

A R T Y K U Ł Y I R O Z P R A W Y

URSZULA ABŁĄŻEWICZ, MAŁGORZATA SKOWROŃSKA
Uniwersytet w Białymstoku

MENEDŻEROWANIE ZDROWIEM RODZINY
PRACA OPIEKUŃCZA I ORGANIZACYJNA KOBIET
JAKO PROBLEM BADAWCZY

Dziesiątki prac naukowych uwzględniających perspektywę feministyczną pozwalają na różnym poziomie podważać oczywistość przekonania, że kobiety „z natury” powinny opiekować się innymi ludźmi, a dbałość o zaspokojenie potrzeb osób bliskich gotowe są przedkładać nad realizację własnych dążeń (np. Federicci 2020; Budrowska 2000; Gawlina 2003; Titkow, Duch-Krzystoszek, Budrowska 2004; Charkiewicz, Zachorowska-Mazurkiewicz 2009; Zachorowska-Mazurkiewicz 2010; Fraser 2014; hooks 2022). Publikacje te wskazują między innymi na konieczność traktowania obowiązków domowych w kategoriach właściwych pracy i akcentują ponoszone przez kobiety koszty związane ze świadczeniem opieki nad członkami rodziny.

Chociaż wiedza na temat istnienia i znaczenia niewidzialnej pracy kobiet stopniowo przenika do świadomości społecznej, a Polki i Polacy chętniej deklarują na przykład partnerski model podziału obowiązków domowych, to jednocześnie wciąż wiele z tych deklaracji nie wytrzymuje starcia z praktyką, uginając się pod presją kulturowych przyzwyczajęń czy oczekiwań (zob. CBOS 2013, 2020; Slany, Ratecka 2018).

W niniejszym artykule przyglądając się pracy opiekuńczej i organizacyjnej dość szczególnego typu, skupiamy się na zadaniach podejmowa-

nych przez kobiety w Polsce w związku ze zdrowiem członków i członkiń ich rodzin. Opisując problemy, z jakimi boryka się polski system opieki zdrowotnej, analizujemy wybrane aspekty otoczenia instytucjonalnego. Zlokalizowane przede wszystkim w sferze prywatnej doświadczenia kobiet oglądamy także z perspektywy kulturowej, odnosząc się do wybranych współczesnych trendów — przede wszystkim indywidualizacji odpowiedzialności za zdrowie. Wskazujemy także obszary refleksji naukowej, w których pojawiają się odniesienia do obowiązków związanych ze zdrowiem rodziny, aby następnie wyodrębnić w polu menedżerowania codziennością dość specyficzny aspekt tego zjawiska — menedżerowanie zdrowiem rodziny. Staramy się też dotrzeć do niektórych elementów budujących obraz praktyk menedżerowania, nieustannie mierząc się z lukami w danych na temat zdrowia w Polsce. Podstawowym celem artykułu jest w związku z tym przedstawienie roboczej definicji menedżerowania zdrowiem rodziny i zarysowanie odpowiedniego pola badawczego, a także omówienie części dostępnych danych¹, wskazanie luk w zakresie prowadzonych badań oraz sformułowanie najpilniejszych postulatów badawczych dla wyznaczonego obszaru.

Interesująca nas problematyka nie stanowiła do tej pory wyodrębnionego pola badawczego. O ile mamy już pewną wiedzę o opiekunkach i opiekunach osób przewlekle chorych i/lub z ograniczoną samodzielnością, to znacznie mniej rozpoznany jest obszar zarządzania profilaktyką zdrowotną oraz procesem leczenia chorób doraźnych w rodzinach. Przyjrzenie się menedżerowaniu zdrowiem w sposób bardziej kompleksowy wydaje się krokiem niezbędnym do lepszego zrozumienia mechanizmów nierówności płci w obszarze zarządzania zdrowiem oraz, co ważne, efektywnego projektowania rozwiązań systemowych, między innymi wobec problemu starzenia się społeczeństwa.

Teza, którą staramy się w niniejszej pracy uargumentować, brzmi następująco: Uznanie rodziny za przedmiot znacznej części akademickich analiz pracy opiekuńczej i obowiązków związanych ze zdrowiem przesłania kulturowe mechanizmy ukryte za podziałem na sferę prywatną i publiczną oraz znaczenie tradycyjnego podziału ról płciowych. Należy jednak dostrzegać, że w efekcie faktyczne słabo rozpoznane pozostaje doświadczenie kobiet w tym zakresie i rozmiar świadczony przez nie pracy opiekuńczej i organizacyjnej. Podobne ograniczenie towarzyszy politykom publicznym i systemowym rozwiązaniom w polu ochrony zdrowia i opie-

¹ Wyczerpujący przegląd badań wykracza poza możliwości wyznaczone objętością artykułu.

ki. W obliczu długotrwałego kryzysu i rozlicznych deficytów systemu zdrowotnego w Polsce oraz prywatyzacji odpowiedzialności za zdrowie obowiązki opiekuńcze wiążą się z dużym obciążeniem fizycznym, emocjonalnym i finansowym, a ich przesunięcie w stronę kobiet jest jednym z czynników utrwalających nierówności płci w polskim społeczeństwie.

KONDYCJA SYSTEMU ZDROWOTNEGO — WYBRANE UWARUNKOWANIA ORGANIZACYJNE I KULTUROWE

Zgodne z definicją Światowej Organizacji Zdrowia², system ochrony zdrowia (*health system*) obejmuje ogół działań, których podstawowym celem jest promocja, przywracanie i/lub utrzymywanie zdrowia. WHO w swojej definicji akcentuje także, że system ten rozumieć należy jako pewną sieć zależności pomiędzy ludźmi, instytucjami i zasobami, które wspomagane odpowiednimi politykami publicznymi pozwalają poprawiać stan zdrowia danej populacji. Jednocześnie, niejako z założenia, system opieki zdrowotnej musi być responsywny — odpowiadać ma na uzasadnione oczekiwania społeczne i możliwie najpełniej chronić obywateli przed kosztami, jakie wiążą się z utratą zdrowia.

