

Psychologia w promowaniu zdrowia

Muzyka – sztuka – media

redakcja

Helena Wrona-Polańska

Aleksander B. Skotnicki



**Psychologia
w promowaniu
zdrowia**

Muzyka – sztuka – media

Uniwersytet Pedagogiczny
im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie

Prace Monograficzne 830

Psychologia w promowaniu zdrowia

Muzyka – sztuka – media

redakcja

Helena Wrona-Polańska

Aleksander B. Skotnicki

Recenzenci

prof. dr hab. Jan Tylka

dr hab. Marek Motyka, prof. UEK

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2018

Redaktor: Ewa Bednarska-Gryniewicz

Korekta: Marek Gurba

Projekt okładki: Janusz Schneider

Łamanie: Natalia Ryś

ISSN 0239-6025

ISBN 978-83-8084-113-0

DOI 10.24917/9788380841130

Wydawnictwo Naukowe UP

30-084 Kraków, ul. Podchorążych 2

tel. / faks 12 662-63-83, tel. 12 662-67-56

e-mail: wydawnictwo@up.krakow.pl

<http://www.wydawnictwoup.pl>

druk i oprawa: Zespół Poligraficzny WN UP

Spis treści

Wprowadzenie	7
CZĘŚĆ I. PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY PROMOCJI ZDROWIA	
HELENA WRONA-POLAŃSKA Zdrowie jako wskaźnik procesu zmagania się z białaczką i przeszczepem. Z perspektywy 40 lat psychologicznych badań nad zdrowiem chorych z nowotworami krwi	13
JANUSZ MASTALSKI Duchowe aspekty zdrowia w kontekście cywilizacyjnych wyzwań i zagrożeń	31
DOROTA KUBACKA-JASIECKA Androgynia psychiczna jako potencjał adaptacji i zdrowia	51
HELENA WRONA-POLAŃSKA, ANNA KACZMARSKA Stres a zdrowie osób wspierających chorych na białaczkę	71
WŁADYSŁAWA PILECKA Pomoc psychologiczna w promowaniu zdrowia dzieci zmagających się z przewlekłą chorobą somatyczną	83
CZĘŚĆ II. CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE PROMOCJI ZDROWIA	
MARIA KIELAR-TURSKA Lecząca moc słowa	101
ALEKSANDER B. SKOTNICKI Sztuka w medycynie	113
JÓZEF MAKSELON Nadzieja w promocji zdrowia	117
HELENA WRONA-POLAŃSKA, BARBARA PIETRYGA-SZKARŁAT Wiedza na temat transplantologii – wyzwaniem dla edukacji zdrowotnej	123
MAŁGORZATA TOEPLITZ-WINIEWSKA Zasady etyczne w zawodzie psychologa – znaczenie dla promocji zdrowia	137
CZĘŚĆ III. MUZYKA – SZTUKA – MEDIA W PROMOCJI ZDROWIA	
MARTA POLAŃSKA Rola muzyki Fryderyka Chopina w promocji zdrowia	147
HELENA WRONA-POLAŃSKA, PATRYCJA CURYŁO-SIKORA Trema a zdrowie holistyczne u młodzieży uzdolnionej muzycznie	153

MAREK POLAŃSKI	
Trema a Optymalny Poziom Wykonania utworu muzycznego podczas koncertu. Doświadczenia własne	165
BARBARA KĘDZIERSKA	
Media w promocji zdrowia	175
Noty o autorach	185

Wprowadzenie

Inspiracją do powstania niniejszej monografii było podsumowanie 40-letniej pracy naukowo-badawczej i klinicznej prof. Heleny Wrony-Polańskiej, prowadzonej od 1974 roku w kierowanej wówczas przez Profesora Juliana Aleksandrowicza Klinice Hematologii Instytutu Medycyny Wewnętrznej Akademii Medycznej w Krakowie aż do chwili obecnej, a kontynuowanej we współpracy z prof. dr hab. med. Aleksandrem B. Skotnickim, kierownikiem Katedry i Kliniki Hematologii im. Profesora Juliana Aleksandrowicza Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum.

Były to pierwsze w Polsce psychologiczne badania chorych somatycznie z nowotworowymi chorobami krwi – białaczkami – prowadzone przez Helenę Wronę-Polańską pod kierunkiem prof. Marii Susułowskiej, założycielki i wieloletniego kierownika Zakładu Psychologii Klinicznej UJ. Celem tych badań była próba odpowiedzi na pytanie wynikające z praktyki klinicznej: jak chorzy radzą sobie z jednym z największych stresów, jakim jest białaczka, i jak można im w tym pomóc? Ukazały one pozytywną rolę mechanizmów represyjnych i regulacyjną rolę obrazu „ja”, a ogólnie – znaczenie osobowości w zmaganiu się z białaczką. Stanowiły podstawę zbudowania na początku lat 80. ubiegłego stulecia modelu pracy psychologa z chorymi na białaczkę oraz programu psychoterapeutycznego skoncentrowanego na obrazie samego siebie jako nadrzędnego regulatora funkcjonowania człowieka w zdrowiu i chorobie. Wyniki tych badań wskazały na terapeutyczną, edukacyjną i promującą zdrowie rolę interdyscyplinarnej współpracy psychologa klinicznego z zespołem leczącym w oddziaływaniu na chorych somatycznie i ich rodziny. Przyczyniły się one w znacznym stopniu do upowszechnienia roli psychologa klinicznego w medycynie oraz stały się inspiracją późniejszych badań Heleny Wrony-Polańskiej nad zdrowiem.

Fascynacja problematyką zdrowia i chęć kontynuacji wielkiej tradycji badań nad zdrowiem, zapoczątkowanych i realizowanych przez Profesora Juliana Aleksandrowicza oraz jego zespół od początku lat 60. ubiegłego stulecia, stały się dla Heleny Wrony-Polańskiej inspiracją do podjęcia wyzwania – poznania istoty i mechanizmów zdrowia z punktu widzenia psychologa klinicysty. Zaowocowały badaniami osób zdrowych, prowadzającymi do empirycznego zweryfikowania skonstruowanego przez autorkę Funkcjonalnego Modelu Zdrowia (FMZ; Wrona-Polańska, 2003). Autorski model, w którym zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem, stanowił teoretyczną podstawę do badań osób chorych na białaczkę po przeszczepie szpiku kostnego, mających szansę na wyleczenie

dzięki nowoczesnym metodom transplantologii. Badania te ujawniły nie tylko sprzyjające odzyskaniu zdrowia psychologiczne mechanizmy, którymi są zasoby podmiotowe chorego mobilizujące go do podjęcia aktywności na rzecz powrotu do zdrowia i pozytywne emocje, ale także statystycznie istotny niższy poziom zdrowia subiektywnego chorych w porównaniu z poziomem zdrowia obiektywnego, ocenianego przez lekarza hematologa. Oznaczało to, że transplantacja szpiku kostnego jest skuteczną metodą dającą chorym szansę na zdrowie, ale nie jest równoznaczna z wyleczeniem. Stanowi początek drogi do odzyskania zdrowia, które zależy od samych chorych i wzmocnienia ich psychologicznych mechanizmów przez wspierającego psychologa.

Pionierskie badania Heleny Wrony-Polańskiej prowadzone wśród osób zdrowych i chorych z białaczką po transplantacji szpiku kostnego ukazały pozytywną funkcję stresu, znajdującą odzwierciedlenie w jej Funkcjonalnym Modelu Zdrowia, w którym zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem. Wyniki tych badań wskazały skuteczne strategie zmagania się ze stresem i zasoby wzmacniające proces powrotu do zdrowia chorych po transplantacji szpiku. Obecnie brakuje w literaturze przedmiotu omówień tego typu badań. Autorski Funkcjonalny Model Zdrowia stanowi teoretyczną podstawę prac badawczych i programów promujących zdrowie, a także autorskiego programu specjalizacji: Promocja Zdrowia i Profilaktyka Uzależnień, utworzonej w 2010 roku przez prof. Helenę Wronę-Polańską – Kierownika Katedry Psychologii Zdrowia Instytutu Nauk o Wychowaniu Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie – która cieszy się dużym zainteresowaniem młodzieży akademickiej.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie w dniu 3 grudnia 2014 roku przyznało prof. dr hab. Helenie Wronie-Polańskiej dyplom i Pamiątkowy Medal dr. Aleksandra Kremiera „Z okazji 40-lecia prowadzenia badań nad psychologicznymi aspektami u chorych z białaczką oraz za owocną współpracę z Towarzystwem Lekarskim Krakowskim”.

Niniejsza monografia prezentuje problematykę promocji zdrowia z punktu widzenia psychologii. Nauka o zdrowiu ma charakter interdyscyplinary, dlatego też zagadnienia promocji zdrowia łączą różne dyscypliny naukowe tworzące ich teoretyczne podstawy, a także mające zastosowanie praktyczne, takie jak medycyna i psychologia. Czerpie również z innych dziedzin, takich jak muzyka, sztuka i media, w celu wieloaspektowego oddziaływania na człowieka.

Promocja zdrowia obejmuje proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na własne zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania.

W znaczeniu psychologicznym jest to proces nabywania przez ludzi umiejętności kontrolowania i wpływania na własne zdrowie. Skierowany jest do całego społeczeństwa, wszystkich ludzi, a obszarami oddziaływań promocyjnych są: rodzina, szkoła, zakład pracy, społeczność lokalna.

Prezentowana monografia składa się z trzech części:

W pierwszej części, pt. *Psychologiczne aspekty w promocji zdrowia*, autorzy koncentrują się na: zdrowiu jako wskaźniku sposobu zmagania się z białaczką,

niezwykle cennych, a rzadko występujących w literaturze duchowych aspektach zdrowia, psychologicznych mechanizmach wzmacniających potencjały zdrowia, czyli zasobach człowieka oraz wybranych formach pomocy psychologicznej sprzyjających promocji zdrowia.

W drugiej części, pt. *Czynniki sprzyjające promocji zdrowia*, autorzy omawiają znaczenie słowa, szeroko rozumianej sztuki oraz budzenia nadziei w procesie zmagania się z chorobą jako czynników warunkujących powrót do zdrowia i jego promowanie. Niski poziom wiedzy młodzieży akademickiej o transplantologii, ujawniony w badaniach, wskazuje na konieczność zwiększenia wiedzy o zdrowiu oraz świadomości indywidualnej i społecznej wśród studentów. Artykuł zamykający tę część dotyczy przestrzegania zasad etyki zawodowej psychologa, które sprzyjają zdrowiu nie tylko pacjenta, ale także samego psychologa.

Trzecia część, pt. *Muzyka – sztuka – media w promocji zdrowia*, zawiera prace pod względem treści zgodne z podtytułem monografii, ze szczególnym podkreśleniem roli muzyki w promowaniu zdrowia. Autorzy ukazują niezwykłą rolę muzyki Fryderyka Chopina w promowaniu zdrowia, omawiają problem tremy w kontekście zdrowia holistycznego i wynikających z niego konsekwencji dla promocji zdrowia. Jedna z prac, dotycząca tremy, zawiera opracowaną na podstawie własnych doświadczeń koncertowych autora, bogatą ilustrację czynników, które mogą zagrażać lub sprzyjać zdrowiu samego artysty muzyka, i wynikające z niej wskazania do promowania zdrowia artystów muzyków. Ostatnia praca podkreśla znaczącą rolę mediów jako źródła wiedzy o zdrowiu i sposobach jego promowaniu.

Monografia, ze względu na holistyczno-funkcjonalne i interdyscyplinarne ujęcie tematyki zdrowia, oparte na psychologicznych mechanizmach wykorzystujących muzykę – sztukę – media w jego promowaniu, adresowana jest do szerokiego grona odbiorców: psychologów, lekarzy, pielęgniarek, pedagogów, artystów muzyków i plastyków zajmujących się szeroko rozumianą sztuką, dziennikarzy oraz studentów tych kierunków, stanowiąc inspirację do dalszych poszukiwań i badań w obszarze promocji zdrowia.

Aleksander B. Skotnicki
Helena Wrona-Polańska

CZĘŚĆ I

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY PROMOCJI ZDROWIA

HELENA WRONA-POLAŃSKA

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Zdrowie jako wskaźnik procesu zmagania się z białaczką i przeszczepem

Z perspektywy 40 lat psychologicznych badań nad zdrowiem chorych z nowotworami krwi

Wprowadzenie do problematyki

Psychologiczne badania nad zdrowiem zostały podjęte dopiero w drugiej połowie ubiegłego stulecia wraz z rozwojem psychologii zdrowia (Matarazzo, 1980; Taylor, 1990).

W Polsce problematykę tę zainicjował i konsekwentnie rozwijał od lat 50. ubiegłego stulecia Julian Aleksandrowicz, uważany za nestora polskiej psychosomatyki, kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych, a później Kliniki Hematologii Akademii Medycznej w Krakowie, Prezes Komisji Ochrony Zdrowia Społecznego Oddziału Krakowskiego Polskiej Akademii Nauk i Prezes Oddziału Krakowskiego Polskiego Towarzystwa Higieny Psychiczej.

Inspiracje te obejmowały różne obszary badań i oddziaływań promujących zdrowie. Jako lekarz Profesor Aleksandrowicz zajmował się nie tylko badaniem fenomenu zdrowia/choroby, ale także jego uwarunkowaniami – oddziaływaniem na zachowanie w kierunku edukacji prozdrowotnej („Klinika nie tylko leczy, ale uczy, jak żyć, by zachować zdrowie”), kształtowaniem świadomości prozdrowotnej przez „nasycanie umysłów młodzieży i dorosłych wiedzą o tym, co sprzyja zdrowiu jednostek i społeczeństwa” (Aleksandrowicz (red.), 1974; Aleksandrowicz, 1979), w tym wiedzą o zdrowej żywności (Aleksandrowicz, Gumowska, 1981), badaniami nad pierwiastkami życia (Aleksandrowicz, 1976), ochroną środowiska i relacjami społecznymi. Profesor Julian Aleksandrowicz jednoczył wokół siebie specjalistów z różnych dziedzin nauki i życia społecznego, poszukując nieustannie przyczyn i sposobów leczenia najgroźniejszych chorób nowotworowych krwi – białaczek. Takie podejście wynikało z interdyscyplinarnego i holistycznego traktowania człowieka chorego z całym bogactwem jego doświadczeń i osobowości, nie zaś patrzenia na chorego przez pryzmat chorego narządu. Wiązało się to także ze specyfiką chorób nowotworowych krwi, które mają charakter uogólniony, a więc atakują jednocześnie cały organizm człowieka, czyli układ krwiotwórczy, a nie pojedynczy narząd. W swoich wykładach, pogadankach i publikacjach zajmował

się specjalistycznymi problemami medycznymi. Wiedzę tę starał się również popularyzować w swoich publikacjach popularnonaukowych, zwłaszcza w ostatnich latach życia, w takich pracach jak np. *Wiedza stwarza nadzieję* (Aleksandrowicz, 1976) o pierwiastkach życia czy *Nie ma nieuleczalnie chorych* (Aleksandrowicz, 1982), tworząc wizję medycyny jutra, która miała przywrócić zdrowie choremu na białaczkę, a nie tylko usuwać objawy chorobowe.

W latach 80. ubiegłego stulecia wyleczenie białaczki wydawało się jeszcze utopią, lecz Profesor głęboko wierzył, że medycynie uda się to osiągnąć przy współpracy innych specjalistów. Zagadnienia zdrowia mają charakter interdyscyplinarny i wymagają organizowania interdyscyplinarnych zespołów badawczych oraz integrowania wyników w jedną spójną koncepcję zdrowia, jego mechanizmów i uwarunkowań. Taką wizję medycyny jutra w Polsce aktualnie realizuje prof. A.B. Skotnicki, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii im. Profesora Juliana Aleksandrowicza Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, który wprowadził wizjonerskie pomysły swego mistrza do praktyki naukowej i klinicznej, tworząc zespół leczący nowotwory krwi nowoczesnymi metodami transplantacji szpiku kostnego (*Bone Marrow Transplantation – BMT*) i komórek macierzystych (SCT) (ZKH, 2015). Dopiero dzięki tym metodom stało się możliwe odzyskanie zdrowia przez chorego, a właściwie jego „drugie narodziny”, ale nie mają one jeszcze powszechnego charakteru ze względu na różne ograniczenia, takie jak brak dawców czy wysoka śmiertelność (Hołowiecki, 2006).

Holistyczne podejście do zdrowia było możliwe dzięki włączeniu w połowie lat 70. ubiegłego stulecia do zespołu leczącego chorych z białaczką i innymi nowotworami krwi psychologa, który zajmował się diagnozowaniem i psychoterapią chorych oraz ich rodzin, a także badaniami naukowymi zmierzającymi do udzielenia odpowiedzi na pytanie, jak chorzy radzą sobie ze stresem wynikającym z choroby nowotworowej i hospitalizacji oraz jak można im w tym pomóc.

W zespole terapeutycznym na każdym etapie leczenia ważną funkcję pełnił psycholog, wspierający i podtrzymujący aktywność pacjenta oraz jego pozytywne emocje w zmaganiu się z chorobą. Jego znaczenie jest ważne także obecnie, w procesie transplantacji, który ma na celu powrót pacjenta do zdrowia (Wrona-Polańska, 1989, 1991, 2011, 2016; Lebedowicz, Skotnicki, 2005).

Celem pracy jest ukazanie psychologicznych mechanizmów zdrowia i choroby na podstawie badań chorych z białaczką leczonych tradycyjnie, osób zdrowych i chorych po przeszczepie szpiku kostnego. Zakłada się, że ich poziom zdrowia jest ważnym wskaźnikiem procesu zmagania się z białaczką i przeszczepem.

Psychologiczne mechanizmy zmagania się chorych z białaczką

Białaczki z punktu widzenia medycznego należą do najgroźniejszych chorób nowotworowych układu krwiotwórczego o uogólnionym charakterze i wieloczynni-

kowej etiologii. Atakują od razu cały organizm chorego, wymagają intensywnego i zróżnicowanego leczenia (Hołowiecki, 2006; Janicki, 2001; Skotnicki, Nowak, 1998; Witt i in., 2009).

Choroby nowotworowe znajdują się na drugim miejscu pod względem przyczyn zgonów, białaczki ostre zajmują natomiast szóste miejsce w wypadku mężczyzn, a siódme – w wypadku kobiet. Częściej występują one u mężczyzn (57%) niż u kobiet (Maj, Pawelski, 1995; Jaworska – www.fundacja.uj.pl).

Badacze koncentrujący się na etiologii białacek nadal poszukują czynnika urazowego i osobowości przedchorobowej, a ogólnie – udziału czynników psychologicznych w etiologii białacek (Ader i in., 1995; Edman i in., 2001; Loberiza i in., 2002; Parker i in., 2003). W latach 80. ubiegłego stulecia średnia przeżycia w białaczkach ostrych od rozpoznania wynosiła od czterech miesięcy do roku (Blicharski i in., 1983), a obecnie istnieje możliwość powrotu do zdrowia dzięki nowoczesnym metodom transplantacji szpiku kostnego czy komórek macierzystych z krwi obwodowej.

Pierwsze w Polsce badania psychologiczne prowadzone w nurcie psychosomatycznym (Aleksandrowicz i in., 1963) od lat 60. XX wieku skupiały się na wpływie czynników społecznych i niektórych cech osobowości chorych na różne typy białacek (Aleksandrowicz, Ćwiklicka, Płużek, 1971).

Autorskie badania własne prowadzone w nurcie somatopsychicznym od połowy lat 70. zmierzały do odpowiedzi na pytanie, jak chorzy radzą sobie z tym największym stresem, jakim jest choroba nieuleczalna – białaczka, i jak można im pomóc. Pytanie to stało się początkiem szeroko zakrojonych badań zmierzających do poznania i wyjaśnienia psychologicznych mechanizmów zmagania się chorych z białaczką.

Z psychologicznego punktu widzenia białaczka jest złożoną sytuacją stresową o charakterze zagrożenia biologicznego, psychologicznego, społecznego i duchowego.

Zagrożenie biologiczne, zdaniem A. Kępińskiego (1972), jest konsekwencją naruszenia I prawa biologicznego – zachowania życia i życia gatunku w wyniku postępującej, nieuleczalnej choroby. Zagrożenie życia w wyniku postępującej choroby nowotworowej, białaczki oraz niemożność realizacji dotychczasowych ról społecznych – rodzinnych i zawodowych – w wyniku choroby i hospitalizacji jest źródłem zagrożenia biologicznego i społecznego. Zagrożenie duchowe i psychiczne jest natomiast skutkiem odczuwania przez chorych napięcia wewnętrznego, potęgowanego przez negatywne i lękowe postawy związane z rakiem. Jak pokazują badania (Cobb, 1959; Wullimier, 1978; Nęcki, Górniak, 1999), w świadomości społecznej rak utożsamiany jest nadal ze śmiercią, co skutkuje niezgłaszaniem się na badania profilaktyczne. Niezwykle ważne jest zatem dążenie do zmiany negatywnego stereotypu choroby nowotworowej i poddawanie się badaniom profilaktycznym. W przypadku zachorowania dochodzi do tego jeszcze brak możliwości zaspokojenia podstawowych potrzeb człowieka chorego, realizacji planów i celów życiowych oraz utrata cenionych wartości osobistych, co potęguje

i tak już wysoki poziom przeżywanego lęku jako reakcji na zagrożenie, przy równoczesnym przekonaniu o braku możliwości skutecznego zareagowania (Cattell, 1972; Kępiński, 1977; Spielberger, 1972).

