenia w spostrzeganiu i myśleniu), objawy negatywne (ograniczenie różnorodności, a także zakresu czynności psychicznych), objawy dezorganizacji (objawiające się niespójnością czynności psychicznych) i objawy afektywne (Araszkiewicz i in. 2011).

Funkcjonowanie społeczne osób z doświadczeniem schizofrenii jest związane z wieloma różnymi czynnikami, które wzajemnie się modelują. Należą do nich przebieg choroby wraz z szeroko ujętymi konsekwencjami społecznymi i osobistymi (Sawicka, Charzyńska, 2015, s. 377-389). Jednymi z najbardziej odznaczających się konsekwencji choroby są te związane ze stygmatyzacją¹, izolacją od środowiska i brakiem wsparcia. Poczucie osamotnienia, odcięcia od znaczących osób i aktywności mają ogromne znaczenie w przebiegu zdrowienia, negatywnie wpływają na proces przezwyciężania i wychodzenia poza diagnozę. Innymi widocznymi w funkcjonowaniu osoby z doświadczeniem schizofrenii są konsekwencje dotyczące zaburzenia poczucia tożsamości. Wiąże się z obniżeniem poczucia skuteczności, brakiem poczucia podmiotowości oraz zaburzeniem powtarzalności i spójności własnych działań, co znacząco wpływa na opiniowanie o swoim życiu i satysfakcji z niego.

Badania z ostatnich lat przyniosły bardziej pozytywną perspektywę zdrowienia w porównaniu do wcześniejszych lat. Dominujący, pesymistyczny obraz choroby uległ zmianie stosunkowo niedawno. Utrzymujące się w Polsce poglądy związane z azyłowym modelem leczenia, który opierał się na nieskutecznych lekach, nieumiejętności radzenia sobie z objawami, co nie dawało szans na rozpoczęcie procesu zdrowienia i powrocie do normalnego życia, zostają powoli zmieniane. Model azyłowy, którego pokłosie nadal widoczne jest w Polsce w postaci dużych szpitali psychiatrycznych, powodował narażanie pacjenta na marginalizację i izolację². Wytworzyło to negatywny obraz osoby z doświadczeniem jako „chodzącej diagnozy”, niezdolnej do samodzielności i wymagającej nadzoru (Bronowski, Chotkowska 2016, s. 11-20). Do zmiany w postrzeganiu schizofrenii przyczyniły się nurt antypsychiatrii z lat 60. XX w.³, zmiany w leczeniu farmaceutycznym, a także te, które nastąpiły w opiece psychiatrycznej (Tyszkowa, Jarema 2013, s. 587-597). Doprowadziły one do tendencji odchodzenia od azyłowego i ściśle medycznego modelu leczenia na rzecz rehabilitacji i oddziaływań

¹ Stygmatyzacja to proces etykietowania i naznaczania piętnem choroby psychicznej. Jej efektem jest ocenianie osoby stygmatyzowanej jako gorszej niż inne. Stygmatyzacja prowadzi do negatywnych konsekwencji w funkcjonowaniu osoby na wielu płaszczyznach. Zjawisko to wynika ze stereotypowego myślenia o osobach doświadczających kryzysu psychicznego i braku podstawowej wiedzy o naturze chorób psychicznych (Dziwota 2014, s. 18-23).

² T. Szasz (1970; za: Frysztacki, 2009) opowiadał się za poglądem, że azyłowe szpitale psychiatryczne nie służą zdrowieniu i leczeniu, ale samej chorobie.

³ Nurt antypsychiatrii - społeczny sprzeciw wobec biologicznego podejścia do psychiatrii i bezdusznego traktowania chorych. Antypsychiatria zakładała, że choroby psychiczne są generowane przez społeczeństwo, a psychiatria to narzędzie do kontroli osób nieradzących sobie z wymogami społecznymi. Nurt ten podkreślał także fakt, że nadanie etykiety „chorego psychicznie” może doprowadzić człowieka do trwałych, zgodnych z nią zachowań, które łatwo mogą być zinterpretowane jako objawy choroby. Dzisiejszy sposób rozumienia rehabilitacji psychiatrycznej zawdzięcza antypsychiatrii rozpowszechnienie jednego z ważniejszych założeń. Dotyczyło ono „instytucji totalnych”, czyli szpitali psychiatrycznych (także domów pomocy społecznej), które jako sposób oddziaływania używają ubezwłasnowolnienia pacjenta. Przekreślało to możliwość osiągnięcia autonomii w działaniu i satysfakcjonującego funkcjonowania, które są wyznacznikami zdrowia (Bronowski, Chotkowska 2016, s. 11-20).

środowiskowych. W efekcie zmianie uległo postrzeganie choroby i osoby, która jej doświadcza. Odbiciem zmian jest również inne rozumienie procesu zdrowienia. Najogólniej można ująć, że proces zdrowienia osób z doświadczeniem schizofrenii jest dynamiczny, ulega zmianom na przestrzeni czasu, charakteryzuje się złożonością i trwa dość długo. Jednak u niektórych osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego jest celem realnym do spełnienia. Badania potwierdziły przypadki osób z udokumentowaną schizofrenią, które powróciły do zdrowia i pełnego, satysfakcjonującego funkcjonowania (Tyszkowa, Jarema 2013, s. 587-597). Na przestrzeni lat podejście do leczenia schizofrenii uległo znacznej zmianie. W aktualnym podejściu, obok farmakoterapii, niezbędne są oddziaływania psychospołeczne, a także formy działania organizacji pozarządowych⁴. Ich zadaniem jest zarówno kompensowanie wtórnych do choroby dysfunkcji psychospołecznych, jak i polepszenie jakości współpracy terapeutycznej (Bronowski, Sawicka, Kluczyńska 2009, s. 421-434).

Istnieje wiele czynników, które mogą wpływać na proces zdrowienia. Powoduje to mnogość modeli osiągania zdrowia lub wyzdrowienia w przypadku doświadczeń kryzysu psychicznego, w tym schizofrenii. Modele zwracają uwagę na różne składowe i aspekty procesu zdrowienia.

Czynniki wpływające na proces zdrowienia

Jacobson i Greenley (2001) postulują, że na proces zdrowienia mają wpływ czynniki wewnętrzne i zewnętrzne. Do pierwszych zaliczono czynniki, których doświadcza osoba, m. in. nadzieja, więzi społeczne i umacnianie. Do zewnętrznych czynników należą sprzyjająca atmosfera środowiska (społeczna), opieka zdrowotna (psychiatryczna), która nakierowana jest na wspieranie osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego, a także ogólne przestrzeganie praw człowieka.

Liberman (2002) zwracał uwagę na różnicę w postrzeganiu procesu zdrowienia przez naukowców, klinicystów i pacjentów. Według niego, pierwsi z nich skupiają się na zdrowieniu w kontekście długiej remisji, klinicyści podkreślają wagę osiągnięcia stanu normalnego funkcjonowania, natomiast pacjenci definiują zdrowienia jako odzyskanie życia w pełni i możliwość funkcjonowania bez farmakoterapii.

Davidson i wsp. (2008) nakreślili składowe procesy zdrowienia, które są jego podstawowymi czynnikami. Należą do nich m. in. odnowienie nadziei oraz zaangażowanie, włączanie się w ważne aktywności, przeciwdziałanie stygmatyzacji, wsparcie od innych, umacnianie, przejęcie kontroli, przedefiniowanie samego siebie, a także umiejętność poradzenia sobie z objawami.

⁴ Wskazuje również na to fakt, iż zmniejsza się znaczenie farmakoterapii w procesie zdrowienia, a rośnie zapotrzebowanie na wsparcie psychologiczne i społeczne (Lignowska, 1998; za: Sterna, 2000).

Jacobson i wsp. (2001) oprócz czterech faz zdrowienia, tj. rozpoznanie problemu, przedefiniowanie „ja”, zaakceptowanie możliwości systemu opieki zdrowotnej (psychiatrycznej), a także wyjście naprzeciw innym, podkreślał wagę idei umacniania (empowerment). Idea ta kieruje się pozytywnymi (zdrowie, a nie choroba), mocnymi stronami osoby doświadczającej kryzysu psychicznego, kładzie nacisk na partnerstwo i samozarządzanie. Umocnienie ma być narzędziem wspomagającym proces zdrowienia (Bronowski, Chotkowska 2016, s. 11-20).

Jak wynika z powyższych informacji, na proces zdrowienia składa się wielu różnych aspektów, które są częściowo od siebie zależne. Wszystkie podkreślają złożoność i wielopłaszczyznowość procesu zdrowienia i przenoszą akcent z jedynie medycznej perspektywy na perspektywę psychospołeczną i środowiskową, która uwzględnia potrzeby i decyzje pacjenta. Proces zdrowienia nie jest jedynie wynikiem leczenia, a jego efektem nie jest stan sprzed choroby (Bronowski, Chotkowska 2016, s. 11-20). W myśl tych teorii Anthony przedstawił swoje podejście do tematu odzyskiwania zdrowia nawet bez wyleczenia. Autor określa odzyskanie zdrowia jako indywidualny proces, różny dla każdej osoby z doświadczeniem kryzysu, który polega na zmianie postaw, ról, celów, wartości i umiejętności człowieka. Rdzeniem tego procesu jest osiągnięcie satysfakcjonującego życia, przepełnionej nadzieją, mimo ograniczeń związanych z chorobą (Anthony 1993).

Większość modeli zdrowienia zawiera w sobie powtarzające się składowe: relacje i więzi społeczne, nadzieję, odzyskanie własnego „ja” [związane z samoakceptacją i intrapsychną integralnością, a także odzyskaniem tożsamości i poczuciem podmiotowości (Tyszkowa, Jarema 2013, s. 587-597)], poczucie sprawstwa i odpowiedzialność za siebie i swój proces leczenia, współpraca i partnerstwo, umacnianie, którego jednym z wymiarów jest samoumacnianie (Bronowski, Chotkowska 2016, s. 11-20)⁵. Innym ważnym czynnikiem jest przeciwdziałanie wykluczaniu i autostygmatyzacji (Podogrodzka-Niell, Tyszkowska 2014, s. 1201-1211). Te wszystkie aspekty wychodzenia poza chorobę i przeżywania swojego człowieczeństwa w pełni wymagają zmiany podejścia zarówno służby zdrowia, placówek pomocowych, jak i całego społeczeństwa. Naprzeciw tym wartościom wychodzi środowiskowy system wsparcia oraz Ruchy Samopomocowe.

⁵ Umocnienie odnosi się do zasobów człowieka (wewnętrznych i zewnętrznych). Jest ujmowane w kontekście indywidualnym („samoumacnianie”) i oznacza uzyskanie poczucia kontroli w życiu. Umocnienie w kontekście społecznym (związanym z instytucjami i programami) oznacza niwelowanie barier w osiąganiu celów życiowych oraz wspieranie nieformalnych lub formalnych sieci społecznych. Efektem umocnienia jest uzyskanie autonomii i odpowiedzialności, odzyskanie nadziei na satysfakcjonujące funkcjonowanie i samorealizację, a także aktywne działanie przeciw wykluczeniu (Bronowski, Chotkowska 2016, s. 11-20).

Ruchy samopomocowe w Polsce i na świecie

Nowe doświadczenia i zmiany w postrzeganiu choroby psychicznej stopniowo wprowadzają zmiany w psychiatrii i jej sposobach oddziaływania. Coraz większą rolę odgrywa wsparcie otrzymywane od osób, które łączą podobne doświadczenie choroby, otrzymywane i wzajemnie dawane poza systemami wsparcia proponowanymi przez specjalistów (Cechnicki, Libe-radzka 2012, s. 995-1005). Ważną rolę w procesie zdrowienia odgrywają przedstawiciele placówek pomocowych, w tym psychiatrzy, którzy często są składową ważnych sieci wsparcia dla ekspertów przez doświadczenie. Długotrwała współpraca z psychiatrą przynosi wiele pozytywnych efektów (Sawicka, Charzyńska 2015, s. 377-389), jednak, jak wykazały badania, psychiatrzy wykazują podobny poziom stygmatyzujących postaw względem osób z doświadczeniem choroby psychicznej, co populacja ogólna (Kochański, Cechnicki 2017, s. 29-44). System wsparcia tworzony przez nich nie jest zatem doskonały, nie zapewnia bowiem możliwości rozwijania wszystkich aspektów potrzebnych do zdrowienia.

Poczucie wspólnoty, zrozumienia i możliwości bycia takim, jakim się jest, bez potrzeby maskowania swoich przeżyć, są siłą budującą ruchy samopomocowe. Zapewniają one, przynajmniej częściowo, brak tolerancji i akceptacji, z czym w większości spotykają się eksperci przez doświadczenie w kontakcie ze społeczeństwem. Możliwość pomocy sobie i innym daje poczucie sprawstwa, samodzielności i buduje pozytywną ocenę samego siebie (Kochański, Cechnicki 2017, s. 29-44). Początki grup samopomocowych swoje korzenie mają w latach 30. XX w., kiedy to powstał ruch anonimowych alkoholików (AA). Dopiero około 50 lat później zaczęły pojawiać się ruchy samopomocowe wśród osób chorujących psychicznie, początkowo w Stanach Zjednoczonych, później w Europie Zachodniej (Bronowski, Chotkowska 2016, s. 11-20). Ideą przyświecającą rozwojowi ruchów jest przesunięcie akcentu z „choroby” w medycznym ujęciu na „doświadczenie”, które wychodzi poza definicję „pacjenta” (Kochański, Cechnicki 2017, s. 29-44). Wraz ze zmianami nastąpiła redefinicja określenia „pacjentów” na rzecz „ekspertów przez doświadczenie”. Podkreśla to indywidualność i niezbyte człowieczeństwo w obliczu kryzysu psychicznego. Określenie to zakłada, że to właśnie osoba z danym doświadczeniem jest ekspertem od swoich przeżyć, wie najwięcej o chorobie i najlepiej dostrzega, co jej pomaga (Bronowski, Chotkowska 2016, s. 11-20).

Standardem w krajach europejskich stały się ruchy samopomocowe, które zrzeszają się na poziomie ponadnarodowych stowarzyszeń. Ich członkowie mają wpływ na kształtowanie wyglądu opieki psychiatrycznej w każdym jej aspekcie, a ich zdanie brane jest pod uwagę podczas znaczących wydarzeń poruszających tematykę zdrowia psychicznego. Stowarzyszenia pacjentów stały się partnerami podczas budowania europejskiej sceny psychiatrycznej i tworzenie warunków do godnego życia. To ich wiedza i dyskusje pozwoliły na istotne zmiany i wprowadzenie nowej jakości,

gdzie każdy głos traktowany jest na równi z głosem profesjonalistów (Bronowski, Chotkowska 2016, s. 11-20).

Mimo tego, iż na przestrzeni ostatnich lat sytuacja osób chorujących psychicznie zmienia się na bardziej pozytywną i daje większą szansę na zgłaszanie wartości i postulatów, ruchy samopomocowe w Polsce nie są często spotykanym zjawiskiem w gronie osób po kryzysie psychicznym: wciąż większe znaczenie odgrywają duże, azytowe szpitale psychiatryczne, które utrwalają model uzależnionego od zaleceń psychiatrów i personelu pacjenta, a nie współpracującego eksperta przez swoje doświadczenie choroby (Bronowski, Bednarzak, Chotkowska 2016). Pierwszy ruch samopomocowy w Polsce powstał w 2003 roku w Krakowie w ramach Stowarzyszenia Pacjentów „Otwórzcie Drzwi” (Cechnicki, Liberadzka 2012, s. 995-1005). Przedmiotem działań tego Stowarzyszenia jest przede wszystkim przeciwdziałanie stygmatyzacji i szerzenie różnych form samopomocy. Ruch ten prowadzony jest zarówno przez profesjonalistów, jak i osoby po kryzysie psychicznym. Podobną działalność, stawiającą na umacnianie chorych, prowadzą takie placówki, jak: Warszawski Dom Pod Fontanną, grupa „Wolni Razem” oraz placówki psychiatrii środowiskowej, np. w Lublinie czy we Wrocławiu.

Grupa Wsparcia Osób z Doświadczeniem Kryzysu Psychicznego TROP w Warszawie

Inicjatywa, która zostanie dokładniej zaprezentowana to Grupa Wsparcia Osób z Doświadczeniem Kryzysu Psychicznego TROP (Bronowski, Bednarzak, Chotkowska 2016). Grupa ta działa w ramach Porozumienia na Rzecz Wspierania Osób Chorujących Psychicznie pod patronatem Rady Wydziału Stosowanych Nauk Społecznych Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie. Porozumienie tworzą eksperci przez doświadczenie oraz profesjonalści ze środowiskowych programów wsparcia, a celem samej inicjatywy jest zapobieganie stygmatyzacji i otwarcie na dialog osób chorujących psychicznie oraz wspierających ich profesjonalistów. Wspomniana powyżej Grupa TROP powstała w 2013 roku w odpowiedzi na deficyt takich organizacji w Warszawie i została stworzona przez osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Spotkania Grupy odbywają się raz w miesiącu w Akademii Pedagogiki Specjalnej i biorą w nich udział również sojusznicy, tj. psychologowie z uczelni oraz studenci, którzy wspierają członków Grupy Wsparcia w ich działaniach (m.in. pomagają w składaniu Biuletynu, uczestniczą w comiesięcznych spotkaniach, wspierają podczas ważnych wydarzeń).

Grupa Wsparcia TROP podjęła się wielu działań samopomocowych i destygmatyzacyjnych, a większość z nich odbywa się cyklicznie i trwa do tej pory. Wśród nich znajdują się:

- badanie sprawdzające oczekiwania użytkowników wobec psychiatrii i programów wsparcia. Było to działanie wyjątkowe, jedno z pierwszych badań tego typu przeprowadzonych w Polsce;

- kurs „Edukator Praw Obywatelskich”, który porusza pomijany wielokrotnie temat ochrony praw u osób chorujących psychicznie. Został przygotowany i zrealizowany przez Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich we współpracy z Porozumieniem na Rzecz Wspierania Osób Chorujących Psychicznie i Fundacją „Żyjmy Zdrowo”. Członkowie Grupy Wsparcia TROP z ukończonym kursem dla edukatorów prowadzą spotkania o prawach człowieka w wielu warszawskich placówkach wsparcia oraz w szpitalach psychiatrycznych;
- infolinia dającej wsparcie osobom chorym i ich rodzinom. Pracują w niej tzw. „Doradcy Telefoniczni”, pełniący regularne dyżury. Są to osoby, które pokonały kryzys psychiczny, więc są jednocześnie ekspertami przez doświadczenie, mają zatem kompetencje do dzielenia się swoim doświadczeniem i udzielaniem pomocy bądź wskazaniem, gdzie można ją otrzymać. Odbyli oni również w tym celu szkolenie prowadzone przez sojuszników profesjonalistów – psychologów klinicznych z Akademii Pedagogiki Specjalnej. Bardzo ważne jest to, że za pełnienie dyżurów otrzymują wynagrodzenie, a więc jest to dla nich forma pracy zawodowej;
- prowadzenie prelekcji destygmatyzacyjnych dla uczniów w warszawskich gimnazjach, liceach i szkołach wyższych. Ich celem jest szerzenie wiedzy o przebiegu chorób psychicznych, przełamywanie stereotypów oraz edukowanie o procesie i możliwości zdrowienia;
- wystąpienia Członków Grupy Wsparcia TROP w mediach oraz na konferencjach naukowych, które dają szansę na podzielenie się swoim doświadczeniem w przeżywaniu choroby i powrotu do codziennego funkcjonowania. Pomagają w edukowaniu szerokiego grona odbiorców i promowaniu działań samopomocowych. Pozwalają również zwalczyć treść przed wystąpieniami publicznymi, otworzyć się na innych i zwiększać zakres swoich umiejętności.

Jednymi z ostatnich działań w Grupie TROP są jej publikacje. Należą do nich „Poradnik-Informator” i Biuletyn „TROPiciel”. „Poradnik-Informator” powstał, aby wypełnić lukę we wsparciu informacyjnym i emocjonalnym dla osób chorujących. Brak wiedzy i konkretnych informacji, co robić w obliczu kryzysu, jak sobie radzić i gdzie szukać pomocy zainspirował do dania odpowiedzi w postaci publikacji. „Poradnik-Informator” bazuje na doświadczeniach w procesie zdrowienia i skutecznego radzenia sobie z chorobą. To pierwsza tego typu publikacja stworzona przez osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego przy współpracy profesjonalistów z programów wsparcia środowiskowego. Część „Poradnik” zawiera przydatne informacje o możliwościach uzyskania pomocy w kryzysie psychicznym, radzenia sobie z objawami, stosowania farmakoterapii, obronie własnych praw, rozwijaniu zainteresowań, podnoszeniu kwalifikacji, szukaniu pracy. Zawiera świadectwa osób doświadczanych chorobą psychiczną, przedstawia kryzys psychiczny i to, z czym się wiąże z różnych perspektyw. Jest to niedoceniany wcześniej głos pełen emocji, prawdy, przydatnych rad

i wskazówek, osobistych i poruszających historii, dających nadzieję i wsparcie. Poradnik może dać odpowiedzi na wiele pytań nurtujących zarówno osoby będące w kryzysie, jak i ich rodziny, a także osoby pomagające. Pozwala on na pełniejsze rozumienie choroby, wgląd w to, jak na prawdę wygląda kryzys psychiczny. Wyjątkowość „Poradnika” polega na tym, że jest zbiorem doświadczeń osób, które najlepiej wiedzą, czym jest choroba, ponieważ same jej doświadczyły; uczyły się, jak można sobie z nią radzić, szukały najlepszych form samopomocy i aspektów pomagających w zdrowieniu. Druga część publikacji – „Informator” zawiera informacje na temat Porozumienia na Rzecz Wspierania Osób Chorujących Psychicznie, cele Porozumienia oraz formy kontaktu do placówek pomocowych, informacje o Infolinii Doradców oraz listę lektur pomocnych w zrozumieniu trudności związanych z przeżywaniem kryzysu psychicznego. „Informator” jest skondensowanym zbiorem konkretnego wsparcia informacyjnego, które może być pomocne na każdym etapie zdrowienia. Konkretnie placówki, organizacje pozarządowe, ośrodki wsparcia środowiskowego i kontakty do nich dają możliwość szybkiego zasięgnięcia pomocy, a wielość miejsc do wyboru ułatwia poszukiwanie wsparcia i zwiększa prawdopodobieństwo otrzymania go na czas. Z kolei lista lektur może pomóc zrozumieć chorobę zarówno osobie jej doświadczającej, jak i rodzinie. „Poradnik-Informator” jest jedną z aktywności, której tworzenie daje możliwość poczucia sprawczości i wpływu na swój życie oraz otaczającą rzeczywistość. Możliwość podzielenia się swoim doświadczeniem, tworzenie publikacji we współpracy z profesjonalistami daje poczucie bycia kompetentnym, wartościowym człowiekiem, którego zasobami jest wiedza, doświadczenie i możliwość pomocy innym. „Poradnik-Informator” jest zatem wieloaspektową inicjatywą samopomocową, której zawartość może pomóc odbiorcom w świadomym procesie zdrowienia.