Jak czytamy w raporcie *State of Health in UE* (OECD 2022), prezentującym profile systemów ochrony zdrowia państw OECD, w latach 2009–2019 wydatki na ochronę zdrowia w Polsce utrzymywały się poniżej średniej dla Unii Europejskiej, ustalonej zarówno w przeliczeniu na mieszkańca, jak i jako odsetek PKB (s. 3). Warto odnotować, że w roku 2019 37% wydatków przeznaczono na opiekę stacjonarną, a około jednej trzeciej na opiekę ambulatoryjną. W przeliczeniu na mieszkańca wydatki na oba rodzaje opieki były o połowę niższe od średniej unijnej. Szczególnie niskie okazały się wydatki przeznaczane na opiekę długoterminową, stanowiące 7% wydatków bieżących, przy średniej dla Unii Europejskiej wynoszącej 16%. Autorzy raportu podkreślają także występowanie braków w zakresie dostępności zakładów i usług opieki długoterminowej oraz dużą zależność polskich pacjentów od tego rodzaju opieki świadczonej przez członków rodziny (s. 10). Dane z najnowszej edycji *State of Health in UE* (OECD 2024, s. 10) nie napawają w tej kwestii optymizmem, choć pokazują śladowy wzrost wydatków bieżących na opiekę długoterminową (8%).

Polska ochrona zdrowia od wielu lat zмага się także z niedoborami kadrowymi. Mowa tu o wielu aspektach zjawiska — niewystarczającej

² World Health Organization. *Health Systems Strengthening Glossary*, s. 9 (<https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf>).

liczbie absolwentów kierunków medycznych decydujących się pracować w kraju, trudnościach związanych z zastępowalnością pokoleń w obrębie poszczególnych specjalizacji lekarskich, nierównomiernym rozmieszczeniu przestrzennym lekarzy i pielęgniarek na terenie Polski, a co za tym idzie — ograniczeniem dostępu do usług zdrowotnych. Wedle danych Eurostatu z 2021 roku, Polska nadal pozostaje w grupie tych państw Unii Europejskiej, które dysponują stosunkowo niską liczbą praktykujących lekarzy na 100 tys. mieszkańców³.

Chroniczne niedofinansowanie polskiej ochrony zdrowia i problemy z odpowiednią dostępnością i kwalifikacjami personelu medycznego niechybnie odbijają się na jakości usług oraz sposobie i czasie ich realizacji. Przeprowadzona w 2021 roku przez NIK kontrola placówek ambulatoryjnych wykazała, że istotnym w tym kontekście problemem okazuje się duże obciążenie pracowników medycznych obowiązkami administracyjnymi. Jak ustalono na przykład, w celu opracowywania danych i tworzenia zestawień nie zatrudnia się specjalistów (statystyków medycznych), a przygotowywanie sprawozdań spada na barki lekarzy i pielęgniarek (NIK 2021, s. 14–15). Niska jest też efektywność procesu informatyzacji i automatyzacji. Brakuje jednolitych zasad prowadzenia dokumentacji medycznej, która często wytwarzana jest przez lekarzy w formie zarówno elektronicznej, jak i papierowej, co jest nieefektywne, jak zaznacza NIK (2021, s. 15–16). Jednocześnie na skutek niespójności różnego typu nie tworzy się dostępnego i zintegrowanego zbioru danych. Taki stan rzeczy jest oczywistą barierą przy projektowaniu polityk publicznych. Dostępność szczegółowych statystyk dotyczących zdrowia w prosty sposób przekłada się bowiem na adekwatność proponowanych rozwiązań.

Przedstawiony wyżej opis problemów (niedofinansowanie, słaba dostępność usług i specjalistów, bariery organizacyjne) nie wyczerpuje, rzecz jasna, listy uwarunkowań kształtujących stan polskiego systemu zdrowotnego. Pozwala jednak zarysować generalny kontekst, w którym na co dzień funkcjonują polscy pacjenci. Niedogodności systemowe dość skutecznie utrudniają efektywne zaspokojenie nieraz zupełnie podstawowych potrzeb związanych ze zdrowiem. Pacjenci, czy też całe rodziny, stają więc przed wyzwaniem natury między innymi finansowej czy organizacyjnej. Nierzadko mamy do czynienia z koniecznością wyręczenia systemu, który okazuje się nie dość responsywny, nieskuteczny bądź po prostu ślepy na faktyczne doświadczenia ludzi. Dzieje się tak dość często w przypadku usług opiekuńczych, zwłaszcza tych długoterminowych (dane przytacza-

³ <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/w/ddn-20230818-1>

my powyżej), ale także przy okazji innych, codziennych zmagania z organizacją leczenia i opieki. Wydaje się też, że jedną z niewyartykułowanych dotychczas charakterystyk polskiego systemu ochrony zdrowia jest przyjęte *implicite* założenie, że niemal każdy pacjent dysponuje społeczną siecią wsparcia, która gotowa jest możliwie szybko i w najwyższym stopniu „przejąć” za niego odpowiedzialność, odciążając system.

Niezależnie od opisanego wyżej permanentnego kryzysu w obrębie polskiej opieki zdrowotnej nieuchronność wyręczenia czy konsekwentnego, bezpłatnego wspomaganie systemu kształtują także szersze trendy kulturowe. Zwróćmy uwagę, że współczesny dyskurs związany z ochroną zdrowia czy profilaktyką chętnie odwołuje się do pojęcia stylu życia i właśnie z nim wiąże zarówno choroby, na jakie zapadamy, jak i proces zdrowienia, który przechodzimy. Co do zasady, nie podajemy w wątpliwość znaczenia oraz konsekwencji, jakie dla dobrostanu człowieka ma ogół podejmowanych przez niego aktywności. Chcemy jednak zaznaczyć, że wskazywanie stylu życia jako kluczowego czynnika odpowiadającego za stan zdrowia pozwala społecznie definiować zdrowie jednostki przede wszystkim w kategoriach jej indywidualnej odpowiedzialności.

Stało się tak między innymi za sprawą często przywoływanej w naukach medycznych koncepcji pól zdrowia Marca Lalonde’a (1974). Autor ów opisał podstawowe determinanty zdrowia: styl życia, środowisko fizyczne, biologię człowieka i organizację opieki medycznej. W kolejnych latach podjęto próbę oszacowania wpływu poszczególnych czynników. Styl życia uznano za dominujący czynnik kształtujący zdrowie jednostki, przypisując mu ponad 50% ogółu wpływów (Wysocki, Miller 2003). Co istotne, styl życia rozumie się tu jako zbiór działań i decyzji jednostki, które wpływają na jej zdrowie i które ona sama w mniejszym lub większym zakresie kontroluje. Taka definicja pozwala więc przynajmniej w pewnym stopniu ulegać złudzeniu, że przy odpowiednim zaangażowaniu i nieustannej pracy na rzecz własnego zdrowia będziemy wystarczająco skuteczni w tym zakresie.