Za podstawę teoretyczną problematyki chorych z nowotworami krwi – białaczkami – została przyjęta teoria stresu psychologicznego R.S. Lazarusa i S. Folkmana (1984), która wykazała zróżnicowanie poziomu przeżywanego stresu u chorych w zależności od oceny sytuacji i własnej koncepcji choroby, która według M. Kulczyckiego (1971) składa się z odpowiedzi na pytania: Czym dana choroba jest?, Jak powstała? Jaki będzie jej przebieg?

Badania te udowodniły, że białaczka wiąże się z wysokim poziomem stresu/lęku, ale nie dla każdego takim samym (Wrona-Polańska, 1985). Było to inspiracją do poszukiwania czynników, od których zależy poziom przeżywanego lęku u chorego i sposób zmagania się z nim.

Obserwacje kliniczne, rozmowy z chorymi i badania własne wykazały, że nieuleczalnie chory zaczyna bilansować nie tylko swoje życie, zadając sobie pytania: „Czy ja się wyleczę, czy wrócę do pracy, czy zdążę wychować dzieci?“, ale także samego siebie, co wyraża się w pytaniu: „Co ja jeszcze jestem wart?“. Oznacza to, że poważna choroba somatyczna zmusza do bilansowania nie tylko własnego życia i zmiany dotychczasowych zachowań chorego, ale także dotyka tego, co najważniejsze, a równocześnie względnie stałe, a więc tożsamości człowieka, jego obrazu własnego „ja”.

Badania własne chorych z białaczką leczonych tradycyjnie w latach 80. ubiegłego stulecia wykazały, że nie ma jednolitego uniwersalnego sposobu chorowania czy zmagania się ze stresem, który sugerowała teoria adaptacji poznawczej S. Taylor (1983). Badania własne autorki potwierdziły, że radzenie sobie czy zmaganie się chorych ze stresem zależy od poziomu tego stresu i subiektywnej oceny sytuacji chorego dokonywanej przez pryzmat własnych możliwości, czyli zasobów. Około trzech czwartych badanych charakteryzowało się niskim poziomem lęku w wyniku stosowania mechanizmów zaprzeczania czy represjonowania lęku związanego z chorobą i hospitalizacją, jedną czwartą zaś stanowili badani przeżywający silny lęk (Wrona-Polańska, 1985).

Badania obrazu „ja” chorych za pomocą testu przymiotnikowego ACL Gougha i Heilbruna wykazały różnice w tym obrazie w zależności od sposobu zmagania się z lękiem, ujawniające się szczególnie we wzajemnych zależnościach między „ja” realnym i „ja” idealnym, które pełnią funkcję wskaźników społecznego przystosowania (Rogers, 1959, 1963). Chorzy przeżywający wysoki poziom lęku charakteryzowali się negatywnym obrazem „ja” realnego, nie akceptowali siebie i dążyli do zmiany, co znalazło odzwierciedlenie w nadmiernie wyidealizowanym, kompensacyjnym i niemożliwym do osiągnięcia „ja” idealnym, będącym wtórnym źródłem lęku o charakterze dezintegracyjnym.

Chorzy o niskim poziomie przeżywanego lęku w konsekwencji zaprzeczania czy represjonowania lęku związanego z chorobą i hospitalizacją cechowali się pozytywnym obrazem „ja” realnego, akceptowali siebie i nie dążyli do zmia-

ny, a jedynie do wzmocnienia samokontroli w zmaganiu się z chorobą (profile leżące). Rolę standardu regulacji zachowania tych chorych pełnił obraz „ja” realnego. Nieco wyidealizowany, ale zapewniający stałość „ja” i tożsamość chorych, obraz ten pełnił funkcję pozytywną, adaptacyjno-obronną (Wrona-Polańska, 1989). Pozytywny obraz „ja” sprzyjał akceptacji siebie w roli chorego, aktywności i podejmowaniu współpracy z zespołem leczącym. Chorzy z negatywnym obrazem „ja” nie akceptowali natomiast siebie w tej roli, cechowała ich bierność i brak współpracy z zespołem leczącym (Wrona-Polańska, 1991).

Przedstawione badania ukazały zależność między poziomem przeżywanego lęku i sposobami zmagania się z nim a obrazem samego siebie. Wysoki poziom lęku i jego adekwatna ocena prowadzi do dezintegracji obrazu „ja” chorych, podczas gdy zaprzeczanie i represjonowanie lęku prowadzi do ukształtowania nierealistycznego, ale pozytywnego obrazu „ja”, pełniącego funkcję adaptacyjno-obronną, zapewniającego stałość „ja” i jego pozytywny charakter, sprzyjający akceptacji siebie w roli chorego i podejmowaniu aktywności na rzecz własnego zdrowia. Autorskie badania, na tle teorii adaptacji poznawczej S. Taylor (1983), ukazały zróżnicowanie zachowań chorych z leukemią w zależności od poziomu przeżywanego lęku i stylu zmagania się z nim. Potwierdziły one istotną adaptacyjną rolę obrazu „ja” i mechanizmów represyjnych w zmaganiu się z lękiem u chorych z białaczką (Wrona-Polańska, 1984, 1985, 1989, 1991). Badania te miały duże znaczenie aplikacyjne. Stanowiły teoretyczną podstawę do konstruowania programów terapeutycznych nakierowanych na chorych i ich rodziny, personel medyczny i współpracę z lekarzem i ogólnie – zespołem leczącym. Udowodniły one, że najważniejsze w zmaganiu się z chorobą są akceptacja siebie w roli chorego oraz podjęcie współpracy z lekarzem i zespołem leczącym. Akceptacja siebie wyzwala pozytywne emocje mobilizujące do podjęcia działania, także do współpracy z zespołem leczącym.

Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania zdrowia

Doświadczenia kliniczne w pracy z chorymi i wyniki badań własnych stały się inspiracją do poszukiwania psychologicznych mechanizmów zdrowia w celu oddziaływania na zdrowych w taki sposób, aby zapobiegać i przeciwdziałać zachorowaniu na nieuleczalne choroby – białaczki. W tym zakresie konieczne wydawało się oddziaływanie na rodziców, wychowawców przedszkoli i nauczycieli, którzy są pierwszymi animatorami zdrowia dziecka i powinni wychowywać na rzecz zdrowia.

Podstawą teoretyczną badań było rozumienie zdrowia nie jako braku objawów chorobowych (Włodarczyk, 1994), stanu (WHO, 1948) czy dyspozycji (Słońska, Misiuna, 1993), ale jako procesu (Aleksandrowicz, 1972; Blicharski za: Aleksandrowicz (red.), 1974; Antonovsky, 1979), którego uwarunkowania są głęboko za-

korzenione w modelu biopsychospołecznym. Najlepiej oddaje je Mandala Zdrowia, czyli Model Ekosystemu, w którym człowiek znajduje się w centrum wszechświata, najbliższym oddziałującym na niego podsystemem jest rodzina, a najbardziej oddalonym – socjosfera, czyli kultura. Zdrowie człowieka zależy według Lalonda od czterech pól zdrowia: biologii człowieka, środowiska fizycznego, psychospołecznego oraz zachowania. Pomiędzy tymi polami zachodzą wzajemne zależności, funkcjonujące na zasadzie sprzężenia zwrotnego (Słońska, 1994).

W ujęciu salutogenetycznym Antonovsky'ego (1979, 1995) zdrowie jest procesem równoważenia wymagań stawianych przez otoczenie i możliwości człowieka.

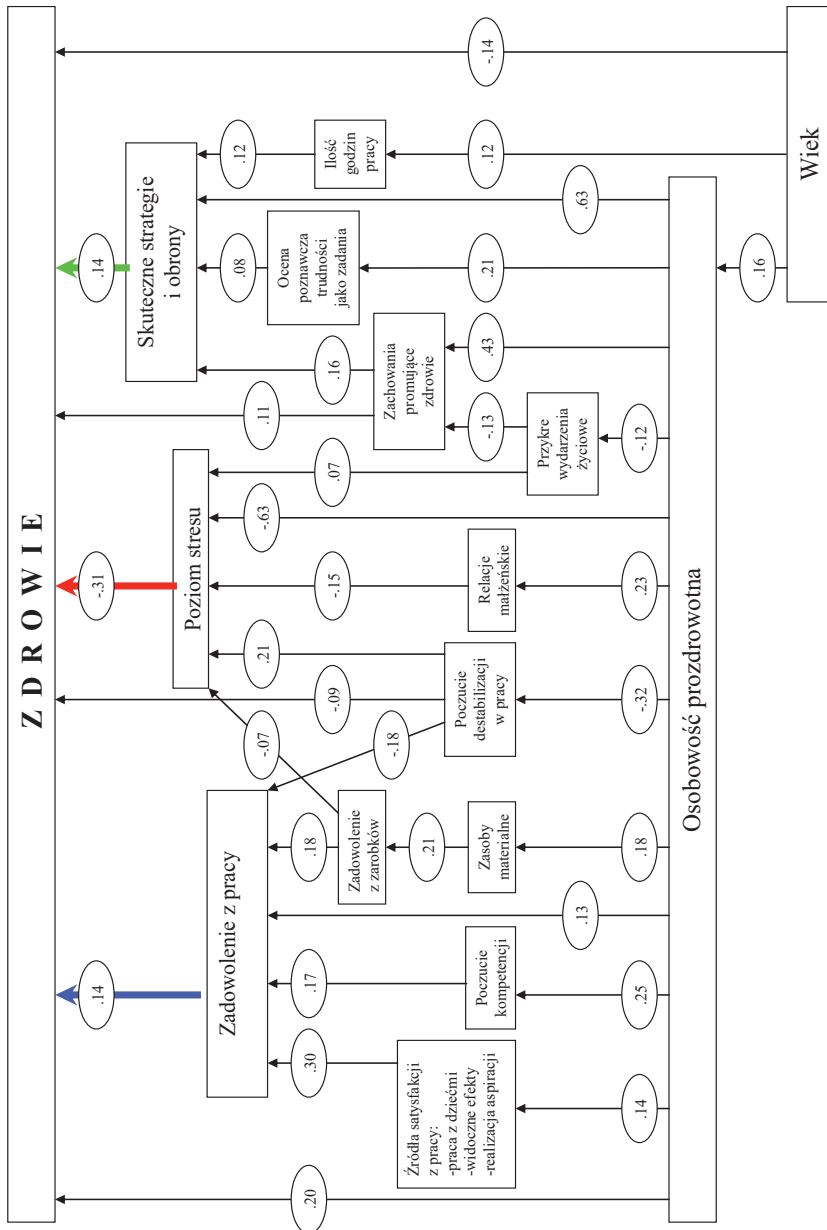
Na podstawie takiego rozumienia zdrowia, teorii stresu Lazarusa i Folkman (1984) oraz teorii zasobów Hobfolla (1989), rozumianych jako cechy i możliwości, które w konfrontacji stresowej odgrywają pozytywną rolę obronną, a także teorii TRoP E. Nęcki (1994) został skonstruowany autorski teoretyczny model zdrowia, sprawdzony empirycznie w badaniach osób zdrowych – nauczycielek i pracowników socjalnych (ryc. 1). Tak powstał autorski Funkcjonalny Model Zdrowia (FMZ), w którym zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem (Wrona-Polańska, 2003, s. 210).

Istotne znaczenie dla zdrowia w tym modelu mają zasoby podmiotowe człowieka, które w znacznym stopniu wspierają proces radzenia sobie ze stresem, a równocześnie mu przeciwdziałają, o czym świadczą identyczne wielkości współczynników analizy ścieżek różniące się jedynie znakiem (.63, -.63). Ścieżkę emocjonalną zasilają zasoby społeczne – źródła pozytywnych emocji i satysfakcji z pracy oraz pewność własnych kompetencji. Wskaźnikiem zagrażającym zdrowiu jest poczucie destabilizacji, wynikające ze zmian społeczno-politycznych i reformy edukacji w ostatnich latach XX wieku, które wpływa na zdrowie bezpośrednio lub pośrednio, zwiększając poziom przeżywanego stresu i obniżając jakość życia badanych.

Podstawowymi psychologicznymi mechanizmami w Funkcjonalnym Modelu Zdrowia są indywidualne zasoby człowieka – poczucie koherencji, kontroli i samoocena – tworzące osobowość prozdrowotną, która w sposób bezpośredni i pośredni wpływa na zdrowie – ścieżką kompetencyjną i emocjonalną, równoważąc ścieżkę napięciową.

Psychologiczne mechanizmy powrotu do zdrowia chorych z białaczką po przeszczepie szpiku kostnego

Znaczny postęp medycyny i nauk pokrewnych sprawił, że możliwe stało się skuteczne leczenie chorych z białaczką nowoczesnymi metodami transplantacji szpiku kostnego (*Bone Marrow Transplantation* – BMT) czy komórek macierzystych (*Stem Cell Transplantation* – SCT).



Ryc. 1. Empiryczny Funkcjonalny Model Zdrowia badanych

Źródło: Wrona-Polańska 2003, s. 210

W Klinice Hematologii im. Profesora Juliana Aleksandrowicza UJ Collegium Medicum możliwość leczenia nowoczesnymi metodami pojawiła się w 1998 roku; do 2015 roku osiągnięto światowy poziom, wykonując około 1000 przeszczepów (ZKH, 2015). Nie oznacza to, że wszystkim tym pacjentom przywrócono zdrowie i życie, gdyż tylko 50% z nich przeżywa, a reszta umiera na różnych etapach leczenia (Hołowiecki, 2006).

Proces transplantacji jest bardzo skomplikowany, nie tylko z punktu widzenia lekarskiego. Wymaga zaangażowania nie tylko zespołu leczącego, ale przede wszystkim samego chorego, który musi poradzić sobie z własnym lękiem i ściśle współpracować z zespołem leczącym.

Istotą jest tutaj nie sam proces przeszczepienia, ale „materiał tkankowy”, który został przeszczepiony i jego przyjęcie lub odrzucenie przez układ immunologiczny chorego (Wrona-Polańska, 2008). Przeszczep, czyli szpik lub komórki macierzyste z krwi obwodowej, może zostać odrzucony przez układ biocy jako obce ciało, może spowodować ostrą reakcję immunologiczną, a w konsekwencji – doprowadzić do utraty życia chorego, stąd też 50% pacjentów umiera w pierwszej fazie życia po przeszczepie albo na różnych etapach przygotowania do przeszczepu. Idealnym dawcą byłby bliźniak, ale trudno ten warunek zrealizować, a szpik od dawcy spokrewnionego lub niespokrewnionego nigdy nie spełnia wszystkich warunków zgodności tkankowej, dotyczącej czynników HLA, i to powoduje różne komplikacje. Powracający do zdrowia chorzy muszą zmagać się ze wszystkimi konsekwencjami przeszczepu, podejmując aktywność, która zmierza do odzyskania poczucia zdrowia, które ma wyższą moc regulacyjną zachowania niż zdrowie obiektywne i decyduje o jakości funkcjonowania człowieka (Wrona-Polańska, Skotnicki, Piątkowska-Jakubas, 2013; Wrona-Polańska, 2016).

Z psychologicznego punktu widzenia proces przeszczepiania szpiku kostnego jest skomplikowanym działaniem i składa się z trzech etapów: oceny sytuacji przed przeszczepem, w trakcie hospitalizacji i przeszczepu oraz po przeszczepie. Długotrwałe leczenie pacjentów w izolacji wymuszonej sposobem leczenia wyzwała u nich lęk i depresję, których przeciwwagą może być wsparcie społeczne rodziny i przyjaciół oraz profesjonalne – lekarza i psychologa (Jakitowicz, Piekarska, 2014; Jenk Kettman, Altmaier, 2008; Vachon, 2006; Lebedowicz, Skotnicki, 2005; Sęk-Cieślak, 2004; Wrona-Polańska, 2009, 2012).

W wyniku wieloletniej współpracy naukowej i klinicznej autorki z Zespołem Kliniki Hematologii UJ CM pod kierownictwem prof. Aleksandra B. Skotnickiego zrodziło się pytanie: „Jakie psychologiczne mechanizmy umożliwiają chorym po przeszczepie szpiku kostnego (BMT) powrót do zdrowia i normalne funkcjonowanie i jak można im w tym pomóc?”. Stało się ono inspiracją do podjęcia badań w tym zakresie.

Problem przeszczepu bardzo ściśle wiąże się ze stresem, który działa immunosupresyjnie na układ odpornościowy (Solomon, 1990), czyli obniża odporność chorego bądź zwiększa wrażliwość immunologiczną, a w konsekwencji – zwiększa ryzyko odrzucenia przeszczepu jako obcej tkanki. Poziom przeżywanego stresu/

lęku jest „wskaźnikiem klinicznym”, sygnalizującym przyjęcie lub odrzucenie przeszczepu. Jest to sygnał dla psychologa, który powinien go odczytać i podjąć z chorym współpracę, mającą na celu redukcję stresu/lęku u chorych w procesie powrotu do zdrowia po przeszczepie.

Dlatego też za teoretyczną podstawę badań przyjęto autorski Funkcjonalny Model Zdrowia (FMZ), w którym stres odgrywa istotną rolę, zdrowie zaś jest funkcją twórczego radzenia sobie z nim (Wrona-Polańska, 2003).

Z Funkcjonalnego Modelu Zdrowia wynikają następujące pytania badawcze:

1. Jakie style i strategie zmagania się ze stresem charakteryzują badanych chorych po BMT?
2. Które strategie są skuteczne i efektywne, czyli wiążą się w sposób istotny z poczuciem zdrowia badanych?

Metoda i techniki badawcze

Podstawową metodą badania był wywiad standaryzowany dotyczący psychologicznej sytuacji chorych po transplantacji szpiku kostnego, poczucia zdrowia, przeżywanego niepokoju związanego z chorobą i leczeniem oraz stylów i strategii zmagania się ze stresem.

Poziom zdrowia zdefiniowano, wyróżniając trzy wskaźniki: poczucie zdrowia, poczucie spokoju i brak lęku, oceniane przez badanych na dziesięciostopniowej skali szacunkowej. Skrajne zakotwiczenia oznaczały: w określeniu poczucia zdrowia: 1 – „chory”, a 10 – „zdrowy”; w określeniu poczucia spokoju: 1 – „niespokojny”, a 10 – „spokojny”; w braku lęku: 1 – „odczuwam silny lęk”, a 10 – „nie odczuwam lęku”. Badani byli proszeni o uzasadnienie swojego wyboru na skali. Zdrowie obiektywne oceniał na 10-stopniowej skali szacunkowej lekarz hematolog.

Poziom stresu badano za pomocą testu STAI Spielbergera w adaptacji Sosnowskiego (1977). Test składa się z dwóch części, z których każda zawiera 20 pytań; X-1 służy do pomiaru lęku-stanu, X-2 natomiast – do pomiaru lęku-cechy, rozumianego jako względnie stała dyspozycja osobowości.

Badano także style zmagania się ze stresem przy użyciu kwestionariusza CISS Endlera i Parkera, składającego się z 48 pytań; odpowiedzi należało oznaczyć na pięciostopniowej skali Likerta. CISS bada trzy style: skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na emocjach i skoncentrowany na unikaniu. Styl skoncentrowany na unikaniu składa się z dwóch podstylów: 1 – unikanie przez dystrakcję i 2 – poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Strategie zmagania się ze stresem badano za pomocą kwestionariusza CHIP Endlera i Parkera w adaptacji Wrześniewskiego. Test składa się z czterech skal: odwracanie uwagi od choroby, ograniczanie stymulacji, radzenie sobie instrumentalne i koncentracja na negatywnych emocjach. Analiza wyników w tym teście ma charakter opisowy, gdyż nie ma on norm polskich dla żadnej grupy chorych.

Charakterystyka osób badanych

Badanymi byli pacjenci Kliniki Hematologii UJ CM leczeni metodą transplantacji szpiku kostnego, którzy zgłaszali się do badań kontrolnych. W analizie uwzględniono 141 pacjentów z białaczką w wieku 18–68 lat, 61 kobiet i 80 mężczyzn, mających przeważnie średnie wykształcenie. Najwięcej badanych znajdowało się w przedziale wiekowym między 20. a 40. rokiem życia, który, zgodnie z literaturą medyczną, daje najlepsze rokowania w leczeniu nowoczesną metodą transplantacji szpiku kostnego. Badane kobiety charakteryzował dłuższy od przeszczepu czas chorowania niż u mężczyzn.

Zmaganie się ze stresem białaczki i przeszczepu

Style i strategie zmagania się ze stresem

Badanych chorych charakteryzował średni poziom przeżywanego stresu $M = 39,43$ przy $SD = 10,00$.

Tabela 1. Współczynniki korelacji między poziomem stresu i strategiami a stylami radzenia sobie z chorobą

Zmienne	Poziom stresu	Odwracanie uwagi od choroby	Ograniczanie stymulacji	Radzenie sobie instrumentalne	Koncentracja na negatywnych emocjach
Style radzenia sobie					
Styl skoncentrowany na zadaniu	-,29***	,39***	,15	,32***	-,02
Styl skoncentrowany na emocjach	,51***	-,14	,22**	,14	,63***
Styl skoncentrowany na unikaniu	,05	,39***	,10	,24**	,15
Angażowanie się w czynności zastępcze	,13	,22**	,17*	,14	,12
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich	-,21*	,50***	-,01	,25**	-,07

Istotność: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$

Analiza współczynników korelacji między poziomem stresu i strategiami oraz stylami radzenia sobie (tabela 1) pokazała, że stres najsilniej wiąże się ze stylem skoncentrowanym na emocjach i strategiami koncentracji na negatywnych

emocjach (,63) oraz ograniczania stymulacji (,22), które prowadzą do kumulacji i zalegania negatywnych emocji, a w konsekwencji działają immunosupresyjnie na układ odpornościowy, zagrażając zdrowiu i życiu badanych po przeszczepie.