Biuletyn „TROPiciel” to kolejna, najnowsza publikacja, która powstała z potrzeby wyrażenia swojej opinii przez użytkowników psychiatrii. Jest to platforma informująca o najnowszych projektach, aktywnościach i działaniach w obszarze psychiatrii środowiskowej oraz miejsce dające głos tym, którzy chcą jasno wyrazić swoje opinie i potrzeby, a także motywować do zdrowienia. W Biuletynie można przeczytać artykuły, wiersze, przemyslenia na różne tematy, a także zobaczyć prace plastyczne, stworzone przez osoby w trakcie choroby oraz po jej doświadczeniu. Jedną z wyróżniających cech jest to, że można w Biuletynie pisać o wszystkim, a jego twórcy – osoby po kryzysie psychicznym – decydują, co zostanie umieszczone i w jakiej tematyce. Poruszane są tematy dotyczące bieżących wydarzeń, ważnych inicjatyw społecznych, ale jest także miejsce na konstruktywną krytykę tego, co nie podoba się w obecnym modelu wsparcia, a także zasłużone słowa pochwały dla ważnych osób lub inicjatyw. Publikowane są także osobiste, pełne emocji historie i doświadczenia, które nadają wyjątkowy charakter „TROPicielowi”, a także opisy aktywności Grupy Wsparcia Trop. Ideą Biuletynu jest dotarcie do wszystkich potrzebujących wsparcia osób, a także ich

rodzin oraz profesjonalistów i stworzenie bezpiecznego miejsca, gdzie można wyrażać siebie, dzielić się swoim zdaniem. Biuletyn ma pokazywać siłę i wartość słowa osób doświadczających kryzysu. Jego zadaniem jest także wzmocnienie samooceny poprzez możliwość pokazania prawdziwego siebie, poczucie sprawstwa i pomoc innym. Dzielenie się swoimi doświadczeniami daje ulgę, pomaga przezwyciężyć swoje lęki, tworzenie jest swoistą autoterapią, a cykliczność wydawania numerów sprzyja włączaniu się w aktywność, testowaniu swoich umiejętności. W dalszej perspektywie Biuletyn ma być przystępną, aktualizowaną na bieżąco platformą edukującą, poszerzającą sieć wsparcia, będącą obszarem do ekspresji swoich przemyśleń i potrzeb, tworzoną wyłącznie przez użytkowników psychiatrii i osoby wspierające. Do tej pory wydane zostały cztery numery, w tym trzy przy wsparciu grantu otrzymanego od Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej. Opisane publikacje są dostępne na stronie www.czasnaporozumienie.pl oraz na profilu na Facebooku.

Zakończenie

Powyższe informacje pokazują, że Grupa Wsparcia TROP jest aktywnie zaangażowaną w zmianę nastawień i stereotypów grupą samopomocową, która wspiera osoby po kryzysie psychicznym. Dotychczasowe działania Grupy spowodowały, że osoby z doświadczeniem choroby psychicznej ujawniły swoje zasoby, by zrozumieć i przezwyciężyć trudności, które niesie za sobą choroba. Przyniesione aktywności pokazują, jak dzięki samopomocy można skutecznie działać w celu przejścia od choroby do zdrowia. Aktywności Grupy Wsparcia TROP w postaci Biuletynu „TROPiciel” i „Poradnika- Informatora” są przykładami działań na rzecz odzyskania poczucia podmiotowości, wzmacniania i szerzenia nadziei na satysfakcjonujące życie. Inicjatywy te wspomagają także proces odzyskiwania odpowiedzialności za siebie i swój proces leczenia. Czynniki te są składowymi wielu modeli zdrowienia. Publikacje propagują idee współpracy, partnerstwa i umacniania, które są innymi determinantami zdrowienia, o czym pisali Bronowski i Chotkowska (2016). Jak uważają Podogrodzka-Niell i Tyszkowska (2014), jednym z ważniejszych aspektów działania na rzecz zdrowia i wychodzenia poza chorobę jest przeciwdziałanie stygmatyzacji i autostygmatyzacji. Publikacje Grupy Wsparcia TROP są właściwym przykładem takich działań.

Bibliografia

- ANTHONY W. A., Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s, „Psychosocial Rehabilitation Journal”, No. 16/1993, s. 11-23.
- ARASZKIEWICZ A., GOLICKI D., HEITZMAN J., JAREMA M., KARKOWSKA D., LANGIEWICZ W., NIEWADA M., PROT-KLINGER K., Biała Księga. Osoby chorujące na

- schizofrenię w Polsce. Raport, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, 2011.
- BRONOWSKI, P., BEDNARZAK, J., CHOTKOWSKA, K., Ruch samopomocowy osób z doświadczeniem choroby psychicznej – Grupa Wsparcia TROP, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, Tom 25, Nr 3/2016, s. 190-195.
- BRONOWSKI P., CHOTKOWSKA K., Nowe trendy w rehabilitacji osób chorujących psychicznie, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, Nr 3(20)/2016, s. 11-20.
- BRONOWSKI P., SAWICKA M., KLUCZYŃSKA S., Charakterystyka populacji objętej środowiskowym systemem rehabilitacji i wsparcia społecznego, „Psychiatria Polska”, Tom XLIII, Nr 4/2009, s. 421-434.
- CECHNICKI A., LIBERADZKA A., Nowe role osób chorujących psychicznie w procesie leczenia i zdrowienia, „Psychiatria Polska”, Tom XLVI, Nr 6/2012, s. 995-1005.
- DZIWOTA E., Stygmatyzacja osób chorych psychicznie, „Current Problems of Psychiatry”, Tom 15, Nr 1/2014, s. 18-23.
- FRYSZTACKI, K. (2009). Socjologia problemów społecznych. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- KOCHAŃSKI A., CECHNICKI A., Postawy polskich psychiatrów wobec osób chorujących psychicznie, „Psychiatria Polska”, Tom 51, Nr 1/2017, str. 29-44.
- TYSZKOWA M., JAREMA M., Między zdrowiem a schizofrenią, „Psychiatria Polska”, Tom XLVII, Nr 4/2013, s. 587-597.
- PODOGRODZKA-NIELL M., TYSZKOWSKA M., Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym, „Psychiatria Polska”, Tom 48, Nr 6/2014, s. 1201-1211.
- SAWICKA M., CHARZYŃSKA K., Lekarz psychiatra w procesie leczenia i zdrowienia osób chorych na schizofrenię, „Psychiatria Polska”, Tom 49, Nr 2/2015, s. 377-389.
- STERNA W., Problemy środowiskowych domów samopomocy, „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, Tom 9, Nr 3/2000, s. 435-441.

Streszczenie

ZWALCZYĆ STEREOTYP CHOREGO PSYCHICZNIE, CZYLI MÓWIĆ WŁASNĄ GŁOSEM. „TROPICIEL” I „PORADNIK/INFORMATOR” – PUBLIKACJE GRUPY WSPARCIA TROP

Celem poniższego artykułu jest zaprezentowanie działalności informacyjnej i popularyzatorskiej Grupy Wsparcia Osób z Doświadczeniem Kryzysu Psychicznego TROP w Warszawie. Na wstępie przywołane zostały zagadnienia związane ze schizofrenią, tj. funkcjonowanie osób chorujących na schizofrenię – zależne od wielu czynników – oraz zdrowienie – zupełnie możliwe dzięki środowiskowemu modelowi wsparcia, samopomocy, partnerstwu. Zmiany w psychiatrii można zaobserwować dzięki ogólnym zmianom w postrzeganiu chorób psychicznych oraz wyżej wspomnianemu wsparciu środowiskowemu. Grupa Wsparcia Osób z Doświadczeniem Kryzysu Psychicznego TROP w Warszawie, działająca w ramach Porozumienia na Rzecz Wspierania Osób Chorujących Psychiczenie pod patronatem Rady Wydziału Stosowanych Nauk Społecznych Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie to inicjatywa aktywna w wielu obszarach. Omówione zostały jej konkretne działania oraz publikacje – „Biuletyn TROPiciel” oraz „Poradnik-Informator”, które są rodzajem autoterapii i samopomocy w kontekście przewycięzania lęków, budowania pewności siebie, zdrowienia i umacniania wartości osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego.

Słowa kluczowe:

zdrowienie, choroba psychiczna, kryzys psychiczny, wsparcie społeczne, samopomoc, środowiskowy model wsparcia

Summary

„THE MENTALLY ILL” – STEREOTYPES VS SELF EXPRESSION. TROPICIEL AND PORADNIK-INFORMATOR PUBLICATIONS BY TROP SUPPORT GROUP

The aim of the article is to present the publications by “TROP” support group in Warsaw. Information on schizophrenia was included in the introduction, mainly functioning of people suffering from schizophrenia being based on many factors and their full recovery, being possible due to the community-based support model, self – help and partnership. Changes in psychiatry can be observed through a general change in the perception of mental illnesses and the community-based support model mentioned above. The „TROP” Support Group which is part of to the People with Mental Illnesses Support Agreement at the Academy of Special Education in Warsaw, is an initiative active in many areas. The article contains information about their specific activities and publications “Bulletyn TROPiciel” and “Poradnik-Informator” which are a kind of autotherapy and self – help in

overcoming anxiety, building confidence, recovery and empowerment of people with mental illness experience.

Keywords:

recovery, mental illness, mental crisis, social support, self-help, community-based program

ZDROWIE I CHOROBA:
RÓŻNORODNOŚĆ AKTYWNOŚCI,
RÓŻNORODNOŚĆ STYLÓW ŻYCIA,
RÓŻNORODNOŚĆ POSTAW

POCZUCIE ZADOWOLENIA JAKO WSKAŹNIK ZDROWIA PSYCHICZNEGO CZŁOWIEKA W ŚRODOWISKU PRACY

Wprowadzenie teoretyczne

Współczesne środowisko pracy charakteryzuje ciągły wzrost wymagań społecznych i zawodowych. Nastawienie na sukces i wysokie osiągnięcia profesjonalne łączy się z ciągłym poszerzaniem wiedzy, umiejętności i kompetencji, nieustannym dążeniem do perfekcji i doskonałości w pracy, czego wynikiem jest znaczne wzmożenie zaangażowania pracowników w pełnienie swoich obowiązków zawodowych. Jednocześnie poziom zadowolenia z pracy nie wykazuje podobnych tendencji wzrostowych na tle wysokich wymagań środowiskowych, a potencjał psychospołeczny człowieka pracującego nie zawsze jest dostosowany do szybkich zmian występujących w środowisku pracy.

Wśród czynników warunkujących poczucie zadowolenia z osiągnięć zawodowych decydującą rolę odgrywa postrzeganie i przeżywanie otoczenia zawodowego jako źródła wsparcia społecznego. W zespołach o niskim poziomie wsparcia zwiększa się dystans pomiędzy pracownikami, mnożą się konflikty interpersonalne, a sama struktura organizacyjna postrzegana jest przez pracowników jako odizolowana lub „odseparowana” od własnych celów i planów rozwojowych (Kets de Vries 2006, s. 152). Pomiar poziomu zadowolenia sprowadza się do diagnozowania dominujących postaw pracowników wobec pracy i treści wykonywanych zadań, stosunków pomiędzy współpracownikami, obiektywnych warunków pracy, możliwości wpływu pracowników na to, co się dzieje w organizacji.

Złożony charakter poczucia zadowolenia z pracy obejmuje aspekty związane z prognozowaniem efektywności własnych działań. Wysoki poziom zadowolenia wiąże się z przekonaniem o możliwości wpływu na rozwój zarówno osobisty, jak i całego zespołu, ze świadomością kontroli efektów swoich działań. W koncepcji własnej efektywności Bandury (1997) podkreśla się pozytywny wpływ oceny własnego Ja w kategoriach jednostki zaradnej, zdolnej do przewycięzania trudności, samodzielnego wyboru

strategii rozwiązywania zadań i oceny wydatków energetycznych niezbędnych dla ich wykonania.

Poczucie zadowolenia z osiągnięć zawodowych występuje jako zasadniczy czynnik zdrowia psychicznego pracownika w koncepcji Warra (1987, za: Мучински 2004, s. 377). Autor stosuje podejście systemowe dla analizy kategorii zdrowia człowieka w środowisku pracy, porównując wewnętrzne zasoby psychiczne jednostki i wymagania zewnętrzne środowiska zawodowego. Autor opisuje zdrowie psychiczne, będące podstawą skutecznego funkcjonowania człowieka w środowisku zawodowym jako strukturę wielowymiarową wychodząc z założenia, że poczucie dobrostanu psychicznego jednostki zależy od kluczowych czynników podmiotowych i organizacyjnych. W kontekście badania zadowolenia z pracy szczególną uwagę autor zwraca na:

1. przekonanie pracownika o możliwości kontroli wydarzeń, samodzielnego planowania pracy oraz przewidywania skutków podejmowanych działań;
2. świadomość możliwości doskonalenia nawyków i rozszerzania własnych kompetencji w celu przeciwdziałania monotonii w pracy;
3. tworzenie sieci wsparcia społecznego poprzez podnoszenie jakości kontaktów w zespołach pracy w celu redukcji stresu i alienacji w pracy.

Na podstawie tych założeń Warr buduje model zdrowia psychicznego w środowisku pracy, wyodrębniając jego główne wymiary: (1) Dobrostan emocjonalny; (2) Kompetencje; (3) Autonomia; (4) Aspiracje. Każdy z tych elementów składowych może być wytyczną dla planowania działań profilaktycznych, skierowanych na budowanie kultury organizacyjnej, sprzyjającej rozwojowi i zdrowiu pracowników. Wymiar „Dobrostan emocjonalny” zawiera wskaźniki dotyczące poziomu zadowolenia z pracy, który jest rezultatem współdziałania dwóch parametrów: pobudzenia i zadowolenia. Pierwszy z nich jest wyznacznikiem poziomu aktywności jednostki, gotowości do pracy i współpracy, natomiast drugi wyraża subiektywne postrzeganie środowiska w kategoriach „przyjemność-przykrość”. Dobrostan emocjonalny stanowi połączenie wysokiego poziomu zadowolenia z pracy z postrzeganiem siebie jako człowieka zaradnego, pełnego energii i siły w dążeniu do celów. Według Warra jest to stan spełnienia i szczęścia w rozwoju profesjonalnym, który też można określić mianem zdrowia zawodowego.

W ostatnich latach problematyka zdrowia zawodowego w zachodniej literaturze naukowej nabiera ważnego znaczenia w związku z wysokim ryzykiem stresu i wypalenia zawodowego (Everly 1986; Cox, Baldursson 2000; Bakker, Derks 2010; Houdmont, Leka 2010; Quick, Tetrick 2010). We współczesnej rosyjskiej psychologii pracy pojęcie zdrowia zawodowego rozumiane jest jako integralna właściwość jednostki, która pozwala zachować i korzystać z indywidualnych zasobów, zwłaszcza mechanizmów regulacyjnych i kompensacyjnych (Дружилов 2003; Никифиров 2006; Деркач 2001; Бургов 1993). Proces rozwoju i podtrzymywania mechanizmów re-

gulacyjnych jest gwarancją fizycznego, psychicznego i społecznego dobrobytu człowieka w środowisku profesjonalnym, determinantą niezawodności i trwałości pracy zawodowej człowieka i tym samym jego życia. Składniki zdrowia zawodowego mają charakter hierarchiczny: (1) poziom podstawowy – zasoby przystosowawcze jednostki łącznie z adaptacją profesjonalną; (2) poziom indywidualny – zdolność do zachowania równowagi psychicznej w zmieniających się warunkach (odporność psychiczna), mechanizmy regulacji zachowań, mechanizmy kompensacyjne i obronne; (3) poziom wyższy – niezawodność zawodowa człowieka, identyfikacja profesjonalna, trwałość zasad i przekonań wobec sensu pracy (etos pracy).

Wymiary „Kompetencje”, „Autonomia” i „Aspiracje” w modelu Warra opisują potencjał sprawczy człowieka, wyrażony w zachowaniach w sytuacjach nowych, trudnych, niesprawdzonych. Należy dodać, że treść kategorii kompetencji można rozumieć nie tylko poprzez zdolność do wykonania zadań, ale także jako wyznacznik zdolności do konkurencji zgodnie z etymologią pojęcia *compete* – konkurować, rywalizować. W tym znaczeniu wymiar „Kompetencje” w modelu zdrowia psychicznego pracownika nabiera szczególnego znaczenia w związku z koniecznością uczestnictwa w projektach konkurencyjnych charakterystycznych dla współczesnego środowiska zawodowego. Kategoria autonomii występuje w psychologii jako jeden z czynników samorealizacji człowieka (por.: teorie Rogersa i Masłowa). Abraham Maslow odnosił autonomię i nawet samotność do uniwersalnych cech człowieka zdolnego do samorealizacji, osiągniętego wyższy poziom rozwojowy (Maslow 2009).

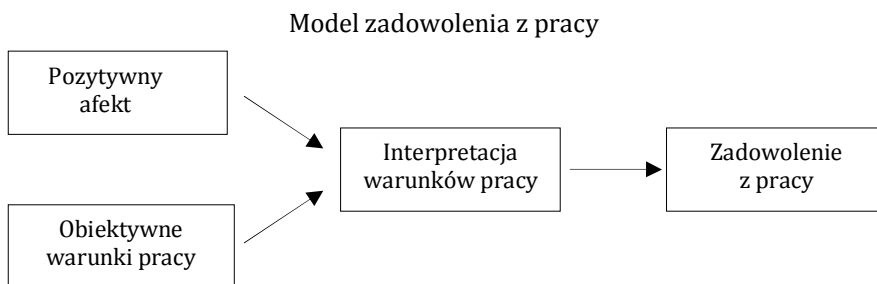
Wymiar „Aspiracje” warunkuje poziom stawianych celów, od ambitnych do przeciętnych. Zgodnie z podejściem Warra, dobrostan psychiczny człowieka jest uwarunkowany oceną kosztów tych osiągnięć, wkładu własnego w proces realizacji postawionych celów. Wysoki poziom zadowolenia z pracy może być efektem zarówno wysokich, jak i umiarkowanych ambicji człowieka.

Zadowolenie z pracy jest jednym z czynników motywacyjnych pracownika, wyrazem postaw i przeżyć jednostki podejmującej zadania zawodowe. Niski poziom zadowolenia prowadzi do szybkiego wyczerpania zasobów indywidualnych, niezbędnych dla przezwyciężenia sytuacji wysokich wymagań w środowisku zawodowym. Relacja pomiędzy obiektywnymi warunkami pracy a poziomem subiektywnej oceny tych warunków została przedstawiona w modelu zadowolenia z pracy (Brief 1998).

Koncepcja Briefa rozpatruje konstrukt zadowolenia z pracy w odniesieniu do centralnego parametru osobowościowego, tzn. afektu pozytywnego (Wright & Staw 1999), który autorzy opisują jak przejaw wysokiej aktywności, zaangażowania w pracy, optymistycznego nastawienia do życia, skłonności do postrzegania niepowodzeń jako tymczasowych zdarzeń uwarunkowanych przyczynami zewnętrznymi, determinacją w dążeniu do postawionych celów. Innym składnikiem zadowolenia z pracy są obiektywne warunki jako bazowe składniki: wynagrodzenie, czas pracy, warunki fizycz-

ne. Poziom afektu pozytywnego oraz obiektywne warunki pracy tworzą podstawę interpretacji środowiska pracy i prowadzą do generalnego poziomu zadowolenia, który jest pochodną obu składników – obiektywnego (warunki) i subiektywnego (przeżycia emocjonalne).

Rysunek 1.



Źródło: A. P. Brief 1998

W modelu zaproponowanym przez Briefa istotną rolę odgrywają przeżycia emocjonalne pracownika, które są wyrazem generalnej postawy życiowej – od optymistycznej do pesymistycznej. Wysoki poziom afektu pozytywnego jest wynikiem postawy optymistycznej, postrzegania problemów związanych z pracą w kategoriach tymczasowych trudności, które można i trzeba pokonać. Niski poziom afektu pozytywnego charakteryzuje ludzi o nastawieniu pesymistycznym, obniżonej samoocenie, niskiej pewności siebie w sytuacjach porażek i niepowodzeń. Wartość podejścia Briefa polega na tym, że jest to model zależnościowy, który można poddać weryfikacji empirycznej dobierając odpowiednie narzędzie do pomiaru aspektu afektywnego. Postawa pracownika wobec aktualnych i przewidywalnych warunków pracy jest pochodną subiektywnej oceny znaczenia i miejsca pracy w całokształcie podejmowanych aktywności w cyklu życia człowieka.

Analizując treść kategorii zadowolenia z pracy można wymienić kilka istotnych czynników warunkujących poczucie satysfakcji z wykonywanych zadań:

- świadomość,
- możliwości rozwoju zawodowego w miejscu pracy,
- pozytywną ocenę,
- jakości stosunków międzyludzkich,
- poczucie kompetencji zawodowych,
- możliwość wykonywania różnorodnych zadań jako zapobieganie monotonii w pracy,
- poczucie sukcesów w zawodzie,
- zadowolenie z dotychczasowych osiągnięć zawodowych,
- aktywną i optymistyczną postawę wobec występujących problemów w pracy.

Badanie zadowolenia z pracy nieodzownie się łączy z badaniem poziomu zadowolenia z życia. Przykładem takiego podejścia może być Kwestionariusz Zachowań i Przeżyć związanych z pracą – AVEM (*Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*; Schaarschmidt, Fische 1996; 1997). Konstrukcja kwestionariusza uwzględnia trzy podstawowe sfery osobowości: 1) Zaangażowanie zawodowe; 2) Odporność psychiczną i strategie rozwiązywania sytuacji problemowych; 3) Emocjonalny stosunek do pracy.

W dwóch pierwszych sferach ocenie podlegają: poziom ambicji zawodowych, gotowość do zaangażowania w pracę i skoncentrowaniu na zadaniach zawodowych, a także sposób radzenia sobie z sytuacjami problemowym, w tym stresowymi. Trzecia sfera łączy w sobie wskaźniki zadowolenia z osiągnięć życiowych dotyczących całokształtu sytuacji zarówno zawodowych, jak i prywatnych.

Emocjonalny stosunek do pracy warunkuje formy radzenia sobie z wysokim obciążeniem zawodowym, odzwierciedla subiektywne przeżywanie środowiska jako dostarczającego wzmocnienia pozytywnego w sytuacjach nowych, często wieloznacznych i nieokreślonych.

W badaniach trafności skal kwestionariusza AVEM stwierdzono, że poziom zadowolenia z własnych osiągnięć zawodowych (skala AVEM „Poczucie sukcesów zawodowych”; przykłady pytań: *Mogę być zadowolony/a z mojego dotychczasowego życia; W dotychczasowym życiu zawodowym osiągałem/łam więcej sukcesów, niż porażek; Ogólnie mówiąc jestem szczęśliwy/a i zadowolony/a*) wykazuje pozytywny związek (0,48; $p < 0,001$) z poczuciem wewnętrznego umiejscowienia kontroli, mierzonym za pomocą kwestionariusza generalizowanego poczucia kontroli IPC (Krampen 1981). Wysoki poziom kontroli wewnętrznej (internalnej) świadczy o przekonaniu jednostki, że jest w stanie wpłynąć na rozwój swojej kariery zawodowej. Związek pomiędzy dostrzeganiem sukcesów w pracy w kwestionariuszu AVEM a wartością skal w teście IPC wskazuje na to, że świadomość możliwości wpływu na efekt swoich działań jest czynnikiem zdrowia psychicznego pracownika, tworząc afekt pozytywny w myśl koncepcji zdrowia Warra.

Poczucie kontroli nad sytuacją w pracy, świadomość własnego wpływu na jej przebieg odzwierciedla poziom autonomii człowieka dążącego do postawionych celów i zdolnego do efektywnego funkcjonowania w środowisku zawodowym.

Badania przeprowadzone przy pomocy kwestionariusza AVEM pokazują stosunkowo wysoki poziom ryzyka syndromem wypalenia zawodowego (ok. 25%) w profesjach związanych z pracą z ludźmi (pedagodzy, nauczyciele, kierownicy, funkcjonariusze Policji i Służby Więziennej; Ronginska, Gaida 2001; 2012).

Profil osoby wypalanej mierzony przy pomocy kwestionariusza AVEM charakteryzują: niski poziom subiektywnego znaczenia pracy, zanik zaangażowania osobistego w wykonywanie zadań zawodowych, wycofanie się i rezygnacja w sytuacji niepowodzenia, ekstremalnie niski poziom zadowolenia z życia i własnych osiągnięć zawodowych, wzrastający poziom frustracji, bierności i apatii. Zaburzona równowaga pomiędzy zasobami psychicznymi a wymaganiami ze strony środowiska pracy jest istotą zjawiska wypalenia, którego przebieg odzwierciedla naruszenie harmonii pomiędzy jednostką a otoczeniem (Lauderdale 1982; Meier 1983; Водопянова 2009).

Działania profilaktyczne podejmowane w celu redukcji stresu w pracy i wzmocnienia przekonania o własnej skuteczności muszą być prowadzone w całym zakresie czynności zawodowych. Jednak ich skuteczność w znacznym stopniu zależy od realnych kontekstów sytuacyjnych występujących w środowisku pracy.

Sytuacyjne podejście do badania poziomu zadowolenia z wykonywanej pracy i własnych zachowań w środowisku zawodowym stanowi podstawę konstrukcji narzędzia do pomiaru osobowości w całokształcie zachowań występujących w sytuacjach charakterystycznych dla pracy – Inwentarza Diagnostyki Osobowości w Kontekście Sytuacyjnym – IPS (*Inventar zur Persönlichkeitsdiagnostik in Situationen*; Schaarschmidt, Fischer 1999), opracowanego w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Poczdamskiego i przygotowanego dla zastosowania w badaniach respondentów polskich (Ronginska 2005).