Z systemowego punktu widzenia jednostka postrzegająca własną odpowiedzialność za zdrowie w ten właśnie sposób staje się dość użyteczna. Jej zaangażowanie służy systemowi w tym sensie, że może ona przejmować część jego zadań, czyniąc to w imię własnego interesu. Jednocześnie taki rodzaj „selfmenedżmentu” może przynosić jednostce poczucie sprawczości, co w istocie wzmacnia opisywany mechanizm. O ile więc zasadniczo ważne wydaje się budowanie świadomości społecznej związanej ze zdrowiem, to wątpliwości budzić może kulturowo kształtowane przekonanie, że odpowiedzialność za zdrowie ma charakter ściśle indywidualny. Ma-

my tu również do czynienia z niewyartykułowanym wprost założeniem, że owa odpowiedzialność dla wszystkich jest taka sama i wymaga podobnych nakładów własnej pracy.

Jeśli w miejsce rozpowszechnionej w naukach medycznych definicji stylu życia posłużymy się definicjami socjologicznymi, szybko okaże się, że jednostka to wprawdzie, podobnie jak w modelu Lalonde'a, wciąż *homo eligens* (człowiek wybierający), ale charakter i zakres wyborów stylożyciowych nie ogranicza się do tego, czego świadomie chcemy i co jesteśmy w stanie kontrolować. Nie wszyscy też dysponujemy takimi samymi zasobami i kapitałami, co przekłada się przecież na dokonywane wybory (zob. Palska 2002; Siciński 1978).

O kulturowych praktykach kierujących jednostki w stronę indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie pisze Katarzyna Bielecka. Autorka pokazuje, że kulturowa presja, którą niesie ze sobą wzmacniany wpływami neoliberalnymi *healthism* (zdrowizm), dociera do jednostki na bardzo podstawowym poziomie. Silna koncentracja na realizacji prozdrowotnego stylu życia wymaga bowiem przyjęcia specyficznej narracji o własnym ciele jako projekcie. Narracja taka czyni nieco bardziej realnym plan na długie i zdrowe życie, jeżeli tylko zapewnimy sobie odpowiednią dawkę ćwiczeń, dietę, odpoczynek i brak nałogów. Urealnia się przy tej okazji także poczucie samodzielnej odpowiedzialności za zdrowie. Dlatego choćby, że wymienione aktywności wiążą się zwykle z prywatyzacją środków i „narzędzi” troski o zdrowie. Jednocześnie przekaz kulturowy nieustannie przypomina o doniosłości dbania o zdrowie, wskazując na społeczne znaczenie takich praktyk. Są one bowiem powszechnie traktowane jako racjonalne, poddawane ocenom moralnym i kontroli społecznej (Bielecka 2023, s. 85–87).

Bielecka, czerpiąc z koncepcji bioobywatela autorstwa Christine Halse, zauważa też, że *healthism* pozornie tylko czyni jednostkę podmiotową, nadając jej sprawczość poprzez swoiste przeniesienie uprawnień związanych z jej własnym zdrowiem oraz opisywaną odpowiedzialnością. Wiele wskazuje jednak, że mamy tu do czynienia raczej z systematycznym kierowaniem jednostek (bioobywateli) w stronę indywidualnych praktyk w celu opisywanego wcześniej wyręczenia systemu (Bielecka 2023, s. 89–90). W przekazie kulturowym jednocześnie udaje się zachować przekonanie, że indywidualne starania czynić się powinno w trosce o sprawnie funkcjonujące społeczeństwo, co z systemowego punktu widzenia jest użyteczną definicją sytuacji. Możliwe jest bowiem dyscyplinowanie jednostki przy jednoczesnym ukrywaniu niedostatków polityk zdrowotnych czy niewydolności organizacyjnej ochrony zdrowia.

W polskim społeczeństwie prywatyzacja odpowiedzialności za zdrowie łączy się silnie z uznawaniem rodziny za „komórkę społeczną” odpowiedzialną za dobrostan jednostek oraz instytucję konstytuującą sferę prywatną. Owo założenie, że rodzina stanowi podstawowe środowisko wsparcia systemu zdrowotnego w zakresie profilaktyki zdrowotnej, kształtowania prozdrowotnego stylu życia i sprawowania opieki, tylko pozornie jest neutralne płciowo. Z uwagi na treści stereotypu kulturowego do „programowej” troski o bliskich i związanej z nią opieki łatwiej jest bowiem przekonać kobiety. Mechanizmy socjalizacyjne bardzo efektywnie kształtują w nich swoiste poczucie odpowiedzialności za innych, nie tylko w odniesieniu do kulturowo definiowanej roli matki, ale także w obrębie innych ról rodzinnych (zob. Korolczuk 2019). Wpływy te, wzmacniane instytucjonalnie, stają się więc czymś na kształt „ustawień domyślnych” i choć przekazywana z pokolenia na pokolenie lista domowych praw i obowiązków podlega zmianom, to dość swobodnie zapełnia się ją na nowo zdefiniowanymi zadaniami.

KOBIETY JAKO MENEDŻERKI CODZIENNOŚCI I ZDROWIA RODZINY: NIEDOKOŃCZONA REWOLUCJA

W szeroko zakrojonym obszarze socjologicznych analiz życia rodzinnego w Polsce (macierzyństwo, życie codzienne, specyfika relacji rodzinnych i pokoleniowych i inne) odnajdziemy opisy odnoszące się do pracy opiekuńczej i aktywności podejmowanych przez kobiety w związku ze zdrowiem rodziny. Trzeba jednak zastrzec, że są one przedstawiane jako jeden z wielu obowiązków domowych. Zwykle dotyczą realizacji zadań wychowawczych, opieki nad chorym dzieckiem lub dorosłym członkiem rodziny, a samo menedżerowanie obejmuje duży i zróżnicowany zasób obowiązków związanych z życiem codziennym. W tego rodzaju analizach używa się terminów takich jak: „menedżerki życia rodzinnego” (Slany, Ratecka 2018), „menadżerki opieki i codzienności” (Sikorska 2019), „organizatorki życia rodzinnego” (Połec 2019). Odpowiadający tym kategoriom model, w którym to kobieta przejmuje odpowiedzialność za większość spraw dotyczących codziennego funkcjonowania rodziny określa się mianem „menedżerskiego matriarchatu” (Ciaputa i in. 2016).

Interesująca nas problematyka pojawia się także w literaturze z zakresu socjologii zdrowia i choroby, gdzie najczęściej analizowana jest w kontekście zróżnicowania zachowań zdrowotnych kobiet i mężczyzn (Malinowska i in. 2016). Opisów poszczególnych zadań opiekuńczych i specyficznych doświadczeń związanych z dbaniem o dobrostan chorego członka rodziny dostarczają z kolei publikacje dotyczące rodzinnych opiekunów i opiekunek

(1) osób z niepełnosprawnościami (np. Aksamit 2019), (2) osób chorych na choroby przewlekłe (np. Taranowicz 2001; Szluz 2021) i (3) osób starszych (np. Piłat 2016; Tobiasz-Adamczyk, Florek, Luśtyk 2022).