Stresowi przeciwdziałają styl skoncentrowany na zadaniu (–,29) i zgodna z tym stylem strategia radzenia sobie instrumentalnego (,32) oraz odwracania uwagi od choroby (,39), a także styl skoncentrowany na unikaniu, polegający na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (–,21), który w sposób statystycznie istotny wspiera zgodną ze stylem strategię odwracania uwagi od choroby (,50) oraz radzenie sobie instrumentalne (,25).

Zmaganie się ze stresem a zdrowie badanych

Zdrowie chorych po przeszczepie określały trzy wskaźniki: poczucie zdrowia, poczucie spokoju i poczucie braku lęku, oceniane przez badanego na dziesięciostopniowej skali, oraz zdrowie obiektywne, oceniane na skali przez lekarza hematologa. Współczynniki korelacji między zmiennymi opisującymi zdrowie przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Współczynniki korelacji między zmiennymi opisującymi zdrowie

Zmienne	Poczucie zdrowia	Poczucie spokoju	Brak lęku	Zdrowie obiektywne
Poczucie zdrowia		,51***	,46***	,38***
Poczucie spokoju	,51***		,70***	,12
Brak lęku	,46***	,70***		–,03
Zdrowie obiektywne	,38***	,12	–,03	

Istotność: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

Najsilniejsze korelacje, istotne statystycznie, występują między poczuciem zdrowia i poczuciem spokoju (,51) oraz brakiem lęku (,46), a także zdrowiem obiektywnym (,38). Poczucie zdrowia utożsamiane jest przez samych chorych z somatycznym wymiarem zdrowia, podobnie traktują ten wskaźnik także osoby zdrowe (Wrona-Polańska, 2003). Brak związku wystąpił natomiast między zdrowiem obiektywnym a poczuciem spokoju i braku lęku jako wskaźnikami zdrowia w wymiarze psychicznym.

Związki wskaźników zdrowia ze stresem i strategiami zmagania się z nim przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Współczynniki korelacji między zmiennymi opisującymi zdrowie a zmiennymi opisującymi poziom stresu oraz strategię radzenia sobie z chorobą

Zmienne	Poczucie zdrowia	Poczucie spokoju	Brak lęku	Zdrowie obiektywne
Stres				
Poziom stresu	-,34***	-,58***	-,54***	-,05
Strategie radzenia sobie z chorobą				
Odwracanie uwagi od choroby	,18*	,24**	,22*	,11
Ograniczanie stymulacji	-,03	-,04	-,01	-,17*
Radzenie sobie instrumentalne	,18*	,04	,04	,17*
Koncentracja na negatywnych emocjach	-,16	-,42***	-,46***	-,10

Istotność: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$

Przeżywany przez chorych po przeszczepie szpiku kostnego stres wiąże się negatywnie ze wszystkimi wskaźnikami zdrowia. Najsilniejsze i istotne statystycznie związki ujawniają się pomiędzy stresem a poczuciem spokoju, nieco zaś słabsze z poczuciem zdrowia. Oznacza to, że przeżywany przez chorych po przeszczepie szpiku kostnego stres związany z chorobą i codziennym życiem może zagrażać ich zdrowiu, obniżając w konsekwencji poziom samooceny zdrowia badanych.

Poczucie zdrowia wiąże się pozytywnie na poziomie tendencji ze strategią odwracania uwagi od choroby (,18) i strategią instrumentalną (,18), które w istotny sposób sprzyjają zdrowiu chorych po przeszczepie. Poczucie spokoju wiąże się zaś negatywnie ze strategią koncentracji na negatywnych emocjach (-,42), a pozytywnie – ze strategią odwracania uwagi od choroby (,24).

Zdrowie obiektywne wiąże się w istotny sposób na poziomie tendencji ze strategią instrumentalnego radzenia sobie (,17), a negatywnie – z ograniczaniem stymulacji (-,17).

Analiza korelacji między zmiennymi opisującymi zdrowie a stylami zmagania się ze stresem jako względnie stałymi dyspozycjami osobowościowymi charakteryzującymi pewien sposób zachowania w sytuacjach stresowych wykazuje niewielkie ich związki z poczuciem zdrowia badanych i zupełny brak takich związków ze zdrowiem obiektywnym. Pozytywne związki ujawniają się między poczuciem spokoju i poczuciem zdrowia a stylem skoncentrowanym na unikaniu, polegającym na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, zdecydowanie negatywne zaś – między poczuciem spokoju i stylem skoncentrowanym na emocjach. Charakterystyczne dla chorych po przeszczepie jest unikanie i obronne zaprzeczanie chorobie przez poszukiwanie wsparcia wśród najbliższych i przyjaciół, zainteresowanie muzyką, sztuką i przyrodą w celu zrównoważenia negatywnych emocji związanych z chorobą i przeszczepem.

Dominacja stylu skoncentrowanego na emocjach i jego silne negatywne korelacje z poczuciem spokoju oznaczają, że im wyższe nasilenie tego stylu, tym mniejsze poczucie spokoju, czyli wewnętrznej równowagi, a większy niepokój, który zagraża zdrowiu i życiu badanych po przeszczepie szpiku kostnego.

Podsumowanie i dyskusja nad wynikami

Podstawą teoretyczną badań chorych z białaczką leczonych metodą transplantacji szpiku kostnego był autorski Funkcjonalny Model Zdrowia, w którym zdrowie jest funkcją twórczego zmagania się ze stresem.

Badanych chorych charakteryzował średni poziom przeżywanego stresu, który wahał się od poziomu niskiego do podwyższonego i wysokiego. Analiza współczynników korelacji ujawniła najsilniejsze pozytywne związki stresu ze strategią koncentracji na negatywnych emocjach i negatywne związki ze strategią odwracania uwagi. Oznacza to, że strategia koncentracji na negatywnych emocjach, stosowana przez część chorych po przeszczepie szpiku, może być dodatkowym źródłem stresu, który w konsekwencji prowadzi do kumulacji negatywnych emocji zagrażających zdrowiu i życiu chorych. Negatywne, istotne statystycznie, związki stresu ze strategią odwracania uwagi od choroby, świadczą natomiast o zaprzeczaniu chorobie czy dystansowaniu się wobec niej przez zainteresowanie muzyką, sztuką, przyrodą oraz relacje z rodziną i przyjaciółmi, obserwowane u części chorych jako sposób regulacji emocji wzbudzanych przez chorobę.

Strategia radzenia sobie instrumentalnego wiąże się pozytywnie, w sposób istotny statystycznie, ze wszystkimi strategiami: odwracania uwagi od choroby, ograniczania stymulacji i koncentracji na negatywnych emocjach. Wskazuje to na złożoność zjawiska zmagania się chorych z chorobą i przeszczepem, która wymaga poznania problemu i podjęcia aktywności na rzecz odzyskania zdrowia – z jednej strony, z drugiej zaś – kontrolowania przeżywanego napięcia i regulacji emocji w taki sposób, aby mobilizowały one do aktywności sprzyjającej powrotowi do zdrowia.

Style radzenia jako osobowościowe, czyli względnie trwałe wyznaczniki zachowania, wzmacniają zgodne ze stylem strategie radzenia sobie ze stresem, które zależą od sytuacji choroby i przeszczepu. Analiza współczynników korelacji wskazuje, że styl skoncentrowany na zadaniu oraz styl skoncentrowany na unikaniu, polegający na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich, łączy się najsilniej ze strategią instrumentalnego radzenia sobie, która nie ma związku ze stresem. Oznacza to, że podjęcie aktywności na rzecz powrotu do zdrowia nie zależy od poziomu przeżywanego stresu, ale od dominacji stylu zadaniowego u chorego, który uruchamia zgodną ze stylem strategię instrumentalną, by poradzić sobie z problemem zdrowotnym, wspieranego przez podstyl stylu unikania, polegający na poszukiwaniu wsparcia wśród znajomych i przyjaciół.

Podobnie styl zadaniowy i styl skoncentrowany na unikaniu, szczególnie przez poszukiwanie kontaktów towarzyskich, wiąże się silnie i w sposób statystycznie

istotny ze strategią odwracania uwagi od choroby. Styl skoncentrowany na emocjach łączy się natomiast najsilniej ze strategią koncentracji na negatywnych emocjach i słabiej – ze strategią ograniczania stymulacji.

Z badań wynika, że styl zadaniowy i skoncentrowany na unikaniu uruchamiają strategię radzenia sobie instrumentalnego, zmierzającą do podjęcia aktywności na rzecz powrotu do zdrowia, oraz strategię odwracania uwagi od choroby przez relacje z najbliższymi i przyjaciółmi, a także zainteresowanie muzyką, sztuką i przyrodą oraz zaangażowanie się w czynności pozwalające na zdystansowanie się wobec problemów zdrowotnych, zmierzające ostatecznie do redukcji przeżywanych emocji.

Dalsza analiza dotycząca skuteczności stylów i strategii zmagania się z chorobą i przeszczepem z punktu widzenia zdrowia pokazała, że subiektywne wskaźniki zdrowia: poczucie zdrowia, utożsamiane ze zdrowiem somatycznym, i poczucie spokoju, traktowane jako wskaźnik równowagi i harmonii wewnętrznej, korelują ze sobą najsilniej, zdrowie zaś obiektywne, oceniane według wskaźników medycznych przez lekarza hematologa, koreluje w sposób istotny statystycznie tylko ze wskaźnikiem poczucia zdrowia.

Subiektywne wskaźniki zdrowia wiążą się negatywnie z poziomem stresu, czyli im wyższy poziom stresu, tym niższy subiektywny poziom zdrowia badanych.

Poczucie zdrowia wiąże się z dwiema strategiami: odwracaniem uwagi od choroby i strategią radzenia sobie instrumentalnego na poziomie tendencji. Poczucie spokoju wiąże się pozytywnie ze strategią odwracania uwagi, a negatywnie – ze strategią koncentracji na negatywnych emocjach. Zdrowie obiektywne łączy się pozytywnie ze strategią instrumentalną, negatywnie natomiast – ze strategią ograniczania stymulacji na poziomie tendencji. Słabe związki ujawniają się między subiektywnymi wskaźnikami zdrowia: poczuciem zdrowia i poczuciem spokoju a stylem skoncentrowanym na unikaniu, polegającym na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Wyraźny jest brak jakichkolwiek związków między wskaźnikiem zdrowia obiektywnego a stylami zmagania się ze stresem.

Przedstawiona analiza i interpretacja otrzymanych wyników badań chorych z białaczką po przeszczepie szpiku kostnego wykazała, że skuteczne z punktu widzenia powrotu do zdrowia chorych po BMT okazały się dwie strategie: instrumentalnego radzenia sobie, czyli podejmowania aktywności na rzecz odzyskania zdrowia, i strategia odwracania uwagi od choroby, która sprzyja regulacji emocji w taki sposób, aby podejmowane działania na rzecz powrotu do zdrowia dawały pozytywne rezultaty. Podobnie zdrowiu obiektywnemu sprzyja strategia instrumentalnego działania, nie sprzyja zaś ograniczanie stymulacji, czyli bierność i brak aktywności na rzecz odzyskania zdrowia.

Na podstawie wyników badań chorych z białaczką po przeszczepie szpiku kostnego widać, jak złożone są psychologiczne mechanizmy sprzyjające odzyskaniu zdrowia, w których biorą udział wszystkie style – skoncentrowany na zadaniu, na emocjach i na unikaniu, wzmacniając strategię nastawioną na zadanie – odzyskanie zdrowia, regulację emocji przez zaprzeczanie chorobie czy odwracanie

uwagi od niej przez zainteresowanie muzyką, sztuką, przyrodą i poszukiwanie wsparcia wśród najbliższych, ograniczanie stymulacji, czyli kontrolę własnych emocji oraz brak koncentracji się na negatywnych emocjach.

Pozorna sprzeczność wynikająca z silnych, istotnych statystycznie i pozytywnych korelacji strategii instrumentalnego radzenia sobie ze wszystkimi pozostałymi strategiami – odwracania uwagi od choroby, ograniczania stymulacji i koncentrowania się na negatywnych emocjach – ukazuje złożoność tego problemu. Uzupełnienie materiału tkankowego dającego możliwość przeżycia nie jest równoznaczne z odzyskaniem zdrowia, ale jest początkiem żmudnej drogi pacjenta w tym kierunku. Wymaga wiedzy pacjenta o tym, jak żyć z przeszczepem i jaki prowadzić styl życia, oraz pozytywnych emocji mobilizujących chorego do podejmowania tego trudnego zadania codziennie. Zgodnie z teorią salutogenezy Antonovsky'ego problem ma zawsze dwoistą naturę, wymaga poznania i regulacji emocji (Antonovsky, 1995). Niekiedy zbyt silny mechanizm represji i zaprzeczanie chorobie mogą prowadzić do niezgłaszania się chorych na kontrolę lekarską, co zagraża ich zdrowiu i życiu. Podobnie jest z osobami zdrowymi, którzy nie zgłaszają się na badania profilaktyczne. Niezbędne jest oddziaływanie psychologiczne zmierzające do zredukowania przeżywanego lęku oraz zmotywowania chorych do podjęcia leczenia i kontrolowania swego stanu zdrowia. Sytuacje choroby nacechowane niepewnością i narastaniem napięcia wymagają kontroli własnych emocji, której chory uczy się dopiero w kontakcie z psychoterapeutą, a także z rodziną i przyjaciółmi dającymi wsparcie w chorobie. Badania ukazują złożoność psychologicznych mechanizmów biorących udział w procesie zmagania się pacjenta z chorobą i przeszczepem. Ukazane sprzeczności mają charakter pozorny, wynikają bowiem z ambiwalentnych emocji, które towarzyszą choremu w długim procesie odzyskiwania zdrowia. Potwierdzają przyjęte przez autorkę holistyczno-funkcjonalne, czyli całościowe, podejście do chorego i jego zdrowia jako podstawę do poznania skomplikowanych psychologicznych mechanizmów zdrowia i choroby. Potwierdzają autorski FMZiCH, ukazujący złożony charakter tych mechanizmów.

Badania chorych po przeszczepie, których podstawą teoretyczną jest FMZ, ukazują, że nie ma uniwersalnego sposobu zmagania się z tą trudną poznawczo i emocjonalnie sytuacją chorego. Sposób walki z chorobą zależy, zgodnie z FMZ, od czynników sytuacyjnych i podmiotowych, co wskazuje na indywidualny, a więc twórczy, dostosowany do sytuacji i czynników osobowościowych sposób zmagania się z chorobą. Twórcze zmaganie się z chorobą oznacza skuteczne dopasowanie do możliwości człowieka, czyli jego zasobów. Badania chorych po przeszczepie wykazały, że czynniki indywidualne decydują o różnych sposobach zmagania się z chorobą i przeszczepem (Wrona-Polańska, 2011, 2016).

Wyniki przeprowadzonych badań podważyły przypuszczenie o dominacji jednego stylu – zadaniowego lub nastawionego na emocje – w zmaganiu się z chorobą oraz twierdzenie, że styl zadaniowy jest bardziej skuteczny niż emocjonalny. Okazało się także, że w złożonym procesie powrotu do zdrowia chorych po przeszczepie biorą udział wszystkie style i odpowiadające im strategie.

Wynikają z tego ważne wnioski aplikacyjne, które mają na celu zwiększenie wiedzy młodych adeptów sztuki medycznej i pracowników medycznych o psychologicznych mechanizmach i uwarunkowaniach zdrowia przez tworzenie innowacyjnych programów nauczania dla zawodów medycznych (Wrona-Polańska, 2016). Konieczne staje się oddziaływanie na ogół społeczeństwa w zakresie promowania zdrowia i kształtowania wobec niego aktywnej postawy. W realizacji tego celu niezbędna jest współpraca różnych podmiotów: rodziców, nauczycieli i całego społeczeństwa, także makro- i mikrostruktur, w trosce o zdrowie młodego pokolenia i poprawę kondycji zdrowotnej osób w starszym wieku.

Znajduje to odzwierciedlenie w publikacjach z ostatnich lat, prezentowanych przez psychologów, pedagogów, lekarzy i socjologów medycyny (Wrona-Polańska, 2002, 2003, 2006, 2008, 2009; Mastalski, 2007; Wrona-Polańska, Mastalski, 2009; Skotnicki, 2009; Tobiasz-Adamczyk, 2012).

Wnioski

1. Chorych po przeszczepie szpiku kostnego cechuje średni poziom przeżywanego stresu.
2. Źródłem stresu chorych jest strategia koncentracji na negatywnych emocjach, silnie wzmacniana przez zgodny z nią styl skoncentrowany na emocjach.
3. Odzyskaniu zdrowia chorym po przeszczepie sprzyjają strategie: odwracania uwagi od choroby i instrumentalnego radzenia sobie, wzmacniane przez zgodne z nimi style: skoncentrowany na zadaniu i skoncentrowany na unikaniu, polegający na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich.
4. Strategia odwracania uwagi – przez zainteresowanie muzyką, sztuką, przyrodą oraz kontakty z rodziną i przyjaciółmi – prowadzi do zaprzeczania chorobie, co skutkuje obniżeniem poziomu przeżywanego stresu i sprzyja zdrowiu.
5. Strategia radzenia sobie instrumentalnego, czyli podejmowanie przez chorych po przeszczepie szpiku kostnego aktywności w celu odzyskania zdrowia, uruchamia wszystkie skorelowane z nią pozytywnie strategie: odwracania uwagi od choroby, ograniczania stymulacji i koncentracji na emocjach negatywnych.
6. Promocja zdrowia powinna zmierzać do wzrostu wiedzy i wynikającej z niej świadomości o zachowaniach sprzyjających zdrowiu dzieci i młodzieży oraz dorosłych, którzy mają wpływ na kształtowanie prozdrowotnych postaw młodego pokolenia.

Bibliografia

- Ader, R., Cohen, N., Felten D. (1995). *Psychoneuroimmunology: Interactions between the nervous system and the immune system*. „Lancet”, 14, s. 99–103.
- Aleksandrowicz, J. (1976). *Wiedza stwarza nadzieję*. Warszawa: Wiedza Powszechna.

- Aleksandrowicz, J. (1979). *Sumienie ekologiczne*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Aleksandrowicz, J. (1982). *Nie ma nieuleczalnie chorych*. Warszawa: Iskry.
- Aleksandrowicz, J. (red.) (1974). *Rewolucja naukowo-humanistyczna*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Aleksandrowicz, J., Ćwiklicka, A., Phużek, Z. (1971). *Niektóre cechy osobowości chorych na różne typy białaczek*. „Polski Tygodnik Lekarski”, 26, s. 426–428.
- Aleksandrowicz, J., Gumowska, I. (1981). *Kuchnia i medycyna*. Warszawa: Watra.
- Aleksandrowicz, J., Kępiński, A., Skotnicka, A., Żurowska, A. (1963). *Próba analizy psychosocjologicznej chorych na białaczkę*. „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, 23, s. 1117–1121.
- Blicharski, J., Kwiatkowski, A., Pochopień, A., Wolska, T. (1983b). *Ocena skuteczności leczenia i przeżywalności chorych z ostrymi białaczkami w latach 1970–1979*. Kraków: [Praca niepublikowana]. Archiwum Kliniki Hematologii CMUJ, Kraków.
- Cattell, R.B. (1972). *The Nature and the Genesis of Mood States: A theoretical model with experimental measurements concerning anxiety, depression, arousal and other mood states*. W: Ch.D. Spielberger (ed.), *Anxiety – Current Trends in Theory and Research*. New York: Academic Press, vol. 1.
- Cobb, B. (1959). *Emotional Problems of Adult Cancer Patients*. „Journal of the American Geriatrics Society”, 7, s. 274–285.
- Edman, L., Larsen, J., Hagglund, H., Gardulf, A. (2001). *Health-related Quality of Life, Symptom Distress and Sense of Coherence in Adult Survivors of Allogeneic Stem-cell Transplantation*. „European Journal of Cancer Care”, 10, s. 124–130.
- Hołowicki, J. (2006). *Przeszczepianie szpiku i komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej w nowotworach*. W: M. Krzakowski (red.), *Onkologia kliniczna*. Warszawa: Wyd. Medyczne BORGIS, s. 271–329.
- Janicki, K. (2001). *Hematologia*. Warszawa: PZWL.
- Jaworska, U. *Fundacja*, <http://www.fundacjauj.pl>.
- Kępiński, A. (1972). *Psychopatologia nerwic*. Warszawa: PZWL.
- Kępiński, A. (1977). *Lęk*. Warszawa: PZWL.
- Kulczycki, M. (1971). *Psychologiczne problemy człowieka chorego*. Wrocław [itd.]: Ossolineum.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Loberiza, F.R., Jr, Rizzo, J.D., Bredeson, C.N., Antin, J.H., Horowitz, M.W., Weeks, J.C., Lee, S.J. (2002). *Association of Depressive Syndrome and Early Deaths among Patients after Stem-cell Transplantation for Malignant Diseases*. „Journal of Clinical Oncology”, 15, s. 2118–2126.
- Maj, S., Pawelski, S. (1995). *Współczesna diagnostyka i leczenie chorób krwi*. Warszawa: Med Tour Press International.
- Nęcki, Z., Górniak, L. (1999). *Przekonania i postawy społeczne wobec chorób nowotworowych*. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kraków: Wyd. UJ, s. 101–122.
- Parker, P.A., Baile, W.F., de Moor, C., Cohen, L. (2003). *Psychosocial and Demographic Predictors of Quality of Life in a Large Sample of Cancer Patients*. „Psychooncology”, 12, s. 183–193.
- Rogers, C.R. (1959). *Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relations, as Developed in the Client Centered Framework*. W: S. Koch (ed.), *Psychology: A study of a science*. New York: McGraw-Hill, vol. 3, s. 184–256.
- Rogers, C.R. (1966). *A Process Conception of Psychotherapy*. W: D. Byrne, M.L. Hamilton (ed.), *Personality Research*. New Jersey: Englewood Cliffs, s. 142–149.
- Rogers, C.R., Dymond, R.F. (1954). *Psychotherapy and Personality Change*. Chicago: University of Chicago Press.

