

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

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

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

choroby, dysfunkcje czy dolegliwości, tradycyjnie stanowiące przedmiot medycyny.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Małgorzata Synowiec-Piłat, Agnieszka Borowiec