Interesujące tropy badawcze prowadzą także do feministycznie zorientowanych analiz socjoekonomicznych i prac z zakresu polityki społecznej. Akcentuje się tu znaczenie czynników makrospołecznych i ekonomicznych, w tym między innymi rynkowe uwarunkowania nieodpłatnej i odpłatnej pracy opiekuńczej kobiet (np. Zachorowska-Mazurkiewicz 2010; Charkiewicz, Zachorowska-Mazurkiewicz 2009). Niektóre elementy procesu menedżerowania zdrowiem rodziny w odniesieniu do otoczenia instytucjonalnego uwypuklają również autorki podejmujące feministyczną krytykę polityki społecznej (np. Fraser 2014; Klimczak, Wódz 2020). Literatura ta skupiona jest przede wszystkim na krytycznym oglądzie warunków systemowych i dostępnych rozwiązań (np. świadczeń i udogodnień) oraz na postulowanych zmianach instytucjonalnych i społecznych (przede wszystkim defamiliaryzmie oraz reorganizacji podziału na sferę prywatną i publiczną, czyli tzw. degenderyzacji opieki).

Wymienione subdyscypliny pozwalają wyznaczyć podstawowe pole problemowe i badawcze dla menedżerowania zdrowiem rodziny. Warto jednak podkreślić, że w ramach wszystkich wymienionych obszarów kwestie związane z procesem menedżerowania nie stanowią odrębnego problemu badawczego. Samo zarządzanie zdrowiem rodziny zwykle opisywane jest w stosunkowo niewielkim zakresie lub/i przywoływane jest jako częściowe wyjaśnienie innych zjawisk. Tymczasem warto problem taki wyodrębnić. Chociażby z uwagi na dynamikę przemian kulturowych, demograficznych i strukturalnych.

Przeobrażeniom ulegają dziś społeczne definicje kobiecości i męskości, co nie oznacza, że obowiązki i praca opiekuńcza związane ze zdrowiem rodziny w równym bądź podobnym stopniu realizowane są przez kobiety i mężczyzn. Co więcej, zdrowie jako takie, stanowi obecnie szczególnie rodzaj kapitału. Wzrost świadomości społecznej dotyczącej uwarunkowań zdrowia i choroby oraz presja wynikająca z akcentowania znaczenia prozdrowotnego stylu życia skutkują zaostrzeniem oczekiwań dotyczących żywienia, higieny, aktywności fizycznej itp. Kształtowany w ten sposób kapitał zdrowotny staje się więc rozpoznawalnym zasobem, istotnym dla podtrzymania pozycji społecznej i/lub awansu społecznego (Mollborn, Rigles Bethany, Pace 2020; Schneider-Kamp 2021). Wymóg odpowiedzialności za kształtowanie tych zasobów kierowany jest przede wszystkim w stronę kobiet, które wykonują większość niewidzialnej pracy na rzecz bliskich.

W obliczu zarysowanych braków obraz menedżerowania przez kobiety zdrowiem rodziny, któremu poświęcona jest ta część tekstu, jesteśmy zmuszone przedstawić na podstawie dostępnych danych, które w pewnych obszarach są fragmentaryczne i nie pozwalają na pełne prześledzenie zachodzących zmian. Tym niemniej umożliwiają one pewien generalny ogląd praktyk menedżerowania i mogą, naszym zdaniem, stanowić punkt wyjścia do zdefiniowania terminu, którym się tu zajmujemy.

Realizowane przez CBOS od 2004 roku badania dotyczące obowiązków domowych wskazują na większe zaangażowanie kobiet w przypadku zdecydowanej większości uwzględnionych w analizie codziennych prac (CBOS 2018). Zachodzące na przestrzeni lat zmiany w kierunku większej równości w związkach nie dotyczą w takim samym stopniu wszystkich kategorii obowiązków, a zakres zmian jest nieproporcjonalnie mały, jeśli uwzględnimy płynące z innych badań deklaracje Polek i Polaków dotyczące preferowanych wzorów relacji w małżeństwie i rodzinie (por. CBOS 2013; CBOS 2020; Slany, Ratecka 2018).

W polskich rodzinach to kobiety są bardziej zaangażowane w obowiązki opiekuńczo-wychowawcze. Dotyczy to także tych związków, w których aktywni zawodowo są zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Z dostępnych badań wynika także, że matki w większym stopniu podejmują się zadań związanych z opieką nad chorymi dziećmi (Titkow, Duch-Krzystoszek, Budrowska 2004, s. 215; Ciaputa i in. 2016, s. 14). W badaniach zrealizowanych przez Polski Instytut Ekonomiczny w rodzinach pracujących rodziców z dziećmi w wieku 1–9 lat tylko w 14% przypadków rodzicem, który zawsze lub najczęściej zostawał z dzieckiem w domu, był ojciec, w 34% rodzin, zgodnie z deklaracjami, opieka świadczona była wspólnie (po równo), a w połowie przypadków zawsze lub najczęściej przez matki (Kiełczewska, Kukołowicz, Wincewicz 2022, s. 28). Trudniej dostępne są dane dotyczące odpowiedzialności za profilaktykę zdrowotną w rodzinach. W badaniach zrealizowanych na próbie reprezentatywnej w roku 2002 roku odpowiedzialność za profilaktykę zdrowia dzieci (wizyty kontrolne) zadeklarowało 95,9% kobiet. Znalazło to także potwierdzenie w wypowiedziach mężczyzn, z których 88,2% wskazało na współmałżonkę/partnerkę jako osobę dbającą o tę sferę (Titkow, Duch-Krzystoszek, Budrowska 2004, s. 215). Można jednak spodziewać się, że w deklarowanych tu proporcjach w ciągu ostatnich dwudziestu lat nastąpiły pewne zmiany i przesunięcia.