- Skotnicki, A.B., Nowak, W.S. (1998). *Podstawy hematologii dla studentów i lekarzy*. Kraków: Medycyna Praktyczna.
- Spielberger, Ch.D. (1972). *Anxiety as an Emotional State*. W: tenże (ed.), *Anxiety – Current Trends in Theory and Research*. New York: Academic Press, vol. I, s. 23–49.
- Taylor, S.E. (1983). *Adjustment to Threatening Events: A theory of cognitive adaptation*. „American Psychologist”, 38 (11), s. 1161–1173.
- Witt, M., Szczepański, T., Dawidowska, M. (red.) (2009). *Hematologia molekularna*. Poznań: Ośrodek Wydawnictw Naukowych.
- Wrona-Polańska, H. (1984). *Zmiany obrazu samego siebie u pacjentów z chorobą białaczkową*. „Zeszyty Naukowe UJ. Prace Psychologiczne”, 1, s. 137–161.
- Wrona-Polańska, H. (1985). *Poziom lęku a czas trwania choroby u chorych na białaczkę*. „Polski Tygodnik Lekarski”, 40, s. 1304–1307.
- Wrona-Polańska, H. (1989). *Sposoby obrony przed lękiem a obraz samego siebie u chorych na białaczkę*. „Polski Tygodnik Lekarski”, 44, s. 446–448.
- Wrona-Polańska, H. (1991). *Self-concept and Adjustment to Illness in Leukemia Patients*. „Polish Psychological Bulletin”, 22/3, s. 169–178.
- Wrona-Polańska, H. (2003). *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*. Kraków: Wyd. Naukowe AP.
- Wrona-Polańska, H. (2011). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie*. Kraków: Wyd. UJ.
- Wrona-Polańska, H. (2016). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie*. Wyd. 2 rozszerz. Kraków: Wyd. UJ.
- Wulliemier, F. (1978). *Psychiczna opieka nad chorymi na raka*. „Hexagon Roche”, 3, s. 15–20.

Health as a Marker of Coping process with Leukemia and Transplantation. From the perspective of 40 years of psychological research on the health of patients with blood cancer

The article presents the dependencies between the levels of health of people with leukemia treated with the bone marrow transplant method (BMT) and the ways they deal with stress. The theoretical basis for the research included the author Functional Health Model (Funkcjonalny Model Zdrowia – FMZ) by Helena Wrona-Polańska – constructed theoretically on a basis of own research conducted among people with leukemia, and verified empirically in the research of healthy people. Health in the FMZ is a function of creative stress management. The research of people with leukemia treated with the bone marrow transplant method at the Hematology Clinic of the Jagiellonian University Collegium Medicum, have proven statistically important dependencies between the sense of health and the styles and strategies of stress management. The return to health is favoured by strategies of distracting from the illness and taking health-based activities, strongly strengthened by the task-oriented style and avoidance-oriented style with the search for support type. The health hazard can be located in the strategy of concentrating on the negative emotions, strongly supported by the emotional style. The Functional Health Model of the sick people can be a basis for constructing a programme promoting regaining their subjective health and good life quality.

Keywords: leukemia, bone marrow transplant, health, stress, resources

JANUSZ MASTALSKI
Uniwersytet Jana Pawła II w Krakowie

Duchowe aspekty zdrowia w kontekście cywilizacyjnych wyzwań i zagrożeń

Wprowadzenie

Nie ma wątpliwości, iż XXI wiek staje się czasem, w którym ludzkość w niebywały sposób przyspieszyła w wielu obszarach życia. Cywilizacja, która uległa globalizacji, technicyzacji i cyfryzacji, sprawia, że współczesny człowiek nie nadąża za tempem rozwoju i wymaganiami stawianymi przez współczesność. Miał rację Czesław Banach, który pisał:

Kondycję człowieka i ludzkości u progu XXI wieku cechują: szybki proces przenikania różnych informacji oraz powstawanie zjawiska niepewności i chaosu aksjologicznego; poszerzanie się zakresu nieufności i strachu przed różnymi przejawami oraz wyzwaniami życia; trudności w adaptowaniu się do nowych wyzwań globalizacji i transformacji; różne rozumienie treści i sposobów realizacji praw i obowiązków; poszerzanie się krytyki i negacji różnych zjawisk, trendów i porządków społecznych, moralnych i ekonomicznych (Banach, 2002, s. 13).

Współczesna cywilizacja, choć fascynująca, przynosi jednak ze sobą także degradację człowieka, który staje się trybikiem w wielkiej maszynie mającej na imię *postęp*.

Tempo życia i codzienne wyzwania osłabiają kondycję psychofizyczną, ale i duchową osoby ludzkiej. W wielu przypadkach są źródłem dylematów moralnych. Nie można zapominać także o tym, iż „techniczno-naukowy postęp i duchowy rozwój człowieka rozminęły się. [...] Człowiek zajął się prawie wyłącznie swoim materialnym postępem. Teraz staje się ofiarą własnej twórczości, [...] zostaje sam programowany, manipulowany i degradowany” (Bosmans, 1997, s. 17).

W tym kontekście warto pochylić się nad kondycją współczesnego człowieka. Istnieje ogromna potrzeba promocji zdrowia, w którym istotnym komponentem jest sfera duchowa. Zanim jednak zostaną omówione duchowe wymiary zdrowia, należy uściślić pojęcia, takie jak: zdrowie, duchowość czy wyzwania cywilizacyjne. Trzeba także wskazać na podstawowe wyzwania – zagrożenia, które niesie XXI wiek. Owe zagrożenia w szczególności sposób wskazują na potrzebę doceniania elementów duchowych w promowaniu zdrowia. Antropologiczne przesłanki wskazują, że człowiek musi rozwijać się integralnie, aby zachować swoistą równowagę fizyczną, psychiczną, duchową i społeczną.

Uściślenie pojęć

Na początku warto dokonać uściślenia pojęcia zdrowia, które przecież we wspólnym rozumieniu nie jest tylko brakiem choroby. W 1948 roku w konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia zaproponowano oficjalną definicję zdrowia, nieograniczającą się tylko do braku choroby, lecz wskazującą na dobrostan społeczny, psychiczny i biologiczny (Heszen, Sęk, 2007, s. 48).

W obecnych czasach powyższa definicja jest krytykowana, gdyż „zero-jedynkowa koncepcja zdrowia i choroby nie uwzględnia wielu punktów pośrednich pomiędzy chorobą a zdrowiem. Istnieje duża różnica między osobą, która nie jest chora, ale należy do grupy wysokiego ryzyka, a kimś, kto cieszy się pełnią zdrowia” (Sheridan, Radmacher, 1998, s. 10).

Józef Koziński przed laty pisał, że „jednostka może osiągnąć stan dobrobytu i dobrostanu jedynie wówczas, gdy zostanie utrzymana równowaga między potrzebami witalnymi i duchowymi, między *mieć* i *być*. Tymczasem obserwuję powstanie pewnej dewiacji, polegającej na przyjęciu zasad krańcowych konsumizmu i indywidualistycznego hedonizmu. Zawierają wartości, którymi moglibyśmy szczerzyć się w epoce zależności. Zmniejsza się znaczenie kultury, sztuki, nauki, potrzeb duchowych i transcendentnych” (1995, s. 249).

Interdyscyplinarne i holistyczne postrzeganie problematyki zdrowia zaowocowało powstaniem wielu definicji tego pojęcia o rozszerzonym polu analizy. Większość prób zdefiniowania pojęcia zdrowia ogniskuje się wokół trzech obszarów. Zdrowie postrzegane jest jako wartość, dzięki której osoba ludzka może realizować swoje potrzeby. Ponadto zdrowie ujmowane jest w kontekście zasobu umożliwiającego rozwój jednostki. Wreszcie jest ono środkiem dla osiągnięcia i utrzymywania wysokiej jakości życia.

WHO wskazała pod koniec 1970 roku 12 czynników warunkujących zdrowie. Są to:

- pełne korzystanie z praw i swobód obywatelskich,
- możliwość zatrudnienia i praca w odpowiednich warunkach,
- dobre warunki mieszkaniowe,
- utrzymanie kondycji psychofizycznej stosownej do płci i wieku,
- uzyskanie odpowiedniego wykształcenia,
- odpowiednie zaopatrzenie w żywność,
- odpowiedni stan odżywiania,
- poczucie bezpieczeństwa,
- możliwość gromadzenia oszczędności,
- komunikacja i łączność z innymi ludźmi,
- możliwość wypoczynku, regeneracji sił i rozrywki,
- dostępność odpowiedniej odzieży (Karski, 2000, s. 20).

Mówiąc o zdrowiu, nie można zapomnieć o regulacyjnej roli zasobów podmiotowych, o której pisała w licznych publikacjach Helena Wrona-Polańska.

Zasoby to nic innego jak „podmiotowe i środowiskowe cechy i możliwości, które w interakcji stresowej i zdrowotnej pełnią pozytywną funkcję obronną” (Wrona-Polańska, 2012, s. 16). Ta wybitna psycholog zdrowia dzięki wnikliwym badaniom i poszukiwaniom teoretycznym nabrała przekonania, że „kluczowymi zasobami sprzyjającymi zdrowiu i jego utrzymaniu są zasoby osobowe poznawcze określane jako osobowość prozdrowotna, na którą składają się: poczucie koherencji, poczucie kontroli i samoocena. Zasoby te wpływają na zdrowie w sposób bezpośredni i pośredni poprzez wzmacnianie skutecznego radzenia sobie ze stresem. Podobnie zasoby podmiotowe behawioralne sprzyjają zdrowiu poprzez ścieżkę kompetencyjną, a więc skuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem” (Wrona-Polańska, 2012, s. 14–15). W model zdrowia zaproponowany przez prof. Wronę-Polańską znakomicie wpisuje się także duchowość człowieka, którą teraz warto doprecyzować.

Wojciech Misztal pisze:

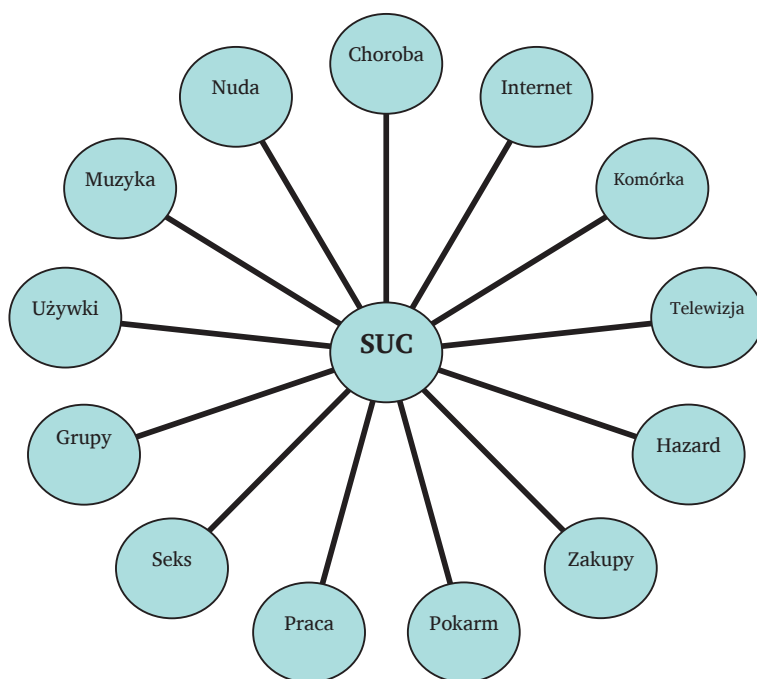
[...] „duchowość to wystarczająco uświadomione związki z Bogiem”. Definicja ta domaga się komentarza. Jeśli są to związki z Bogiem, to mamy do czynienia z rzeczywistością, która w rozumieniu chrześcijańskim nieskończenie przerasta człowieka. W proponowanej definicji nie zostało powiedziane, iż chodzi o związki człowieka z Bogiem, bo z chrześcijańskiego punktu widzenia trzeba uwzględnić także inne istoty. Należy tu wymienić przewyższające człowieka istoty duchowe. Ważne jest pytanie, czy listę należy rozszerzyć; ku odpowiedzi twierdzącej prowadzi m.in. tak fundamentalny tekst, jak List do Rzymian św. Pawła Apostoła (zob. Rz 8,18–23). Istotne jest, iż związki z Bogiem mogą układać się różnie, np. niewłaściwie. Może nawet dojść do konfliktu z Bogiem: wina jest tu zawsze po stronie istoty stworzonej. O ile Bóg na złym stanie wskazanych związków nie traci – a przecież bardzo stara się je ulepszać, zależy Mu bardzo na nich – o tyle zły stan życia duchowego (duchowości) jednoznacznie i poważnie szkodzi istocie stworzonej. Widać, iż o duchowość trzeba dbać, promować ją, leczyć, starać się o jej rozwój, bo interesujące nas teraz związki mogą i powinny być coraz głębsze (Misztal, 2012, s. 277).

Nie ma wątpliwości, iż duchowość ma duże znaczenie dla zdrowia i prawidłowego rozwoju psychicznego. Podstawowe dążenie do sensu jest wyrazem duchowości człowieka. Viktor Frankl pisał, że „tym, o co człowiekowi chodzi ostatecznie, jest istnienie duchowe. Człowiek nie chce istnieć za wszelką cenę, ale to, czego naprawdę chce, to żyć z sensem. Dla egzystencji miarodajne i decydujące nie jest jej trwanie, ale pełnia jej sensu” (Frankl, 1984, s. 82).

Warto też podkreślić, że „rozwój pojęcia *duchowość* na terenie psychologii rozpoczął się na dobre w latach 80. XX wieku. Początkowo było ono słabo rozróżniane od pojęcia religijności. Jego rozwój zrodził się w dużej mierze jako opozycja w stosunku do pojęcia religijności rozumianej tradycyjnie, to znaczy w dużej mierze zinstytucjonalizowanej. Wielu autorów zwraca uwagę, że nowe pojęcie wyrosło z akcentowania indywidualnych, osobistych form religijności oraz osobistych doświadczeń *sacrum*, zaś same tendencje indywidualistyczne miały swoje źródło w poszerzającej się perspektywie pluralizmu kulturowego” (Jarosz, 2010, s. 13).

Na koniec warto doprecyzować pojęcie *wyzwania cywilizacyjne*. Należy przez nie rozumieć nie tylko wszelkie przeciwności, ale i szanse wynikające z rozwoju cywilizacyjnego społeczeństwa, a także poszczególnego człowieka. Wyzwania cywilizacyjne są niejako drogą, po której porusza się człowiek ze swoimi nadziejami i obawami.

Z wyzwaniami cywilizacyjnymi związane są nieodłącznie tzw. zniewolenia cywilizacyjne. W kontekście uzależnień cywilizacyjnych można mówić o tych znanych od wielu lat, a nawet wieków (alkoholizm, narkomania, nikotynizm) oraz o *new addictions*, czyli uzależnieniach, w których substancje chemiczne nie odgrywają żadnej roli (Guerreschi, 2006, s. 23–24). Są to więc uzależnienia, których przyczyny nie są związane z używkami.



Ryc. 1. Model cywilizacyjnych uzależnień

Źródło: Mastalski, 2007, s. 376

Łącząc obie typologie, można przedstawić model uzależnień cywilizacyjnych, który składa się na „syndrom uzależnienia cywilizacyjnego” (Mastalski, 2007, s. 375–376). Jest on związany z 13 obszarami aktywności ludzkiej, które zostają „zaatakowane” przez nieumiejętne korzystanie ze zdobyczy cywilizacyjnych. W konsekwencji powstaje specyficzny zespół zagrożeń, które nie tylko współwystępują, ale w sposób długofalowy atakują zdrowie ludzkie. Wszystkie poniżej wymienione zagrożenia cywilizacyjne mają wpływ na poczucie samotności współczesnego

człowieka. Zarówno różnego rodzaju zaburzenia psychiczne, które są m.in. konsekwencją przemian cywilizacyjnych, uzależnienia komunikacyjne, jak i propozycje odnalezienia siebie (subkultury, używki, muzyka), a także sensu w życiu (seks, działania destrukcyjne, „zabijanie nudy”), nie przynoszą odpowiedzi na pytanie, jak żyć, by stać się jeszcze bardziej człowiekiem (Mastalski, 2007, s. 374 i nast.). Model cywilizacyjnych uzależnień, który wymaga badań zarówno psychologów, pedagogów, socjologów, jak i lekarzy, przedstawia ryc. 1.

Po uściśleniu pojęć można wskazać na konkretne wyzwania cywilizacyjne, które mają ścisły związek ze zdrowiem.

Współczesne wyzwania cywilizacyjne

Współczesne nauki o wychowaniu muszą dostrzegać, że „mimo wszystko to kruche życie między narodzinami i śmiercią może stać się spełnieniem pod warunkiem, że będzie dialogiem” (Buber, 1968, s. 451). Człowiek:

[...] zdaje się być stale zagrożony przez to, co jest jego własnym wytworem, co jest wynikiem pracy jego rąk, a zarazem – i bardziej jeszcze – pracy jego umysłu, dążeń jego woli. Owoce tej wielorakiej działalności człowieka zbyt rychło, i w sposób najczęściej nieprzewidywany, nie tylko i nie tyle podlegają *alienacji* w tym sensie, że zostają odebrane temu, kto je wytworzył, ile – przynajmniej częściowo, w jakimś pochodnym i pośrednim zakresie skutków – skierowują się przeciw człowiekowi. Zostają przeciw niemu skierowane lub mogą zostać skierowane przeciw niemu. Na tym zdaje się polegać główny rozdział dramatu współczesnej ludzkiej egzystencji w jej najszerszym i najpowszechniejszym wymiarze. Człowiek coraz bardziej bytuje w lęku. Żyje w lęku, że jego wytwory – rzecz jasna, nie wszystkie i nie większość, ale niektóre, i to właśnie te, które zawierają w sobie szczególną miarę ludzkiej pomysłowości i przedsiębiorczości – mogą zostać obrócone w sposób radykalny przeciwko człowiekowi. Mogą stać się środkami i narzędziami jakiegoś wręcz niewyobrażalnego samozniszczenia, wobec którego wszystkie znane nam z dziejów kataklizmy i katastrofy zdają się blednąć (Jan Paweł II, 1979, s. 16).

Oto owe cywilizacyjne zagrożenia.

Mediatyzacja życia

Nie ma żadnych wątpliwości, iż współczesny człowiek jest coraz bardziej zniewolony „ekranem”, zarówno telewizyjnym, komputerowym, jak i komórkowym. Coraz częściej własne poglądy są zastępowane medialnymi opiniami, które kształtują późniejsze postawy i wybory. Mediatyzacja nie sprzyja pogłębionej modlitwie. Okazuje się, że telewizja i internet „nie stanowią już lustra, w którym odzwierciedlane jest społeczeństwo; jest odwrotnie, to życie społeczne staje się imitacją ekranu” (Melosik, 2003, s. 45). Niepokojącym źródłem dysfunkcji rodzinnych jest syndrom braku odporności na informacje. Współczesne „medialne pokole-

nie” (do którego należą także dorośli) narażone jest na tego typu syndrom, czyli specyficzną formę kulturowego AIDS (*Anti-Information Deficiency Syndrome*; por. Postman, 1993, s. 63). Istnieje więc coraz większa krytyka owego „informacyjnego boomu” charakterystycznego dla naszych czasów, zwłaszcza technik związanych z telewizją i komputerami (Mastalski, 2009, s. 282).

Nie ma wątpliwości, iż „wpływ telewizyjnych komunikatów perswazyjnych na odbiorcę mnoży się, nakłada i zachodzi na wielu płaszczyznach. Sposób odbioru mediów i widzenia świata przez odbiorcę zmienia się [...] na skutek oglądania zmodyfikowanych wpływami videoklipu i reklamy wytworów kultury masowej i elitarnej. Powstaje coś w rodzaju zamkniętego kręgu wpływów” (Lisowska-Magdziarz, 2000, s. 60). Mediatyzacja życia społecznego, w tym rodzinnego, staje się źródłem porażek aksjologicznych. Na kształtowanie postaw domowników, na ich dojrzewanie osobowościowy większy wpływ mają media niż rodzina. To powoduje sezonowość prawd i rozwiązań problemów. W konsekwencji powstaje ryzyko kierowania się w życiu etyką sytuacyjną, w której nie obowiązują właściwie żadne zasady (Mastalski, 2013, s. 106).