Kwestionariusz IPS pozwala badać postawę afektywną (w myśl koncepcji Briefa) wobec pracy i stopień zadowolenia ze swoich zachowań. Narzędzie zostało skonstruowane dla diagnostyki zachowań człowieka w trzech kontekstach sytuacyjnych, występujących w pracy: 1) społeczno-komunikacyjnym; 2) kontekście osiągnięć; 3) kontekście zachowań zdrowotno-relaksacyjnych. Zdaniem autorów testu wybór tych kontekstów w pełni wyczerpuje obszar pracy zawodowej człowieka dorosłego.

Diagnostyka zachowań w ramach tych sytuacji pozwala ustalić obszary, w których mogą wystąpić trudności radzenia sobie ze specyfiką konkretnej sytuacji. Do nich należą sytuacje wysokich wymagań społecznych: konflikty w zespołach pracy, integracja zespołów, odpowiedzialność społeczna na stanowiskach kierowniczych, negocjacje, dyskusje, podejmowanie decyzji z udziałem całego zespołu itp. Sytuacje występujące w sferze osiągnięć służą do diagnozowania strategii działania pracownika w warunkach zmieniających się wymagań, ograniczeń czasowych, w sytuacjach niepewnych i wieloznacznych – od sytuacji edukacyjnych do kontekstów związanych z planowaniem kariery zawodowej, w tym podejmowania ryzyka na rzecz jej rozwoju.

W kontekście zachowań zdrowotnych i relaksacyjnych odzwierciedla się nie tylko postawa wobec pracy, lecz również indywidualny styl działania jednostki, umiejętność zarządzania własnymi zasobami psychicznymi

i racjonalnej organizacji czasu wolnego oraz świadomość znaczenia profilaktyki zdrowia dla rozwoju zawodowego.

Procedura badawcza narzędzia IPS przewiduje opracowanie optymalnych dla każdej z trzech sfer profilów zachowań. Zastosowanie w badaniach stopnia zadowolenia z pracy jest uzasadnione specyfiką konstrukcji kwestionariusza. Poza ustaleniem wartości poszczególnych skal przyporządkowanych wymienionym kontekstom sytuacyjnym, kwestionariusz pozwala określić stopień zadowolenia z wybranych form zachowań, czyli ocenić emocjonalny stosunek do siebie i swojego postępowania w środowisku zawodowym. Stopień zadowolenia ze swoich zachowań w kontekstach relacji interpersonalnych i zadaniowych można interpretować jako ogólny poziom zadowolenia z pracy.

Porównywanie wyników poszczególnych reakcji respondentów wybieranych jako trafne dla siebie z następną oceną zadowolenia z dokonanych wyborów może stanowić podstawę dla wnioskowania o wewnętrznej spójności własnego Ja. W przypadku rozbieżności pomiędzy wyborem w zadaniach testowych a oceną zadowolenia z wybranych zachowań można przypuszczać, iż w obrębie struktury Ja istnieje konflikt między zachowaniem deklarowanym a normami zewnętrznymi.

Podczas badań psychometrycznych związanych z procedurą adaptacyjną narzędzia był stwierdzony stosunkowo wysoki poziom zadowolenia ze swoich wyborów testowych w sferze zadaniowej i komunikacyjnej i jednocześnie bardzo niski stopień zadowolenia z własnych zachowań zdrowotnych, ukierunkowanych na profilaktykę zdrowia (korzystania z możliwości relaksu i odpoczynku w czasie wolnym). Koncentrując się na określeniu poziomu zadowolenia z własnych zachowań w trzech sferach kwestionariusza IPS przeprowadzono badania w grupie osób pracujących na różnych stanowiskach w przedsiębiorstwach prywatnych i państwowych. Badanie przeprowadzono na próbie 43 osób w wieku 30-55 lat, dobranych losowo. Przesłanką do tych badań była próba weryfikacji uzyskanych w trakcie procedury adaptacyjnej bardzo niskich wyników zadowolenia z siebie w sferze zdrowotnej.

Analiza wyników testowych pokazała, że mimo niedoborów w sferze komunikacyjnej i zadaniowej respondenci deklarują wysoki stopień zadowolenia z własnych wyborów (odpowiednie wartości zadowolenia 7,7 i 8,7 w skali 9-stopniowej). Natomiast zadowolenie z zachowań zdrowotnych i relaksacyjnych kształtuje się na bardzo niskim poziomie (1,47 w skali 9-stopniowej). Jest to wynik, który wskazuje na pilną potrzebę opracowania programów profilaktyki zdrowia psychicznego pracowników, zawierających przede wszystkim działania skierowane na kształtowanie umiejętności zarządzania własnymi zasobami zdrowotnymi. Celem tych programów powinno być kształtowanie umiejętności organizacji czasu wolnego, przeznaczonego na czynny odpoczynek i relaks po godzinach pracy, co stanowi podstawę profilaktyki zdrowia zawodowego człowieka dorosłego.

Podsumowanie

Poziom zadowolenia z wyników swojej pracy jest wyrazem relacji pomiędzy wymaganiami ze strony środowiska zawodowego a indywidualnymi zasobami psychicznymi jednostki. Jakość tych relacji decyduje o kondycji psychicznej człowieka, a zatem o jego zdrowiu psychicznym.

W badaniach stopnia zadowolenia z pracy należy zwrócić szczególną uwagę na aspekt emocjonalny, ponieważ pozytywne przeżywanie swojego funkcjonowania w środowisku pracy redukuje stres i nadmiar obciążenia psychicznego, wpływa korzystnie na samoocenę własnych zachowań i osiągnięć profesjonalnych. Poczucie zadowolenia z siebie w środowisku pracy występuje jako czynnik równoważący wymagania wobec pracownika i przekonanie o własnej sprawczości, co stanowi ważny czynnik zdrowia zawodowego człowieka dorosłego. Jest ono wyrazem postawy emocjonalnej pracownika, powstającej w rezultacie oceny wyników pracy, swojej pozycji zawodowej oraz dalszej perspektywy rozwoju w środowisku profesjonalnym.

Przeżycia emocjonalne pracownika są rezultatem refleksji nad sobą i swoim miejscem w otoczeniu zawodowym. Pomocnymi instrumentami dla prowadzenia badań nad poziomem zadowolenia z pracy mogą być Kwestionariusz Zachowań i Przeżyć związanych z Pracą (AVEM), a także Inwentarz Diagnostyki Osobowości w Kontekście Sytuacyjnym – IPS.

Bibliografia

- BAKKER A. B., DERKS D., Positive Occupational Health Psychology, [w:] Occupational health psychology (red.) S. Leka, J. Houdmont, , Wiley-Blackwell, Oxford 2010.
- BANDURA A., Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change, "PSYCHOLOGICAL Review", Vol. 84/1977, s. 191-215.
- BRIEF A. P., Attitudes in and Around Organizations, Sage, Thousand Oaks 1998.
- COX T., BALDURSSON E., RIAL-GONZALEZ E., Occupational health psychology, "Work and Stress", Vol. 14/2000, s. 101-104.
- EVERLY G. S., An introduction to occupational health psychology. [w:] Innovations in clinical practice: A source book, (red.) P.A. Keller, L.G. Ritt, Professional Resource Exchange, Sarasota 1986.
- HOUDMONT J., LEKA S. (red.), Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research and practice, Wiley-Blackwell Oxford 2010.
- KETS DE VRIES, M., Mistyka przywództwa. Wiodące zachowania w przedsiębiorczości., Studio EMKA, Warszawa 2006.
- KRAMPEN G., IPC-Fragebogen zu Kontrollüberzeugungen, Göttingen, Hogrefe 1981.

- LAUDERDALE, M., *Burnout: Strategies for Personal and Organizational Life. Speculations on Evolving Paradigms, Learning Concepts*, Austin, TX 1982.
- MASLOW A. H., *Motywacja i osobowość*, PWN, Warszawa 2009.
- MEIER S. T., *Toward a theory of burnout*, "Human Relations", Vol. 36/1983, s. 899-910.
- RONGINSKA T., GAIDA W., *Strategie radzenia sobie z obciążeniem psychicznym w pracy zawodowej*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2001.
- QUICK J. C., TETRICK L. E. (red.), *Handbook of occupational health psychology*. 2nd ed., American Psychological Association, Washington 2010.
- RONGINSKA T., *Badanie osobowości w kontekście sytuacyjnym*, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego Zielona Góra 2005.
- RONGINSKA T., *Poczucie sukcesu w zawodzie jako czynnik zdrowia psychicznego pracownika*, [w:] *Problemy bezpieczeństwa publicznego*, (red.) T. Zaborowski, Gorzów Wlkp., Instytut Badań i Ekspertyz Naukowych, 2008.
- RONGINSKA T., *Organizacionnye faktory udobletvorennosti trudom kak pokazatel' psihičeskogo zdorov'â sotrudnikov*, [w:] *Social'no-ekonomičeskoe položenie Rossii v novyh geopolitičeskikh i finansovo-ekonomičeskikh usloviâh: realii i perspektivy razvitiâ : meždunarodnaâ naučno-praktičeskaâ konferenciâ*. Sankt-Peterburg, Rosja, 2008, Sankt-Peterburg: Izd. Instituta Biznesa i Prava.
- RONGINSKA T., *Psychologiczne uwarunkowania poczucia sukcesu w pracy*, „Problemy Profesjologii: półrocznik poświęcony problemom rozwoju zawodowego człowieka”, Nr 2/2012, s. 27-35.
- RONGINSKA T., GAIDA W., *Strategie radzenia sobie z obciążeniem psychicznym w pracy zawodowej. Polska adaptacja kwestionariusza „Wzorzec zachowań i przeżyć związanych z pracą” (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster - AVEM) U. Schaarschmidt'a, A. Fischer'a*, Zielona Góra, Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2012.
- RONGINSKA T., N. E. Vodopyanova, *Poczucie alienacji w zespole wypalenia zawodowego*, „Psychologiczne Zeszyty Naukowe”, Nr 2/2016, s. 145-155.
- SARASON I. G., LEVINE H. M., BASHAM R. B. & SARASON B. R., *Assessing social support: The social support questionnaire*, "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 44/1983, s.127-139.
- SCHAARSCHMIDT U., FISCHER A. W., *AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*, Handanweisung, Swets und Zeitlinger, Frankfurt 1996.
- SCHAARSCHMIDT U., FISCHER, A. W., *AVEM - ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit*, "Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie", Vol. 18, Heft 3/1997, s. 151-163.

- SCHAARSCHMIDT U., FISCHER A., IPS – Inventar zur Persönlichkeitsdiagnostik in Situationen, Swets und Zeitlinger Frankfurt 1999.
- WRIGHT T. A., STAW B. M., Affect and Favorable Work Outcomes: Two Longitudinal Tests of the Happy – Productive Worker Thesis, "Journal of Organizational Behavior", 1999, Vol. 20/1999, s. 1-23.
- Бугров С. А., Проблема профессионального здоровья в авиационной медицине, Военно-медицинский журнал, 1993. № 1, с. 61–64.
- Водопьянова Н. Е., Противодействие синдрому выгорания в контексте ресурсной концепции человека, Вестн. С.-Петерб. ун-та, Сер. 12, Психология. Социология. Педагогика, Вып. 1, ч. 1, 2009, с. 75-88.
- Деркач А. А., Акмеология: личностное и профессиональное развитие человека, Москва, Изд-во РАГС, 2001, с. 1-5.
- Дружилов С. А. Профессионализм человека и критерии профессиональной адаптации, Объединенный научный журнал, 2003, № 1, с. 15-16.
- Мучински П., Психология. Профессия. Карьера., Москва-Санкт-Петербург, изд-во Питер, 2004.
- Никифоров Г. С., Маклаков А. Г., Шостак В. И., Психология профессионального здоровья, СПб., Речь, 2006.

Streszczenie

POCZUCIE ZADOWOLENIA JAKO WSKAŹNIK ZDROWIA PSYCHICZNEGO CZŁOWIEKA W ŚRODOWISKU PRACY

Poczucie zadowolenia z pracy ma charakter wielowymiarowy. W artykule przedstawiono koncepcje zadowolenia, zwrócono uwagę na emocjonalny składnik tej kategorii, tzn. afekt pozytywny. Na przykładzie dwóch narzędzi pomiarowych: Kwestionariusza Zachowań i Przeżyć związanych z pracą – AVEM (*Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster*) oraz Inwentarza Diagnostyki Osobowości w Kontekście Sytuacyjnym – IPS (*Inventar zur Persönlichkeitsdiagnostik in Situationen*) pokazano możliwości badania poziomu zadowolenia w trzech obszarach środowiska pracy – zadaniowym, komunikacyjnym oraz zdrowotnym.

Słowa kluczowe:

zadowolenie z pracy, pozytywny afekt, profilaktyka zdrowia zawodowego

Summary

WORK SATISFACTION AS AN INDICATOR OF MENTAL HEALTH IN A WORK ENVIRONMENT

Work satisfaction is multidimensional. There are the concepts of contentment in this article, but the most important is the positive affect as a component of contentment. Two tests have been used for research: Job-related behavior and Activity Questionnaire (*Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster* -AVEM) and Personality Inventory in the Situation Context (*Inventar zur Persönlichkeitsdiagnostik in Situationen* - IPS) to show how to measure satisfaction in areas of work, communication and health.

Keywords:

job satisfaction, positive affect, prophylaxis of occupational health

„PRZYCHODZI FACET DO LEKARZA...” KONDYCJA ZDROWOTNA MĘŻCZYZN W WOJEWÓDZTWIE LUBUSKIM W ŚWIETLE WYNIKÓW BADAŃ SONDAŻOWYCH

Wprowadzenie

Zdrowie jest traktowane jako rama, w której zawierają się inne elementy życia społecznego i która jest traktowana jako perspektywa wyznaczająca percepcję rzeczywistości i ważne wybory społeczne. Zdrowie jest także jedną z najważniejszych wartości dla Polaków. Wyniki analiz prowadzonych regularnie od 2005 roku przez Centrum Badania Opinii Społecznej ilustrują, że w hierarchii cenionych wartości zdrowie uzyskuje systematycznie ok. 75% wskazań (CBOS 2016). Podobne rezultaty uzyskiwane są w innych sondażach, zarówno w skali ogólnopolskiej, jak i międzynarodowej.

Pojęcie zdrowia jest kategorią wielowymiarową. Zwykle traktuje się je jako zjawisko o subiektywnym charakterze, bez wskazania uniwersalnej normy czy punktu odniesienia. Kategoria definicyjna zdrowia dopuszcza różnorodne treści zależne od podmiotu definiującego oraz interpretującego to zjawisko. Stąd można w literaturze odnaleźć definicje zdrowia w kategoriach przeżycia, wolności od choroby, możliwości jednostki do wykonywania codziennych czynności oraz uznawania zdrowia jako emocjonalnego dobrostanu, czy wskaźnika jakości życia (Woźniak 2004).

Teoretycznym tłem dla rozważań w niniejszym opracowaniu jest socjologiczna perspektywa ujmowania zdrowia w kategoriach analitycznych czy funkcjonalnych, przedstawiona przez Talcotta Parsonsa (Porter, Alder, Abraham 1999, s. 38). W świetle parsonowskiej teorii strukturalno-funkcjonalnej, kwestie zdrowia, medycyna i jej instytucje stanowią integralną część systemu społecznego oraz pozostają we wzajemnych relacjach z innymi podsystemami pełniącymi określone funkcje na rzecz utrzymania równowagi, efektywności i trwałości większej społeczności (w systemie AGIL) (Parsons 2009, s. 320-323). W tym ujęciu zdrowie jest pewnym zespołem czynników związanych ze społecznymi oczekiwaniami przypisany-

mi do określonych ról społecznych, wykluczających występowanie ograniczeń fizycznych i umysłowych (Parsons 2009).

Pomimo poprawy stanu zdrowia społeczeństw, wynikającej z konsekwencji rozwoju społeczno-gospodarczego i zmian cywilizacyjnych, problematyczną kwestią pozostają nierówności w stanie zdrowia (Włodarczyk 1996). Nierówności pojawiają się także w przypadku dyskursu akademickiego (i pozaakademickiego) na temat zdrowia społecznego, dotyczącego przedstawicieli odmiennych kategorii płci. Można odnieść wrażenie, że problematyka zdrowia mężczyzn pozostaje na marginesie zainteresowania przedstawicieli nauk społecznych. W sytuacji, gdy takie analizy się pojawiają, zwykle są one traktowane jako komplementarny fragment szerszych badań. Wówczas opinie i deklaracje mężczyzn są zestawiane z deklaracjami kobiet, w poszukiwaniu przeciwieństw i elementów wspólnych aspektów życia związanych ze zdrowiem (Królikowska 2011). Niniejsze opracowanie jest efektem badań w ramach jednego z niewielu projektów skoncentrowanych wyłącznie na tematyce zdrowia mężczyzn.

Rozważając różne aspekty męskiego zdrowia łatwo można odnosić się do funkcjonujących społecznie heurystycznych kalek. W tym zakresie refleksja o męskiej kondycji zdrowotnej ogranicza się do kilku stwierdzeń: „mężczyźni żyją krócej”, „nie lubią dbać o swoje zdrowie”, „rzadziej (zwykle wcale) chodzą do lekarza”, a „o ich zdrowie dbają przede wszystkim partnerki”. Taki sposób myślenia jest efektem oddziaływania zbioru zachowań i przekonań związanych z tradycyjnie definiowanymi rolami społecznymi warunkowanymi płcią (por.: Mandal 2000; Mandal 2003; Slany, Struzik, Wojnicka 2011). W tym rozumieniu męskość traktować należy jako zbiór oczekiwań dotyczących zachowania, myślenia i przeżywania uczuć, uznawany za specyficzny dla płci męskiej. Każda rola społeczna obejmuje stereotypy, które są kulturowymi uogólnieniami na temat właściwości ludzi należących do każdej z płci. Rola społeczna ma także charakter normatywny, zawiera przekonania o tym, jak mężczyźni powinni lub nie powinni się zachowywać. Według stereotypów mężczyzna powinien być sprawny pod każdym względem, silny, racjonalny i to on powinien pełnić rolę „głowy rodziny”, stojąc na jej czele i dbając o jej dobrostan. Nakładając na te rozważania założenia Parsonsa można przyjąć, że szeroko rozumiane postawy mężczyzn wobec ich zdrowia są rezultatem oddziaływania społecznych oczekiwań, związanych z pełnionymi przez nich rolami społecznymi.

Celem opracowania jest dokonanie charakterystyki działań mężczyzn, dotyczących ich dbałości o zdrowie. Dokonana charakterystyka koncentruje się na ogólnej ocenie stanie zdrowia mężczyzn, identyfikacji działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej oraz postrzegania procesu starzenia przez mężczyzn. Przyjmuje założenie, że stereotypowy wizerunek mężczyzny, dla którego zdrowie nie jest kwestią istotną, nie znajduje odzwierciedlenia w ich własnych deklaracjach. Jednocześnie przyjmuję, że przedstawione deklaracje dotyczące różnych aspektów dotyczących męskiego zdrowia i podejmowanych przez nich zachowań zdrowotnych

pośrednio informują także o tym, w jaki sposób traktuje zdrowie i chorobę (Ogryzko-Wiewiórowska 1989), co może przekładać się na ocenę kondycji zdrowotnej społeczeństwa.

Podstawą empiryczną dokonanych analiz są wyniki badania poświęconego kondycji zdrowotnej mężczyzn, realizowanego w 2016 roku przez zespół socjologów z Instytutu Socjologii Uniwersytetu Zielonogórskiego¹.

Jak mężczyźni dbają o zdrowie?

Zachowanie dobrego zdrowia jest jedną z podstawowych potrzeb każdego człowieka. W opracowaniach dotyczących ludzkich potrzeb, potrzeby zdrowotne umieszczono wśród potrzeb egzystencjalnych pierwszego rzędu. Dbłość o zdrowie nie powinna być traktowana jedynie w odniesieniu do systemowych rozwiązań w zakresie opieki medycznej. Mając na uwadze ogólną kondycję społeczeństw, każda jednostka zobowiązana jest chronić swoje zdrowie, aby ograniczać ewentualne zagrożenia dla pozostałych osób (Kocowski 1982).

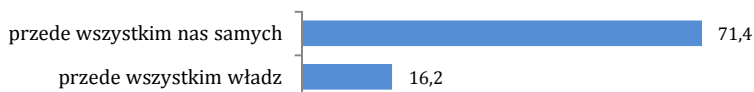
Kategoria zdrowia jest definiowana wielowymiarowo, więc możliwych sposobów dbania o nie jest wiele. Mając na uwadze definicję zdrowia przedstawianą zgodnie w zaleceniach WHO, to przede wszystkim od stylu życia i nawyków jednostki zależy jej kondycja zdrowotna. Styl życia, zachowania zdrowotne, genetyka i warunki socjoekonomiczne okazują się dużo bardziej istotnymi determinantami zdrowia niż sam dostęp do opieki zdrowotnej i jej jakość (McGinnis, Foege 1993). Kanadyjski minister zdrowia, Marc Lalond, w 1973 r. upowszechnił wyniki szeroko zakrojonych badań nad długością życia poszczególnych grup ludzi w swoim kraju. Wnioski z tych badań skłoniły go do sformułowania koncepcji pola zdrowia (*field health*). Według jego koncepcji na zdrowie ludzi największy wpływ mają: styl życia, środowisko (społeczne i biologiczne); czynniki biologiczne (wrodzone) oraz organizacja opieki medycznej. Analizując przyczyny zgonów w Kanadzie i w innych państwach doszedł bowiem do wniosku, iż styl życia aż w 75% determinuje długość życia człowieka. Środowisko odpowiednio w 20%, a opieka medyczna zaś tylko w 5% (Lalond 1974).

¹ Badanie „Kondycja zdrowotna mężczyzn w województwie lubuskim” zostało zrealizowane przez dr hab. Beatę Trzop, prof. UZ oraz dr Dorotę Szaban na zlecenie Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w styczniu-lutym 2016 roku. Badanie zostało zrealizowane z wykorzystaniem sondażu ankietowego. Badaniem zostali objęci mężczyźni zamieszkujący teren województwa lubuskiego, którzy w dniu badania mieli ukończone 30 lat. Udział w badaniu miał charakter celowy – zależało nam na uwzględnieniu opinii trzech kategorii wiekowych mężczyzn: 30-45 lat, 46-60 lat oraz mających 61 lat i więcej. Tym samym jedna wiązka badania składała się z trzech wywiadów łącznie. Taki sposób badania pozwala mówić o uzyskanych rezultatach w kategoriach sygnałnych. Należy je traktować jako swoistą eksplorację, stanowiącą ważny punkt wyjścia dla pogłębionych analiz. W badaniu udział wzięło 300 mężczyzn.

Wyniki badania pozwalają uznać, że mężczyźni w województwie lubuskim mają świadomość obowiązku dbania o własne zdrowie samodzielnie – tak deklaruje ponad 71% badanych.

Wykres 1.

Czym obowiązkiem jest ochrona zdrowia? (%)

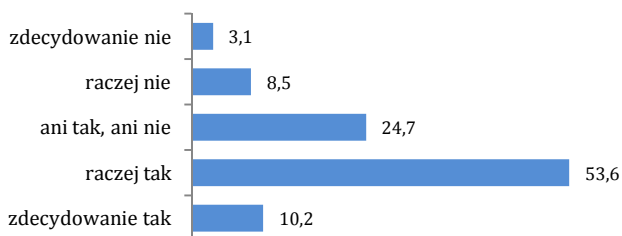


Źródło: opracowanie własne

Wyniki badania pozwalają sformułować twierdzenie, że lubuscy mężczyźni uważają się za osoby dbające o zdrowie – tak deklaruje 63,8% badanych. O swoje zdrowie najczęściej dbają dwie skrajne kategorie badanych wyróżnione ze względu na wiek – najmłodszy i najstarsi.

Wykres 2.