Społeczne oczekiwania wobec kobiet są silnie powiązane z macierzyństwem, a w normatywny wzór matki wpisana jest „zdolność do poświęceń” (Sikorska 2019, s. 227–230). Narodziny dziecka uruchamiają tradycyjne wzory podziału obowiązków między kobiety i mężczyzn, niezależnie od

wcześniejszych deklaracji dotyczących tzw. modelu partnerskiego (Slany, Ratecka 2018, s. 108). Pogłębione analizy pokazują też, że sfera przekonań dotyczących równości płci i relacji w związkach nie jest wolna od sprzeczności. W ogólnopolskich badaniach sondażowych zrealizowanych w ramach projektu „Równość płci a jakość życia. Rola równości płci w rozwoju w Europie na przykładzie Polski i Norwegii” (GEQ — „Gender Equality and Quality of Life”) większość respondentów, niezależnie od płci, deklarowała, że „rodzice powinni uczyć dzieci, że równość kobiet i mężczyzn jest ważna” oraz że „kobiety i mężczyźni powinni się dzielić po równo pracami domowymi”, a także, że „mężczyźni i kobiety powinni brać taką samą odpowiedzialność za stabilność finansową rodziny”. Równocześnie 57% mężczyzn i 64% kobiet uważało, że „to na kobietach spoczywa ostatecznie odpowiedzialność za dom i rodzinę”, 78% mężczyzn i 75% kobiet, że „kobieta mająca małe dzieci (poniżej 3. roku życia) nie powinna pracować zawodowo”, a 46% mężczyzn i 37% kobiet godziło się ze stwierdzeniem, że „to słuszne, że żona wspiera męża w karierze, rezygnując ze swojej” (Ciaputa i in. 2016, s. 15; zob. też Slany, Ratecka 2018, s. 90)⁴. Matkom przypisuje się też posiadanie wyższych kompetencji i wiedzy w zakresie sprawowania funkcji opiekuńczych. Innym argumentem, do którego odwołują się respondenci w badaniach, jest „przywyczenie” dziecka do mamy (Sikorska 2019, s. 239–240). W konsekwencji nierówny podział zadań może ulegać utrwaleniu. Jak zauważa Małgorzata Sikorska (2019, s. 251–252): „[...] przypisanie matkom roli specjalistek, a ojcom pomocników miało wpływ na codzienne praktyki, w których kobiety były głównymi osobami odpowiedzialnymi za opiekę nad dziećmi. W ten sposób rodzice wpadali w swoją spiralę: matki tym bardziej były ekspertkami, a ojcowie tym bardziej stawali się niekompetentni [podkr. M.S.]. Co ważne, rodzice, legitymizując tę sytuację, często odwoływali się do argumentu, zgodnie z którym taki podział wynikał z natury”.

Źródłem „eksperckości” matek jest zatem przede wszystkim codzienna praca opiekuńcza. Należy podkreślić, że upowszechniający się głównie w klasie średniej model „intensywnego macierzyństwa” nakłada na kobiety dodatkowe zadania związane z oczekiwaną profesjonalizacją opieki i jej efektami. Dbałość o rozwój, dobrostan fizyczny i psychiczny dzieci, ukierunkowana na kształtowanie kapitałów potomstwa, zwiększa zakres obowiązków i społecznej (moralnej) odpowiedzialności kobiet (zob. Buler,

⁴ Tymczasowość, niepewność partnerskiego kontraktu płci potwierdzają badania dotyczące konsekwencji pandemii Covid-19 dla organizacji życia rodzinnego, ról rodzinnych i zawodowych kobiet (zob. Lewicka 2021; Binder 2022).

Pustułka 2020; Mollborn, Rigles, Pace 2020). W przypadku klasy ludowej intensywne macierzyństwo może stanowić wzór niemożliwy do realizacji ze względu na ograniczenia zasobów, jakimi dysponują tu kobiety. Równocześnie wciąż stanowi ono punkt odniesienia dla podejmowanych praktyk rodzicielskich oraz narzędzie kontroli i ocen o charakterze moralnym.

Szerszy zakres praktyki zarządzania zdrowiem dotyczy rodzin, w których występują choroby przewlekłe i/lub niepełnosprawność. Opiekunki i opiekunowie stają wówczas przed wyzwaniem związanym z realizacją w warunkach domowych zadań pielęgnacyjno-leczniczych bezpośrednio ukierunkowanych na łagodzenie symptomów choroby, takich jak dawkowanie leków, nadzorowanie diety i wykonywanie ćwiczeń rehabilitacyjnych (Taranowicz 2001, s. 212–216). Zadania te zwiększają czasochłonność menedżerowania zdrowiem i często stają się źródłem dodatkowego stresu. Opiekunki i opiekunowie rodzinni reprezentują interesy i komunikują potrzeby podopiecznych w kontakcie z przedstawicielami służby zdrowia i — jak pokazuje Diana Aksomit (2019, s. 155–161) — cierpienie i frustrację powoduje tu niewystarczające przygotowanie lekarzy specjalistów do opieki nad pacjentami z niepełnosprawnością oraz brak odpowiednich procedur. Ponadto opiekunki i opiekunowie często nie dysponują wystarczającą wiedzą odnośnie do dostępnych form wsparcia, co również utrudnia zarządzanie zdrowiem w rodzinie i może skutkować ponoszeniem dodatkowych kosztów finansowych (Szluż 2021, s. 115–116).

Dostępne dane potwierdzają, że to kobiety zdecydowanie częściej pełnią rolę nieformalnych opiekunów rodzinnych osób przewlekle chorych i seniorów (zob. Perek-Białas 2011, s. 61; Piłat 2016, s. 23–25; Szluż 2021, s. 123). Odpowiedzialnością za zdrowie rodziny w sposób szczególny obciążone zostają kobiety w średnim wieku, czyli tzw. generacja sandwicz (Klimczuk 2017). Mierzą się one równocześnie z rolami matki, żony i opiekunki starszych rodziców. Z uwagi na konieczność godzenia obowiązków domowych i zawodowych troska o ich własne zdrowie staje się w takim przypadku wyjątkowo trudna do realizacji. W efekcie na tym etapie życia kobiety troszczą się przede wszystkim o zdrowie swoich bliskich, często kosztem własnego dobrostanu. Znamienne jest w tym kontekście określenie roli kobiet jako „domowego lekarza” własnych dzieci i rodziców w starszym wieku (Malinowska i in. 2016, s. 309–310).

Odpowiedzialność za pełnienie zadań opiekuńczych wobec osób starszych spada przede wszystkim na dorosłe córki, których obecność w rodzinie traktowana jest jako szczególna forma kapitału społecznego seniorów. Barbara Szatur-Jaworska (2021, s. 870) ocenia: „Istotną cechą sytuacji rodzinnej osób w starszym wieku jest — w naszych realiach społecznych

i kulturowych — posiadanie żyjących córek. One bowiem stanowią tzw. potencjał opiekuńczy dla osób w sędziwym wieku potrzebujących wsparcia z powodu ograniczenia samodzielności”. Opieka ta, chcemy wyrazić podkreślić, szczególnie jeśli jest sprawowana przez jedną osobę, stanowi źródło znaczących obciążeń fizycznych, psychicznych i finansowych (zob. Semków 2021). Poza tym praca opiekuńcza, choć jej nasilenie przypada na wiek średni, często jest świadczona przez osoby w wieku senioralnym, które same mogą już doświadczać różnych ograniczeń zdrowia i sprawności (zob. Szatur-Jaworska 2021).