Trudno nie zgodzić się z poglądem, iż „dzisiaj dzieci i młodzież są rzucani na pastwę ogromnej ilości scen antywychowawczych i propagandy w środkach masowego przekazu, zwłaszcza w telewizji i internecie, scen gwałtu, przemocy, scen propagujących łatwe sukcesy, banalizujących problemy życia płciowego, podniecających negatywne skłonności, budzących lęk itd. Jest rzeczą niemożliwą, by te sceny, przed którymi trudno uchronić dzieci i młodzież, nie pozostawiały śladów w młodym człowieku, nie osłabiały jego psychiki, nie prowadziły do zniewolenia go przez różnego rodzaju wady, słabości czy nałogi” (Grocholewski, 1999). Stąd też istnieje ogromna potrzeba promocji prozdrowotnego trybu życia, gdyż mediatyzacja życia niejako zabija ludzką psychikę.

Psychobójstwo

Tempo życia oraz wielość bodźców docierających do człowieka sprawiają, że psychika ludzka staje się coraz „słabsza”, a zmaganie się ze stresem i dysfunkcjami coraz częściej skazane jest na porażkę. Życie w dobie psychobójstwa staje się ogromnie niebezpieczne, ponieważ człowiek (szczególnie młody) zbyt często natrafia na „używkę” i erzace prawdziwych wartości. Z tymi wszystkimi zagrożeniami muszą się zmierzyć współczesna szkoła, rodzina, Kościół oraz pedagogika, od której niejednokrotnie wymaga się przedstawienia gotowych wzorców postępowania w procesie kształtowania dojrzałej osobowości.

Psychobójstwo w XXI wieku jest zjawiskiem coraz bardziej powszechnym i łączy się z postępującym duchobójstwem. Zarówno dzieci, młodzież, jak i dorośli odkrywają swoistą pustkę wynikającą z braku refleksyjności, zatrzymania się oraz wyparcia ciszy z życia. Wszechobecny hałas, spotęgowany stresogennym stylem życia, sprawia, że zarówno sfera duchowa, jak i psychiczna zostają w poważny sposób osłabione.

Współczesna cywilizacja jest naznaczona obciążeniami zdobyczy technicznych, w których gadzety zostały upodmiotowione. Następuje coraz większa industrializacja ducha, który staje się przesiąknięty medialnym szumem, a wartości są zepchnięte na margines. Trzeba zauważyć, że obok niewątpliwych osiągnięć globalizacji następuje era naznaczona nieokreślonością, względnością i chaosem aksjologicznym. Człowiek staje się trybikiem w wielkiej maszynie globalnych przestrzeni. Człowieczeństwo, a w nim podmiotowość, oddaje miejsce konsumpcji, w której osoba zostaje sprowadzona do ubezwłasnowolnionego konsumenta poddanego manipulacji. Tworzy się nowe pokolenie, w którym psychobójstwo jawi się jako determinanta globalnych rozwiązań (Mastalski, 2011, s. 159).

Podobnie rzecz ma się z duchobójstwem, które jawi się jako alternatywa dla religijności człowieka. Duchobójstwo to systematyczna degradacja wszystkiego tego, co w człowieku transcendentne. W konsekwencji pojawia się problem z sensem życia i odpowiedzią na podstawowe pytania dotyczące ludzkiej egzystencji. Marginalizacja duchowości przy jednoczesnym osłabieniu psychiki niosą za sobą nieokreśloną perspektywę oraz brak pomysłu na przyszłość. Taki człowiek jest narażony na manipulacje, które stanowią nieodłączny element globalnego, konsumpcyjnego krajobrazu cywilizacji XXI wieku.

Manipulacje

Współczesny człowiek ulega permanentnej manipulacji mającej na celu jego ubezwłasnowolnienie. Manipulacja to specyficzny rodzaj wywierania wpływu na drugiego człowieka. Jest to „świadome, zamierzone ukrywanie rzeczywistych celów działań, świadome maskowanie faktu oddziaływania intencjonalnego na poszczególnych ludzi lub grupy” (Grzywa, 1997, s. 11). Trzeba pamiętać, że manipulacja umożliwia pominięcie lub modyfikowanie ludzkiej świadomości. Okazuje się, że komunikat słowny, poparty sygnałem niewerbalnym, stanowi podłoże bodźców podświadomych. Jest to więc kłamstwo, a także fałszowanie odbioru i postrzegania siebie oraz świata (Jankowiak, Krupiński, 2012, s. 100).

Manipulacja dotyczy właściwie wszystkich aspektów życia społecznego i osobistego. Co więcej, wiele osób – mając świadomość tego zjawiska – w większym lub mniejszym stopniu przyzwala na jej istnienie we własnym życiu. Rodzajów manipulacji jest tak wiele, że współczesny człowiek coraz częściej rezygnuje z tropienia zabiegów manipulacyjnych. W tym miejscu warto przytoczyć słowa Papieskiej Rady ds. Środków Społecznego Przekazu:

W obecnym stanie rzeczy zdarza się, że środki przekazu zaostrzają zjawiska jednostkowe i społeczne, stanowiące przeszkodę dla solidarności i integralnego rozwoju człowieka. Do zjawisk tych należą w szczególności: sekularyzm, konsumpcjonizm, materializm, dehumanizacja oraz brak zainteresowania tragicznym losem ubogich i opuszczonych. W tej sytuacji Kościół, uznając, że uprzywilejowaną drogą prowadzącą do tworzenia i przekazywania kultury są środki społecznego przekazu, uważa za swój obowiązek stwarzanie możliwości formacji zarówno osób pracujących zawodowo w środkach przekazu,

jak i publiczności korzystającej z ich usług, tak by wszyscy umieli je wykorzystywać ze zmysłem krytycznym, ożywianym umiłowaniem prawdy; uważa też, że powinien bronić wolności i godności osoby, a także popierać autentyczną kulturę poszczególnych narodów, zdecydowanie i z odwagą przeciwstawiając się wszelkim formom monopolizacji i manipulowania (1992, s. 13).

Jak widać, Kościół od lat dostrzega niepokojący trend polegający na manipulowaniu medialnym i przeciwstawia się wszelkiemu upokorzeniu człowieka, który, manipulowany, traci godność. Prowadzi to prostą drogą do coraz większego rozchwiania w świecie wartości, co niewątpliwie nie sprzyja zdrowiu zarówno fizycznemu, jak i psychoduchowemu.

Chaos aksjologiczny

Jan Paweł II przed laty przestrzegał, że „zagrożeniem współczesnego człowieka jest klimat relatywizmu. Zagrożeniem jest rozchwianie zasad i prawd, na których buduje się godność i rozwój człowieka. Zagrożeniem jest sączenie opinii i poglądów, które temu rozchwianiu służą” (Jan Paweł II, 1987, s. 112). Chaos aksjologiczny dotyka współczesnego człowieka przynajmniej w kilku wymiarach. Warto je teraz przypomnieć w kontekście zdrowia.

– Chaos w przestrzeni prawdy. Współczesny człowiek czuje się coraz bardziej zagubiony w rozpoznawaniu fałszu i prawdy. W wielu przypadkach to, co do niedawno jawiło się jako kłamstwo, uznawane jest za wiarygodne.

– Chaos w przestrzeni wolności. Wolność w tym ujęciu przejawia się między innymi w nieskrępowaniu, indywidualizacji czy dobrowolności; wyzwolenie oznacza oswobodzenie, uwolnienie, ale także usamodzielnienie, emancypację, równouprawnienie, uniezależnienie; niezależność, inaczej: niezawisłość, suwerenność, samostanowienie, autonomia, niepodległość lub samowystarczalność (de Tchorzewski (red.), 1999, s. 7).

– Chaos w przestrzeni dokonywanych wyborów. Współczesny człowiek ma coraz większe problemy z podejmowaniem wiążących decyzji, którym będzie wierny. Labilność emocjonalna połączona z tymczasowością lansowanych poglądów i mód tworzy klimat relatywizmu i zmienności.

– Chaos w przestrzeni uznawanych autorytetów. Zygmunt Bauman pisze: „[...] od autorytetów-przywódców przeszliśmy do autorytetów-przykładów. Różnica między nimi jest taka, że te pierwsze wskazują drogę, jaką warto kroczyć, a te drugie pokazują, jak się poruszać” (2000, s. 8). Autorytet został zastąpiony idolem, a więc stał się tymczasowy.

– Chaos w przestrzeni rodzinnych relacji. Chaos aksjologiczny, który wkrada się w funkcjonowanie wspólnot rodzinnych, sprawia, że wartości zaczynają być spychane na margines życia społecznego, a codzienne wybory zdają się coraz bardziej niewiadome i nieprzewidywalne. Dzieje się tak dlatego, że rodzina przeżywa coraz więcej porażek aksjologicznych, mających wpływ na jej kondycję.

– Chaos w przestrzeni wychowawczej. Współczesna rodzina stopniowo staje się dysfunkcyjna, a proces wychowawczy coraz bardziej ulega erozji. Także współczesna szkoła przestaje być efektywnym środowiskiem wychowawczym. Na miejsce klasycznych środowisk wychowawczych wdzierają się media. Mamy więc do czynienia z wychowaniem medialnym.

– Chaos aksjologiczny pogłębiany jest przez tzw. renesans ideologii pogańskiej, który wiąże się „z kultem subiektywizmu, z zawężoną i zaburzoną hierarchią wartości (tolerancja i demokracja postawiona ponad miłością i prawdą), z promowaniem doraźnej przyjemności jako głównego kryterium działania. Człowiek ponowoczesny przypisuje sobie boskie atrybuty: pełną świadomość, zupełną nieomyślność, nieograniczoną wolność, całkowitą samowystarczalność. Zamiast odróżniać dobro od zła, człowiek postmodernistyczny miesza dobro ze złem i toleruje to drugie. Popada w coraz poważniejsze konflikty, cierpienia i coraz bardziej nie radzi sobie z własnym życiem” (Dziewiecki, 2004, s. 7). W konsekwencji pogrąża się w samotności.

Monoseogizacja życia w rodzinie

Dekonstrukcja środowiska rodzinnego sprawia, że współczesny małżonek, rodzic, syn czy córka, a także dziadkowie, odczuwają coraz większe osamotnienie. Oddalają się od siebie. Warto przypomnieć, że „dobra rodzina dostarcza solidnej podstawy, dzięki której człowiek może doświadczać potencjału poznania, miłości, odczuwania, decydowania i wyobraźni. Podstawa ta musi być dostosowana do etapu rozwoju. Oznacza to, że człowiek potrzebuje wolności w doświadczaniu swoich potencjałów umożliwiających zaspokojenie własnych potrzeb, w sposób adekwatny do etapu rozwoju, na jakim się znajduje” (Bradshaw, 1994, s. 63).

Niestety, narastający kryzys rodziny sprawia, że domownicy coraz częściej emigrują wewnętrznie, co skutkuje uciekaniem od głębszych i trwalszych interakcji. Jest to więc postawa wycofania się z codziennego życia rodzinnego. Człowiek samotny staje się toksyczny zarówno dla siebie, jak i dla otoczenia. Oczywiście nie służy to zdrowiu ani fizycznemu, ani psychoduchowemu.

Współczesna rodzina ponosi konsekwencje powszechnej afirmacji indywidualizmu, laksyzmu i konsumpcjonizmu. Samotny człowiek przestaje być twórczy. Nie wnosi do rodziny tak potrzebnej postawy kreatywności (choćby we wspólnym przeżywaniu czasu wolnego). Samotność może prowadzić do autodestrukcji, a nawet do prób samobójczych. Trzeba bowiem pamiętać, że samotność to „sytuacja człowieka pozbawionego chwilowo, doraźnie lub trwale możliwości korzystania z międzyosobowych więzi z innymi ludźmi” (Osińska, 2002, s. 17). A te z kolei w wielu wymiarach nadają sens ludzkiej egzystencji.

Jak więc widać, samotność staje się jednym z najpoważniejszych problemów zglobalizowanego świata, wyraża ona bowiem właściwie jakiś stan niespełnienia człowieka. Jest on ciągle rozdarty pomiędzy intymnością a społecznością bez zahamowań. Musi ciągle odnajdywać swoją tożsamość w bezkształtnym, wirtualnym

świecie mirażu. Tymczasowość i bezmienność kusi, by zmieniać swój image, kreując postawy fałszywe i odczłowieczone. Samotność wdziera się więc do domów, szkół i zakładów pracy. Staje się bodźcem do zachowań niepodmiotowych, wynikających z rozpaczliwego wołania o bliskość i poczucie bezpieczeństwa (Mastalski, 2007, s. 7). W takiej sytuacji człowiek dokonuje wielu działań nieekologicznych, które dodatkowo wpływają na kondycję fizyczną i psychoduchową człowieka.

Paradoks ekologiczny

Dzięki globalizacji ekologicznej wzrasta świadomość zagrożeń dla zdrowia człowieka i otaczającego go środowiska. Stąd też pojawia się coraz częściej myślenie proekologiczne, a jednocześnie rozwój postaw prozdrowotnych, co może przyczynić się do likwidacji obecnie istniejących trendów (brak aktywności ruchowej, toksyczna dieta, niechęć do ciszy itp.). Coraz częściej jednak można zauważyć tzw. paradoks ekologiczny, w którym nastawienie na proekologiczne postawy miesza się z toksycznym stylem życia. A oto kilka wymiarów owego paradoksu, który widać w codziennych wyborach statystycznego człowieka:

- propagowanie sportu masowego przy jednoczesnym cichym przyzwoleniu na spędzanie wielu godzin przed komputerem;
- walka z paleniem papierosów w miejscach publicznych przy jednoczesnym przyzwoleniu na palenie w domu;
- popieranie kampanii antyalkoholowych przy jednoczesnym organizowaniu domowych imprez suto zakrapianych alkoholem;
- afirmacja tzw. zdrowego żywienia przy jednoczesnym preferowaniu wysokokalorycznej diety w codziennej rodzinnej konsumpcji;
- zachwyty uprawianiem sportu przy jednoczesnym biernym spędzaniu wolnego czasu;
- świadomość potrzeby stałej troski o zdrowie przy jednoczesnym zaniedbywaniu okresowych badań;
- popieranie wszelkich akcji ekologicznych przy jednoczesnym braku troski o lokalne środowisko;
- rozumienie potrzeby zmiany swojego toksycznego stylu życia przy jednoczesnym pielęgnowaniu nieprozdrowotnych nawyków.

Nie ma więc wątpliwości, iż funkcjonujący paradoks ekologiczny nie sprzyja zdrowiu człowieka, który ciągle jest uwikłany w system własnych przyzwyczajęń będących antytezą postaw prozdrowotnych.

„Naskórkowa” religijność

Mówiąc o niepokojących zjawiskach współczesnej cywilizacji w kontekście duchowych zasobów człowieka, nie można pominąć specyficznej religijności, która zaczyna wkradać się do wielu chrześcijańskich domów. Jest to religijność naskórkowa, która ma bardzo wyraziste cechy.

Pierwszą z nich jest selektywność. Jest to religijność, w której wybiórczość w przyjmowaniu zasad moralnych jest podstawą w dokonywaniu codziennych wyborów. Owa selektywność niesie ze sobą brak spójności hierarchii wartości. Prowadzi to do preferowania etyki sytuacyjnej.

Drugą cechą omawianej religijności jest impresyjność. Człowiek jest nastawiony na przeżycie, a więc kontakt z Bogiem staje się uzależniony od emocji, nastrojów i stanów psychicznych. Nie ma więc integralnego podejścia do praktyk religijnych. Powoduje to nieregularność spotkań w kościele i na modlitwie.

Trzecią cechą tej religijności jest indywidualizm, w którym ucieka się od świadectwa. Odkrycie, iż w wielu środowiskach temat religii i wiary jest niemodny czy wręcz niepożądany, powoduje ukrywanie się ze swoją religijnością.

Kolejnym przymiotem religijności naskórkowej jest powierzchowność. Okazuje się, że za tzw. chodzeniem do kościoła nie kryje się żadna przemiana w życiu. Religijność kończy się na obrzędowości, która nie wymaga od człowieka weryfikacji własnego postępowania.

Omawiany rodzaj religijności jest także podatny na kryzysy i sezonowe mody. Wiara jest tak słaba i chwiejna, że nie stanowi obrony przed przeżywanymi trudnymi chwilami, jest niejako uzależniona od sytuacji, w jakiej znajduje się dany człowiek.

W religijności naskórkowej wiara jawi się także jako niewygodne obciążenie. Stawiane wymagania ograniczają i zawężają przestrzeń dowolności. Człowiek szuka pretekstu, aby stać się mniej religijnym.

Jest to także religijność sprywatyzowana. Wierzący kieruje się zasadą: Bóg – tak, Kościół – nie. Odinstytucjonalizowanie religijności powoduje zerwanie więzi parafialnych oraz osłabienie poczucia wspólnoty ludzi wierzących.

Jak widać, wielość i rozmiar różnego rodzaju toksycznych zjawisk generowanych przez postnowoczesną cywilizację jest ogromny. Ma rację Zygmunt Bauman, kiedy pisze:

[...] ciało ponowoczesne jest przede wszystkim odbiorcą wrażeń. Spożywa ono i trawi przeżycia. Korzystając z przyrodzonej zdolności reagowania na podniety, jest narzędziem przyjemności. Poprawne spełnianie tych funkcji określa się mianem sprawności (fitness). [...] Utrzymywać ciało w stanie tak rozumianej sprawności to odczuwać podniecenie na widok podniet i radości z ich konsumpcji (Bauman, 1995, s. 90–91).

Niewątpliwie takie postawy nie służą prozdrowotnemu stylowi życia. Co więcej, powodują marginalizowanie sfery duchowej człowieka. Trzeba więc w imię swoistej detoksykacji stale afirmować niezwykle istotne komponenty duchowe ludzkiego zdrowia.

Duchowe elementy zdrowia

W kontekście powyższych konstatacji warto omówić istotne duchowe elementy zdrowia, które mają szczególne znaczenie w dobie współczesnych zagrożeń cywilizacyjnych. Trzeba bowiem pamiętać, że:

[...] niespodziewanie, ku zaskoczeniu zwolenników tezy o totalnej sekularyzacji we współczesnym świecie, w wielu społeczeństwach ponowoczesnych o daleko idącej sekularyzacji pojawiają się tendencje świadczące o duchowej produktywności współczesnej kultury. Coraz częściej mówi się na gruncie nauk socjologicznych o swoistym renesansie potrzeb religijnych. Ponowoczesny człowiek poszukuje różnych form zaspokojenia swoich potrzeb religijnych, tyle że nie zawsze w zinstytucjonalizowanych religiach i Kościołach, lecz bardziej w sferze odkościelnionej i sprywatyzowanej religijności, będącej nierzadko kompilacją (zlepkiem) elementów z różnych systemów religijnych i filozoficznych (Mariański, 2003, s. 120).

W tym kontekście warto przypomnieć podstawowe duchowe elementy zdrowia. Są nimi między innymi: skryształizowany sens życia, spójny system wartości, wiara, regularne spotkanie z *sacrum* (modlitwa) oraz duchowe podejście do drugiego człowieka.

Skryształizowany sens życia

Pytanie o sens życia pojawia się szczególnie w chwilach bolesnych i traumatycznych doświadczeń. Wtedy jest to pytanie o perspektywę, o znaczenie tego, co człowieka spotkało. W kontekście zdrowia pogłębiony sens życia staje się jednak duchowym faktorem prozdrowotnego stylu egzystencji. I pewnie trzeba zgodzić się z poglądem, iż „przychodzenie do samego siebie, docieranie do Boga, przyjmowanie postawy pełnej wdzięczności – to byłyby uniwersalne cele, ważne dla wszystkich tych, którzy zadają sobie pytanie, w którą stronę ma zmierzać ich życie. Oprócz tego potrzebujemy również celów indywidualnych, gdyż każdy musi się sam określić, stając się świadomym swojego własnego przeznaczenia i zgodnie z tym kierować się w określonej drodze” (Wolf, 2013, s. 187).

Nie ma więc wątpliwości, iż poczucie sensu życia łączy się ściśle z nadawaniem konkretnych znaczeń, wyznaczaniem celów oraz planowaniem przyszłości przez znajdowanie środków dla własnej samorealizacji. W duchowości chrześcijańskiej owym punktem odniesienia jest Bóg. Trzeba także pamiętać, iż „życie ma sens nie tylko wtedy, kiedy do czegoś dążymy, ale także w czasie braku działania. Poczucie sensu zapewnia kontemplacyjne używanie chwili (podziwianie piękna, radość z osiągnięć własnej twórczej pracy)” (Bocheński, 2009, s. 21).

Duchowe spojrzenie na sens życia integruje działania prowadzące człowieka do samorealizacji i osiągnięcia celów, które są niejako zapisane w człowieku. Taka postawa pociąga za sobą wewnętrzny pokój, daje bowiem poczucie celowych działań przybliżających człowieka do istoty tego, co naprawdę liczy się w życiu.

Skryształizowany, pogłębiony sens życia otwiera osobę ludzką na świat transcendentny, w którym relacja ja–Bóg stanowi podstawę do działania.