Samoocena dbałości o zdrowie lubuskich mężczyzn (%)

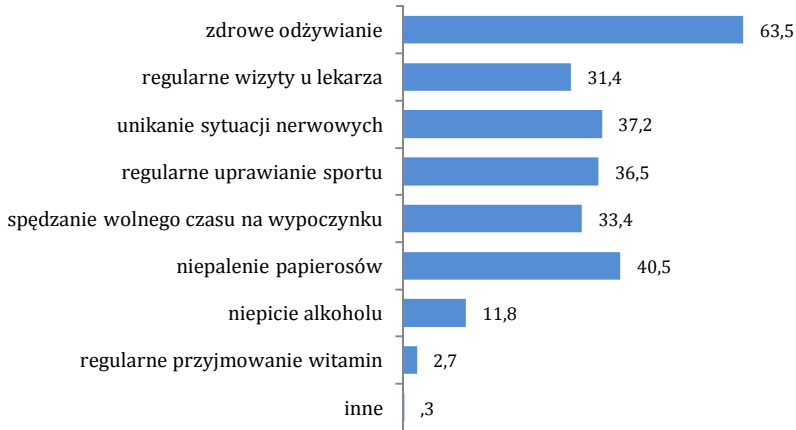


Źródło: opracowanie własne

Kondycja zdrowotna jest wypadkową wielu czynników. Zdaniem badanych mężczyzn dobre zdrowie wynika przede wszystkim ze zdrowego odżywiania, stylu spędzania wolnego czasu oraz rezygnacji z używek, a w dalszej kolejności dopiero z korzystania z usług medycznych.

Można sformułować hipotezę, że z perspektywy deklaracji mężczyzn dbałość o własne zdrowie jest wypadkową raczej stylu życia niż efektem korzystania z usług w zakresie opieki zdrowotnej (jest efektem biospołecznego, a nie biomedycznego wymiaru życia), co pozostaje w zgodzie z założeniami prezentowanymi przez Lalonde'a.

Działania zdrowotne postulowane przez lubuskich mężczyzn (%)

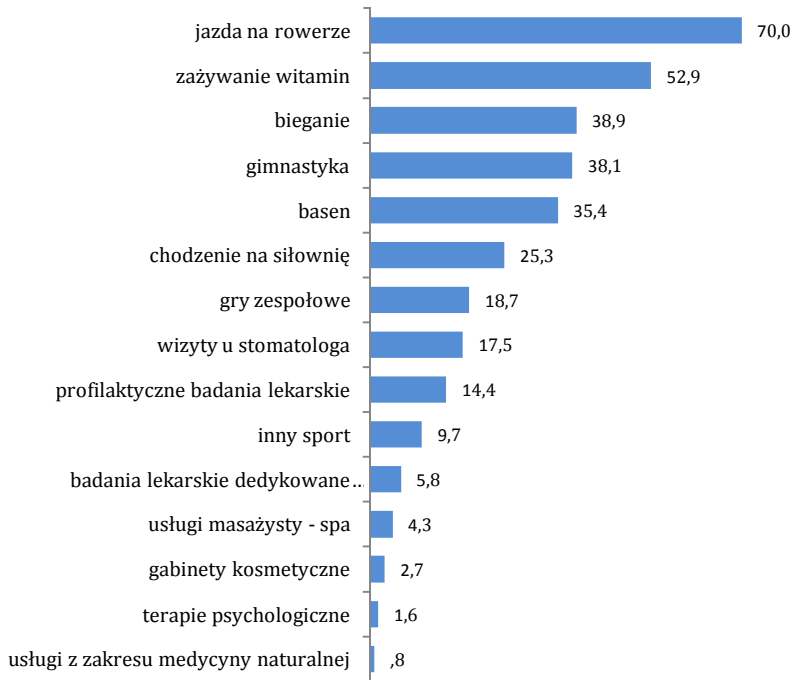


Źródło: opracowanie własne

Można jednak wskazać na rozbieżności z zakresie postulowanych i realizowanych modeli dbania o zdrowie badanych mężczyzn. Pomimo wskazywania odżywiania i rezygnacji z używek jako najistotniejszych czynników determinujących stan zdrowia, wśród podejmowanych przez nich działań poprawiających kondycję zdrowotną Lubuszanie najczęściej wskazują sport (jazda na rowerze 70%, bieganie 39%, gimnastyka 38%, siłownia 35%) oraz zażywanie witamin (53%). Wizyty u lekarzy czy realizacja badań lekarskich są wskazywane przez co piątego badanego, a 15,7% deklaruje, że stosowało w ciągu ostatniego roku jakąś dietę.

Z deklaracji badanych wynika, że dietę stosuje jedynie 15,7% badanych. Spośród nich zdecydowana większość deklaruje, że dieta jest efektem chęci zrzucenia wagi (64%) lub chęci zdrowszego odżywiania (48%). Co trzeci mężczyzna przyznaje, że jego dieta jest efektem choroby (32%) lub zaleceń lekarza (28%).

Podjęmowane przez lubuskich mężczyzn działania zdrowotne (%)



Źródło: opracowanie własne

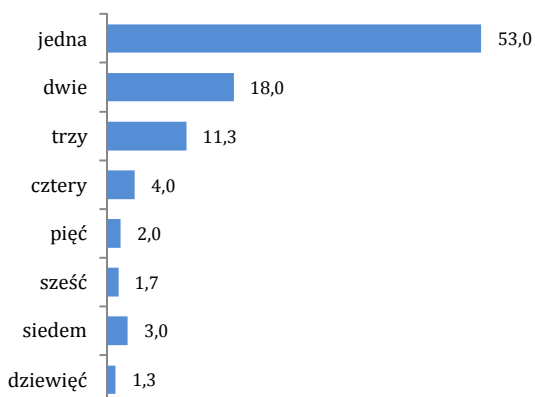
Na co chorują mężczyźni w województwie lubuskim?

Bazując na danych Europejskiego Urzędu Statystycznego, pochodzących z raportu o stanie zdrowia mężczyzn, można stwierdzić, że wśród osób w wieku od 20 do 34 lat mężczyźni umierają czterokrotnie częściej niż kobiety. W przypadku nowotworów złośliwych umieralność mężczyzn jest o 85% większa niż u kobiet. Głównym powodem takiego stanu rzeczy jest zbyt późne wykrycie choroby. Raporty Głównego Urzędu Statystycznego z ostatnich lat wskazują także, że mężczyźni korzystają z opieki lekarskiej zdecydowanie rzadziej niż kobiety. Podstawową barierą w systematycznym korzystaniu z pomocy lekarza może być przekonanie co do istoty męskości. Można odnieść wrażenie, że mężczyźni bardzo często nie dopuszczają do siebie myśli o własnej niedyspozycyjności czy ograniczeniach fizycznych. Wizyta u lekarza niesie ryzyko potwierdzenia dysfunkcji (choroby), a tym samym swoiście pojmowanej indywidualnej klęski i narażenia siebie na niesatysfakcjonujący poziom akceptacji społecznej przez otoczenie.

Wyniki badania zrealizowanego w województwie lubuskim pozwalają mówić o tym, że jedynie 5,7% mężczyzn deklaruje, że posiada zdrowie w stopniu całkowitym (bez żadnej choroby). Ponad połowa mężczyzn (53%) przyznaje, że cierpi na jedną chorobę, 18% deklaruje, że cierpi na dwie choroby, 11,3% na trzy. Liczba wskazań rośnie wraz z wiekiem.

Wykres 5.

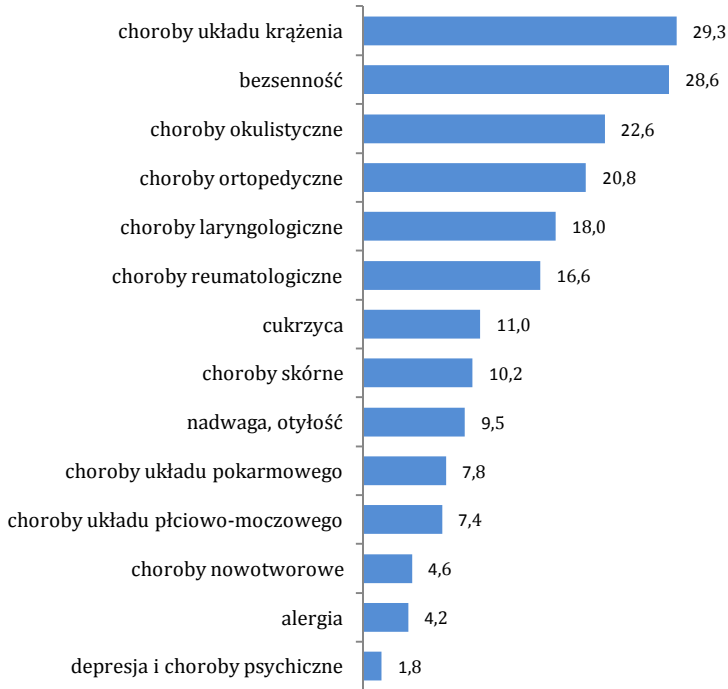
Liczba deklarowanych chorób zdiagnozowanych u lubuskich mężczyzn (%)



Źródło: opracowanie własne

Spośród wielu dolegliwości i chorób, jakie można u mężczyzn zdiagnozować, najczęściej wskazywanymi przez badanych były choroby i dolegliwości układu krążenia, bezsenność oraz problemy okulistyczne i ortopedyczne. Spośród wymienionych chorób i dolegliwości charakter przewlekły w świetle opinii lubuskich mężczyzn mają cukrzyca i alergia.

Choroby na jakie cierpią mężczyźni (%)

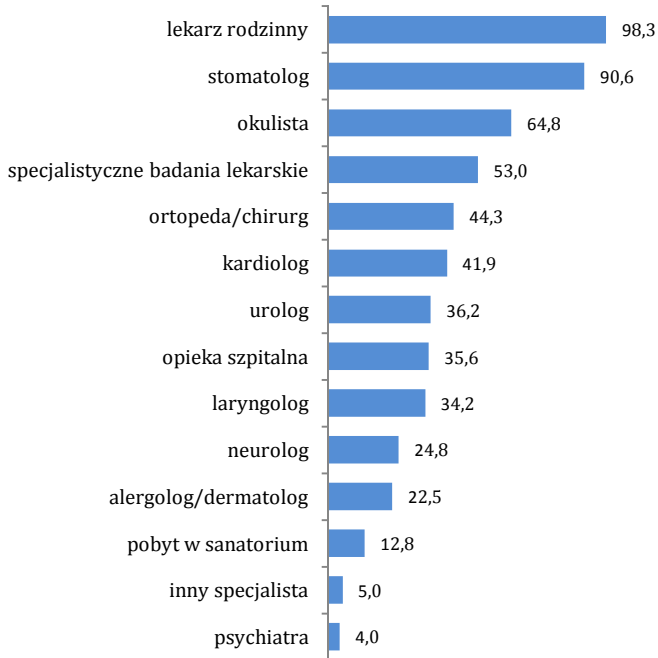


Źródło: opracowanie własne

Korzystanie z usług lekarzy

Mężczyźni zgodnie z funkcjonującymi stereotypami nie odwiedzają systematycznie lekarzy. W badaniu ankietowym przyznają się oni jednak do regularnego korzystania z usług lekarza rodzinnego oraz stomatologa. Zdecydowanie w mniejszym stopniu i z mniejszą regularnością korzystają z wizyt u specjalistów. Taki rozkład wskazań może być traktowany jako argument na rzecz odrzucenia stereotypowego wizerunku mężczyzny w odniesieniu do jego zachowań zdrowotnych.

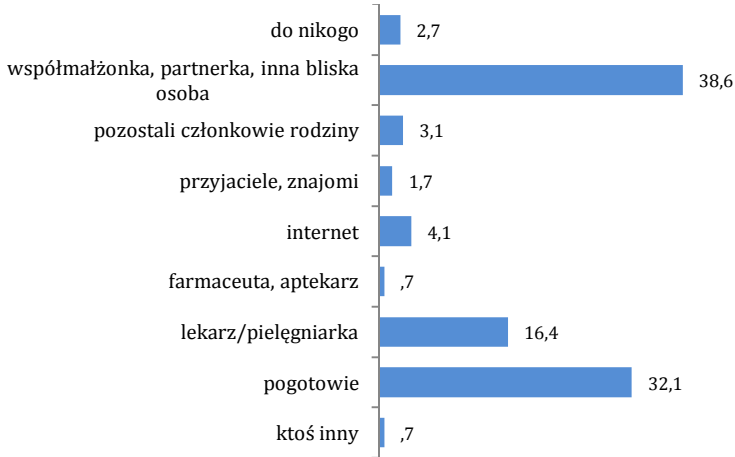
Lekarze systematycznie odwiedzani przez lubuskich mężczyzn (%)



Źródło: opracowanie własne

Swoistym sprawdzianem perspektywy myślenia o własnym zdrowiu przez mężczyzn jest sytuacja nagłego bólu. W takiej sytuacji, w świetle własnych deklaracji, lubuscy mężczyźni zwróciliby się o pomoc do kobiety – współmałżonki, partnerki lub matki. Taki rozkład wskazań można tłumaczyć społecznie ugruntowanym postrzeganiem roli kobiety, która jest traktowana jako ambasadorka rodzinnego zdrowia. Wynikać to może zarówno z reguł przyswajanych w procesie socjalizacji, jak i faktu, że od lat prowadzone są działania na rzecz podnoszenia świadomości zdrowotnej kobiet. Wiedzę uzyskaną w ten sposób kobiety starają się wykorzystać w domowych warunkach. W sytuacji nagłego bólu co trzeci mężczyzna zadzwoniłby na pogotowie, a kolejnych 16% badanych skorzystałoby z wizyty u lekarza.

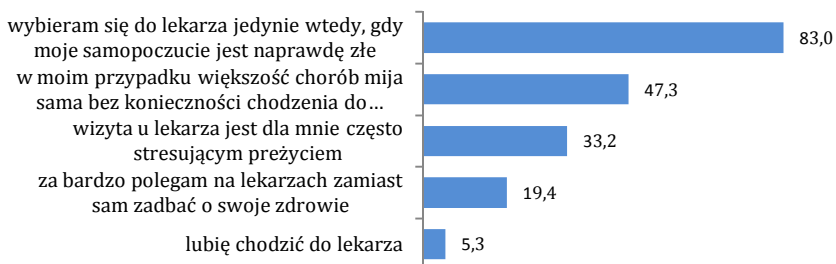
Osoby (podmioty), do których lubuscy mężczyźni zwróciliby się w pierwszej kolejności (%)



Źródło: opracowanie własne.

Odnosząc się do sytuacji, w jakich mężczyźni korzystają z porady lekarza, większość badanych wskazuje, że do lekarza chodzą, gdy ich sytuacja zdrowotna jest na ogół bardzo zła. Prawie połowa badanych mężczyzn przyznaje także, że nie korzysta z porad lekarza z braku takiej potrzeby, gdyż większość dolegliwości i chorób mija samoistnie. Co trzeci badany przyznaje natomiast, że wizyta u lekarza jest dla niego stresującym przeżyciem.

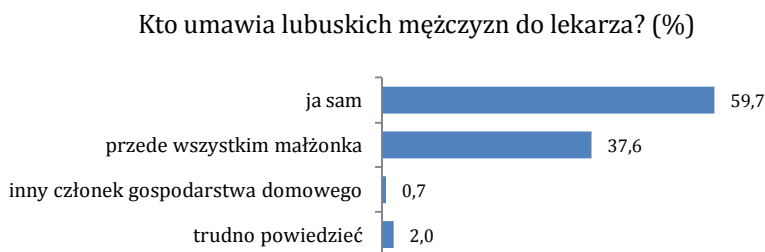
Opinie o lekarzach (%)



Źródło: opracowanie własne

Ważnym aspektem związanym z korzystaniem z usług w zakresie opieki zdrowotnej u mężczyzn jest także ustalenie, kto dba o umawianie mężczyzn na wizyty u lekarza. Wyniki badania wskazują jednoznacznie, że panowie radzą sobie w tej materii samodzielnie. Jednak w 37% przypadków na wizyty lekarskie umawia mężczyznę partnerka. Uzasadnieniem tych wskazań jest ich zróżnicowanie ze względu na wiek respondentów. Mężczyźni do 60. roku życia częściej bowiem deklarują dużą samodzielność w umawianiu wizyt lekarskich. Po 60. roku życia zdecydowanie częściej dbają o ten aspekt ich partnerki. Ponadto, można próbować taki stan rzeczy tłumaczyć faktem, że mężczyźni sami umawiają się do lekarza, ale jest to wynikiem swoistego wymuszenia takiego działania przez kobiety.

Wykres 10.

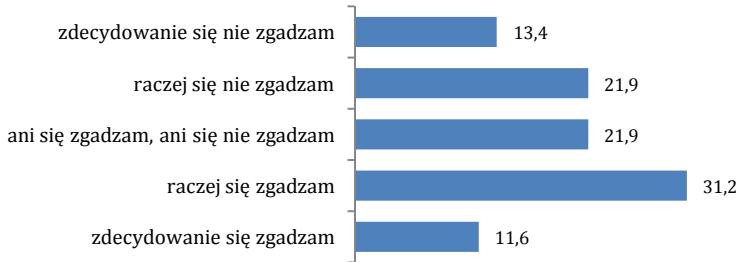


Źródło: opracowanie własne

Opieka zdrowotna stanowi skomplikowany i zróżnicowany system, który można rozpatrywać ze względu na różne kryteria. Każdy pacjent ma prawo wyboru placówki i lekarza, którego opiece się podda. Wybór lekarza w jednostce publicznej lub niepublicznej jest uwarunkowany wielorako, od możliwości finansowych, po kwestie społecznego zaufania.

Wyniki badania ilustrują, że mężczyźni z województwa lubuskiego raczej decydują się wybrać lekarza, za usługę którego muszą dodatkowo zapłacić. Takie wskazania można (choć ostrożnie) potraktować jako kolejny argument na rzecz tezy, że mężczyźni zgłaszają się do lekarzy zbyt późno i wymagają usług, za które muszą dodatkowo zapłacić (podobne usługi niepłatne wymagają długiego czasu oczekiwania). Ponadto, badani mężczyźni deklarują, że mają większe zaufanie do prywatnej służby zdrowia (47%).

Stosunek do stwierdzenia „Częściej wybieram lekarza specjalistę w ramach wizyty prywatnej” (%)



Źródło: opracowanie własne

Profilaktyka w zakresie męskiego zdrowia

Profilaktyka, czyli kontrolowanie ryzyka może obejmować różne obszary działań i dotyczyć wszystkich schorzeń. Polega także na podnoszeniu ogólnego potencjału zdrowia i odporności, określanego na ogół jako promocja zdrowia. Rozwój medycyny naprawczej i najnowocześniejszych technologii biomedycznych, traktowany jako panaceum na problemy zdrowotne współczesnych społeczeństw, paradoksalnie doprowadził do postępującej niewydolności systemów opieki zdrowotnej i podnoszenia kosztów leczenia. Sytuacja ta zmusza do poszukiwania innych możliwości ochrony zdrowia społeczeństw i wymusza przemiany polityki zdrowotnej, z orientacji ukierunkowanej na rozwiązania naprawcze, na w coraz większym stopniu zapobiegawcze. Choć idea profilaktyki znana jest medycynie od czasów Hipokratesa, to dopiero w latach 80. ubiegłego wieku nastąpiła intensyfikacja programów profilaktycznych, podejmowanych na coraz szerszą skalę praktycznie na całym świecie. W ciągu ostatnich lat intensyfikują się kampanie społeczne w zakresie profilaktyki zdrowia, ale są one kierowane głównie do kobiet. Niewiele jest programów profilaktycznych kierowanych do męskiego odbiorcy, a o małej rozpoznawalności programów i działań profilaktycznych kierowanych do mężczyzn świadczą mogą wskazania badanych, według których jedynie co piąty mężczyzna deklaruje znajomość tych programów.

Mężczyźni, którzy zadeklarowali znajomość programów profilaktycznych, najczęściej odnoszą je do działań związanych z zapobieganiem zachorowaniom na choroby układu krążenia oraz badaniami prostaty jako badaniami związanymi z minimalizowaniem ryzyka zachorowania na nowotwór tego gruczołu. Jednocześnie warto zaznaczyć, że jedynie co dziesiąty badany przyznaje, że skorzystał z tego typu badań.

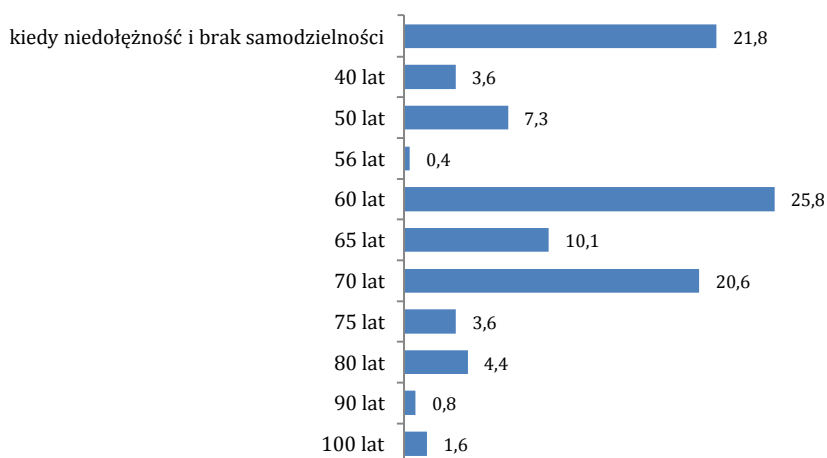
Jak badani mężczyźni określają starość?

Demograficzne procesy związane z wydłużaniem się życia powodują, że obecnie zwiększa się zainteresowanie problematyką starzenia się. Proces starzenia się ma charakter wysoce zindywidualizowany i moment jego rozpoczęcia nie jest jednoznacznie określony. Coraz częściej starość staje się tematem badań i refleksji w odniesieniu do innych sfer życia – relacji rodzinnych, kwestii duchowych oraz moralnych i tematyki zdrowia. Starość bywa postrzegana jako coś niechcianego, uwłaczającego, problematycznego, nawet jako forma niepełnosprawności. Jest to etap życia traktowany jako zjawisko negatywne. Nieodłącznym elementem starości, poza pogorszonym stanem zdrowia, jest obniżenie lub utrata sprawności fizycznej, którą determinują czynniki biologiczne, socjodemograficzne oraz poziom jakości zdrowia. Dlatego istotnym elementem uzupełniającym diagnozę tego aspektu zdrowia jest właśnie pytanie o starość.

W odpowiedzi na pytanie o granice starości badani mężczyźni wskazują dwie główne kategorie odpowiedzi: (1) związane z utratą aktywności i samodzielności oraz (2) związane ze wskazaniem konkretnego wieku. Nie jest niczym zaskakującym, że im starsi respondenci, tym więcej odpowiedzi przesuwających początek starości na osi czasu. Wskazania przed 60. rokiem życia są domeną mężczyzn do 45. roku życia. Definiowanie starości związane jest ze społecznymi oczekiwaniami i odczuciami przypisywanymi do tej fazy życia, a zgodnie ze społecznym obrazem tej fazy życia, badani mężczyźni uznają ją za czas trudny i bolesny.

Wykres 12.

Dolna granica starości (%)



Źródło: opracowanie własne

Zdrowie jest wartością, zasobem, z którego człowiek może czerpać od narodzin aż do późnej starości (im większy, tym lepiej), a równocześnie miarą jakości ludzkiego życia. Zdrowie to, jak się najczęściej obecnie przyjmuje, dobrostan odczuwany we wszystkich sferach funkcjonowania człowieka (fizycznej, psychicznej i społecznej). Zdrowie i dbałość o nie powinny być zróżnicowane ze względu na kategorię osób, której dotyczy. Szczególnie w dobie priorytetów polityki społecznej ukierunkowanych na niwelowanie nierówności z zdrowiu. W szczególnej (i mało poznanej) sytuacji w tym zakresie są mężczyźni.

Na dbałość o własne zdrowie u mężczyzn przekłada się wiele czynników, lecz niebagatelne znaczenie w tym aspekcie ma stereotypowe myślenie o męskości i społecznej roli mężczyzny oraz zestaw społecznie definiowanych oczekiwań w stosunku do tej kategorii płci, związanych z ich brakiem ułomności czy dysfunkcjonalności. W ramach takiego myślenia dbałość o własne zdrowie nie jest męska, a choroba jest traktowana jako największy przejaw słabości, stojący w sprzeczności z pożądaną męską sprawnością i siłą.