Kluczowym pozostaje pytanie o mechanizm społeczny umożliwiający ostateczne „przesunięcie” w stronę kobiet obowiązków związanych z menedżerowaniem zdrowiem. Wydaje się, że nierówności wewnątrzrodzinne w zakresie podziału obowiązków domowych i opiekuńczych wynikają przede wszystkim z dominujących sposobów definiowania ról społecznych kobiet i mężczyzn, a także ze społecznego postrzegania oraz wartościowania pracy wykonywanej na rzecz rodziny. Konsekwentne naturalizowanie społecznych różnic płci, a co za tym idzie — postrzeganie kobiet i mężczyzn jako wyraźnie predysponowanych do realizacji określonych zadań, sprawia, że tradycyjny podział obowiązków staje się wyjątkowo oporny na zmiany.

Istotna dla pełniejszego opisu mechanizmów stojących za procesem menedżerowania zdrowiem rodziny wydaje się swoista kultura i ekonomia opieki (zob. Charkiewicz, Zachorowska-Mazurkiewicz 2009), w której dziewczynki, a następnie dorosłe kobiety zanurzone są na wszystkich etapach życia. Kulturowe reguły gry, widoczne także w systemie zdrowotnym czy instrumentach polityki społecznej, znajdują swój pierwowzór w „skryptach” socjalizacyjnych związanych z tradycyjnym podziałem pracy w sferach prywatnej i publicznej. Od najmłodszych lat kierują one uwagę i działania kobiet w stronę powtarzalnych etapów procesu menedżerowania zdrowiem bliskich, które zgodnie z cyklem życia zapełniają się coraz to nowymi obowiązkami. Kiedy więc przyjrzymy się opiece i dbaniu o zdrowie bliskich w sposób procesualny, nie traktując kolejnych etapów menedżerowania jako odrębnych, niezależnych doświadczeń, zobaczymy stale rosnący zasób pracy opiekuńczej do wykonania i jednocześnie słabnące z wiekiem możliwości.

PODSUMOWANIE:

MENEDŻEROWANIE ZDROWIEM RODZINY JAKO PROBLEM BADAWCZY

Przeanalizowane wyżej dane pozwalają zakładać, że menedżerowanie zdrowiem stanowi jedną ze składowych szerszej kategorii nieodpłatnej pracy wykonywanej na rzecz rodziny, obejmującej codzienne czynności do-

mowe oraz zadania opiekuńcze. Praktyka menedżerowania ściśle wiąże się zatem z dynamiką podziału tego typu obowiązków. Menedżerowanie zdrowiem rodziny powinno się opisywać, naszym zdaniem, w odniesieniu do dwóch podstawowych wymiarów: praktycznego i normatywnego. Chodzi bowiem o faktycznie podejmowane praktyki i faktycznie przyjmowaną (z wyboru lub konieczności) odpowiedzialność. Wymiar praktyczny dotyczy tu pracy opiekuńczej świadczonej wobec chorujących członków rodziny (dzieci i dorosłych) oraz działań związanych z profilaktyką zdrowotną. Obejmuje on również stopniowo zdobywane kompetencje, związane między innymi z umiejętnym wykorzystywaniem dostępnych rozwiązań systemowych (przede wszystkim usług i świadczeń) poprawiających jakość życia zarówno chorujących bliskich, jak i kobiet sprawujących opiekę. Wymiar normatywny zaś odnosi się do odpowiedzialności za dobrostan rodziny, za koordynację działań związanych ze zdrowiem i chorobą oraz za ewentualne niepowodzenia wynikające z podjętych decyzji.

Zarysowaną w ten sposób definicję omawianego pojęcia proponujemy traktować jako termin roboczy, którego kompleksowe wyjaśnienie w przyszłości umożliwią sukcesywnie gromadzone dane różnego typu. W świetle powyższego kwestią otwartą jest zatem wybór odpowiedniego aparatu teoretycznego, adekwatnie ujmującego złożoność doświadczeń menedżerowania.

Istotnym ograniczeniem większości dotąd prowadzonych rozważań akademickich pozostaje stosowanie kategorii rodziny jako „jednostki analizy” pracy opiekuńczej i kwestii zdrowotnych. Postulowane przez nas precyzyjne rozpoznanie doświadczenia nieodpłatnej pracy kobiet związanej ze zdrowiem bliskich i spadającej na ich barki odpowiedzialności w tym zakresie daje szansę na realne oszacowanie proporcji takich obowiązków. Inspirację mogą stanowić tu choćby realizowane od wielu lat badania nad domowymi budżetami czasu.

Dotychczasowe niewyodrębnianie menedżerowania zdrowiem rodziny jako problemu badawczego w oczywisty sposób skutkuje niedoborem wartościowych danych na temat dynamiki tego procesu oraz jego implikacji w praktyce. Chociaż wydaje się, że kobiety są pod pewnymi względami rozpoznawane jako menedżerki zdrowia swoich bliskich, to trudno precyzyjnie zrekonstruować obraz takich praktyk na podstawie dotychczas prowadzonych badań społecznych. Tematyki takiej w sposób kompleksowy nie obejmują cyklicznie realizowane ogólnopolskie badania sondażowe, a w opracowaniach naukowych dane tego rodzaju pojawiają się sporadycznie jako część opisu innych zjawisk. W ostatnim czasie na polskich portalach informacyjnych opublikowano wprawdzie pojedyncze wzmian-

ki na temat menedżerowania zdrowiem i artykuły relacjonujące cząstkowe wyniki badań dotyczących zaangażowania kobiet w kwestie związane ze zdrowiem członków rodziny⁵. Niestety brak dokładnych informacji o doborze próby, metodach i technikach realizacji badania, komercyjny charakter tych doniesień czy wreszcie niedostępność całościowych raportów każą do tych danych podchodzić z ostrożnością.

Brakuje przede wszystkim danych pozwalających na prześledzenie codziennych procesów decyzyjnych dotyczących zdrowia w obrębie rodziny. Chodzi tu zarówno o badania ilościowe, realizowane na próbach reprezentatywnych, pozwalające oszacować proporcje omawianego zjawiska, jak i o pogłębione badania jakościowe, które umożliwią uchwycenie złożoności doświadczeń menedżerowania zdrowiem w rodzinach. Kluczowe wydaje się dotarcie w pierwszej kolejności do wiedzy na temat tego:

- Kto i na jakiej podstawie podejmuje decyzje dotyczące zdrowia dzieci i dorosłych członków rodziny (samodzielnymi i niesamodzielnymi)? Jak przebiegają procesy negocjacyjne/konsultacyjne dotyczące tej sfery życia codziennego i kogo obejmują?