Poczucie sensu życia wpływa także istotnie na kondycję psychofizyczną człowieka. Jest poniekąd czynnikiem integrującym, co przyczynia się do powiększania zasobów, a minimalizowania negatywnych skutków posiadanych deficytów. Sens życia pojmowany w kontekście religijnym narzuca określone sposoby postępowania, a także preferowania konkretnych wartości. To z kolei daje poczucie spójności i koherencji oraz wpływa pozytywnie na ludzkie zdrowie. Pomaga w zmaganiu się z przeciwnościami losu, pozwala również intensyfikować działania na rzecz godnego przetrwania trudnych chwil.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że Viktor Frankl twierdził, iż „sens życia jest jakością egzystencjalną, którą człowiek ze swojej natury musi odkrywać. Jest to dla niego potrzeba podstawowa, niejako mu zadana. Z poczuciem zaistnienia sensu życia jest związany wysiłek, poszukiwanie, decyzje, trud, ryzyko i cierpienie. Ich efektem jest odkrycie i doświadczenie poczucia sensu. Sens określa dążenie do celów i wartości, ale także poczucie akceptacji własnego życia” (Głaz, Sroczyńska, 2009, s. 136).

Spójny system wartości

Trudno nie zgodzić się ze stwierdzeniem, iż „wartości istnieją w doświadczeniu każdego człowieka i decydują o jakości życia. Wpływają na kształtowanie zintegrowanej osobowości i samookreślenie. Są podstawowym kryterium rozwoju duchowego, a więc bycia człowiekiem. Ich egzystencjalny aspekt ułatwia uświadomienie sobie sensu życia, jest sprawczą siłą działań” (Kurczab, 2012, s. 7).

Biorąc pod uwagę kontekst duchowy, należy podkreślić wielką rangę hierarchii wartości. Jest ona ustawiona ze względu na Boga i jego plan wobec człowieka. W tej hierarchii istotne miejsce zajmują wartości duchowe. Można je określić jako „najbardziej podstawowe cele i dobra, które umożliwiają rozwój człowieka w tym, co w jego życiu jest najważniejsze i specyficznie ludzkie. Stąd podstawowe wartości duchowe to: miłość, prawda, odpowiedzialność, wolność” (Dziewiecki, 2001, s. 38).

Warto przypomnieć pogląd Maxa Schelera, który uważał, że im bardziej jakiś akt jest naznaczony wolnością, im bardziej jest zdeterminowany autonomicznie przez osobę, tym mocniej przenika duchowe życie osoby. A więc im bardziej akt woli jest wolny, tym bardziej jest aktem duchowym i osobowym (1963, s. 1276–1278).

Nie ma więc wątpliwości, że spójna hierarchia wartości, która zapewnia rozwój duchowy osoby ludzkiej, niesie ze sobą jednocześnie samorealizację, a w konsekwencji sprzyja zdrowiu ujętemu integralnie. W tej hierarchii „wartości duchowe ukazują ostateczny sens zasad moralnych oraz kryteria ich tworzenia ze względu na naturę człowieka i na ostateczny sens jego życia. Umożliwiają określenie wła-

ściwej hierarchii między różnymi dobrami i celami życiowymi, które człowiek uznaje za wartościowe” (Dziewiecki, 2001, s. 38).

W świecie wartości ważnych dla człowieka jest miejsce na przestrzeń, która jest zarówno w nim, jak i poza nim. Tą przestrzenią jest Bóg. Oczywiście można żyć i funkcjonować bez wiary, lecz jest w człowieku taki obszar, który będzie ciągle domagał się zagospodarowania. Jest nim duchowość, której nie można wypełnić tylko sobą. Coraz częściej pojawia się dyskusja na temat możliwości rozwiązywania ludzkich dylematów i konfliktów wartości. Istnieje potrzeba odwoływania się w takich przypadkach nie tylko do własnego doświadczenia. Potrzebny jest świat wartości, za którym stoi Ktoś. Ten Ktoś daje poczucie bezpieczeństwa i sensu. A trzeba pamiętać, że „normy moralne i wartości duchowe bronią człowieka przed jego własną słabością oraz przed krzywdą doznaną z zewnątrz” (Dziewiecki, 2001, s. 38). Nie ma też wątpliwości, że każde ludzkie życie jest osadzone w wartościach. Polega ono na mniej lub bardziej świadomej realizacji wartości w ramach struktury społecznej i danego typu kultury (Gajda, 1997, s. 16).

Wiara

Jedną z najważniejszych wartości w życiu człowieka jest zdrowie, które często docenia się dopiero wtedy, gdy pojawiają się z nim problemy. Warto przez chwilę pochylić się nad specyficznym rodzajem zdrowia, jakim jest zdrowie duchowe. Często mówimy o zdrowiu fizycznym, psychicznym, a zapominamy o tych najgłębszych pokładach ludzkiego „ja”. Być zdrowym duchowo to przede wszystkim mieć głęboką świadomość *sacrum*, która przenika człowieka i nadaje sens jego życiu w odniesieniu do Boga. Można więc powiedzieć, że rozwijać zdrowie duchowe i dbać o nie to dbać o bycie sobą dla siebie, tak by uszanować godność człowieka i nie zagubić sensu życia. Zdrowie fizyczne i psychiczne jawi się wtedy jako dar Boży, o który trzeba dbać. Każdy powinien i może odkryć w sobie tę przestrzeń, w której ma szansę odnaleźć Kogoś, kto wypełnia wszystkie te obszary, w których wydaje się, że nie ma już nic. Zdrowie duchowe daje poczucie przebywania z Kimś, trzeba więc o ten wymiar zdrowia dbać.

Stąd też niezwykle ważnym aspektem duchowym zdrowia jest wiara. Nie ma wątpliwości, iż „dzięki wierze może dokonać się w nas całkowite przeobrażenie dotychczasowego sposobu widzenia, myślenia, odczuwania, przeżywania. Wiara zmienia naszą mentalność, każe nam stawiać Boga zawsze na pierwszym miejscu, troszczyć się o nastawienie całego życia na Niego, interpretować świat w Bożym świetle. Wtedy wszystkie nasze sądy, oceny, pragnienia i oczekiwania są opromienione światłem wiary” (Dajczer, 1998, s. 20).

Okazuje się, że początek życia duchowego, które ma prozdrowotny charakter, zaczyna się wtedy, gdy człowiek zderzy się z przeciwnościami tego świata, z negatywnymi doświadczeniami. Wtedy okazuje się, że trudno uciec przed cierpieniem, bólem, wyzwaniem i wysiłkiem. Wiara sprawia, że pojawia się zupełnie inna perspektywa. Dzięki wierze można niejako przełamać wszystko, co negatywne,

bolesne i niepokojące. W tym kontekście w szczególny sposób brzmią słowa papieża Franciszka: „Kto nie chce zawierzyć się Bogu, zmuszony jest słuchać głosu bożków wołających do niego: Zdać się na mnie! Wiara jest przeciwieństwem bałwochwalstwa; jest odsuwaniem się od bożków, by powrócić do Boga żywego dzięki osobistemu spotkaniu. Wierzyć to znaczy powierzyć się miłosiernej miłości, która zawsze [...] wspiera i ukierunkowuje egzystencję [...]. Oto paradoks: zwracając się nieustannie do Pana, człowiek znajduje stałą drogę, co uwalnia go od chaotycznych ruchów, do jakich zmuszają go bożki” (2013, s. 18).

Wiara w Boga umożliwia także przepracowanie wielu kwestii natury moralnej. Mówiąc o zdrowiu, trzeba pamiętać o higienie psychicznej. Przechowywanie negatywnych emocji, nieumiejętność „wentylowania” swoich myśli czy uczuć pogarsza zdrowie psychiczne. W konsekwencji pojawia się coraz więcej lęków, frustracji, niechęci, rozczarowań itp. Dodatkowo rodzi się niebezpieczne, długo utrzymujące się poczucie winy. Nie można wtedy zaspokajać pragnienia bycia zdrowym. Trzeba zatem dbać o te przestrzenie, które „koją” naszą psychikę (cisza, muzyka, spotkania z bliskimi itp.).

Jakże ważna w zaspokajaniu omawianego pragnienia jest troska o własną duchowość, a w niej o wiarę. W obecnych czasach próbuje się ową duchowość budować bez Boga, bez odniesienia do ludzkiej religijności. Współczesne tabernakulum to ekran (telewizyjny, komputerowy, komórkowy), modlitwa to esemes lub e-mail, a świątynią staje się hipermarket. Konsumpcja zastępuje duchowość i jednocześnie degraduje człowieka, który staje się coraz bardziej chory duchowo. Aby zatrzymać ten proces, potrzeba refleksji, próby odpowiedzi na pytania o sens życia, o wartości, na których warto budować swoje wybory. W człowieku istnieje tęsknota za czystością, szlachetnością. Rozdźwięk niesie ze sobą poczucie winy. I wtedy trzeba sobie uświadamiać, że:

[...] kiedy ludzie wierzą, że Bóg im wybacza grzechy (nawet jeśli błędnie interpretują grzech) i że ich relacja z Bogiem jest teraz we właściwym stanie, mogą z większą odwagą spojrzeć na własne życie i jego „ciemne” strony. Trwa w nich bowiem nadzieja, że nie zostaną z nimi sami. Tego nie może dać psychoterapia. Prawdziwe uzdrowienie nie polega na tym, że rana, którą w sobie nosimy, zniknie, a wraz z nią nasze problemy. Jest to doświadczenie uzdrawiającej miłości Boga, w którym osoba uświadamia sobie, że jest godna miłości (uzdrowienie obrazu siebie), że jest zdolna do kochania i przebaczenia (uzdrowienie relacji) lub też że może zintegrować jakieś wydarzenie z przeszłości ze swoją teraźniejszością (uzdrowienie wspomnień) (Prusak, 2007, s. 6).

Regularne spotkanie z sacrum (modlitwa)

Modlitwa „należy do fundamentalnych przejawów ludzkiej natury, choć posiada w sobie wymiar boski i to zarówno w sprawności człowieka do modlitewnego dialogu z Bogiem, jak i w samym jego akcie” (Chmielewski, 2002, s. 545). Modlitwa jako spotkanie z *sacrum* ma ważne znaczenie prozdrowotne, gdyż przejawia się ona w formie całkowitego uwolnienia, pogłębienia świadomości na temat dobra i zła czy akceptacji rzeczywistości. Spotkanie z Bogiem w modlitwie owocuje

uświadomieniem sobie sensu cierpienia, a także daje nadzieję na uzdrowienie. W kontakcie z *sacrum* osoba ludzka dotyka własnej słabości i jednocześnie otwiera się na działanie Boga, który uzdrawia. Modlitwa mobilizuje również do troski o zdrowie, które jawi się jako dar Boga, o który trzeba dbać.

W tym miejscu należy jednak zaznaczyć, że doświadczenie duchowe może być niedojrzałe i wtedy trudno mówić o terapeutycznym, prozdrowotnym wpływie modlitwy oraz doświadczeń duchowych. Do form niedojrzałości chrześcijańskiego życia duchowego należy zaliczyć (Sovernigo, 1990, s. 218–232):

– Doświadczenia uczuciowe. U podstaw takiego doświadczenia znajduje się często niestałość uczuciowa, a zarazem wielka potrzeba ciepła, miłości, które są przenoszone także na relację z Bogiem.

– Doświadczenie intelektualne. U osób, które tak doświadczają Boga, jest widoczny dystans uczuciowy i lęk przed uczuciami. To właśnie blokuje ich głębsze zaangażowanie i zatrzymuje na płaszczyźnie tylko rozumu.

– Doświadczenie moralne. Podejście takie wywodzi się z założenia, że aby Boga doświadczyć, wystarczy wykonywać pewne czynności: coś Bogu ofiarować, przestrzegać pewnych norm. Uczuciowość takiej osoby jest prawdopodobnie uwarunkowana trudnością z zaakceptowaniem własnej słabości i pragnieniem dowartościowania siebie i bycia uznanym za to, co się robi.

– Pragnienie cudowności. Jest to zbyt koncentrowanie uwagi na Bogu i Jego działaniu. Wszystko jest Mu przypisywane i od Niego oczekuje się wszystkiego. U podstaw znajduje się często osobista niepewność, niewiara w swoje możliwości, niska ocena siebie samego, które blokują własną inicjatywę, a zarazem warunkują postawę biernego czekania (Dyrek, 1997, s. 32–35).

Nie ma jednak wątpliwości, że modlitwa jako doświadczenie duchowe ma duże znaczenie dla zdrowia. Przekonanie o tej prawdzie płynie także z Biblii, w której można przeczytać zachętę: „Wyznawajcie zatem sobie nawzajem grzechy, módlcie się jeden za drugiego, byście odzyskali zdrowie. Wielką moc posiada wytrwała modlitwa sprawiedliwego” (Jk 5,16).

Duchowe podejście do drugiego człowieka

Drugi człowiek to Ty, z którym Ja może się spotkać. Owa idea spotkania leży u podstaw duchowego podejścia do innych ludzi. W tym kontekście spotkanie z drugim człowiekiem jest tajemnicą obecności. W dobie coraz większej samotności dotykającej człowieka obecność drugiego jawi się jako skuteczny czynnik prozdrowotny. W perspektywie duchowej bliźni staje się darem i zadaniem. Jest także szansą na własną „detoksykację”, związaną z kulturą i społeczeństwem, w jakim się egzystuje. Nie ma bowiem wątpliwości, iż:

[...] człowiek często nie rozumie szerszego kontekstu swych odczuć czy zachowań, gdyż jako indywidualna i autonomiczna jednostka idzie w życiu własną ścieżką – jak pisali psychologowie egzystencjalni: ma własny „projekt życiowy”. Wiele psychologicznych problemów, traktowanych omyłkowo (zarówno przez kobiety, jak i mężczyzn) jako

osobiste tragedie, ma duży związek ze światem, w którym żyjemy. A to, co uważamy za własną słabość („Nie jestem wystarczająco dobrą matką”, „Nie wyglądam jak z okładki «Glamour»”), bywa często odbiciem słabości naszej kultury, wyśrubowanych standardów i tradycyjnych podziałów, jakie ona wprowadza (Zielińska, 2005, s. 74).

Duchowe podejście do człowieka w kontekście zdrowia zakłada następujące aspekty:

- poczucie odpowiedzialności za zdrowie psychoruchowe i fizyczne drugiego człowieka z racji fundamentalnej zasady miłości;
- praca nad sobą (także zachowania prozdrowotne) oraz obdarowanie innych swoją „przepracowaną osobowością” (do czego zobowiązuje Bóg);
- kierowanie się w podejściu do drugiego człowieka zasadą moralną płynącą zarówno z prawa naturalnego, jak i z dekalogu (piąte przykazanie: „Nie zabijaj!”);
- w imię miłości bliźniego zaangażowanie się w sprawy drugiego człowieka (możliwość oderwania się od własnych problemów);
- budowanie bliższych relacji likwidujących samotność;
- poczucie wspólnoty z drugą osobą przyczyniające się do skutecznego radzenia sobie z przeciwnościami, stresem i traumą.

Papież Franciszek, choć nie wprost, to jednak dosadnie ukazał rolę duchowego podejścia do człowieka przez pryzmat wiary. W encyklice *Lumen fidei* napisał:

Światło wiary jest w stanie uwydatnić bogactwo ludzkich relacji, to, że mogą trwać, być wiarygodne, ubogacać wspólne życie. Wiara nie oddala od świata i nie jest czymś oderwanym od konkretnego zaangażowania współczesnych ludzi. Bez wiarygodnej miłości nie byłoby niczego, co sprawia, że ludzie prawdziwie są zjednoczeni. Jedność między nimi byłaby do pomyślenia jedynie jako oparta na użyteczności, wspólnych interesach, lęku, ale nie na dobru wspólnego życia czy na radości, jaką może budzić po prostu obecność drugiego człowieka. Wiara pozwala zrozumieć architekturę relacji ludzkich, ponieważ dostrzega ich głęboki fundament i ostateczne przeznaczenie w Bogu, i w Jego miłości, dzięki temu oświeca sztukę budowania, służąc dobru wspólnemu (2013, s. 72).

Perspektywy

Helena Wrona Polańska w swoich tekstach nieustannie podkreśla, że promocja zdrowia ma charakter interdyscyplinarny, a z psychologicznego punktu widzenia „niezwykle ważne jest kształtowanie zasobów podmiotowych poznawczych i behawioralnych, a także środowiskowych – dobrze funkcjonującej rodziny i szkoły” (2009, s. 23). Nie ma wątpliwości, że istnieje ogromna potrzeba promocji duchowości w kontekście zdrowia i to właśnie w środowiskach wychowawczych. Odarte z wartości duchowych rodzina i szkoła stają się toksycznymi środowiskami, w których nie ma integralnego podejścia do zdrowia. Warto więc w kontekście powyższych analiz sformułować kilka postulatów dotyczących promocji zdrowia w odniesieniu do duchowych zasobów człowieka. Oto one:

- Należy wrócić do duchowości natury religijnej, w której człowiek odnajduje głęboki sens swojego życia.
 - Warto analizować fenomen tzw. duchowości ateistycznej, w której rozum i doświadczenie innych stanowi drogę, po której ma kroczyć człowiek (duchowość wierności, ale nie duchowość wiary) (Comte-Sponville, 2011, s. 148).
 - Należy zintensyfikować wiele form współpracy środowisk lokalnych na rzecz wzmocnienia rodziny jako obszaru wychowania – miejsca stawiania się bogatszym duchowo człowiekiem (np. mówienie jednym głosem w kwestiach wychowania, jego celów i metod; wspólne organizowanie różnego rodzaju akcji na rzecz promowania funkcjonalnej rodziny spełniającej swoje zadania).
 - Istnieje ogromna potrzeba „detoksykacji” stylu życia przez docenienie duchowych narzędzi prozdrowotnych, takich jak np. cisza sprzyjająca autorefleksji i spotkaniu z *sacrum*.
 - Trzeba przeciwdziałać egoizmowi, który nie służy zdrowiu i przyczynia się do marginalizacji zasobów duchowych człowieka.
- We współczesnym świecie niezwykle szybko szerzy się groźny wirus duchowy, zwany brakiem sensu życia. Jest to zjawisko radykalnego ubóstwa współczesnej cywilizacji i – jak je pojmuje Benedykt XVI – niezdolności do radości, oziębłości wobec życia postrzeganego jako absurdalne i pełne sprzeczności. Głębokie ubóstwo ducha współczesnej cywilizacji domaga się docenienia duchowości w pracy nad prozdrowotnym stylem życia (Szmydki, 2001, s. 125).

Bibliografia

- Banach, C. (2002). *Człowiek wobec wyzwań globalizacji i transformacji ustrojowej w Polsce*. W: T. Borowska (red.), *Pedagogika wobec zagrożeń, kryzysów i nadziei*. Kraków: Impuls, s. 13–29.
- Bauman, Z. (1995). *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*. Toruń: Wyd. UMK.
- Bauman, Z. (2000). *Odczarować odczarowane. Rozmowa z prof. Z. Baumanem*. „Życie Duchowe”, 24, s. 8–16.
- Bocheński, J.M. (2009). *Sens życia i inne eseje*. Warszawa: ANTYK.
- Bosmans, P. (1997). *Miłość sprawia codziennie cuda*. Tłum. J. Barganowski. Warszawa: Wyd. Salezjańskie.
- Bradshaw, J. (1994). *Zrozumieć rodzinę*. Tłum. H. Szczepańska. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP.
- Buber, M. (1968). *Wychowanie*. Tłum. S. Grygiel. „Znak”, 166, s. 442–461.
- Chmielewski, M. (red.) (2002). *Leksykon duchowości katolickiej*. Lublin–Kraków: Wyd. M. Comte-Sponville, A. (2011). *Duchowość ateistyczna. Wprowadzenie do duchowości bez Boga*. Tłum. E. Aduszkiewicz. Warszawa: Czarna Owca.
- Dajczer, T. (1998). *Rozważania o wierze. Z zagadnień teologii duchowości*. Częstochowa: Edycja św. Pawła.
- Dyrek, K. (1997). *Kryteria autentyczności i dojrzałości chrześcijańskiego życia duchowego*. „Zeszyty Formacji Duchowej”, 3, s. 26–39.
- Dziewiecki, M. (2001). *Odrzucenie norm moralnych i wartości duchowych. Analiza przyczyn i skutków*. „Katecheta”, 6, s. 37–42.