Badanie ankietowe dotyczące diagnozy kondycji zdrowotnej mężczyzn, mieszkańców województwa pozwala zweryfikować do pewnego stopnia stereotypowe myślenie o męskim zdrowiu z opiniami samych zainteresowanych na ten temat. Przedstawione wyniki pozwalają na sformułowanie twierdzenia, że mężczyźni dbają o swoje zdrowie częściej w kategoriach stylu życia (model biospołeczny). Tym samym można uznać, że o stanie zdrowia mężczyzn (choć nie tylko) będą rozstrzygać nie tyle ogólnie rozumiana poprawa warunków życia oraz podnoszenie jakości i dostępności opieki zdrowotnej, ile zmiany w stylu życia. Określając aktualny stan zdrowia mężczyzn można uznać, że chorują oni głównie na choroby układu krążenia i bezsenność, choroby okulistyczne oraz ortopedyczne. Mężczyźni odwiedzają lekarzy, kiedy czują się naprawdę źle. Istotne jest także to, że dla co trzeciego mężczyzny wizyta u lekarza jest stresującym przeżyciem. Wbrew potocznym założeniom, w świetle deklaracji mężczyzn z województwa lubuskiego, oni sami dbają o własne zdrowie, chociaż uznają kobiety za ambasadorki rodzinnego zdrowia. Wyniki badania zwracają uwagę także na niski (relatywnie) poziom świadomości w zakresie profilaktyki zdrowotnej mężczyzn, co może stanowić ważny argument dla osób odpowiedzialnych za jej promowanie i realizowanie polityk zdrowotnych w regionie. Odwołując się do problematyki starzenia się mężczyzn, oni sami deklarują, że starzeją się kiedy przestają być aktywni i granica starości przesuwa się wraz z wiekiem.

Diagnozowanie i monitorowanie kondycji zdrowotnej społeczeństwa (także albo szczególnie w wymiarze subiektywnym) jest ważne mając na uwadze fakt, że stan zdrowia populacji jest znaczącym czynnikiem rozwojowym i odwrotnie, złe wskaźniki zdrowotne decydują o gorszej kondycji społeczno-gospodarczej danego kraju. Wyniki badania zwracają uwagę

na występowanie silnie ugruntowanych społeczno-kulturowych uwarunkowań kondycji i zachowań zdrowotnych mężczyzn. Można to traktować jako ważną dyrektywę, szczególnie dla socjologów. Zachowania zdrowotne są kształtowane w procesie socjalizacji, więc warto podjąć refleksję nad społecznym i medialnym przekazem dotyczącym tego elementu rzeczywistości społecznej.

Bibliografia

- KOCOWSKI T., *Potrzeby człowieka. Koncepcja systemowa*, Ossolineum, Wrocław 1982.
- KRÓLIKOWSKA S., Nierówności w stanie zdrowia między kobietami a mężczyznami w kontekście płci biologicznej oraz społeczno-kulturowej, *Acta Universitatis Lodzianae, Folia Sociologica*, 39/2011.
- LALOND M., *A New Perspective on the Health of Canadians*, Minister of Supply & Services Canada, Ottawa 1974.
- MANDAL E., *Podmiotowe i interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*, Wydawnictwo UŚ, Katowice 2000.
- MANDAL E., *Kobiecość i męskość. Popularne opinie a badania naukowe*, Wydawnictwo Żak, Warszawa 2003.
- MCGINNIS J. M., FOEGE W. H., Actual causes of death in the United States, „*Journal of American Medical Association*”, Vol. 270/1993, s. 2207-2212.
- OGRYZKO-WIEWIÓRKOWSKA M., *Socjologia medycyny. Wybrane zagadnienia*, Wyd. UMCS, Lublin 1989.
- PARSONS T., *System społeczny*, Zakład Wydawniczy NOMOS, Kraków 2009.
- PORTER M., ALDER B., ABRAHAM Ch., *Psychology and sociology applied to medicine*, Churchil Livingstone, London-New York-Oxfords 1999.
- SLANY K., STRUZIŁ J., WOJNICKA K. (red.), *Gender w społeczeństwie polskim*, Wydawnictwo Nomos, Kraków 2011.
- WŁODARCZYK C., *Polityka zdrowotna w państwie demokratycznym*, Wydawnictwo Vesalius, Łódź 1996.
- WOŹNIAK Z., W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej, [w:] „*Ruch Prawniczy Ekonomiczny i Socjologiczny*”, Zeszyt 1/2004, s. 161-187.
- Zdrowie i zachowania prozdrowotne Polaków, komunikat CBOS 138/2016 – http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_138_16.PDF (stan na dzień 21.06.2017).

Streszczenie

„PRZYCHODZI FACET DO LEKARZA...” KONDYCJA ZDROWOTNA MĘŻCZYŹN W WOJEWÓDZTWIE LUBUSKIM W ŚWIETLE WYNIKÓW BADAŃ SONDAŻOWYCH

Mając na uwadze założenie teorii Parsonsa należy przyjąć, że zdrowie jest ściśle powiązane z oczekiwaniami przypisywanymi do osób pełniących określone społeczne. Według funkcjonujących we współczesnych społeczeństwach wzorów męskości – mężczyzna powinien być zdrowy, silny, a jakkolwiek przejaw choroby oznacza ogromny problem i stoi w sprzeczności do tak skonstruowanego obrazu. Opracowanie ma na celu charakterystykę kilku wymiarów kondycji zdrowotnej mieszkańców województwa lubuskiego, aby móc skonfrontować ich opinie z funkcjonującymi stereotypami płci. Podstawą empiryczną dla prezentowanych analiz są wyniki badań sondażowych zrealizowanych wśród lubuskich mężczyzn z różnym wiekiem w województwie lubuskim w 2016 roku.

Słowa kluczowe:

kondycja zdrowotna, jakość życia, mężczyźni, kulturowe role płci, socjologia medycyny

Summary

"A GUY COMES TO THE DOCTOR...". HEALTH CONDITION OF MEN IN LUBUSZ REGION IN LIGHT OF SOCIAL SURVEY

According to the assumptions of Parsons' functional theory, health is closely linked to the expectations attributed to those who perform certain social functions. Contemporary patterns of masculinity require a man to be healthy, strong, and the same time any manifestation of disease is in contradiction to such a stereotyped image. The analyses in this paper aim to characterize several dimensions of the health condition of the inhabitants of Lubuskie Province in order to confront their opinions with functioning gender stereotypes. The empirical basis for the presented analyzes are the results of a survey conducted in 2016 among male Lubusz inhabitants, diverged within age categories.

Keywords:

health condition, quality of life, men, socio-cultural gender roles, sociology of medicine

DOŚWIADCZENIE MENOPAUZY W PERCEPCJI LUBUSZANEK 50+

Wprowadzenie

Celem artykułu jest przybliżenie stosunku badanych dojrzałych kobiet do klimakterium i menopauzy, taktowanych w niniejszym tekście zarówno jako proces zmian biologicznych, jak i związanych z nim procesów psychologiczno-społecznych. Podstawę empiryczną opracowania stanowią badania kobiet w wieku 50-64 lata, zamieszkujących województwo lubuskie. Podstawę teoretyczną stanowią wybrane koncepcje cykliczności życia, szczególnie z uwzględnieniem procesów zachodzących na przełomie średniej i późnej dorosłości.

Tło teoretyczne

Koncepcja faz życia Daniela Levinsona¹

Centralną osią rozważań jest problematyka cykliczności życia. W naukach społecznych za klasyczną już dziś uchodzi propozycja Daniela Levinsona, która opiera się na założeniu, że życie człowieka stanowi pewien cykl, w ramach którego istnieje uporządkowany układ następujących po sobie

¹ Odwołuję się do klasycznej koncepcji Levinsona z zastrzeżeniem, iż obecnie nie do końca wydaje się ona odpowiadać na współczesne wyzwania związane ze starzeniem się współczesnych społeczeństw. Badacze wskazują, iż określona granica starości (tuż po 65. roku życia) znacznie się przesunęła (co nie uwzględnia współczesnych procesów demograficznych, w tym rosnącej liczby osób długowiecznych). Jednakże, ustalenia Levinsona dotyczące kategorii badanych przeze mnie kobiet wydają się być nadal aktualne, choć w odniesieniu do osób powyżej 65. roku życia, warto odnieść się do propozycji Zbigniewa Woźniaka. Koncepcja ta odpowiada na współczesne wyzwania demograficzne i związane z nimi problemy aktywnego starzenia się. Woźniak proponuje nową sekwencję faz ludzkiego życia: lata 40-59 to lata środkowe; lata 60-79 to późna dojrzałość, zaś dopiero po 80. roku życia następuje starość (późna starość po 95. r.) (Woźniak 2004, s. 7-15).

faz, zwanych erami². Odnosząc się do przywołanej koncepcji można wskazać, że dojrzałe Lubuszanki lokują się pomiędzy średnią a późną dorosłością. Trzeba jednak zaznaczyć, że koncepcja Levinsona, zwłaszcza w odniesieniu do starszych kategorii, nie do końca wydaje się odpowiadać na współczesne wyzwania związane z aktywną dojrzałością. Wyraźnie brak w niej granicy pomiędzy późną dorosłością a starzeniem. Dawna granica starości znacznie się przesunęła, zaś ustalanie jej arbitralnie nadal na poziomie 65. roku życia wskazuje na ignorowanie procesów demograficznych, w tym rosnącą liczbę osób długowiecznych. W niniejszym tekście skupimy się jednak na fazie życia pomiędzy średnią i późną dorosłością, mając na uwadze także krytyczną analizę pozostałych faz.

Średnia i późna dorosłość – cechy

Badane Lubuszanki - kobiety pomiędzy 50. a 64. rokiem życia wg kategorii zaproponowanej przez Levinsona lokują się w fazie **wieku średniego**. To środkowa faza dorosłości, trwająca od 40. do 65. roku życia. Era ta dzieli się na kilka faz. Pierwsza z nich to **okres przejścia do wieku średniego**, trwający od 40. do 45. roku życia. Badacz wskazuje, iż jest to czas rozliczenia się z własnymi planami, utrata złudzeń, to czas kryzysu określanego potocznie jako *kryzys wieku średniego*.

Następnie mamy wstępowanie w wiek średni, którego początek lokowany jest około 45. roku życia. Jest to etap w życiu, w opisie którego widać wyraźnie rozróżnienie ze względu na płeć. Mężczyźni w tym czasie osiągają szczyt możliwości finansowych. To czas na realizację własnych indywidualnych zainteresowań, zaś w życiu rodzinnym to czas występowania *pustego gniazda* – zjawiska posiadającego większe znaczenie dla kobiet.

Następnie mamy wchodzenie w lata 50. oraz **kulminację wieku średniego**. Lata życia w przedziale 55-60 to okres wykorzystywania osiągniętych we wcześniejszych fazach sukcesów i zbieranie owoców, to kulminacja wcześniejszych planów i początek przejścia do fazy końcowej dorosłości. Ostatnia wyróżniona era życia to **późna dorosłość**. Ta era w życiu jednostki również posiada kilka faz. Pierwsza z nich to okres przejścia do ery późnej dorosłości. Faza ta trwa do 65. roku życia. Jednostka wówczas przygotowuje się do zakończenia aktywności zawodowej. To również czas pogodzenia się z biologicznymi efektami starzenia się, czas na przygotowanie się do nowych społecznych ról. To także pojawianie się symptomów kryzysu, związanych ze świadomością zmiany stylu życia spowodowanej zarówno ustaniem aktywności zawodowej, jak i zmniejszeniem dochodów oraz możliwości aktywności fizycznej. Na tym etapie życia jednostki wypracowują nowe priorytety, doświadczają śmierci rówieśników

² Szczegółowa analiza koncepcji znajduje się w Levinson D. J., Levinson M., *The Seasons of women's life*, Knopf, New York 1996 oraz w licznych opracowaniach, m.in. w Hall C. S., Lindzey G., *Teorie osobowości*, tłum. J. Kowalczevska, J. Radzicki, PWN, Warszawa 2002.

– znajomych, rodziny. Po 65. roku życia rozpoczyna się w pełni era późnej dorosłości. (por.: Trzop 2013, s. 16-17).

W przybliżonej koncepcji interesujący nas przedział wiekowy lokuje się pomiędzy wiekiem średnim (kulminacja wieku średniego 55-60 lat) a późną dorosłością (okres przejścia do ery późnej dorosłości do 65. roku życia). Schyłek etapu stabilizacji (dojrzałości, pełni życia: trzecia dekada 50-60 lat) i początek etapu rozwoju regresywnego (60-65 lat) to ujęcie biomedycznego rozwoju człowieka, zaś w koncepcji psychologicznej to czas średniej dorosłości (40-60) i początek późnej dorosłości (powyżej 60. roku życia) (por. w: Boyd, Bee 2008).

W okresie średniej dorosłości badacze wskazują na kilka obszarów zmian dotyczących jednostek. Pierwszy obszar to **zmiany fizyczne i fizjologiczne**. Zmiany w tej sferze przez dłuższy czas nie są zauważalne przez jednostki. Dopiero w końcowej fazie tego okresu pojawiają się odczuwalne dla jednostki symptomy (pierwsze trudności dotyczą wzroku, spada również sprawność aparatu słuchowego). Jednakże trzeba zaznaczyć, iż ogólny stan zdrowia jednostek w tym okresie jest zróżnicowany poprzez czynniki środowiskowe, genetyczne, społeczno-kulturowe. Można jednak wskazać, że powszechne są następujące zmiany fizyczne: spadek ilości pompowanej przez serce krwi, obniżona sprawność nerek, zmniejszone wydzielanie hormonów i enzymów trawiących, przerost prostaty i spadek aktywności seksualnej u mężczyzn. Zmiany te wskazują, że w tym okresie wzrasta prawdopodobieństwo zachorowań na choroby układu krążenia, trawiennego, zaburzenia słuchu i wzroku (red. Woynarowska, Kowalewska, Izdebski, Komosińska 2010).

Najważniejszą zmianą na tym etapie życia jest przekwitanie – **klimakterium** (od gr. *klimakter* – krytyczne lata życia), czyli przejściowy okres życia między fazą pełnej zdolności do prokreacji a jej ustaniem u kobiet lub znacznym zmniejszeniu jej u mężczyzn. Zmiany dotyczą całego układu hormonalnego, zaś jego charakterystyka jest odmienna dla kobiet i mężczyzn. Okres przekwitania u mężczyzn zaczyna się między 50. a 60. rokiem życia, objawy są znacznie mniej nasilone niż u kobiet, a około 30% nie odczuwa żadnych dolegliwości. Po 50. roku życia zmniejsza się stężenie testosteronu, choć zdolności rozrodcze mężczyzn zachowane są do późnej starości. W męskim klimakterium można wyróżnić trzy fazy: wolno narastające problemy z libido, zaawansowane przekwitanie obok zaburzeń seksualnych, zmniejszona zdolność do wysiłku, stany depresyjne, drażliwość, nasilone dolegliwości (red. Woynarowska, Kowalewska, Izdebski, Komosińska 2010, s. 42). Obecnie ten okres zmian w życiu mężczyzn nazywany jest andropauzą, będącą odpowiednikiem kobiecego klimakterium³. Z uwagi na kluczową

³ Społeczna percepcja tego zjawiska oraz różnice w postrzeganiu, wiedzy i stosunku do menopauzy (kobiety) i andropauzy (mężczyźni) zostały opisane w artykule: Trzop B., *W poszukiwaniu dojrzałej tożsamości: kim są kobiety i mężczyźni 50+ we współczesnych społeczeństwie polskim?*, Rocznik Lubuski, 2016, tom 42, cz.1.

rolę w niniejszym artykule wskazany termin zostanie szczegółowo scharakteryzowany poniżej.

Klimakterium i menopauza: charakterystyka

W monografii „Dojrzałe, spełnione, niezależne...? Kobiety 50+ w socjologicznym zwierciadle” (Trzop 2013) uznałam proces klimakterium i menopauzy za kluczowe doświadczenie w życiu kobiet.

Problematyka menopauzy i okresu przekwitania jest istotną kwestią nie tylko biologiczną, ale także psychospołeczną. „W 1999 roku na IX Kongresie Międzynarodowego Towarzystwa Menopauzy dostrzeżono dwa różne wymiary związane ze skutkami menopauzy w życiu kobiety: (1) pierwsza dotyczy kultu młodości, idealizacji, dążenia do maksymalnego spełnienia; (2) druga odnosi się do działań na rzecz wcześniejszych emerytur, które stawiają kobiety poza sferą zawodową, co ma konsekwencje zarówno w sferze ekonomicznej, jak i psychospołecznej” (Trzop 2013, s. 137-138).

Na potrzeby niniejszego artykułu odniosę się do podręcznikowego opisu objawów przekwitania, którego inna nazwa to *klimakterium* (zob. w: red. Woynarowska, Kowalewska, Izdebski, Komosińska 2010). Jest to przejściowy okres życia między fazą pełnej zdolności do prokreacji a jej ustaniem u kobiet lub znacznym zmniejszeniu jej u mężczyzn. Zmiany dotyczą całego układu hormonalnego, celem jest odwrócenie zjawisk rozwoju typowych dla okresu pokwitania. Wg badaczy okres przekwitania u kobiet trwa około 10 lat, występuje przeciętnie między 45. i 55. rokiem życia (w krajach zachodnich średnio w 51. roku życia, u Polek około 49. roku życia), a najbardziej znaczącym elementem jest *menopauza*, czyli ostatnia miesiączka. Oznacza ona zakończenie pracy jajników, a tym samym kres zdolności rozrodczych. Występuje przeciętnie ok. 51.-52. roku życia, rozdziela ona okres przekwitania na dwie fazy: premenopauzalny (nachodzący na okres średniej dorosłości) i postmenopauzalny (pomiędzy średnią a późną dorosłością).

Po menopauzie występuje u kobiet zespół dolegliwości somatycznych i psychicznych, spowodowanych głównie brakiem estrogenów, do najczęstszych objawów należą:

- uderzenie gorąca, zaczerwienienie skóry, pot;
- zawroty głowy, nietrzymanie moczu;
- drażliwość, stany depresyjne, zaburzenie snu;
- nasilenie osteoporozy, miażdżycy; zawały, udary, nowotwory złośliwe.

Objawy te są wynikiem wielu zmian zachodzących w organizmie kobiety (zob. w: red. Woynarowska, Kowalewska, Izdebski, Komosińska, red. 2010; por. w: Trzop 2013, s. 139-142). Kluczową dla procesu przekwitania jest zmiana gospodarki hormonalnej w organizmie kobiety. Obniża się produkcja dwóch hormonów żeńskich – estrogenu i progesteronu, czego ostateczną konsekwencją jest zaprzestanie pracy jajników i miesiączkowania.

Z kolei obniżenie poziomu estrogenu w organizmie kobiety powoduje dwa najczęściej występujące objawy – fale gorąca oraz suchość w pochwie. Dla codziennego funkcjonowania szczególnie dolegliwe są fale gorąca bądź też napady gorąca, uderzenia krwi do głowy. Jednakże kobiety, chcąc dowiedzieć się więcej na temat samego procesu, jak i jego przyczyn oraz sposobów radzenia sobie z objawami klimakterium, mają do czynienia z wieloma sprzecznymi komunikatami, które powodują chaos informacyjny. Dotyczy on nie tylko samego procesu, ale także terapii hormonalnej.

Propagowana szeroko wśród kobiet terapia HRT stała się znana w połowie lat 60. ubiegłego wieku. Amerykański lekarz Robert A. Wilson, publikując pracę pt. „Być kobietą na zawsze” (a pręcej popularnonaukowy artykuł w Newsweek – „Koniec z menopauzą”) rozpoczął erę terapii estrogenowej – dając kobietom nadzieję na wieczną młodość: *terapia estrogenowa to źródło młodości, dzięki której kobiety nie będą już musiały doświadczać tragedii menopauzy, pozostawiającej je wysuszonymi, niezdolnymi do seksu i w depresji* (Borysenko 2012, s. 189-190).

Odwołując się do polemiki badaczy w tej kwestii (Trzop 2013) można wskazać, iż w efekcie okazało się, że ERT (*estrogen replacement therapy*) powoduje u prawie jednej trzeciej stosujących ją kobiet przedrakowe i rakowe zmiany w błonie śluzowej macicy.

Na skutek tych negatywnych skutków terapię estrogenową zamieniono na HRT⁴, dodając do dotychczasowej terapii związku o działaniu podobnym do progesteronu. Proponowana na całym świecie terapia łagodząca skutki menopauzy nie jest jednak stuprocentowo bezpieczna, nie może też być przyjmowana przez wszystkie kobiety w wieku przekwitania: „W 1995 roku prestiżowy New England Journal of Medicine opublikował wyniki największego jak do tej pory badania na ten temat. U stosujących HTR kobiet po menopauzie ryzyko zachorowania na raka piersi jest o 30%-40% większe niż u kobiet nie stosujących preparatów hormonalnych [...]. Ponieważ HRT przypisuje się również wiele innych problemów zdrowotnych, od astmy po nadciśnienie, decyzja o zastosowaniu tej terapii nie może być podejmowana zbyt pochopnie” (Borysenko 2012, s. 190).

Podobne dylematy związane z za i przeciw hormonalnej terapii zastępczej przedstawia kolejna amerykańska badaczka: „Pozwala zmniejszyć ryzyko choroby serca, osteoporozy oraz, być może, choroby Alzheimera. Płyną z niej ogromne i niepodważalne korzyści, poparte dziesiątkami badań klinicznych. I to prawda. Są to realne zalety – ale i zagrożenia też są prawdziwe. A więc mamy pełne prawo się wahać, tym bardziej, że fakty pozostają niejednoznaczne” (Angier 2001, s. 250). Badaczka przytacza także interesujące dane statystyczne, dotyczące przyjmowania HTZ w różnych krajach. Z danych tych wynika, że w USA terapię stosowało ponad 46% kobiet w wieku pomenopauzalnym. Był to znacznie wyższy wskaźnik od Brytyjek, Australijek i mieszkank krajów skandynawskich (tam wskazania lokowały

⁴ W polskiej terminologii mamy do czynienia ze skrótem HTZ – hormonalna terapia zastępcza; inna wersja: HZT.

się w około 30%). Były to i tak najwyższe wskazania europejskie – w pozostałych krajach odsetek nie sięgał powyżej kilkunastu procent. Ewenementem okazała się Japonia – w tym państwie tylko 6% pań stosuje HTZ. Tym razem naukowcy mogą to jednak wytłumaczyć specyficzną dietą Japończyków – bogatą w soję, która dostarcza naturalny estrogen. Zbliżone dane podaje również Wyderka, powołując się na amerykańskie publikacje medyczne: autorka wskazuje, iż w krajach Europy Zachodniej liczba kobiet stosujących HTZ ciągle wzrasta, natomiast w Polsce jest to około 6% pań, przy potrzebujących takiej terapii około 25-35% (por. w: Wyderka 2008, s. 41).

Angier przedstawia również zmienne, warunkujące korzystanie z terapii hormonalnej: „W Ameryce stosowanie hormonów ściśle wiąże się z poziomem edukacji: im wyższe wykształcenie odebrała kobieta, tym większy entuzjazm przejawia wobec hormonów i tym częściej gotowa jest przyznać, iż korzyści przeważają nad zagrożeniami. Ale już w Holandii [...], formalna edukacja nie ma wpływu na stosowanie hormonów, w Norwegii zaś kobiety wykształcone wykazują wręcz większą skłonność do odrzucenia proponowanej terapii” (Angier 2001, s. 253).

Przytaczane dane wskazywały, że sam poziom wykształcenia kobiet nie jest tu czynnikiem decydującym. Może się nim okazać odpowiednia edukacja zdrowotna, spotkania informacyjne z własnym lekarzem ginekologiem i stopniem zaufania wobec niego. W poszukiwaniu czynników różnicujących korzystanie z HTZ zwrócono się także w stronę uwarunkowań psychologicznych. Okazało się, iż kobiety nie akceptują terapii hormonalnej, gdyż menopauzy nie uważają za chorobę, mają do niej pozytywny stosunek. Autorka przytacza wyniki interesującego eksperymentu: „Naukowcy z Londynu porównujący grupę czterdziestopięcioletek, które nosiły się z zamiarem stosowania HZT po menopauzie, z analogiczną grupą kobiet, które nie przewidywały rozpoczęcia tej terapii, odkryli, że członkowie obu grup nie różnią się znacząco statusem socjoekonomicznym lub stanem zdrowia. Jednak osoby zamierzające stosować terapię cechowała niższa samoocena, wyższy poziom przygnębienia i niepokoju oraz znacząco negatywny stosunek do menopauzy” (Angier 2001, s. 254).