- Czy podział obowiązków związanych ze zdrowiem w rodzinach ma charakter trwały czy czasowy? W jaki sposób dokonuje się w tym kontekście swoistego „rachunku zysków i strat”, jeśli idzie o kwestie finansowe, zawodowe, kompetencyjne i inne?

- Jak w polskich rodzinach postrzegani są kluczowi aktorzy społeczni w obszarze opieki zdrowotnej — przede wszystkim otoczenie instytucjonalne i dostępne w jego ramach usługi? Jaka jest wiedza Polek i Polaków na temat dostępnych instrumentów wsparcia codziennego leczenia i opieki?

W ograniczonym stopniu osiągalne są także bazy danych, w których zanonimizowane informacje medyczne uzupełniano by podstawowymi charakterystykami socjodemograficznymi. Tego rodzaju dane pozwoliłyby na bardziej wnikliwą i systematyczną analizę różnic (np. klasowych) w strategiach menedżerowania zdrowiem rodzin.

⁵ *Zdrowie rodziny w rękach kobiet — Polki organizatorkami leczenia bliskich* (<https://www.wirtualnemedial.pl/centrum-prasowe/artykul/zdrowie-rodziny-w-rekach-kobiet-polki-organizatorkami-leczenia-bliskich>); <https://www.youtube.com/watch?v=kazYEOk3unU>); *Kobieta — menadżerka zdrowia rodziny?* (<https://medicalpress.pl/publicystyka/kobieta-menaderka-zdrowia-rodziny.Z4vkbQgAn3/> [dostęp: 14.02.2024]); *Nie od razu do lekarza. Tak Polki same leczą swoich bliskich* (<https://kobieta.dziennik.pl/aktualnosci/artykuly/579044,kto-dba-o-zdrowie-w-polskich-rodzinach.html> [dostęp: 14.02.2024]); *Physicians and physiotherapists in the EU: how many?* (<https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/w/ddn-20230818-1> [dostęp: 27.02.2024]).

Wyjątkowo przydatne byłyby także cyklicznie realizowane badania panelowe pozwalające uchwycić w perspektywie długiego trwania kluczowe dylematy i trudności związane z procesem menedżerowania zdrowiem rodziny. Na tego typu badaniach szczególnie zależeć powinno agendum rządowym, które zgromadzoną wiedzę mogłyby wykorzystać do rzetelnej ewaluacji dotychczasowych programów i świadczeń z zakresu polityki społecznej.

Rozpoznanie mechanizmów systemowego i kulturowego obciążania kobiet to niezbędny etap umożliwiający dążenie do realnej reorganizacji dotychczasowego podziału pracy opiekuńczej i odpowiedzialności związanej ze zdrowiem. Empatia, opieka i troska to unikalne zasoby społeczne, w których sprawiedliwe współtworzenie muszą być zaangażowanie różni aktorzy społeczni (instytucjonalni i nieinstytucjonalni). Z uwagi na prognozy demograficzne należałoby zająć się tą sferą polityki publicznej jak najszybciej.

BIBLIOGRAFIA

- Aksamit Diana, 2019, *Kobiety-matki o macierzyństwie. Socjopedagogiczne studium narracji matek dorosłych osób z głęboką niepełnosprawnością intelektualną*, Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej, Warszawa.
- Bielecka Katarzyna, 2023, *Co ma wspólnego krokomierz z neoliberalizmem? Czyli o splocie healthismu i polityki neoliberalnej*, „Przegląd Socjologiczny”, nr 2, s. 83–104 (<https://doi.org/10.26485/PS/2023/72.2/5>).
- Binder Piotr, 2022, *Praca zdalna w czasie pandemii i jej implikacje dla rodzin z dziećmi — badanie jakościowe*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, nr 1, s. 82–110 (<https://doi.org/10.18778/1733-8069.18.1.05>).
- Budrowska Bogusława, 2000, *Macierzyństwo jako punkt zwrotny w życiu kobiety*, Wydawnictwo Funna, Wrocław.
- Buler Marta, Pustułka Paula, 2020, *Dwa pokolenia Polek o praktykach rodzinnych. Między ciągłością a zmianą*, „Przegląd Socjologiczny”, nr 2, s. 33–53 (<https://doi.org/10.26485/PS/2020/69.2/2>).
- CBOS, 2013, *O roli kobiet w rodzinie*, Komunikat, nr 30/2013 (https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_030_13.PDF).
- CBOS, 2018, *Kobiety i mężczyźni w domu*, Komunikat, nr 127/2018 (https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_127_18.PDF).
- CBOS, 2020, *Modele życia małżeńskiego Polaków*, Komunikat, nr 157/ 2020 (https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_157_20.PDF).
- Charkiewicz Ewa, Zachorowska-Mazurkiewicz Anna (red.), 2009, *Gender i ekonomia opieki*, Fundacja Tomka Byry Ekologia i Sztuka, Warszawa.
- Ciaputa Ewelina (red.), Kowalska Beata, Krzaklewska Ewa, Ratecka Anna, Slany Krystyna, Tobiasz-Adamczyk Beata, Warat Marta, Woźniak Barbara, 2016, *Równość płci i jakość życia. Raport z badań sondażowych*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków (<https://geq.socjolo>