- Dziewiecki, M. (2004). *Ponowoczesność – człowiek – wychowanie*. „Wychowawca”, 12, s. 7–8.
- Frankl, V.E. (1984). *Homo patiens*. Tłum. R. Czarnecki, J. Morawski. Warszawa: PAX.
- Gajda, J. (1997). *Wartości w życiu człowieka. Prawda, miłość, samotność*. Lublin: Wyd. UMCS.
- Głaz, S., Sroczyńska, E. (2009). *Antropologiczny wymiar cierpienia i sensu ludzkiego życia w rozumieniu Victora Emila Frankla*. W: R. Janusz SI (red.), *Życie etycznie – życie etyką*. Kraków: WAM, s. 131–152.
- Grocholewski, Z. (1999). *Integralne wychowanie wg bł. Edmunda Bojanowskiego*, www.bdnpl/index.php?option=com_content&view=article&id=303:kard-zenon-grocholewski-integralne-wychowanie-wg-b-edmundabojanowskiego&catid=57:o-edmundzie&Itemid=234 (dostęp: 1 IX 2012).
- Guerreschi, C. (2006). *Nowe uzależnienia*. Tłum. A. Wiczorek-Niebielska. Kraków: Salwator.
- Grzywa, A. (1997). *Manipulacja. Mechanizmy psychologiczne*. Kraśnik: MAD-Graf.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Jan Paweł II (1979). *Encyklika „Redemptor Hominis”*. Kraków: Wyd. św. Stanisława.
- Jan Paweł II (1987). *Przemówienie do młodzieży na Westerplatte (Gdańsk 12.06.1987)*. W: *Odwagi! Ja jestem, nie bójcie się*. Poznań: Pallotinum, s. 112–114.
- Jankowiak, A., Krupiński, R. (2012). *Słownik psychologiczny. Leksykon ludzkich zachowań*. Konin: Psychoskok.
- Jarosz, M. (2010). *Pojęcie duchowości w psychologii*. W: O. Gorbaniuk, B. Kostrubiec-Wojtachnio, D. Musiał, M. Wiechetek (red.), *Studia z psychologii w KUL*. Lublin: Wydawnictwo KUL, s. 9–22.
- Karski, J.B. (2000). *Promocja zdrowia*. Warszawa: Cedewu.
- Kozielecki, J. (1995). *Koniec wieku nieodpowiedzialności. Eseje humanistyczne*. Warszawa: Jacek Santorski & Co.
- Kurczab, H. (2012). *Z problemów wartości i wartościowania*. „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego”, 72, s. 7–37.
- Lisowska-Magdziarz, M. (2000). *Bunt na sprzedaż. Przemysł muzyczny – reklama – semiotyka*. Kraków: Wyd. UJ.
- Mariański, J. (2003). *Socjalizacja religijna i moralna w rodzinie współczesnej – stan aktualny i perspektywy*. W: M. Marczewski (red.), *Pedagogika pastoralna*. Lublin: Wyd. KUL, s. 104–127.
- Mastalski, J. (2007). *Samotność globalnego nastolatka*. Kraków: Wyd. PAT.
- Mastalski, J. (2009). *Dorosły w świetle nauk o wychowaniu – spojrzenie pedagogiczne*. W: K. Misiaszek, K., Stala, J. (red.), *Katecheza dorosłych*. Tarnów: Biblos, s. 263–288.
- Mastalski, J. (2011). *Deterioracja procesu wychowania w dobie przemian cywilizacyjnych*. W: J. Popiołek, S. Cieślak (red.), *Katecheza drogą do Boga*. Kraków: Wyd. Ignatianum, s. 159–170.
- Mastalski, J. (2013). *Porażki aksjologiczne w rodzinie*. „Sosnowieckie Studia Teologiczne”, XI, s. 99–111.
- Melosik, Z. (2003). *Mass media, edukacja i przemiany kultury współczesnej*. W: T. Lewowicki, B. Siemieniecki (red.), *Rola i miejsce technologii informacyjnej w okresie reformy edukacji w Polsce*. Toruń: Wyd. Adam Marszałek, s. 43–59.
- Misztal, W. (2012). *Media jako sprzymierzeniec duchowości*. W: A. Baczyński, M. Drożdż (red.), *Wartości w mediach – z dolin na szczyty*. „Etyka Mediów”. Tarnów: Biblos, t. V, s. 277–301.
- Osińska, K. (2002). *Doświadczenie samotności*. W: A. Matusiak (red.), *Samotność chciana i niechciana*. Kraków: Wyd. „eSPe”, s. 11–28.
- Papieska Rada ds. Środków Społecznego Przekazu (1992). *Instrukcja duszpasterska o przekazie społecznym w dwudziestą rocznicę ogłoszenia Instrukcji „Communio et progressio. Aetatis Novae”*, Watykan: Wyd. Watykańskie.

- Papież Franciszek (2013). *Encyklika „Lumen Fidei”*. Kraków: Wyd. św. Stanisława.
- Postman, N. (1993). *Technopoly: The surrender of culture to technology*. New York: Vintage Books.
- Prusak, J. (2007). *Nie trybunał, tylko duchowa klinika*. „Życie Duchowe”, 52, s. 4–6.
- Scheler, M. (1963). *Rozważania dotyczące fenomenologii i metafizyki wolności*. Tłum. A. W. „Znak”, 11, s. 1272–1282.
- Sheridan, C.L., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia*. Tłum. A. Dodziuk. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Sovernigo, G. (1990). *Religione e persona*. Bologna: EDB.
- Szmydki, R. (2001). *Mężowie apostołscy dla nowej ewangelizacji*. W: A. Wojtczak (red.), *Nowa ewangelizacja potrzebuje nowych głosicieli Ewangelii, Materiały z sympozjum w Obrze 19–20 kwietnia 2001 r.* Poznań: Wyd. UAM, s. 120–130.
- Tchorzewski de, A.M. (red.) (1999). *Wolność jako wartość i problem edukacyjny*. Bydgoszcz: Wyd. Wers.
- Wolf, N. (2013). *Dokąd pielgrzymujemy. Dawne drogi, nowe cele*. Tyniec: Wyd. Benedyktynów.
- Wrona-Polańska, H. (2009). *Kreowanie zasobów osobowych wyzwaniem dla promocji zdrowia. Perspektywa psychologiczna*. W: H. Wrona-Polańska, J. Mastalski (red.), *Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej*. Kraków: Wyd. UJ, s. 11–26.
- Wrona-Polańska, H. (2012). *Psychologia zdrowia w służbie człowieka – rola zasobów podmiotowych*. W: taż (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowieka*. Kraków: Wyd. Naukowe UP.
- Zielińska, M. (2005). *Współczesne modele kobiecości*. „Życie Duchowe”, 45, s. 68–74.

Spiritual Aspects of Health in the Context of Civilization Challenges and Threats

There is a great need to promote health, in which an important component is the spiritual sphere. Before the author focused on specific spiritual aspects of health, he described concepts such as health, spirituality or civilization challenges. He then pointed out the basic challenges – threats the 21st century brings (mediatization of life, psychocide, manipulation, axiological chaos, monoseogogization in family, ecological paradox, epidermal religiosity). These threats especially point towards the need to appreciate the spiritual elements in promoting health. These are: crystallized sense of life, coherent set of values, faith, regular meetings with sacrum (prayer), religious attitude towards another person. Anthropological evidence point out that a human needs to develop integrally in order to preserve a specific physical, psychic, spiritual and social balance.

Keywords: health, spirituality, civilization challenges, development integrity

DOROTA KUBACKA-JASIECKA
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Androgynia psychiczna jako potencjał adaptacji i zdrowia

Płeć i jej wymiary a kontekst społeczny

Kategorie płci i rodzaju

Płeć, zarówno biologiczna, jak i psychologiczna, stanowi podstawę tożsamości człowieka, określając jego funkcjonowanie psychospołeczne i miejsce w środowisku. Płeć ułatwia człowiekowi orientację w świecie, utrzymywanie w nim porządku i harmonii oraz pewnej hierarchii wartości przypisywanej każdej płci. „Płeć wyznacza zakresy repertuaru zachowania ludzi wywodzących się z tego samego kręgu kulturowego i mówiących tym samym językiem. Płeć jest główną siłą postępu i rozwoju, odwiecznym źródłem fascynacji mężczyzn kobietami i kobiet mężczyznami” – uważają K. Imieliński i S. Dulko (1998, s. 5). Zgodnie z Cross i Markus płeć jest podstawową kategorią stosowaną w celu zrozumienia naszego środowiska społecznego i nawiązywania interakcji (Wojciszke (red.), 2002).

W kulturze Zachodu od stuleci funkcjonowały poglądy dotyczące odrębności płci – kobiet i mężczyzn – oraz ich roli społecznej, będące spuścizną przekonań religijnych. Do połowy XIX wieku traktowano odrębność płci w kategoriach boskiego planu stworzenia, od połowy tego stulecia – jako zróżnicowanie uwarunkowane biologicznie, ukształtowane w procesie ewolucji. W tym czasie pojawiają się ruchy społeczne na rzecz praw człowieka oraz równouprawnienia kobiet, których druga feministyczna fala przypada na lata 60. XX wieku. Ruchy kobiece charakteryzuje sprzeciw wobec tzw. pryzmatów myślenia społecznego, które przez pokolenia powielają następujące przekonania:

- polaryzacja rodzajów – biologiczna, psychologiczna i seksualna natura mężczyzn i kobiet jest całkowicie odmienna, a na tej odrębności opiera się organizacja społeczna;
- androcentryzm – w centrum uwagi społecznej pozostają mężczyźni, na ich zachowaniu opierają się standardy, normy, od których odchylają się zachowania kobiet; mężczyźni są z natury płcią dominującą i lepszą; androcentryczna polityka społeczna jest charakterystyczna dla patriarchalnych społeczeństw.

Mimo upływu czasu i zmian społecznych poglądy te nadal funkcjonują. Społeczne uprzedzenia wobec kobiet są przykładem nieświadomej ideologii, to jest zbioru

przekonań, które akceptujemy *implicite*, nie uświadamiając ich sobie, ponieważ nie możemy sobie wyobrazić alternatywnej koncepcji świata (Lipstitz Bem, 1974).

Kobiety, które w dzieciństwie i później przyswoiły sobie tradycyjny pogląd na role związane z płcią, nie dążą do zdobycia wyższego wykształcenia, mają niższą samoocenę oraz przejawiają lęk przed sukcesem zawodowym i w innych nietradycyjnych dziedzinach (Lipman-Blumen, za: Aronson, 2004).

Płeć (*sex*) to kategoria, pojęcie biologiczne odnoszące się do podziału ludzkości na kobiety i mężczyzn na podstawie zróżnicowania chromosomalnego, cech morfologicznych, somatotypu i parametrów fizycznych oraz różnic pełnionych funkcji życiowych (rodzicielstwo, strategie, reprodukcyjne zachowanie seksualne). Kategorie płci stały się „identyfikatorami” ustanowionymi i podtrzymywanymi przez społeczeństwo (West, Zimmerman, 1987). Bywa, że społeczeństwo wymusza identyfikację z jedną z tych podstawowych kategorii, mimo że dana osoba nie zawsze utożsamia się ze swoją płcią biologiczną.

Rodzaj (*gender*) to natomiast – według L. Brannon (2002, s. 13) – „zespół zachowań i postaci, który ma związek (choć niezupełnie się pokrywa) z płcią biologiczną”. Za pioniera zróżnicowania na płeć biologiczną i rodzaj – płeć psychologiczną, uważa się Rhodę Unger (Mandal, 2003), akcentującą rolę społeczno-kulturowych uwarunkowań różnic płci. Cytowana przez L. Brannon (2002, s. 34) Sherif (1982), nawiązując do teorii schematów płci Sandry Lipstitz Bem, definiuje: „[...] *gender* to schemat służący do społecznej kategoryzacji jednostek”. Zacytujmy na koniec definicję społeczno-kulturową Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): płeć społeczno-kulturowa (*gender*) to „stworzone przez społeczeństwo role, zachowania, aktywności i atrybuty, które dane społeczeństwo uznaje za odpowiednie dla mężczyzn i kobiet” (za: Bem, 2000, s. 9). Rodzaj winno się zatem traktować jako konsekwencję różnic biologicznych, społecznych i kulturowych między kobietami i mężczyznami. Męskość/kobiecość w kulturze jest określana przez odmienną dla kultur kobiecych i męskich symbolikę, ideologię, prawo i religię. Procesy socjalizacji ról związanych z płcią doprowadziły do postrzegania ról kobiet i mężczyzn jako charakterystycznych, sztywnych i narzucających ograniczenia.

Psychologia rodzaju wywodzi się więc z psychologii społecznej nawiązującej do stereotypów płci, idei humanistycznych i feministycznych, socjologii, kultury, a także nauk biologicznych i neurobiologicznych poszukujących podłoża zróżnicowania płciowego. Według B. Wojciszke ((red.) 2002) zastępowanie terminu *płeć* terminem *rodzaj* stanowi przejaw określonej konwencji kulturowej, walki ze społecznym nierównym traktowaniem płci, nie ma natomiast empirycznych podstaw do takiego rozróżnienia.

Tradycyjne podejście traktowało aspekt kobiecości/męskości jako zmienną dwubiegunową – przeciwstawne krańce tej samej zmiennej (jednej osi). Odstępstwo od konwencjonalnie rozumianych wymiarów kobiecości i męskości traktowano jako patologię. Przełomem stała się Teoria Schematów Płci Sandry Bem (2000; *gender schema theory*) wraz z opracowanym przez nią kwestionariuszem badającym tak zwaną płeć psychologiczną – cechy psychiczne powiązane z płcią biologiczną.

Koncepcja S. Bem wywodzi się z teorii rozwojowych, poznawczych i społecznego uczenia. Proces rozwoju cech psychicznych związanych z płcią opiera się na społecznie funkcjonujących definicjach kobiecości i męskości. Dziecko przyswaja sobie treści społeczno-kulturowe definicji kobiecości lub męskości, tworząc tzw. schemat rodzaju (*gender schema*). Schemat jest strukturą poznawczą, heterogeniczną, siatką skojarzeń, służącą ocenie i asymilacji nowych informacji; w procesie rozwoju uczymy się organizacji napływających informacji w kategoriach schematu płci. Schemat daje możliwość antycypacji – gotowość poszukiwania, selekcjonowania i ukierunkowania indywidualnej percepcji; organizowania i przyswajania informacji zgodnych z charakterystyką schematu. Determinuje on spontaniczną klasyfikację przedmiotów, zachowań, atrybutów na kategorie kobiece i męskie (*sorting*). Schematy płci i konstrukty kobiecości/męskości stają się standardami regulacji zachowania.

Kobiecość i męskość zostały tu ujęte jako dwa odrębne wymiary uwarunkowane kulturowo, które można przedstawić i mierzyć na odrębnych skalach. Możliwe kombinacje tych wymiarów pozwoliły na wyodrębnienie czterech grup: dwie pierwsze to osoby w sposób typowy określone płciowo: kobiety kobiece (niska męskość) i mężczyźni męscy (niska kobiecość). Kolejną grupę tworzą osoby krzyżowo określone płciowo: kobiety o wysokiej męskości (niskiej kobiecości) i mężczyźni o wysokiej kobiecości (niskiej męskości). Następną grupę tworzą osoby androgyniczne, cechujące się stosunkowo wysokim poziomem cech zarówno kobiecych, jak i męskich. Płeć staje się kwestią wyuczoną, efektem nieustannej „pracy”, nie zaś prostym efektem różnicy biologicznej. Ostatnią grupę tworzą osoby niezróżnicowane płciowo, czyli równocześnie o niskiej kobiecości oraz męskości. U osób androgynicznych i tak zwanych nieróżnicowanych pod względem płci psychologicznej koncepcja „ja” kształtuje się poza schematami płci.

Zdaniem S. Lipstitz Bem osoby określone typowo (kobiety lub mężczyźni) powinny się charakteryzować gotowością do podejmowania zachowań zgodnych ze społeczną definicją przypisywanej sobie płci, a unikania zachowań z nią niezgodnych. Kształtowanie tożsamości rodzajowej odbywa się przez socjalizację w określonej kulturze, ograniczenia sytuacyjne danej struktury społecznej, konflikty psychodynamiczne czy aktywność samej jednostki. Istotną rolę odgrywa oddziaływanie społeczne, przygotowujące do zajęcia określonego miejsca w strukturze społecznej oraz naznaczone stereotypami rodzaju oczekiwania bliskich. Zdaniem badaczki wybór płci psychologicznej jest niezbędny do ukształtowania adekwatnej, adaptacyjnej koncepcji własnej osoby i samooceny.

J. Miluska (1992) zaobserwowała zmienność płci psychologicznej, nazwanej przez nią koncepcyjną tożsamością płciową, oraz stałość tożsamości płciowej – subiektywnego określania swojej kobiecości i męskości. Wraz z wiekiem można natomiast dostrzec wzrost androgynii, szczególnie u kobiet (u mężczyzn jest ona bardziej stabilna).

Rozumienie płci jako konstruktu społecznego, zdaniem C. West i D.H. Zimmermana (1987), opiera się na tezie „do gender rather than have gender” – ludzie

w większym stopniu kształtują i realizują wybraną płęć psychologiczną, niż ją posiadają. Jest ona procesem uaktywniającym się w interakcjach międzyludzkich, zależnie od ich interpretacji i przypisywanego im znaczenia.

Zwraca się uwagę na rolę społecznego uczenia się wzorców płci, odmiennej socjalizacji kobiet i mężczyzn w świetle społeczno-kulturowych stereotypów, ale także predyspozycji biologicznych. Istotną rolę odgrywają stereotypy płci: społeczno-kulturowe przekonania, naciski i oczekiwania odnośnie do kobiet i mężczyzn, dotyczące:

- posiadanych cech – za typowe dla mężczyzn uznaje się: asertywność, samowystarczalność, niezależność, a dla kobiet – wrażliwość, opiekuńczość i odpowiedzialność;
- postaw – kobietom przypisuje się gotowość, chęć zakładania rodziny i macierzyństwa; mężczyźni mają społeczne przyzwolenie na pozostawanie w stanie wolnym;
- ukształtowania „ja” i tożsamości; kobiety budują „ja” oparte na relacjach interpersonalnych, mężczyźni – w sposób autonomiczny, akcentując sprawność działania;
- zachowania – skłonności do kompromisu i uległości jako cech typowo kobiecych, a przyzwolenia na rywalizację i agresywne rozwiązywanie konfliktów – cech męskich;
- funkcji macierzyńskich i ojcowskich;
- zadań zawodowych i obywatelskich odmiennych dla kobiet i mężczyzn.

Według S. Bem tym, co stereotypowo jest związane z płcią kobiecą, jest orientacja ekspresywna, koncentracja emocjonalna na innych ludziach, połączona z utrzymywaniem harmonii w grupie. Męskość natomiast charakteryzuje orientacja instrumentalna, koncentracja na podejmowanych zadaniach zmierzających do realizacji postawionych celów (por. Miluska, 1995; Strykowska, 1993).

Cechy zgodne z płcią biologiczną są wyraźnie uzewnętrzniane, a nie schematowo pomijane czy ukrywane jako zagrażające dezakceptacją lub odrzuceniem społecznym.

Oprócz intrapersonalnych konsekwencji stereotypy płci przynoszą konsekwencje interpersonalne – odmienne traktowanie kobiet i mężczyzn przez społeczeństwo i jego instytucje, szczególnie w społecznościach tradycyjnych. Współcześnie obserwuje się tendencje zmierzające do podnoszenia świadomości kobiet i postępującego procesu rozpadania się tradycyjnych stereotypów. Pośrednio ma to znaczenie również dla mężczyzn – w miarę rozwijania nowych zainteresowań i wkraczania kobiet do nowych zawodów oraz obszarów życia społecznego przepisy ról społecznych, również dla mężczyzn, stają się coraz mniej restryktywne. Te współczesne trendy androgynizacji społecznej przyczyniają się do powolnego „zacierania się”, niwelowania różnic płci (por. np. zjawisko uniseksu, widoczne między innymi w zachowaniach przestępczych dziewcząt; Siudem, 2004).

Odrębność płci w świetle badań mózgu

W rozważaniach nad kształtowaniem się płci dziecka w rozwoju płodowym wyróżnia się: fazę braku zróżnicowania płci, wpływu hormonalnego (do 6. tygodnia), decydującą o płci płodu; fazę kształtowania się płci po 6 tygodniach, rozwój ośrodków podwzgórza preferencji seksualnej oraz fazę rozwoju ośrodków ról płciowych (por. Doerner, 1981, za: Moir, Jessel, 1993). W okresie prenatalnym powstaje sieć połączeń mózgowych determinujących przyszłe zachowania (np.: poziom agresji, podatność na socjalizację, dążenie do rywalizacji, ryzykanctwo, bojaźliwość itp.).

Jako dowody biologicznych podstaw odrębności płci w badaniach nad strukturą oraz funkcją mózgu wymienia się: zaburzenia orientacji płciowej, zróżnicowanie budowy kobiecych i męskich mózgów, dymorfizm płciowych struktur podkorowych oraz odmienną sekrecję hormonalną. Zróżnicowanie funkcji i struktury mózgu można sprowadzić do silniejszej lateralizacji i wyspecjalizowania procesów mózgowych u mężczyzn, w przeciwieństwie do większego „rozproszenia” funkcji mózgu i mniejszej jego lateralizacji u kobiet (korzystania z obu półkuli i dobrego ich połączenia). Różnice te skutkują zróżnicowaniem funkcji powiązanych z odrębnością struktur decydujących o zdolnościach i osiągnięciach człowieka.

Nie tylko jednak biologia wpływa na zachowanie, lecz ono również wpływa na biologię, a interakcje są tak bardzo złożone, że niemożliwe staje się oddzielenie czynników biologicznych i środowiskowych. Pytanie „Natura czy wychowanie?” staje się bezzasadne. Co interesujące, stosunkowo niewielkie różnice biologiczne wpływają na skrajne zróżnicowanie tych wyborów i decyzji kobiet oraz mężczyzn, które mają ogromne konsekwencje życiowe. Zróżnicowanie struktur podkorowych obejmuje: wielkość ciała migdałowatego, hipokampu, kory czołowej, kory zakrętu obręczy, wyspy, aktywacji osi podwzgórza–przysadka, wielkość spoidła wielkiego (Moir, Jessel, 1993). Odrębne mechanizmy biochemiczne – sekrecji hormonalnej – determinują zróżnicowanie ważnych charakterystyk psychologicznych obu płci; szczególnie determinują one cykl rozrodczy, aktywność i odczucia seksualne.