Równie uciążliwe, jak powyżej opisane objawy, są zachowania innego rodzaju. Kobiety często wskazują na stany melancholii, depresji, nadmiernej drażliwości i płaczliwości. Wielu badaczy widzi związek zmiany nastrojów ze zmieniającą się gospodarką hormonalną. Psychologowie stany depresyjne łączą również z przełomem połowy życia. Wskazuje się również na czynniki o charakterze społecznym, które wpływają na negatywne samopoczucie kobiet. Autorka wymienia m.in. dyskryminację wiekową (ageizm) i dominujący w danej kulturze wizerunek kobiety po pięćdziesiątce, o czym będzie mowa w dalszej części pracy (por.: Trzop 2013, s. 140-142).

Klimakterium i menopauza w życiu Lubuszanek – badania własne

Zanim scharakteryzowana zostanie procedura badań własnych warto wskazać na unikatowe badania Mieczysławy Wyderki. Zaprezentowane przez wskazaną autorkę wyniki badań socjologicznych można traktować jako uzupełnienie dotychczasowej wiedzy medyczno-psychologicznej o omawianym zjawisku. Badaczka przebadła (w latach 2000-2002) 615 kobiet z terenu miasta Łódź. Respondentki zostały podzielone na trzy kategorie – kryterium podziału stanowiła sytuacja zawodowa. Pierwszą grupę stanowiły nauczycielki, drugą – pielęgniarki i położne (dodatkowo zróżnicowane przez badaczkę na pracujące w lecznictwie otwartym i zamkniętym). Trzecią grupę stanowiły niepracujące kobiety z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Wszystkie respondentki lokowały się w przedziale wiekowym 45-55 lat.

Autorka badała między innymi poziom wiedzy o menopauzie i klimakterium oraz stosowanie HTZ i zachowania profilaktyczne. Ostateczne wnioski z łódzkich badań można za autorką badania wyrazić w następujący sposób: „wykształcenie badanych grup kobiet oraz ich miejsce pracy mają istotny wpływ na posiadaną wiedzę na temat przekwitania oraz na realizowane zachowania profilaktyczne” (Wyderka 2008, s. 23-55).

Badania własne: „Kobiety dojrzałe – wybrane sfery życia”

Prezentowane w artykule dane empiryczne i analizy, w szerszym wymiarze zostały szczegółowo zaprezentowane w monografii „Dojrzałe, spełnione, niezależne? Kobiety 50+ w socjologicznym zwierciadle” (zob.: Trzop 2013). Na potrzeby niniejszego artykułu odwołam się jedynie do wycinka danych. Zrealizowany projekt badawczy miał charakter badania jakościowego, lokującego się w metodologicznych założeniach metody biograficznej. Zgromadzony materiał empiryczny ma postać pisemnych opowieści biograficznych. Badanie prowadzone było w 2012 roku. Kobiety – mieszkanki województwa lubuskiego, które zostały zaproszone do badania (i wyraziły zgodę) otrzymały narzędzie umożliwiające spisanie swej historii według następujących, ważnych dla badaczki wątków: sytuacja zawodowa, sytuacja małżeńsko-rodzinna, kondycja zdrowotna, czas wolny, moda i uroda, działalność społeczna. Tak zakreślone obszary wiązały się z głównym celem projektu badawczego – stworzeniem socjologicznego portretu kobiety dojrzałej z perspektywy wybranych sfer życia kobiet dojrzałych, w fazie życia pomiędzy średnią i późną dorosłością.

Ostatecznie zebrano 167 opowieści biograficznych. Wśród istotnych cech, które wzięto pod uwagę w trakcie rekrutacji były następujące kategorie wiekowe kobiet 50+ wg systematyzacji gusowskiej: 50-54 lata, 55-59 lat, 60-64 lata.

Zanim zostanie ukazanych kilka kwestii związanych z interesującym nas tematem należy wskazać, iż sama problematyka okresu klimakterium i menopauzy została szerzej potraktowana: jako jeden z ważnych elementów wpływających na kształtowanie się tożsamości kobiet dojrzałych. W poszukiwaniu komponentów tożsamości badanych kobiet szczególnie inspirującą okazała się być koncepcja tożsamości Eriksona, z uwzględnieniem trzech różnych wymiarów funkcjonowania człowieka: *some - psyche - ethos*. Autor wskazuje na nierozzerwalność sfery psychicznej, cielesnej i społecznej (Erikson 1963). Przypadający na okres średniej i późnej dorosłości czas klimakterium/przekwitania, którego kwintesencją jest menopauza staje się czynnikiem kluczowym. Mimo iż jest to proces biologiczny, to jego konsekwencje mają również wymiar psychospołeczny i kulturowy. Dlatego też ten właśnie aspekt uznałam za wiodący przy rozpatrywaniu czynników biologicznych, wpływających na tworzenie się tożsamości kobiety dojrzałej. Zatem w sferze *some* to doświadczenia związane z klimakterium i menopauzą stanowią pierwszy element triady tożsamości kobiety dojrzałej.

Odnosząc się do interesującej nas głównej problematyki można zadać następujące pytania: (1) Jaki jest stan wiedzy badanych kobiet o klimakterium i menopauzie, jaki status ma ta wiedza? (2) Jakie są źródła wiedzy o klimakterium i menopauzie? (3) Jakie kroki podejmowane są przez badane kobiety w celu łagodzenia skutków klimakterium i menopauzy?

Lubuszanki o klimakterium i menopauzie: wiedza tajemna czy powszechna?

Zgromadzony materiał empiryczny pozwala na wysunięcie wniosku, iż badane kobiety – Lubuszanki w przedziale wieku 50-64 lata znają wg własnej opinii podstawowe objawy związane z menopauzą i przekwitaniem. Wiedza ta czerpana jest zarówno z różnego rodzaju opracowań, jak i doświadczeń własnych bądź kobiet z najbliższego otoczenia. Można uznać, iż jest to wiedza elementarna, jednak najważniejsze, że obecnie jest ona powszechnie dostępna. Klimakterium i menopauza nie stanowi już tabu. Informacje na temat tego biologicznego procesu są coraz bardziej dostępne. Nie jest to już wiedza tajemna przekazywana w kuluarach i przemycana między słowami. Chociaż nadal ma charakter wiedzy przekazywanej pokoleniowo, nie jest to obecnie ani jedyne, ani też wyczerpujące źródło informacji. Przytoczone wypowiedzi badanych kobiet wskażą nam różnorodne źródła wiedzy i ich stosunek do procesu przekwitania⁵:

Menopauza zaczęła siać spustoszenie w moim organizmie (typowe objawy + depresja). Ale w porę zareagowałam. Obecnie jestem leczona hormonalnie

⁵ Wszystkie cytaty z opowieści biograficznych badanych Lubuszanek pochodzą z opracowania B. Trzop (2013), *Dojrzałe, spełnione...*

(plasterki). **Na objawy menopauzy byłam niby przygotowana, ale oczywiście wydawało mi się, że to wystąpiło za szybko. Dużo czytałam o przekwitaniu. Pytałam mojego ginekologa, starałam się dużo wiedzieć rzeczy praktycznych, nie tylko fakty książkowe** (r. 100, 50-54, wyk. średnie).

Poza poradą lekarską, źródłem informacji okazują się prasa kobieca, Internet, inne kobiety, na co wskazują kolejne badane:

Ja swoją wiedzę na ten temat czerpię z kobiecej prasy, książek o zdrowiu, śledząc fora internetowe, rozmawiając z koleżankami, które menopauzę mają już za sobą lub są w jej trakcie. Po rozmowie ze swoją mamą, która ten proces przeszła bardzo łagodnie, mam nadzieję, że natura będzie dla mnie równie łaskawa (r. 94, 50-54, wyk. średnie). Doświadczenie menopauzy również nie wpłynęło na moje samopoczucie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Każda kobieta czeka z niepokojem na zmiany związane z procesem przekwitania. **W świecie, w którym żyje nie trzeba szukać źródeł wiedzy na ten temat. Nie jest to temat tabu. O tym głośno mówią wszystkie środki przekazu, prasa, telewizja, Internet i oczywiście rozmowa o tym z koleżankami** (r. 37, 50-54, wyk. średnie). Jeszcze nie doznałam żadnych dolegliwości związanych z procesem przekwitania, wiadomości na temat menopauzy zbieram od koleżanek i rodziny. **Często też napotykam ten temat w różnych damskich gazetach, tj. Claudia, Przyjaciółka lub Poradnik Domowy** (r. 143, 55-59, wyk. średnie).

Kolejna wypowiedź wskazuje na rolę profesjonalnego źródła informacji (lekarz -ginekolog) oraz nadal ważny – uniwersalny przekaz pokoleniowy:

Byłam przygotowana na ewentualne skutki menopauzy. Głównym źródłem był mój ginekolog oraz mama. Oczywiście każda kobieta przechodzi menopauzę inaczej i w innym wieku, ale u mojej mamy wszystko wyglądało bardzo podobnie. Czytałam także różne artykuły zamieszczone w gazetach i na portalach internetowych (r. 108, 50-54, wyk. średnie).

Przekaz w obrębie rodziny w linii żeńskiej oraz rolę najbliższych koleżanek podkreślają także kolejne Lubuszanki:

Dużo czytałam o okresie przekwitania. Rozmawiałam na ten temat z moją mamą i starszą siostrą, więc wiedziałam mniej więcej w jakim okresie u mnie mogą nastąpić te zmiany (r. 69, 50-54, wyk. średnie).

O tym jak będę czuła się w menopauzie mówiły mi koleżanki, pytałam też mojego doktora. Chodzę do niego często, robię badania. Tam menopauzę przeszłam dobrze, czasami tylko ten ból głowy mnie męczył. Ale nie było źle, moje koleżanki miały gorzej (r. 14, 60-64, wyk. zawodowe).

Moja menopauza jeszcze mnie nie dopadła, chociaż raz pokazała co potrafi. Uderzenia gorąca i zimna w najmniej oczekiwanym miejscu i czasie. Na szczę-

ście trwało to tydzień i teraz mam spokój. Na razie... Moje samopoczucie fizyczne i psychiczne jest dobre. **Nie martwię się nadejściem przekwitania, bo to jest nieuniknione i nie będę się tym zamartwiać. Jestem dość czytana i posiadam wiedzę na ten temat. Często rozmawiam o tym z koleżankami i nie widzimy w tym jakiegos problemu. Oby tylko nie dać się zwariować. Wiem na czym polega ten stan kobiety, bo często rozmawiałymy o tym z moją nieżyjącą już mamą** (r. 112, 50-54, wyk. średnie).

W zgromadzonych opowieściach Lubuszanek pojawiły się także wypowiedzi wskazujące na postawę wycofania i niezainteresowania tymi zmianami:

Początkowo bardzo mi to przeszkadzało w życiu codziennym, gdyż uderzenia gorąca były bardzo częste. Przeszkadzało mi to w pracy, gdy przyjmowałam interesantów (zaczzerwienienie na twarzy, potliwość), były dla mnie nieprzyjemne, objawy menopauzy zwracały uwagę innych. Jako kobieta nie uważałam, że menopauza ma na mnie negatywny wpływ. Byłam i jestem kobietą i tak też czuję. **Nie byłam przygotowana do tego, gdyż do operacji miałam regularne miesiączki. O menopauzie nie myślałam i nie szukałam wiedzy na ten temat** (r. 153, 50-54, wyk. średnie).

Czas przekwitania – menopauzy jest jednym z bardziej kluczowych dla kobiety, także i dla mnie. I choćby nie wiem co bym wyczytała na ten temat, co by mi kto nie powiedział, to jak wiadomo doświadczenia są nieprzekazywalne. **Moja wiedza na temat przekwitania była nieznacząca, a i ja nie interesowałam się tym zbyt. Nie robiłam także żadnych badań. Ale patrząc z perspektywy czasu moja postawa byłaby inna** (r. 80, 55-59, wyk. zawodowe).

O traumatycznych doświadczeniach związanych z menopauzą pisze jedna z badanych:

Menopauza jest dla mnie najgorszym doświadczeniem z całej fizjologii kobiety. Nie znosiłam silnych uderzeń gorąca tym bardziej, że przy niskim ciśnieniu, zawsze było mi zimno, nie pociałam się, a tu nagle poty zlewały mnie. Była to bardzo niekomfortowa sytuacja również ze względów estetycznych. Połączyły się one z bardzo kiepską kondycją psychiczną. Skoki nastrojów z tendencją na minus, łącznie z myślami destrukcyjnymi (r. 96, 55-59, wyk. wyższe).

Konkludując można wskazać, iż wiedza o menopauzie i klimakterium nadal lokuje się w kręgu wiedzy kobiecej. Jednakże współcześnie jest ona także powszechnie dostępna w popularnej prasie kobiecej i na forach internetowych. Nadal jest obszarem doświadczenia kobiecego, podobnie jak ciąża, poród czy choroby „typowo kobiece”. Trzeba jednak zaznaczyć, iż z obszaru tej wiedzy wykluczone są kobiety nie przechodzące klimakterium z powodów zdrowotnych. Tym, co zasadniczo różni współczesne Polki w fazie życia średniej i późnej dorosłości od ich matek czy babek, to otwartość na fachową poradę lekarską (uzyskiwaną zarówno od lekarza ginekolo-

ga, jak i od lekarza pierwszego kontaktu) i, co ważniejsze, możliwość jej uzyskania. Zmieniło się także podejście do tematu: menopauza najczęściej traktowana jest przez kobiety jako normalna kolej rzeczy. Jednakże, jak pokazał zgromadzony materiał empiryczny, ciągle najważniejszym źródłem wiedzy o doświadczeniach przekwitania są inne kobiety – w rodzinie, w pracy, w kręgu koleżeńskim. Buduje to obszar wspólnoty doświadczeń, przeżyć i podstawę do kształtowania nowej tożsamości kobiety w fazie klimakterium.

Uciążliwe objawy menopauzy i klimakterium nie są już nieuniknioną częścią kobiecej egzystencji. Rozwój medycyny, doświadczenia XX wieku nad wprowadzaniem terapii hormonalnej spowodowały, iż kobiety przechodząc ten kolejny etap biologicznego rozwoju mogą przeżyć to łagodniej, bardziej komfortowo, nie skazując się na izolację od życia społecznego. Medycyna pozwoliła im na godne przejście w kolejną biologiczną fazę życia, bez skazywania się na dodatkowe cierpienia.

Lubuszaneki wobec osiągnięć współczesnej medycyny: Hormonalna Terapia Zastępcza

Jak wykazała analiza zebranego materiału empirycznego, badane Lubuszaneki mają różnorodny stosunek do HTZ. Wiąże się to zarówno z dostępnością (zróżnicowaną ze względu na wielkość miejscowości zamieszkania), jak i sytuacją materialną badanych. Poza czynnikami zewnętrznymi istnieje także bariera mentalna przed taką ingerencją w „naturalny bieg rzeczy”. Poniższej zostaną przytoczone wypowiedzi badanych kobiet, wskazujące na zakres ich wiedzy o HTZ.

Wśród badanych Lubuszanek mamy sporą grupę kobiet, które korzystają z osiągnięć współczesnej medycyny i nie mają medycznych przeciwwskazań do stosowania terapii hormonalnej:

Wchodząc w okres przekwitania miałam sporą wiedzę o HTZ, zdrowym stylu życia itp. Dlatego, kiedy zaczynałam odczuwać dyskomfort menopauzy zgłosiłam się do lekarza ginekologa na badania oraz po receptę na leki hormonalne (r. 1, 55-59, wyk. średnie).

Kolejną rozmówczyni podkreśla potrzebę medycznej ingerencji w ten proces, ale także wskazała na trudności z jej dostępnością:

Częste wizyty u lekarza specjalisty pomogły mi przetrwać ten burzliwy okres w moim życiu. Gdyby nie te wizyty, badania i leki dostosowane do moich dolegliwości to sama na pewno nie poradziła bym sobie z tym problemem. Moim zdaniem każda kobieta powinna w okresie menopauzy zasięgnąć porady lekarza bo leczenie się na własną rękę nie przynosi takich skutków jakie byśmy chcieli. Dlatego zawsze namawiam swoje znajome na wizyty u specjalisty. Oczywiście nie wszystko jest tak proste jak tu napisałam, wiele razy miałam problemy z dostaniem się do lekarza ze względu na długi okres oczekiwania na wizytę. Dlatego gdy było to możliwe wybierałam wizyty

w gabinetach prywatnych i bez wsparcia moich najbliższych nie wiem czy byłoby mnie na to stać, bo jestem tylko emerytkom a jak wiadomo emeryt w dzisiejszych czasach nie ma łatwo (r. 137, 55-59, wyk. zawodowe).

Kolejne Lubuszanek wskazują na korzyści ze stosowania HTZ:

Zaczęły się bóle kręgosłupa, skoki ciśnienia, złe samopoczucie związane z menopauzą tzn. uderzenia gorąca, poty, rozdrażnienie. Wiedziałam od koleżanek i z czasopism o tych dolegliwościach. **Powiedziałam sobie, że nie będę się męczyć, w końcu mamy XXI wiek i rozpoczęłam kurację hormonalną. Stosuję ją od 6 lat. Czuję się świetnie, wyglądam też całkiem fajnie** (r. 50, 50-54, wyk. średnie). Kiedy poczułam, że menopauza zaczyna i mnie dotyczyć skonsultowałam się ze swoim lekarzem – ginekologiem, który zaproponował mi Hormonalną Terapię Zastępczą. Po wykonaniu niezbędnych badań przepisał mi odpowiednie pigułki hormonalne i dał mi wskazówki odnośnie lekkich zmian w moim trybie życia. **Stosując HTZ po pewnym czasie nastąpiły pozytywne zmiany, które ułatwiły przetrwać ten okres stopniowo zaczęły występować objawy związane z menopauzą i znacznie poprawił się mój komfort życia.** Przez cały czas byłam i obecna jestem pod opieką lekarską (r. 3, 60-64, wyk. średnie).

Jest także grupa kobiet, które nie stosują HTZ, choć posiadają wiedzę na jej temat. Badane Lubuszanek z jednej strony wskazują na stosowanie suplementów i paramedykamentów:

O hormonalnej terapii zastępczej czytałam dużo i rozmawiałam z lekarzem rodzinnym ale **na razie** wystarczą **mi ziołowe suplementy** (r. 2, 50-54, wyk. średnie).

Z drugiej zaś odpowiedzialnością za brak jej stosowania obarczają lekarza:

O diecie, hormonalnej terapii zastępczej lub aktywności fizycznej w trakcie okresu przekwitania słyszałam w TV i czytałam w gazetach, ale **nigdy nie polecił mi tego lekarz więc nie realizowałam tego w swoim życiu** (r. 73, 55-59, wyk. zawodowe).

Hormonalna terapia zastępcza wg wiedzy jaką posiadam nie jest korzystna dla wszystkich kobiet, **myślę, że gdyby mój lekarz stwierdził, że powinnam z niej skorzystać to tak by się stało** (r. 101, 55-54, wyk. średnie).

Ze zgromadzonego materiału empirycznego można wywnioskować, iż wiedza Lubuszanek 50+ dotycząca samej menopauzy i klimakterium lokuje się w sferze wiedzy elementarnej. Jednakże ich stosunek do samej HTZ jest bardziej zróżnicowany. Wskazywane powody niestosowania terapii związane są przede wszystkim z dostępem do stosowania samej terapii i, co ważniejsze, z koniecznością regularnych konsultacji lekarskich. Nie należy także zapominać, iż istnieje grupa kobiet wykluczona z możliwości stoso-

wania HTZ z powodu stanu zdrowia. Jak wskazały badania Wyderki, istnieje także część kobiet, które łagodnie przechodzą ten proces.

Zakończenie

Klimakterium i menopauza to typowo kobiece doświadczenie. Przed epoką rewolucji przemysłowej, do XIX w. w skali globalnej dane nielicznym (średnia długość życia kobiety wynosiła ok. 40 lat). Jednakże współcześnie, w erze społeczeństw starzejących się, w społeczeństwach wysoko rozwiniętych to integralna część życia kobiet. Na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat dokonała się w tym względzie rewolucja: z jednej strony pojawiła się HTZ umożliwiająca kobietom w miarę normalnie przejść ten czas, z drugiej zaś nastąpiło odmitologizowanie tej tematyki – obecnej w prasie kobiecej, literaturze, reklamie, kampaniach społecznych. Jak wskazały przytoczone wypowiedzi kobiet – istotną rolę w tym względzie odgrywają lekarze. Jednakże w czasach większej dostępności różnego rodzaju wiedzy na ten temat (m.in. Internet i prasa kobieca) lekarz ma raczej wejść w rolę partnera w rozmowie, co wymaga nastawienia oraz docenienia procesu humanizacji medycyny i traktowania pacjenta podmiotowo. Rola lekarza jest także istotna w samym procesie edukacji i weryfikowania zdobytej przez pacjentki wiedzy.

Nie bez znaczenia pozostaje jednak kwestia dostępności do opieki medycznej (zwłaszcza w małych miastach i na wsi). Badane kobiety wskazywały na trudności instytucjonalne związane z dostępem do fachowej opieki i potrzebą regularności wizyt. Ciekawą poznawczą kwestią okazała się być także bariera mentalna – jest nadal kategoria kobiet wykluczająca ingerencję medyczną w ten naturalny proces przekwitania. Jednakże kolejne kohorty kobiet kwestie komfortu życia przekładać będą nad naturalny cykl rozwoju – ich samoświadomość rośnie, jedyną barierą może okazać się dostępność. Konkludując można wskazać, iż menopauza została już społecznie i kulturowo oswojona, teraz czas na podobny proces z męską andropauzą.

Bibliografia

- ANGIER N., *Kobieta. Geografia intymna*, Prószyński i S-ka, Warszawa 2001.
- BORYSENKO J., *Księga życia kobiety. Ciało, psychika, duchowość*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot 2001.
- BOYD D., BEE H., *Psychologia rozwoju człowieka*, Zysk i S-ka, Warszawa 2008.
- HALL C. S., LINDZEY G., *Teorie osobowości*, PWN, Warszawa 2002.
- LEVINSON D. J., LEVINSON M., *The Seasons of women's life*, Knopf, New York 1996.
- TRZOP B., *Dojrzałe, spełnione, niezależne...? Kobiety 50+ w socjologicznym zwierciadle*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa 2013.

- TRZOP B., W poszukiwaniu dojrzałej tożsamości: kim są kobiety i mężczyźni 50+ we współczesnym społeczeństwie polskim?, Rocznik Lubuski, 2016, tom 42, cz. 1/2016, s. 261-275.
- WOYNAROWSKA B., (red.) Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania, PWN, Warszawa 2010.
- WOŹNIAK Z., W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej, [w:] „Ruch Prawniczy Ekonomiczny i Socjologiczny”, Zeszyt 1/2004, s. 161-187.
- WYDERKA M., Przekwitanie w świadomości kobiet. Badania w regionie łódzkim, Wydawnictwo WSHE, Łódź 2008.

Streszczenie

DOŚWIADCZENIE MENOPAUZY W PERCEPCJI LUBUSZANEK 50+

W artykule odwołano się do wyników autorskich badań poświęconych problematyce stylów życia Lubuszanek 50+ (badanie prowadzone w 2012). Podstawę części teoretycznej stanowi koncepcja cykliczności życia Daniela Levinsona. Celem artykułu jest przybliżenie stosunku badanych dojrzałych kobiet do klimakterium i menopauzy. Doświadczenie to taktowane jest w niniejszym tekście holistycznie: jako proces zmian biologicznych i związanych z nim procesów psychologiczno-społecznych.

Słowa kluczowe:

starzejące się społeczeństwo, cykle życia, klimakterium i menopauza

Summary

THE EXPERIENCE OF MENOPAUSE IN PERCEPTION LUBUSZANEK 50+

The article is based on the results of the author's research on lifestyle of women age 50+ (conducted in 2012).. The basis of the theoretical part is Daniel Levinson's concept of the life cycle. The aim of the article is to approximate the ratio of examined mature women to menopause. The experience is timed holistically in this text: as a process of biological change and related psychological and social processes.