- gia.uj.edu.pl/documents/32447484/35419405/RaportGEQ.pdf/8890f753-4ec8-46a8-b165-12bf0497e2e7 [dostęp: 28.02.2024]).
- Federicci Silvia, 2020, *Revolution at Point Zero: Housework, Reproduction, and Feminist Struggle*, PM Press, Oakland.
- Fraser Nancy, 2014, *Drogi feminizmu: od kapitalizmu państwowego do neoliberalnego kryzysu*, tłum. Agnieszka Weseli, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa.
- Gawlina Zofia, 2003, *Macierzyństwo jako wartość w kontekście przemian społecznych*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. 15, s. 33–45.
- hooks bell, 2022, *Teoria feministyczna. Od marginesu do centrum*, tłum. Ewa Majewska, Ewa Klekot, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa.
- Kiełczewska Aneta, Kukołowicz Paula, Wincewicz Agnieszka, 2022, *Praca a dom. Wyzwania dla rodziców i ich konsekwencje*, Polski Instytut Ekonomiczny, Warszawa.
- Klimczak Jolanta, Wódcz Kazimiera, 2020, *Genderowa perspektywa w polityce społecznej i w pracy socjalnej. Próba rekonstrukcji głównych założeń i ich implikacji dla praktyki*, „Przegląd Socjologiczny”, nr 2, s. 9–31 (<https://doi.org/10.26485/PS/2020/69.2/1>).
- Klimczuk Andrzej, 2017, *Generacja sandwich (Sandwich Generation)*, w: Adam Alfred Zych (red.), *Encyklopedia starości, starzenia się i niepełnosprawności*, tom 1, Thesaurus Silesiae, Katowice, s. 485–487.
- Korolczuk Elżbieta, 2019, *Matki i córki we współczesnej Polsce*, Universitas, Kraków.
- Lalonde Marc, 1974, *A New Perspective on the Health of Canadians*, Department of Supply and Services Canada, Ottawa (<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>).
- Lewicka Monika, 2021, *Matka Polka Pandemiczna — życie codzienne współczesnych matek w czasie pandemii*, „Wychowanie w Rodzinie”, nr 1, s. 13–24 (<https://doi.org/10.34616/wwr.2021.1.013.024>).
- Malinowska Ewa, Dzwonkowska-Godula Krystyna, Garncarek Emilia, Czernecka Julita, Brzezińska Joanna, 2016, *Kulturowe uwarunkowania postaw kobiet i mężczyzn w różnym wieku wobec swego wyglądu i zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Mollborn Stefanie, Rigles Bethany, Pace Jennifer A., 2020, “Healthier Than Just Healthy”: *Families Transmitting Health as Cultural Capital*, „Social Problems” t. 68(3), s. 574–590 (<https://doi.org/10.1093/socpro/spaa015>).
- Palska Hanna, 2002, *Bieda i dostatek. O nowych stylach życia w Polsce końca lat dziewięćdziesiątych*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
- Perek-Białas Jolanta, 2011, *Urynkowanie usług opiekuńczych dla osób starszych w Polsce — możliwości i ograniczenia*, w: Mariola Raclaw (red.), *Publiczna troska, prywatna opieka. Społeczności lokalne wobec osób starszych*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, s. 57–87.
- Piłat Aleksandra, 2016, *Rodzinni opiekunowie osób starszych*, „Zeszyty Pracy Socjalnej”, nr 1, s. 23–33 (<https://doi.org/10.4467/24496138PS.16.003.6004>).
- Połeć Marta, 2019, *Praca opiekuńcza kobiet. Kobieta jako organizatorka życia rodzinnego*, w: Ewa Bogacz-Wojtanowska, Monika Kostera (red.), *Siłaczki, szefowe, społeczniczki: Polki, organizatorki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 197–208.
- Schneider-Kamp Anna, 2021, *Health Capital: Toward a Conceptual Framework for Understanding the Construction of Individual Health*, „Sociological Theory & Health”, t. 19(3), s. 205–219 (<https://doi.org/10.1057/s41285-020-00145-x>).

- Semków Jerzy, 2021, *Opieka nad osobą z chorobą Alzheimera — perspektywa opiekunów*, „Exlibris Biblioteka Gerontologii Społecznej”, nr 2, s. 34–50.
- Siciński Andrzej (red.), 1978, *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Sikorska Małgorzata, 2019, *Praktyki rodzinne i rodzicielskie we współczesnej Polsce — rekonstrukcja codzienności*, Scholar, Warszawa.
- Slany Krystyna, Ratecka Anna, 2018, *Równość płci w rodzinach — praktyki, ekonomia, jakość życia*, w: Ewa Krzaklewska (red.), *Co nam daje równość? Wpływ równości płci na jakość życia i rozwój społeczny w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 93–116.
- Szatur-Jaworska Barbara, 2021, *Sytuacja rodzinna i więzi rodzinne*, w: Piotr Błędowski, Tomasz Grodzicki, Małgorzata Mossakowska, Tomasz Zdrojewski (red.), *PolSenior2 — Badanie poszczególnych obszarów stanu zdrowia osób starszych, w tym jakości życia związanej ze zdrowiem*, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, s. 865–885.
- Szluz Beata, 2021, „Przez zamknięte okno ganku”. *Opieka nad osobą z chorobą Alzheimera w biografach opiekunów rodzinnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów.
- Taranowicz Iwona, 2001, *Rola rodziny w opiece nad człowiekiem przewlekle chorym*, „Roczniki Socjologii Rodziny”, t. 13, s. 209–228.
- Titkow Anna, Duch-Krzystoszek Danuta, Budrowska Bogusława, 2004, *Nieodpłatna praca kobiet. Mity, realia, perspektywy*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
- Tobiasz-Adamczyk Beata, Florek Marzena, Luśtyk Michalina, 2022, *Współczesne dylematy związane z podjęciem się roli opiekuna rodzinnego starszej osoby*, „Przegląd Socjologiczny”, nr 2 s. 35–62 (<https://doi.org/10.26485/PS/2022/71.2/2>).
- Wysocki Mirosław J., Miller Maria, 2003, *Paradygmat Lalonde’a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny”, nr 3, s. 505–512.
- Zachorowska-Mazurkiewicz Anna, 2010, *Kryzys opieki — jego przyczyny oraz propozycje sposobów przezwycięzania*, w: Aleksander Noworól (red.), *Jakość życia a procesy zarządzania rozwojem i funkcjonowaniem organizacji publicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 295–310.



- NIK, 2021, *Organizacja pracy i zakres obowiązków administracyjnych personelu medycznego w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Informacja o wynikach kontroli* (<https://www.nik.gov.pl/plik/id,24728,vp,27476.pdf> [dostęp: 21.02.24]).
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2022, *Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2021*, OECD Publishing, Paris (<https://doi.org/10.1787/b562ffe2-pl>).
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2024, *Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2023*, OECD Publishing, Paris (<https://doi.org/10.1787/b12d3d03-pl>).



- World Health Organization Health Systems Strengthening Glossary* (<https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf> [dostęp: 27.02.2024]).

FAMILY HEALTH MANAGEMENT.
WOMEN'S CARE AND ORGANIZATIONAL WORK
AS A RESEARCH SUBJECT

Urszula Abłazewicz, Małgorzata Skowrońska
(University of Białystok)

Abstract

The article concerns the care work and organizational involvement of women in the health of their family members. Its primary purpose is to provide a working definition of the concept of family health management and to outline the field of research for it, while also discussing some of the available data related to the management process. The authors also point out the basic gaps in ongoing research, and formulate the most urgent research demands for the area in question. The text also refers to the systemic and cultural determinants of the management process, referring on the one hand to the problems of the healthcare system in Poland, and on the other to broader trends in contemporary culture, which include (bio)citizenship and the individualization of responsibility for health. This picture of how health management is practised in Polish families is based on an analysis of available data (desk research). The challenges linked to transforming the social roles of men and women, and the contradictions that emerge in the implementation of these roles, are also pointed out.

key words: women, family health management, unpaid housework, division of household chores, care work, women's unseen housework

słowa kluczowe: kobiety, menedżerowanie zdrowiem rodziny, nieodpłatne prace domowe, podział obowiązków domowych, praca opiekuńcza, niewidzialna praca kobiet