Keywords:

aging population, life cycles, menopause

ZDROWOTNE UWARUNKOWANIA WCZEŚNIEJSZEJ DEZAKTYWIZACJI ZAWODOWEJ KOBIET DOJRZAŁYCH

Wprowadzenie

Proces starzenia się ludności, tj. zwiększania się liczby i udziału osób starszych w ludności ogółem, jeszcze do niedawna pozostawał w cieniu szeroko dyskutowanego problemu eksplozji demograficznej. Dopiero ostatnia dekada XX wieku przyniosła zwrot w spojrzeniu na zachodzące zmiany demograficzne, w szczególności w odniesieniu do Europy, dla której określenie „Stary Kontynent” zaczęło nabierać nowej, dosłownej interpretacji.

Starzenie się ludności jest procesem złożonym, kształtowanym jednocześnie przez zmiany płodności, umieralności oraz migracji. Zjawisko to występuje obecnie we wszystkich krajach europejskich, choć jego nasilenie i ramy czasowe wykazują duże zróżnicowanie. Polska należy do grupy krajów europejskich o stosunkowo „młodej” populacji (mierzonej medianą wieku bądź współczynnikami obciążenia demograficznego), co wynika w dużym stopniu z późniejszego, w stosunku do krajów zachodnioeuropejskich, momentu początku spadku współczynnika dzietności. Spadek ten jest jednak na tyle duży i nie wykazuje obecnie tendencji wzrostowych (co miało miejsce w wielu krajach zachodnioeuropejskich), iż obserwowane i prognozowane tempo wzrostu odsetka osób starszych w Polsce należy do najwyższych w Europie. Prognozy demograficzne ONZ, a także Eurostat wskazują, iż w perspektywie kilkudziesięcioletniej populacja Polski będzie charakteryzowała się jedną z najstarszych struktur wieku w Europie (GUS 2013, s. 27).

Kierunki polityki społeczno-gospodarczej różnych państw są więc zgodne co do potrzeby zwiększenia stopnia aktywnego uczestnictwa w rynku pracy osób starszych, jednak nie ma konsensusu co do narzędzi, które powinny zostać zastosowane, aby ten cel osiągnąć, także ze względu na zróżnicowanie sytuacji na rynku pracy i jego otoczenia w poszczególnych krajach (ibidem, s. 30).

Mimo że problem starzenia się naszego społeczeństwa jest w ostatnim czasie mocno akcentowany w debacie publicznej, mało miejsca poświęca się w niej specyficznej w tym kontekście sytuacji kobiet.

Kobiety żyją dłużej niż mężczyźni, wydaje się więc - są zdrowsze i silniejsze. Tymczasem liczba i uciążliwość obciążeń zdrowotnych, z którymi polskim kobietom przychodzi zmagać się w jesieni życia stawia je w niekorzystnej sytuacji nie tylko wobec mężczyzn, ale częstokroć także kobiet z innych krajów europejskich. Dynamika przyrostu liczby starszych kobiet jest w Polsce niemal najwyższa w Europie, a stawiane przed nimi oczekiwania, jak np. dłuższa aktywność zawodowa czy wypełnianie funkcji opiekuńczych wobec członków rodziny, stanowią poważne wyzwanie dla podmiotów kształtujących politykę społeczną i zdrowotną państwa.

Oprócz usprawnienia systemu opieki zdrowotnej i poprawy wyników leczenia chorób przewlekłych w populacji starszych osób kluczowym wydaje się wypracowanie i odpowiednio wczesne wdrożenie rozwiązań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, dopasowanych do specyficznych potrzeb i zasobów grupy docelowej, które pozwolą nie tylko na ograniczenie wydatków służby zdrowia, ale także umożliwią dłuższe funkcjonowanie kobiet na rynku pracy i osiąganie lepszych wskaźników jakości życia (Ostrowska, red. 2015, s. 5¹).

Analiza prawidłowości charakteryzujących dezaktywizację zawodową Polaków stanowi ważny temat w kontekście potrzeb polityki społecznej, w tym polityki rynku pracy. Dlatego od kilku lat podejmowane są badania stanowiące próbę wyjaśnienia podłoża wczesnej dezaktywizacji zawodowej z jednej strony i czynników sprzyjających wydłużeniu aktywności zawodowej z drugiej. Badanie w tym zakresie podjął m.in. GUS, którego wyniki zamieszczono w publikacji „Przejście...” (2013). Innym istotnym źródłem danych w tym zakresie są wyniki ogólnopolskiego badania „Diagnoza obecnej sytuacji kobiet i mężczyzn 50+ na rynku pracy w Polsce”, przeprowadzonego w 2012 r. przez Uniwersytet Łódzki w ramach projektu pt. „Wyrównywanie szans na rynku pracy dla osób 50+”, realizowanego wspólnie z Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich (Lider Partnerstwa). Projekt ten współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Obydwa badania miały nieco inny charakter. Badanie „Diagnoza...” miało na celu ocenę sytuacji Polaków w wieku tzw. „okołoemerytalnym” na rynku pracy, a więc jego zakres był szerszy niż wymienione badanie GUS (Wiktorowicz 2015, s. 28).

Poruszana w niniejszym artykule problematyka związana jest z jednym z aspektów odnoszącego się do ogólnego zagadnienia - starzenia się współczesnych społeczeństw, czyli obszarem zdrowia.

¹ Cytowana publikacja została wybrana spośród licznych pozycji w dorobku Autorki, jednak *Raport Polki 50 plus. Zdrowie i jego zagrożenia*, stanowiący wielowątkowe studium zdrowia kobiet, mających więcej niż 50 lat, przynosi dobrze udokumentowaną wiedzę i wydaje się być najbardziej adekwatny w kontekście poruszanej w niniejszym artykule problematyki.

Analizowane w artykule zastane dane empiryczne (statystyki publiczne, dane z raportów badań zrealizowanych w obszarze zdrowia w Polsce) pozwolą ostatecznie odnieść się do problematyki związanej z uwarunkowaniami zdrowotnymi wcześniejszej dezaktywizacji zawodowej kobiet dojrzałych².

Cechy procesu starzenia się kobiet: kontekst społeczny i zdrowotny

To prawda, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni podlegają wpływom czynników biologicznych oraz makro, mezo i mikrospołecznych. To jednak nie oznacza, że czynniki, a także skutki ich wpływu są takie same. Obok zmieniających takich jak status społeczno-ekonomiczny czy wpływy społeczno-kulturowe zmienną, która w istotnym stopniu pośredniczy między wpływami biologicznymi i społecznymi a szansami społecznymi i zdrowotnymi kobiet, są fazy życia. Bycie kobietą, w większym stopniu niż bycie mężczyzną, wiąże z fazami życia problemy zdrowotne i społeczne. Mimo że wszystkie fazy życia kobiet zasługują na odrębną uwagę, nie wszystkie cieszą się równie silnym zainteresowaniem społecznym. Fazą, która ze względu na ogromne znaczenie populacyjne, przede wszystkim skupia uwagę systemów, instytucji i rodzin, choć – trzeba dodać – wciąż niewystarczająco, jest faza prokreacji (Ostrowska, red. 2015, s. 99).

Ponadto, jak wynika z badań przeprowadzonych w ramach europejskiego programu SHARE, Polacy opuszczają rynek pracy na wcześniejszym etapie życia niż Szwedzi czy Niemcy, a stan zdrowia w Polsce tylko w nieznanym stopniu różnicuje czas odejścia z rynku pracy. Obserwacje wskazują na znaczący wpływ czynników systemowych, które przykładowo przekładają się na wysoki odsetek kobiet wychodzących z runku pracy ze względu na uzyskanie uprawnień do wcześniejszej emerytury. Innym ważnym aspektem polskiego systemu są odpływy osób starszych z rynku pracy ze względu na możliwość skorzystania z uprawnień do renty. Wśród najistotniejszych determinant, przyczyniających się do większego prawdopodobieństwa wyjścia z zatrudnienia, zidentyfikować można czynniki ściśle związane z warunkami pracy, takie jak forma zatrudnienia i wymiar godzinowy pracy czy subiektywnie odczuwana satysfakcja z jej wykonywania (Chłóń-Domińczak, red. 2014, s. 29).

Zdrowie jako warunek udanej starości kobiet dojrzałych

Proces starzenia się społeczeństw stawia przed polityką społeczną konieczność określenia czym jest udana starość, jakie są jej wyznaczniki i co w praktyce oznacza takie sformułowanie jak właściwa jakość życia star-

² Kobiety dojrzałe rozumiane są w całym artykule jako kobiety w wieku 50+.

szych osób. W toczących się na ten temat debatach europejskich podkreśla się, że wśród wielu czynników takich jak niezależność ekonomiczna, posiadanie wsparcia społecznego i bliskich osób wokół siebie, prowadzenie aktywnego życia, ciekawość poznawcza czy posiadanie zainteresowań, na pierwszym miejscu pojawia się przede wszystkim zachowanie dobrego zdrowia fizycznego i psychicznego.

Także badacze problemów życiowych starszych osób wskazują, że na listach najbardziej pożądanym przez nie wartości, na pierwszym miejscu wymienia się nieodmiennie zachowanie możliwie jak najlepszego zdrowia, sprawności i samodzielnego funkcjonowania aż do śmierci. Tym samym zadania medycyny w coraz wyraźniejszy sposób są formułowane jako „dodawanie życia do lat, a nie lat do życia” (Ostrowska, red. 2015, s. 6).

Większość analiz dotyczących zdrowia i funkcjonowania kobiet w Polsce koncentruje się na ich zdrowiu i życiu w wieku reprodukcyjnym (16-49 lat) bądź na problemach zdrowotnych kobiet starszych, po 60. czy 65. roku życia, zgodnie z przyjmowanymi na ogół koncepcjami początków starości. W analizach tych umykają tym samym z pola widzenia problemy kobiet znajdujących się dopiero u progu starszego wieku, zasilające kategorię 50-59 lat (ibidem s. 6).

Nie bez znaczenia dla zdrowia, samopoczucia i funkcjonowania kobiet po 50-tym roku życia są zmiany fizjologiczne związane z okresem menopauzy, które często w sposób odczuwalny zaburzają aktywność kobiet w różnych sferach życia. Ta szczególna sytuacja zdrowotna tej grupy kobiet, przy jednoczesnym niedoreprezentowaniu ich problemów w badaniach społecznych i medycznych sprawia, że do rozważań na temat potrzeb i problemów zdrowotnych starszych kobiet włączamy grupę wieku 50+ i poświęcamy jej stosunkowo więcej uwagi. Wiąże się to także ze wskazaną wcześniej potrzebą wdrażania szeregu działań, zapobiegających rozwojowi chorób i dysfunkcji, co często ma miejsce w następnych dekadach wieku.

Pod względem stanu zdrowia, kobiety w starszym wieku stanowią kategorię zróżnicowaną wewnątrznie. W zależności od przyjętego wieku, uznanego za początek starości i od długości życia, może ona obejmować okres kilkudziesięciu lat; w sposób oczywisty przemiany zdrowia zachodzące w tym okresie mają zróżnicowany charakter i dynamikę. Stwierdzenia ogólne, dotyczące kondycji starszych kobiet są więc wypadkową bardzo wielu sytuacji indywidualnych, sumujących przebiegające w różny sposób procesy biologiczne, psychiczne i społeczne (ibidem, s. 7).

Podsumowując sytuację zdrowotną kobiet i mężczyzn w wieku 45/50+ w kontekście możliwości wykonywania pracy zawodowej można stwierdzić, że krytyczną granicą wieku, od której społeczność odczuwa nasilenie problemów zdrowotnych jest wiek 50 lat. Należy pamiętać, że wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 50+ w Polsce mimo pewnej poprawy nadal na tle innych krajów jest niski, więc zdecydowana większość starszej populacji nie pracuje zawodowo, co w pewnym sensie może pozostawać

w związku ze skalą odczuwanych problemów zdrowotnych (Kryńska, Krzyszkowski, Urbaniak, Wiktorowicz 2013, s. 104).

Aktywność zawodowa osób w wieku 50+

Wzorzec aktywności zawodowej osób w wieku 50-69 lat wyraźnie odbiega od wzorca aktywności populacji w wieku *prime age*³, cechującej się najwyższymi współczynnikami aktywności zawodowej i wskaźnikami zatrudnienia (GUS 2013, s. 31).

Analizując dostępne dane statystyczne w obszarze rynku pracy można zauważyć, że w latach 2003-2007 zdecydowanie szybciej zmniejszała się liczba bezrobotnych mężczyzn niż kobiet, co miało swoje odzwierciedlenie we wzroście odsetka kobiet wśród ogółu zarejestrowanych (z 51,2% w końcu 2002 r. do 58,2% w końcu 2007 r.). W kolejnych dwóch latach wskaźnik ten zmniejszał się, ale w 2010 r. i 2011 r. ponownie wzrósł. Od 2012 r. ponownie notowano spadek do poziomu 51,0% w końcu 2013 roku, by w końcu 2015 roku wzrosnąć do 52,2%.

W końcu 2015 roku w urzędach pracy zarejestrowanych było 1 563 339 bezrobotnych. W województwie lubuskim była to wartość 39 348 osób, gdzie kobiety stanowiły 54%. Dla porównania: w 2013 roku liczba osób bezrobotnych w Polsce wynosiła 2 157 883 (51% kobiet), a dla województwa lubuskiego – 59 805 osób, w tym 52,8% kobiet.

Zauważalne zmniejszenie liczby bezrobotnych było wynikiem spadku napływu do bezrobocia, przy równoczesnym spadku wyrejestrowań (Rynek pracy w Polsce 2017). W ostatnich latach notuje się wyższą dynamikę wzrostu liczby bezrobotnych w starszych grupach wiekowych, co powoduje zmiany struktury wiekowej bezrobotnych. Odsetek bezrobotnych powyżej 50. roku życia zwiększył się z 26,0% w końcu 2014 do 27,5% w końcu 2015 roku. W województwie lubuskim osoby powyżej 50. roku życia stanowiły w końcu 2015 roku 30,12% zarejestrowanych.

Spółeczna i zawodowa aktywizacja kobiet dojrzałych

Problem społecznej i zawodowej aktywizacji kobiet jest zagadnieniem kompleksowym i warto go analizować z wielu różnych, makro- i mikrospołecznych punktów widzenia. Są to na pewno problemy ekonomiczne kraju, sytuacja na rynku pracy czy efektywność systemu emerytalnego, ale uwzględnienia wymagają także psychofizyczne, zdrowotne i społeczne możliwości starszych kobiet.

Tu warto także wspomnieć o stereotypach, kulturowo uwarunkowanych sposobach postrzegania starszych kobiet, które utrudniają ich obecność na rynku pracy. Ich wizerunki, doświadczenie i przydatność zawodowa ulegają „przedawnieniu”, nie nadążają bowiem za „postępem”

³ Kobiety w wieku 25-55 lat, mężczyźni w wieku 25-60 lat.

i nowoczesną dynamiką życia na równi z młodymi. Generalnie, społeczny wizerunek starszych kobiet zawiera u nas więcej cech negatywnych niż pozytywnych: łączy się z chorobą, deprycją, nieatrakcyjnym ciałem, ubytkami sprawności fizycznej i intelektualnej i życiem ze skromnej emerytury (Ostrowska, red. 2015, s. 12; por. też: Trzop 2013, *Kobiety 50+ ...* 2017).

Stan zdrowia jako przyczyna dezaktywizacji kobiet

Wypadaniu z rynku pracy towarzyszy pogarszająca się na ogół sytuacja materialna i zdrowotna. Dotyka ona silniej kobiet niż mężczyzn, gdyż nawet we wcześniejszych okresach życia trudniej im było o pracę, ich zarobki były przeciętnie niższe i takie też w konsekwencji są ich emerytury. Tym samym proces starzenia się jest źródłem wielu niepewności i nie bywa ani powodem do zadowolenia, ani do dumy. Jednocześnie rosnący liczebnie segment ludzi starszych (zwłaszcza kobiet) stwarza konieczność rozwijania ich potencjału i właściwego „zagospodarowania” ich w społeczeństwie (ibidem, s. 12).

Wraz ze wzrostem liczebności grupy seniorów, nieuchronnie rośnie liczba (i udział w społeczeństwie) nieaktywnych zawodowo osób ze starszego pokolenia. Osoby starsze mają bowiem szereg powodów do zaprzestania pracy, a motywacja do dezaktywizacji zawodowej rośnie wraz z wiekiem (WUP Gdańsk 2009, s. 25). Jednym z nich są czynniki związane ze zdrowiem.

Pierwotnym powodem i korzyścią z wprowadzenia praktyki ubezpieczeń emerytalnych jest fakt zabezpieczenia finansowego uczestników tego systemu na okoliczność postępującej wraz z wiekiem utraty zdolności produkcyjnych. Ta utrata możliwości generowania dochodu z pracy jest głównie skutkiem nieuchronnego w wieku podeszłym osłabienia organizmu i pogarszającego się stanu zdrowia (ibidem, s. 25).

Właśnie stan zdrowia był – poza przesłankami dochodowymi – główną, deklarowaną przyczyną przechodzenia na emeryturę. Wskazało na nią 51% mężczyzn i 51% kobiet pozostających na emeryturze, a wszystkich, którzy wymienili tę przyczynę, było 88%. Nawet jeśli przyjmiemy, że subiektywna ocena stanu zdrowia może uzasadniać decyzje podejmowane pod presją innych, niewymienionych powodów, taki stan musi niepokoić (MPiPS 2008, s. 21). Wraz z wiekiem i pogarszającym się zdrowiem zwiększa się ryzyko niedołożności, wystąpienia poważnych ograniczeń w zdolności wykonywania podstawowych czynności życiowych, co oczywiście w ogromnej większości wypadków wyklucza pracę zarobkową. Wpływ złego stanu zdrowia na decyzję o dezaktywizacji potwierdzają też szacunki BAEL, zgodnie z którymi główną przyczyną dezaktywizacji starszych osób jest choroba i niepełnosprawność (WUP Gdańsk 2009, s. 27). Stan zdrowia ma z pewnością niemały wpływ na indywidualne decyzje o dezaktywizacji. Wynika z tego, że im lepszy jest stan zdrowia społeczeństwa, a zwłaszcza starszych kohort wieku, tym większe są zdolności produkcyjne ludzi i mniejsza ich

motywacja do zaprzestania pracy zawodowej, nawet po przekroczeniu wieku emerytalnego (ibidem, s. 28).

Jak można się spodziewać, dobre zdrowie współwystępuje z większą aktywnością zawodową, zła z jej obniżonym poziomem. Decydujący się pracować i nie pobierać emerytury pomimo posiadania uprawnień do niej, zwykle oceniają swój stan zdrowia jako zbliżony do osób pracujących, które jeszcze nie nabyły emerytalnych uprawnień. Pobierający emeryturę, nawet jeśli pracują, wyraźnie są w gorszej kondycji – na zły lub bardzo zły stan zdrowia wskazuje 10% pracujących mężczyzn-emerytów, podczas kiedy wśród nieuprawnionych do emerytury jest ich ok. 4%, a wśród odraczających przejście na emeryturę i pracujących 8,5%. Dla kobiet analogiczne odsetki wynoszą odpowiednio prawie 11%, 3% i 4% (MPiPS 2008, s. 68).

Zarazem pracujący emeryci są zdrowsi od emerytów, którzy nie są aktywni zawodowo – ok. 48% tych pierwszych ocenia swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry, a wśród niepracujących – 35%. Można wnioskować, że przechodzeniu na emeryturę i zaprzestaniu aktywności zawodowej sprzyja relatywnie gorszy stan zdrowia. Na kontynuację pracy zarobkowej decydują się raczej ci emeryci, którzy lepiej się czują; na kontynuację pracy i odroczenie przejścia na emeryturę ci uprawnieni do niej, którzy czują się najlepiej spośród uprawnionych do emerytury. Ich stan zdrowia nie różni się właściwie od stanu zdrowia pracujących, znajdujących się jeszcze przed emeryturą (ibidem, s. 69).

Nieprzechodzeniu na emeryturę sprzyja dobra ocena własnego stanu zdrowia. Im ta ocena gorsza, tym większa skłonność do pobierania emerytury, a także do dezaktywizacji zawodowej. Populacja pracujących emerytów różni się zasadniczo od emerytów niepracujących pod względem stanu zdrowia. Ta pierwsza ocenia je zdecydowanie lepiej.

Stan zdrowia może wskazywać na mniejszą niż przeciętnie skłonność do utrzymania aktywności zawodowej – wśród pracujących pojawia się więcej osób oceniających swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry i zdecydowanie mniej jako zły lub bardzo zły. Ale, co charakterystyczne, stan zdrowia tylko w pewnym stopniu wiąże się z decyzją, czy przejść na emeryturę. Wprawdzie wśród pracujących, którzy jeszcze nie nabyli praw emerytalnych, więcej osób cieszy się dobrym zdrowiem, lecz może to być kwestią wieku, a nie podjęcia decyzji, by z pogorszeniem stanu zdrowia ubiegać się o świadczenie emerytalne. Małe są też różnice zdrowotne między pracującymi i niepracującymi emerytami. Zatem zły stan zdrowia bardziej wyklucza z pracy inne osoby niż korzystające z emerytury.

Relatywnie częste posiadanie orzeczenia o niezdolności do pracy występuje właśnie w grupie niepracujących osób, które nie pobierają emerytury. Natomiast wśród emerytów nie ma takich orzeczeń ponad 80%, w tym aż 87% emerytów pracujących. Mając zapewnione świadczenia, emeryci prawdopodobnie nie starają się o odpowiednie orzeczenia, ponieważ z tego tytułu nie przysługiwałyby im dodatkowe korzyści. Mężczyźni nie korzystający z uprawnień emerytalnych, chociaż spełniają kryteria do ich

uzyskania, najrzadziej posiadają orzeczenie o niezdolności do pracy, co wydaje się dość oczywiste (ibidem, s. 99-101).

Istotne jest również połączenie stanu zdrowia z charakterem wykonywanej pracy. Składają się na to: spadek wydolności fizycznej i psychofizycznej (problemy ze zdrowiem); spadek motywacji – działający na zasadzie samospełniającej się przepowiedni (pracownik zakłada, że zakład pracy nie zechce go zatrzymać – często odczytuje subtelne sygnały np. w postaci niekierowania na szkolenia, braku podwyżki itp., więc się psychicznie wycofuje); ogólnie bardziej powolne tempo pracy, niechęć do „spinania się”, rywalizowania, „sprawdzania się” – jak wskazywało wielu ekspertów, często spowodowane brakiem perspektyw (awansu, podwyżki).

W istocie rzeczy jednak, problem nie polega na niskiej produktywności starszych pracowników, ale na braku strategii ich wykorzystywania. Po pierwsze, pracodawca trzyma ich latami w tym samym miejscu (ta sama praca) – zamiast zarządzać wiekiem przez przenoszenie pracowników do różnych prac. Pozwoliłoby to uniknąć wypalenia (niechęci, spadku motywacji), ale też wielu chorób. Po drugie, nie oferuje się pracownikom odpowiednio wcześnie jakiejś perspektywy „kariery” – ze wskazaniem możliwości zmiany stanowiska pracy w starszym wieku, uelastycznienia czasu pracy, perspektyw finansowych. Po trzecie, nie dba się wystarczająco o podniesienie kultury pracy i jakości miejsca pracy tak, by pracownicy w mniejszym stopniu tracili siły i zdrowie. Poczucie przemęczenia, pracy ponad siły, braku możliwości zmiany (nie wspominając o awansie), dolegliwości zdrowotne powodują, że perspektywa pozostania w pracy dłużej (wydłużenie wieku emerytalnego) budzi odruch sprzeciwu („społecznej niezgody”). Dzieje się tak szczególnie w przypadku tych osób, które czują się i tak nadmiernie „wyeksploatowane”, czyli robotników oraz rolników. Na wsi ogólny stan zdrowia jest generalnie gorszy, co może wynikać zarówno z cięższych warunków pracy, jak i z niższej jakości i dostępności opieki zdrowotnej (ibidem, s. 113).

W ramach przeprowadzonego badania pn. „Dezaktywizacja osób w wieku okołoemerytalnym. Raport z badań” zrealizowanego przez Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w 2008 r., zapytano pracodawców o główne, ich zdaniem, przyczyny przechodzenia pracowników na emeryturę. Wśród sześciu najczęściej wskazywanych powodów przechodzenia na emeryturę znalazło się również zdrowie.

Przechodzenie na emeryturę ze względów zdrowotnych dotyczy właściwie tylko tych pracowników, którzy wykonywali ciężkie prace (praca na budowie). W przypadku branży obsługa nieruchomości i firm stan zdrowia „eliminuje” praktycznie tylko mężczyzn. Ale czasem dotyka także kobiety – np. chore stawy uniemożliwiają dalszą pracę jako sprzątaczkę. W przypadku handlu pojawiają się „problemy z nogami”, ponieważ ekspientki muszą przez większość czasu stać. W przypadku pracowników szwalni czy zakładów galanteryjnych pojawiają się problemy ze wzrokiem

(np. jaskra), które również uniemożliwiają dalszą pracę w zawodzie. *Panie zatrudnione w krawiectwie ciężkim chętnie odchodzą na wcześniejsze emerytury, ponieważ są schorwane, nie mają już sił do pracy [...], bo pracują w trudnych warunkach. W oświacie pojawił się jeden specyficzny powód przechodzenia na emerytury – wypalenie zawodowe. „Ja myślę, że w zawodzie nauczycielskim jest tak, że się powinno na emeryturę przechodzić raczej wcześniej niż później”.* To zdanie w różnej formie wypowiedała zdecydowana większość badanych pracodawców z branży związanej z edukacją. Irytacja wynikająca z zawodowego wypalenia niesie ze sobą ryzyko nie tylko po prostu złej pracy, ale jakiegoś rodzaju krzywdy dokonanej na młodych ludziach. To jest właśnie specyfika tego zawodu – odpowiedzialność nauczyciela. Obowiązujące obecnie zasady przechodzenia na emeryturę w tym zawodzie są oceniane jako zrozumiałe i sensowne. Ci, którzy już nie mają sił, by uczyć, nie mogą być zatrzymywani za wszelką cenę, bo szkoła to nie jest „zakład pracy” i produktywności nie można w niej „odbębnić” mechanicznym działaniem. Przywilej, jakim jest możliwość przechodzenia na wcześniejszą emeryturę, pozwala odejść w momencie, w którym nie można już z siebie dać wszystkiego i jednocześnie daje możliwość pozostania w pracy dla tych „perełek”, tych „najwyższej klasy pedagogów”, których odejście byłoby stratą dla szkoły, a którzy mają siłę, by jeszcze pracować (ibidem, s. 124-125).

Rola promocji zdrowia

Promocja zdrowia jako dziedzina zdrowia publicznego oparta na współpracy międzysektorowej, mająca na celu potęgowanie zasobów zdrowia, redukcję społecznych nierówności w zdrowiu, zapewnienie możliwie wysokiej jakości życia oraz wspomaganie procesu profilaktyki, leczenia i rehabilitacji – ma potencjalnie największe możliwości kompleksowego rozwiązywania problemów zdrowotnych kobiet w wieku 50+, poprzez równoległe zwiększanie ich szans społecznych i zdrowotnych. Finalnie chodzi tu o podjęcie nowych i nasilenie skutecznych, już realizowanych działań indywidualnych i zbiorowych, mających na celu przedłużenie życia w zdrowiu oraz zapewnienie względnie wysokiego poziomu jakości życia (Ostrowska, red. 2015, s. 100-101).

Wśród ekspertów zajmujących się promocją zdrowia i nierównościami społecznymi pojawiają się głosy o konieczności przekształcenia interwencji z zakresu promocji zdrowia w taki sposób, aby uwzględniły wpływ płci na zdrowie. Niestety, jak pokazują dotychczasowe krajowe doświadczenia, promocja zdrowia nie ma wielkich osiągnięć w tym względzie. Brak zainteresowania promocją zdrowia starszych kobiet w Polsce jest efektem wieloletniego braku zainteresowania promocją zdrowia osób starszych jako takich. W praktyce działalność skierowana do kobiet i prowadzona pod szyldem promocji to najczęściej profilaktyka chorób, głównie badania przesiewowe (ibidem, s. 101).

Faza życia kobiet przypadająca na wiek między 50. i 60. r. ż. to początek procesu dezaktywizacji zawodowej, ciągle znacznej aktywności rodzinnej (rola żony, matki młodych dorosłych i rola babki) oraz okres nowych, a także nasilających się, wcześniejszych problemów zdrowotnych. W sensie biologicznym najbardziej charakterystyczną cechą tej fazy jest klimakterium, rozpoczynające się najczęściej po pięćdziesiątym roku życia. Choć jest to stan naturalny, u znacznej liczby kobiet niesie ze sobą szereg dolegliwości natury biologicznej, psychicznej i psychologicznej, obniżających jakość życia i nierazko wymagających pomocy profesjonalnej. W ramach publicznej opieki zdrowotnej mamy do czynienia z niską dostępnością i brakiem właściwego przygotowania lekarzy pierwszego kontaktu do udzielania pomocy kobietom będącym w fazie klimakterium, szczególnie w zakresie terapii hormonalnej, trudnym dostępem do endokrynologów (bardzo długi czas oczekiwania na wizytę) oraz psychologów (jest ich bardzo mało w publicznym systemie opieki zdrowotnej). Bariery te utrudniają bądź wręcz uniemożliwiają kontakt z profesjonalistą oraz uzyskanie pomocy wtedy, kiedy jest ona niezbędna (por.: Trzop 2013).

Omawiana faza życia to także okres zaawansowania bądź początku chorób przewlekłych. Chodzi tu przede wszystkim o choroby nowotworowe, choroby serca i naczyń oraz prowadzące do niepełnosprawności ruchowej choroby reumatyczne. Liczbę chorych dotkniętych ostatnimi z wymienionych chorób szacuje się w Polsce na około 10 mln, z czego znacząca większość to kobiety – na jednego mężczyznę przypada ich trzy.

Dla wszystkich kobiet żyjących w omawianej fazie życia, także tych bez poważniejszych problemów zdrowotnych to okres, który powinien być przeznaczony na aktywne pomnażanie zasobów zdrowia oraz systematyczną jego kontrolę z myślą o zdrowej i aktywnej starości. Stąd w ramach promocji zdrowia powinny odbywać się kampanie społeczne, pokazujące wagę tego okresu dla rozwoju zasobów zdrowia, z myślą o zdrowym i aktywnym starzeniu się. Powinien być także stymulowany i kontynuowany rozwój łatwo dostępnych, instytucjonalnych form wspierania zdrowia kobiet: infrastruktury dla sportu i rekreacji, poradnictwa w zakresie zdrowych stylów życia, funkcjonującego poza opieką zdrowotną oraz podnoszony poziom indywidualnych i zbiorowych kompetencji zdrowotnych (ibidem, s. 102).

Jednym z wielu możliwych sposobów oddziaływania populacyjnego, obok kampanii edukacyjnych, jest wdrażanie programów z zakresu promocji zdrowia i prewencji występowania czynników ryzyka chorób. Do rekomendowanych programów promocji zdrowia kobiet należy „Program Rekreacji Ruchowej Osób Starszych”, program aktywizacji seniorów „Stowarzyszenie Samopomocowe Rada Seniorów Dzielnicy Antoniuk w Białymstoku” oraz warszawski program przeciwdziałania przemocy w rodzinie „Starszy pan, starsza pani”. Ważny jest także rozwój działających od wielu lat sieci Uniwersytetów Trzeciego Wieku (ibidem, s. 104).

Reakcja na proces starzenia się i na związaną z nim zmianę obrazu epidemiologicznego starszej populacji w przekroju płci jest ze strony polityki zdrowotnej w wielu krajach, także w Polsce, niejednoznaczna. Natomiast w WHO oraz w Unii Europejskiej zostały wyartykułowane określone kierunki takiej polityki. Koncentrują się wokół trzech zachodzących na siebie pojęć: zdrowego starzenia się (*healthy aging*), aktywnego starzenia się (*active aging*) i pomyślnego starzenia się (*successful aging*).

Polityka aktywnego starzenia się polega na podtrzymywaniu uczestnictwa osób starszych na rynku pracy oraz partycypacji w życiu społecznym. Przez polityków bywa niekiedy traktowana jako polityka podwyższania wieku emerytalnego i wprowadzania przepisów antydyskryminacyjnych ze względu na wiek i płeć. Istotnym czynnikiem (filarem) tej polityki jest troska o zdrowie starszej populacji. W tym obszarze nadal jest wiele do zrobienia.

Koncepcja zdrowego starzenia się jest natomiast nastawiona na podtrzymywanie zdrowia osób starszych poprzez działania w szerokim spectrum zdrowia publicznego; oddziaływania na prowadzenie zdrowego stylu życia i unikanie ryzyka. W odniesieniu do kobiet jest to często polityka związana z profilaktyką zaburzeń psychicznych poprzez działania związane z integracją i partycypacją społeczną oraz przeciwdziałaniem przemocy.

Koncepcja pomyślnego starzenia się uwzględnia fakt, że starzenie się w naturalny sposób (biologicznie) pogarsza funkcjonowanie organów ludzkiego ciała i sprzyja występowaniu wielu chorób. W związku z tym istotne jest, aby w polityce zdrowotnej wobec osób starszych brać to pod uwagę i proponować programy tym, którzy mają pewne ograniczenia, ale jest to naturalne, a ich starzenie się jest pomyślne. W koncepcji pomyślnego starzenia się istotną rolę pełni gospodarka. Dzięki przemysłowi, nie tylko farmaceutycznemu, ale także różnego rodzaju sprzętów wspomagających funkcjonowanie osób starszych: okularów, aparatów słuchowych, endoprotez, wózków, chodzików itd., rozwija się tzw. srebrna gospodarka. Jej potencjał innowacyjny oraz dochodowość nie są niższe niż zabawek i sprzętów dla dzieci (ibidem, s. 108).

Trzy koncepcje polityki zdrowotnej wobec starzenia się i osób starszych mają wspólne części i wzajemnie się wspierają. Polityka aktywnego starzenia się tworząc przestrzeń dla osób starszych w sferze publicznej, sprzyja ich zdrowiu (są na to dowody badawcze) i zmniejsza potrzeby międzypokoleniowej redystrybucji dochodów na rzecz pokolenia starszego. W ramach polityki zdrowego starzenia się promuje się i organizuje warunki dla zdrowego stylu życia i przeciwdziałania ryzyku głównych chorób przewlekłych. W polityce pomyślnego starzenia się mieszczą się kompleksowe działania gospodarcze służące zaspokajaniu potrzeb osób starszych, posiadających naturalne ograniczenia w takim funkcjonowaniu, jakie było ich udziałem w młodszych latach. Beneficjentami tej kompleksowej polityki w większym stopniu początkowo będą kobiety. Jednak z czasem wrośnie

udział mężczyzn. Przyczyniać się bowiem będzie do zmniejszania różnicy w trwaniu życia między mężczyznami i kobietami, szczególnie w ramach dwóch pierwszych rodzajów polityki, czyli aktywnego i zdrowego starzenia się (ibidem, s. 109).

Bibliografia

- BUGAJSKA J., MAKOWIEC-DĄBROWSKA T., WĄGROWSKA-KOSKI E., Zarządzanie wiekiem w przedsiębiorstwach jako element ochrony zdrowia starszych pracowników, „Medycyna Pracy”, Tom 61, Nr 1/2010, s. 55–63.
- CHEŁŃ-DOMIŃCZAK A., Portret generacji 50+ w Polsce i w Europie. Wyniki badania zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE), Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.
- CZAPIŃSKI J., PANEK T. (red.), Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport, Warszawa 2015.
- Główny Urząd Statystyczny. Przejście z pracy na emeryturę w 2012 roku, Warszawa 2013.
- Kobiety 50+ na rynku pracy, <http://50plus.gov.pl/-/kobiety-na-ryнку-pracy-60912>, (stan na dzień 15.06. 2017)
- KRYŃSKA E., KRZYSZKOWSKI J., URBANIAK B., WIKTOROWICZ J. (red.), Diagnoza obecnej sytuacji kobiet i mężczyzn 50+ na rynku pracy w Polsce. Raport końcowy, Łódź 2013.
- Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Dezaktywizacja osób w wieku okołiemerytalnym. Raport z badań, Warszawa 2008.
- OSTROWSKA A. (red.), Raport Polki 50+. Zdrowie i jego zagrożenia, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet, Warszawa 2015.
- Rynek pracy w Polsce, <http://www.mpips.gov.pl/analizy-i-raporty/raporty-sprawozdania/rynek-pracy/erytorialneznicowaniebezrobociawolsce/rok-2015/>, (stan na dzień 15.06.2017)
- TRZOP B., Dojrzałe, spełnione, niezależne...? Kobiety 50+ w socjologicznym zwierciadle, Elipsa, Warszawa 2013.
- Wojewódzki Urząd Pracy Obserwatorium Rynku Pracy, Rynek pracy województwa lubuskiego w 2015 roku, Zielona Góra 2016.
- Wojewódzki Urząd Pracy w Gdańsku, Szanse i bariery zatrudniania osób w wieku 45+ w województwie pomorskim, Gdańsk 2009.
- WOŹNIAK Z., W stronę zdrowia społeczności – socjologiczny kontekst nowej polityki zdrowotnej, [w]: „Ruch Prawniczy Ekonomiczny i Socjologiczny”, Zeszyt 1/2004, s. 161-187.

Streszczenie

ZDROWOTNE UWARUNKOWANIA WCZEŚNIEJSZEJ DEZAKTYWIZACJI ZAWODOWEJ KOBIET DOJRZAŁYCH

Aby zrozumieć wyzwania związane ze starzeniem się ludności, należy spojrzeć całościowo na populację 50+. Konieczne jest zatem uwzględnienie z jednej strony stanu zdrowia tych osób, ich kapitału ludzkiego i umiejętności kognitywnych, więzi społecznych, a z drugiej – przyjmując także perspektywę ekonomiczną – ich aktywności zawodowej oraz dezaktywizacji. Wraz z postępującym wiekiem stan zdrowia i sprawności każdego człowieka pogarsza się. Starzenie się kobiet przebiega jednak inaczej niż analogiczny proces u mężczyzn, na co składają się zarówno czynniki biologiczne, jak i psychospołeczne. Dłuższe życie kobiet jest często utożsamiane z lepszym stanem ich zdrowia. Jednak stereotyp ten nie potwierdza się, gdy weźmiemy pod uwagę inne wskaźniki niż tylko trwanie życia, a spojrzymy raczej na jego jakość. Analizowane w artykule dane empiryczne (statystyki publiczne, dane z raportów badań zrealizowanych w obszarze zdrowia w Polsce) pozwalają odnieść się do problematyki związanej z uwarunkowaniami zdrowotnymi wcześniejszej dezaktywizacji zawodowej kobiet dojrzałych.

Słowa kluczowe:

Starzenie się, zdrowie, dezaktywizacja zawodowa kobiet dojrzałych

Summary

HEALTH DETERMINANTS OF EARLY PROFESSIONAL DEACTIVATION OF MATURE WOMEN

To understand the challenges of aging, look at the 50+ population as a whole. It is therefore necessary to take into account, on the one hand, the health status of these persons, their human capital and cognitive skills, social ties and, on the other hand, also taking into account the economic prospects of their professional activity and deactivation. As the age progresses, the health and fitness of every person is clearly deteriorating. The aging of women, however, is different from the analogous proces in men, which is composed of both biological and psychosocial factors. Longer women's lives are often associated with better health. However, this stereotype is not confirmed when we take into account other indicators than life expectancy and we look at its quality. The empirical data analyzed (public statistics, data from research reports carried out in the field of health in Poland) will eventually allow us to refer to the health determinants of early occupational degradation of mature women.

Keywords:

Aging, health, professional deactivation of mature women

ZAKOŃCZENIE

ZAKOŃCZENIE

Redaktorki monografii zapraszając do publikacji Autorów, reprezentujących różnorodną optykę w zakresie wspólnych zainteresowań, miały przed sobą dwa zadania. Pierwsze zadanie polegało na zainteresowaniu młodych badaczy problematyką związaną ze społecznymi wymiarami zdrowia, choroby i medycyny, i co się z tym wiąże zachęcenie ich do udziału w Interdyscyplinarnej Doktoranckiej Konferencji Naukowej Pomiędzy zdrowiem a chorobą (23-24 marzec 2017). Część prezentowanych w tomie artykułów nawiązuje do problematyki konferencji. Drugi cel jaki sobie postawiono związany był z próbą budowania wspólnej przestrzeni badawczej skierowanej do młodych badaczy społecznych zajmujących się problematyką zdrowia i choroby, reprezentujących nie tylko różne dyscypliny, ale także różne ośrodki akademickie.

Zgromadzenie w jednym miejscu młodych badaczy, reprezentujących różne dyscypliny z zakresu humanistyki i nauk społecznych stwarzało potencjalną możliwość do prac nad wspólnym przedsięwzięciem. Różnorodność dyscyplin widać w prezentowanej monografii. Można odnieść wrażenie, iż monografia ma socjocentryczną orientację – jednakże obecność perspektywy filozoficznej, psychologicznej czy antropologicznej wzbogaca zarówno sam wachlarz prezentowanej problematyki, jak i perspektywę metodologiczno – teoretyczną do badania zjawisk zdrowia i choroby. Trudno zatem o spełnienie postulatu socjologicznej tożsamości całości, tym bardziej, iż intencją Auterek była perspektywa szeroka – lokująca się w obrębie humanistyki i nauk społecznych. Autorki *Wprowadzenia* i redaktorki naukowej monografii (Beata Trzop i Katarzyna Walentynowicz-Moryl) wskazują na ulokowanie subdyscypliny socjologii zdrowia i choroby/socjologii medycyny we współczesnych naukach społecznych, odnosząc się zarówno do procesu instytucjonalizacji samej dyscypliny jak i współczesnych wyzwań stojących przed badaczami definiującymi się jako socjologowie medycyny.

Podjęta w monografii problematyka społecznych wymiarów zdrowia i choroby, poza optyką socjologiczną, psychologiczną, filozoficzną czy etnograficzną może także być obszarem zainteresowań przedstawicieli innych dyscyplin, istotnych dla diagnoz i analiz omawianych kwestii. Autorki mają pełną świadomość, iż w prezentowanym tomie zabrakło optyki ekonomicznej, analiz z obszaru polityki społecznej czy pracy socjalnej. Byłyby one istotnym uzupełnieniem podejmowanych problemów.

Prezentowany tom jest zatem swoistym kalejdoskopem – to przegląd różnych perspektyw, który łączy wspólna problematyka. Jest to pierwszy krok poszukiwań, aby można było mówić o interdyscyplinarności danego projektu badacze muszą wypracować wspólną platformę koncepcyjno – metodologiczną. Zaproszenie młodych badaczy interesujących się szeroko pojętymi zagadnieniami zdrowia i choroby do budowania takiego projektu to był pierwszy, ale ważny krok.

Redaktorki
Beata Trzop
Katarzyna Walentynowicz-Moryl

INFORMACJE O AUTORACH

DR HAB. BEATA TRZOP, PROF. UZ

Instytut Socjologii, Uniwersytet Zielonogórski; zainteresowania naukowe: problematyka kultury masowej i czasu wolnego, stylu życia, zjawiska zachodzące się na pograniczu oraz problematyka płci społeczno-kulturowej; b.trzop@is.uz.zgora.pl

MGR KATARZYNA WALENTYNOWICZ-MORYL

Zakład Metodologii Badań Społecznych, Uniwersytet Zielonogórski; zainteresowania naukowe: socjologia zdrowia, choroby i medycyny, metodologia badań społecznych; k.walentynowiczmoryl@gmail.com

MGR MICHAŁ WAGNER

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie; zainteresowania naukowe: filozofia nauki, historia nauki, filozofia przyrody; michaljakubwagner@gmail.com

MGR EWELINA CICHON

Wydział Psychologii, Filia we Wrocławiu II, Uniwersytet Humanistyczno-społeczny; zainteresowania naukowe: psychologia emocji, psychologia poznawcza, psychopatologia i psychologia kliniczna, psychologia różnic indywidualnych w kontekście podatności na zaburzenia psychiczne, meta-poznanie; ecichon@swps.edu.pl

DR HAB. REMIGIUSZ SZCZEPANOWSKI, PROF. UZ

Wydział Psychologii, Filia we Wrocławiu, II, Uniwersytet Humanistyczno-społeczny; zainteresowania naukowe: psychologia poznawcza, psychologia kliniczna, badania mózgu, zastosowanie podejścia poznawczego w najnowszych technologiach; rszczepanowski@swps.edu.pl

MGR MILENA GRZEGORCZYK

doktorantka w Instytucie Socjologii, Uniwersytet Zielonogórski; zainteresowania naukowe: socjologia zdrowia, choroby i medycyny; milena775@wp.pl

MGR DARIA JOANNA SUCHECKA

Katedra Psychiatrii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie; zainteresowania naukowe: psychopatologia, psychologia uzależnień, psychologia rozwoju człowieka, neuropsychologia; daria.sucheka@pum.edu.pl

MGR KATARZYNA ADAMOWICZ

Katedra i Klinika Psychiatrii, Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie; zainteresowania naukowe: uzależnienia behawioralne, psychologiczne aspekty odżywiania, zaburzenia odżywiania, choroby psychiczne; groszewska.katarzyna@gmail.com

MGR MARTA KĘSIK

Zakład Neurokognitywistyki Stosowanej, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie; zainteresowania naukowe: neuropsychologia, psychoonkologia; marta.kesik@pum.edu.pl

MGR JOANNA E. PREŚ

Samodzielna Pracownia Psychologii Klinicznej Katedry Psychiatrii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie; zainteresowania naukowe: psycho-traumatologia, w tym pozytywne skutki doświadczanych traum, psychologia pozytywna, także w kontekście psychologii klinicznej; jopres@pum.edu.pl

MGR INGA JANIK

Zakład Patologii Ciąży i Porodu, Pomorski Uniwersytet Medyczny; zainteresowania naukowe: psychologia kliniczna, psychologia prenatalna, psychologia rozwojowa, inga.janik@pum.edu.pl

MGR MARTYNA MACIEJEWSKA

Zakład Patologii Ciąży i Porodu, Pomorski Uniwersytet Medyczny; zainteresowania naukowe: psychopatologia dzieci i młodzieży, psychologia ewolucyjna, psychologia miłości; martyna.maciejewska@pum.edu.pl

DR HAB. N. MED. OLIMPIA SIPAK, PROF. PUM

Zakład Patologii Ciąży i Porodu, Pomorski Uniwersytet Medyczny; zainteresowania naukowe: ciąża wielopłodowa, ciąża powikłana, powtarzające się poronienia; olimpiasipak-szmigiel@wp.pl

MGR MARIOLA KOKOWSKA

Instytut Psychologii Polskiej Akademii Nauk w Warszawie; zainteresowania naukowe: muzyka, psychologia, psychologia muzyki, muzykoterapia; annabarbarasznajder@gmail.com

DR ANNA SZNAJDER

badaczka niezależna, członkini Polskiego Towarzystwa Ludoznawczego; zainteresowania naukowe: antropologia starzenia się i starości, edukacja wielokulturowa, etnografia w pedagogice; annabarbarasznajder@gmail.com

KATARZYNA FRĄCZEK

studentka psychologii, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie; zainteresowania naukowe: zasoby osób chorych psychicznie, aktywność samopomocowa i wsparcie środowiskowe osób z doświadczeniem kryzysu psychicznego, treningi poznawcze dla osób chorych na schizofrenię; katarzfra@gmail.com

MGR ALEKSANDRA ZADROŻNA

Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie; zainteresowania naukowe: psychologia pozytywna i psychoterapia, psychiatria środowiskowa i ruchy samopomocowe; a.m.zadrozna@wp.pl

DR HAB. TATIANA RONGINSKA, PROF. UZ

Instytut Psychologii, Uniwersytet Zielonogórski; zainteresowania naukowe: diagnostyka psychologiczna, psychologia stresu, psychologia pracy i zarządzania; t.ronginska@wpps.uz.zgora.pl

DR DOROTA SZABAN

Instytut Socjologii, Uniwersytet Zielonogórski; zainteresowania naukowe: socjologia pogranicza, socjologia młodzieży, socjologia konfliktu, socjologia zdrowia oraz szeroko definiowana metodologia badań społecznych; d.szaban@is.uz.zgora.pl

MGR INŻ. MAGDALENA WITKIEWICZ

pracownik Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego w Zielonej Górze, doktorantka w Instytucie Socjologii, Uniwersytet Zielonogórski; zainteresowania badawcze: koncentrują się wokół zagadnień starzejącego się społeczeństwa, szczególnie z uwzględnieniem sytuacji kobiet dojrzałych na rynku pracy; zajmag@interia.pl