Genetyczne wyposażenie stanowi spuściznę po milionach lat ewolucji. Natura odmienności obu płci w świetle współczesnej wiedzy przemawia raczej za determinantami biologicznymi, a uwarunkowania społeczne nie są w stanie ich zdetrionizować. Nie da się jednak zaprzeczyć, że zachowanie i przeżycia psychiczne oddziałują zwrotnie na pracę mózgu (Kula, Słowikowska-Hilczner, 2007).

Koncepcje reprezentujące podejście socjobiologiczne zakładają, że skuteczność warunkowania i uczenia społecznego, w tym także zachowań związanych z płcią, umożliwia modyfikowanie zachowań, u których podstaw leżą predyspozycje genetyczne. Dotyczy to również predyspozycji rozwojowych cech kobiecych bądź męskich, które w toku ewolucji okazały się przydatne i korzystne w procesie gatunkowego przystosowania. Wpływ indywidualnych doświadczeń i mechanizm oddziaływania społecznego mogą jedynie modyfikować bądź utrzymywać zapisy genetyczne.

Cielesność kobiet a kultura

W zachodnim kręgu kulturowym kobiety przejawiają ambiwalentne, a nawet negatywne uczucia wobec swojego ciała, odczuwają obcość wobec własnej fizyczności, w przeciwieństwie do mężczyzn, doceniających i afirmujących swoje ciało. Kobiety postrzegają swoją cielesność jako mniej zintegrowaną, stanowi ona dla nich źródło wielu sprzecznych, często nieprzyjemnych emocji, co może oddziaływać dezadaptacyjnie (por. Wycisk, 2003).

Emocje te wiążą się ze społeczno-kulturową, zakorzenioną w tradycji Kościoła katolickiego, percepcją ciała kobiecego jako „nieczystego” – to następstwo cyklu menstruacyjnego i rozrodczego oraz subiektywnego poczucia niekontrolowalności swego ciała przez kobiety (Hyży, 2003). Wiele badań dowodzi fragmentarycznego, „naznaczonego nieobecnością” odczuwania i przedstawiania swego ciała przez dziewczęta i kobiety, opisywania go w kategoriach atrakcyjności fizycznej, podczas gdy chłopcy i mężczyźni opisywali siebie bardziej całościowo, w kategoriach siły i sprawności (por. np. Rosenbaum, 1979, za: Wycisk, 2003). Zdaniem cytowanych przez J. Wycisk (tamże) Wooley i Wooley (1984) kobiety w większości zawyżają ocenę swoich wymiarów, są przeważnie niezadowolone z własnego wyglądu i atrakcyjności fizycznej. Ta ostatnia okazuje się ważna również w rolach zawodowych, w których najważniejsza nie jest uroda, a uzdolnienia i profesjonalne wykształcenie (por. Roberts, 2002).

Kobiece ciało traktowane jest przez same kobiety przedmiotowo, jako przekaznik określonych informacji dla innych. Nie jest istotne wyrażanie potrzeb ciała czy dbanie o jego zdrowie i sprawność, ale to, czy spełnia ono kulturowe standardy. Wyalienowanie z ciała i jego doświadczenia powoduje problemy z rozpoznawaniem własnych pragnień, „odcina” kobiety od własnej indywidualnej cielesnej seksualności. Kobieta „staje się wrogiem swojego ciała, walcząc o ukształtowanie go w zgodzie ze społecznymi wzorcami i internalizując konflikt między wymogami społeczeństwa a własną fizycznością” – pisze E. Kaschack (1996, s. 186; por. też Roberts, 2002). Poczucie tożsamości kobiety jest przy tym głębiej zakorzenione w fizyczności niż u mężczyzn, podlega społecznej ocenie w kontekście maskulinistycznym, przy czym oceny te mogą się zmieniać zależnie od sytuacji, mody, czy upływu czasu. Wewnętrzne doświadczenie kobiety jest natomiast mniej ważne, ma pozostać ukryte, niewidoczne dla innych, a w konsekwencji – dla samej kobiety.

Komunikaty niewerbalne stanowią główne narzędzie kontroli społecznej, a w diadach kobieta–mężczyzna zachowanie pokrywa się z zachowaniem typu: podporządkowany–dominujący (Henley, 2002). Przeważająca część zróżnicowanych zachowań płci jest wyuczona i podtrzymywana przez relacje władzy, na skutek czego stają się one źródłem stereotypów i barier strukturalnych (wzmocnianych przez niewerbalną komunikację).

Uprawiany przez kobiety styl interakcji z partnerami może stawać się przyczyną ich opresji; zdaniem N. Henley (tamże) może pośrednio przyczyniać się do obwiniania kobiet – ofiar przemocy.

T.-A. Roberts (2002) przedstawiła następujące uwarunkowania seksualizacji i uprzedmiotowienia kobiet:

- środowiskowe strukturowanie przez okładki magazynów, informacje medialne itp.;
- niewerbalna komunikacja – poczucie kobiet bycia obserwowanymi i ocenianymi przez mężczyzn;
- werbalna komunikacja – komentowanie wyglądu i atrakcyjności kobiet, seksualizacja kontaktów;
- łagodne formy przemocy fizycznej, takie jak: ocieranie się, łapanie za pośladki, podszczypywanie itp.;
- gwałt jako akt ekstremalny.

Zwraca się uwagę na dwuznaczne oczekiwania wobec kobiet: zachowania tzw. kobiece spełniają oczekiwania społeczne, a równocześnie narażają kobiety na lekceważenie, pogardę, etykietę „słodkiej blondynki”, zaczepki czy gwałt, niski poziom cech kobiecych („baba-chłop”, „herod baba”) powoduje natomiast dezaprobatę, odrzucenie i obniżenie szans matrymonialnych. Kobiety wpadają więc w pułapkę „podwójnego wiązania”, niezależnie od tego, czy podporządkują się normom kultury, czy realizują własną tożsamość i wizję życia, narażają się na niechęć otoczenia i dezaprobatę. Wzorce i oczekiwania społeczne kontrolują potrzeby kobiet, nawyki żywieniowe i potrzeby seksualne, które nie powinny być zbyt nasilone ani otwarcie realizowane. Równocześnie kobiety winne być seksowne, piękne i powabne dla mężczyzn. Przez dążenie do idealnego wyglądu i wagi wpisują w swoje ciało znaczenie kulturowe. Uleganie modzie, osiągnięcie ideału piękna staje się przepustką do sukcesu, satysfakcji i szczęścia (Wojciechowska, 2000). Uchylenie się od realizowania promowanych przez społeczeństwo i kulturę standardów skazuje kobiety na brak satysfakcji i niskie poczucie własnej wartości.

Paradoksalnie J. Hartman (2000) w artykule *Kobiety są lepsze pisze*: „[Kobiety] żyją prawdziwym życiem, bliżej tego, co praktyczne i cielesne. Ich sprawy to sprawy samego życia – byt rodziny, zdrowie i bezpieczeństwo dzieci, narodziny i śmierć. Roztropność i siłę ducha kobieta hartuje w prawdziwym życiu, w nim daje wyraz tym wszystkim cnotom... I zazdrozczę go kobietom, bo wiem, że rozgadany, jakże ułomnie uteoretyzowany świat mężczyzn, ich spraw i ambicji, jest światem duchowej klęski”.

Androgynia psychiczna

Charakterystyka androgynii

Teoria schematów płciowych S. Lipstitz Bem (1994) wprowadziła pojęcie androgynii psychicznej, dającej szansę na „ucieczkę” od alternatywy męskość/kobiecość. Osoby androgyniczne, cechujące się zarówno stosunkowo wysokim poziomem

cech kobiecych, jak i męskich, potrafią znaleźć złoty środek między skrajnymi postawami (np. potulnością i agresją) – byłaby nim asertywność.

Androgynia kobiet stanowi wyraz sprzeciwu wobec społeczno-kulturowych schematów kobiecości wraz z ambiwalentnymi postawami wobec cielesności i seksualności. Androgynia wiąże się z ekstrawersją – towarzyskością, przyjacielskością oraz rozmownością. Kobiety androgyniczne są skłonne do poszukiwania stymulacji i zabawy, charakteryzują się dużą aktywnością życiową, optymizmem i przewagą pozytywnego nastroju. Cechy te częściowo przypominają stereotyp społeczny kobiecości, ale także częściowo – męskości.

Kobiety androgyniczne cechują się bardziej pozytywnym doświadczeniem swojego ciała niż kobiety typowo kobiece, z uwagi na nieidentyfikowanie się z negatywnym, a w najlepszym razie – dwuwartościowym stereotypem kobiecej cielesności, funkcjonującym w naszej rzeczywistości kulturowej. Najbardziej widoczne różnice dotyczą stosunku do własnej cielesności oraz troski i dbałości o ciało. Kobiety androgyniczne dobrze się czują we własnym ciele. Wyjście poza ograniczające je schematy pozwala na samoakceptację i odczuwanie satysfakcji z własnego ciała oraz prezentowanie go bez obaw otoczeniu.

Na podstawie wyników badań własnych A. Dakowicz (2000) w następujący sposób charakteryzuje kobiety androgyniczne: potrafią być niezależne, kiedy trzeba, forsują swoje przekonania, ufając w możliwość realizacji stawianych sobie celów. Wcielają w życie wartości i zachowania, które gwarantują samorealizację, są zdolne do akceptacji własnych negatywnych emocji, zachowując szacunek dla siebie jako osoby i dostrzegając w sobie i innych przeważnie dobre strony. Mają poczucie bezpieczeństwa, zaufanie do siebie, chętnie nawiązują kontakty z innymi, potrafią się dostosować do zmiennych sytuacji i warunków życia.

Osoby androgyniczne cechują się zazwyczaj wyższą samooceną, otwartością, wrażliwością i empatią wobec innych, których nie oceniają pod względem atrakcyjności fizycznej (Kuczyńska, 1992; Lipstitz Bem, 1974; Rosenfeld, 1979, za: Jasiecki, 1990). „Androgyniczne kobiety, posiadające cechy instrumentalne (męskie) i ekspresyjne (kobiece), są bardziej otwarte i na ludzi, i na zadania, dysponują większymi kompetencjami społecznymi i silniejszymi mechanizmami obronnymi, łatwiej radzą sobie ze stresem” (Frank, McLaughlin, Crusco, 1984, za: Mandal, 2004, s. 81).

Interpretacje uwarunkowania występowania przedstawionych charakterystyk kobiet o cechach androgynii psychicznej idą w kierunku uznania ich za modulatory kształtowania płci psychologicznej, z której nie wynikają one bezpośrednio. Płeć psychologiczna kształtuje się na podłożu cech wrodzonych lub wcześniej występujących rozwojowo. Przykładowo: jeżeli kobieta cechuje się dużą ekstrawersją, jest zdolna do dominacji w otoczeniu, to w konsekwencji rozwijają się u niej dalsze cechy, elementy schematu płci męskiej.

Koncepcja własnej osoby kobiet androgynicznych nie zawiera się bez reszty w społecznie i kulturowo definiowanym schemacie płci, co umożliwia kobiecie

myślenie o sobie i funkcjonowanie zarówno w zakresie schematów obu płci, jak i innych społecznych wymiarów wykraczających poza te stereotypy.

Androgynia psychiczna wiąże się z harmonijnym rozwojem osobowości, możliwością realizacji wybranych autonomicznie przez siebie zachowań oraz ról społecznych, które im odpowiadają, bez związanych z stereotypami kulturowymi ograniczeń. Osoby androgyniczne nie są zależne od ocen innych, presji społecznej wynikającej z przypisanych im przez kulturę ról i zachowań. Autonomiczna samoocena pozwala na rozwijanie cech zarówno stereotypowo męskich, jak i kobiecych, wybór dróg samodzielnego rozwoju, realizowanie własnych predyspozycji i zainteresowań. Charakterystyki osób androgynicznych stanowią mieszankę cech pozytywnych, pochodzących zarówno od rodzaju męskiego, jak i żeńskiego, przy czym są to cechy w obydwu wypadkach najbardziej pożądane społecznie (Brannon, 2002). Czerpanie ze źródła kobiecości i męskości przydaje im elastyczności i pozwala na uniezależnienie się od wpływów zewnętrznych, także w kwestii fizyczności. Pozwala to na wnioskowanie o przystosowawczym charakterze androgynii psychicznej, szczególnie dla kobiet (Bem, 2000).

Według S. Bem i kobiety, i mężczyźni winni stawać się bardziej androgyniczni; „powinno się zachęcać, aby umieli działać skutecznie i wyrażać swoje uczucia, żeby byli stanowczy i ustępliwi, męscy i kobiecy – zależnie od stosowności tych różnych rodzajów zachowań w różnych sytuacjach (Bem, 1975, za: Aronson, 2004). Droga do androgynicznego zachowania nie jest łatwa – stereotypowe role utrwalają się, są bowiem nagradzane społecznie.

Androgynia w kontekście przystosowania i zdrowia

Przedstawiona charakterystyka osób androgynicznych pozwala wnioskować, że wykazywane przez nie cechy i zachowania wskazują pośrednio na duże zdolności i możliwości adaptacyjne, warunkujące poczucie bezpieczeństwa. Ze względu na to, że osoby o androgynicznej płci psychologicznej, które przejawiają cechy psychiczne obu płci, dysponują szerszym repertuarem zachowań oraz lepiej organizują informacje obejmujące wymiar płci, uważa się je za zdolne do lepszego przystosowania (Kuczyńska, 1992).

S. Bem nazywa nawet androgynię psychologiczną „właściwym wzorcem płci psychologicznej” i to zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn. W porównaniu z osobami o typowych wzorcach płci, czerpiąc z obu stereotypów, osoby androgyniczne funkcjonują bardziej sprawnie społecznie i wykazują większe umiejętności działań prozdrowotnych. W ich spostrzeganiu świata i własnej osoby prymat płci nie jest tak istotny, co – jak argumentuje S. Bem – daje im dystans wobec siebie i otoczenia oraz szersze horyzonty.

W efekcie, w zależności od okoliczności, osoby androgyniczne mogą się łatwiej i bardziej elastycznie dopasować do sytuacji, co ułatwia im procesy przystosowawcze. Androgynia zapewnia więc optymalne przystosowanie do funkcjonowania w świecie społecznym z uwagą na potencjalną elastyczność i skuteczność działa-

nia. „Charakteryzują się one [osoby androgyniczne] największymi zdolnościami przystosowawczymi, gdyż przejawiają dużą płynność i dużą sensytywność wobec zewnętrznych wymagań” (Kuczyńska, 1992, s. 57).

Androgynia bywa wiązana z poziomem zdrowia z powodu zdolności do samo-realizacji, a także otwartości interpersonalnej.

Dysponując szeroką gamą potencjalnych, adekwatnych zachowań, typowych zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn, osoby androgyniczne mają największe predyspozycje do samoaktualizacji (Dakowicz, 2000; por. Strykowska, 1993, 1995; Żarczyński, 1994). W ujęciu A. Masłowa (1990) dla procesów samorealizacji i zachowania zdrowia istotne znaczenie ma wszechstronność – umiejętność podejmowania – w zależności od sytuacji – zachowań ekspresyjnych (kobiecych) lub instrumentalnych (użytecznych, męskich). E.L. Shostrom (1974, za: Dakowicz, 2000) przypisuje osobom samorealizującym się zdolność wyrażania słusznego gniewu, a także miłości oraz delikatności.

W badaniach podjętych przez A. Dakowicza (tamże) pozytywnie zweryfikowano tezę o wyższym poziomie samoaktualizacji osób androgynicznych, co dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Nie potwierdzono natomiast tez S. Bem (1994) o gorszym funkcjonowaniu osób o płci schematowej kobiecej i męskiej; sprawdziły się one wyłącznie wobec kobiecych kobiet. Respektowanie i przejawianie cech zgodnych z oczekiwaniami społecznymi pomaga w adaptacji mężczyznom, a przeszkadza kobietom.

Człowiek, będąc kobietą lub mężczyzną, może więc pełniej funkcjonować, realizować siebie, samoaktualizować się, [...] kiedy jest androgyniczny, tzn. jednocześnie posiada cechy powszechnie uważane za kobiece [...] i męskie oraz kiedy charakteryzuje się cechami powszechnie uważanymi za męskie (Dakowicz, 2000, s. 127).

Otwartość – zdolność do pełnego i uczciwego odśłaniania swego rzeczywistego „ja” – pozostaje zdaniem S.M. Jourarda (1971; Jasiński, 1990) właściwością zdrowej osobowości, ponieważ otwarte komunikowanie się ludzi pobudza osobisty rozwój jednostki. Różnice odśłanianych treści oraz motywów ograniczania otwartości u kobiet i mężczyzn Jourard odnosił do wyuczonych, psychokulturowych stereotypów płci. Postawiono tezę, że głębokość odśłaniania „ja” pozostaje w związku z androgynią psychiczną, obejmującą zarówno typowe cechy męskie (asertywność, podejmowanie ryzyka), jak i kobiece (zainteresowanie komunikacją społeczną i ekspresją „ja”). Większa otwartość osób androgynicznych, wynikająca ze zdolności czerpania z repertuaru zachowań typowych dla obu płci, potwierdzono w badaniach (Lombardo, Lavine, 1981, oraz Currant i in., 1972, za: Jasiński, 1990).

Osoby androgyniczne – kobiety i mężczyźni – były spostrzegane przez swoje otoczenie jako bardziej sympatyczne i lepiej przystosowane od pozostałych (Jackson, Cash, 1985). Zarówno kobiety zdecydowanie męskie, jak i zdecydowanie kobiece mężczyźni byli natomiast oceniani jako gorzej przystosowani. Pozwala to wnioskować, że zachowania przynależne płci przeciwnej mogą być społecznie akceptowane, jeżeli są równoważone przez zachowania uważane za stosowne dla

płci biologicznej. Oceniając zachowanie i poziom przystosowania, należy uwzględnić kontekst zachowania, a także podwójne normy stosowane w społeczeństwie wobec kobiet i mężczyzn.

Nieco inne stanowisko przedstawia B.M. Woodhill (2003), zwracając uwagę, że i kobiece, i męskie cechy mogą zarówno być, jak i nie być przystosowawcze. Na podstawie wyników badań wyróżniono siedem grup tożsamości rodzajowej, a wśród nich grupę pozytywnie androgyniczną, odmiennie niż pozostałe skorelowaną z wymiarami dobrostanu i zdrowia psychicznego. Osoby pozytywnie androgynicznie wykazują przy tym funkcjonowanie psychospołeczne na wyższym poziomie. Nawiązując do tych poglądów w terapii osób zaburzonych, coraz częściej stosuje się podejście rodzaju, unikając myślenia w kategoriach podporządkowania tradycyjnym rolom płci, a kierując się ku androgynii jako najlepszym standardzie myślenia i funkcjonowania społecznego (tzw. terapia GAT; Brannon, 2002).

Odmiennie spojrzenie na pozytywną rolę androgynii psychicznej reprezentują cytowani przez B. Wojciszke ((red.) 2002), E.S. Bassoff i G.V. Glass. Na podstawie metaanalizy badań dotyczących ról płciowych i zdrowia psychicznego stwierdzili oni, że androgynia psychiczna sprzyja zdrowiu psychicznemu, niezależnie od płci biologicznej i psychologicznej osób badanych. Wykazano natomiast pozytywne związki wskaźników adaptacji i zdrowia ze wzorcami psychicznej męskości, co pozwoliło wnioskować, że to męskie aspekty w androgynii psychicznej sprzyjają zdrowiu psychicznemu¹. Podobnie na podstawie wyników własnych badań wnioskuje P.J. Faulkender (1991, za: Dakowicz, 2000); podkreśla ona pozytywny wpływ wymiaru męskości i negatywny wpływ wymiaru kobiecości na poziom samoaktualizacji osoby, który zależy od proporcji cech kobiecych i męskich. Wyniki wykonanej przez Halla metaanalizy (za: Wojciszke (red.), 2002), która uwzględniała takie aspekty jak poczucie własnej wartości, adaptacyjność i poziom rozwoju, wspierają, choć w niewielkim stopniu i niekonsekwentnie, model równowagi – adaptacyjności androgynicznej.

Wyniki badań Whitleya (1984; tamże) wskazują na powiązania wzorców kobiecych i androgynicznych z depresją (których nie zaobserwowano odnośnie do wzorców męskich). Tym samym za wzór optymalny winno się w świetle tych badań uznać płęć psychologiczną męską. Androgynię psychiczną traktuje się natomiast jako optymalną dla dobrostanu psychicznego, jeżeli elementy męskie przeważają w niej nad kobiecymi.

Badania własne

Celem podjęcia badań empirycznych, których wyniki zostaną częściowo przedstawione niżej, było dążenie do weryfikacji współcześnie dyskutowanej tezy o adaptacyjnej i prozdrowotnej roli cech androgynii psychicznej w porównaniu

¹ Wyniki te zaobserwowano niezależnie od płci biologicznej i psychologicznej osób badanych.

z właściwościami prezentowanymi w typowych schematach płci psychologicznej kobiecej i męskiej.

Opracowanie przedstawia wstępne, wybrane wyniki badań dwóch odrębnych studiów poświęconych omawianemu zagadnieniu i wykonanych pod kierunkiem autorki. W pierwszym z nich badano relacje między androgynią psychiczną kobiet a ich doświadczeniem i percepcją swojego ciała, samoocena oraz cechami osobowości uwzględnionymi w koncepcji tzw. Wielkiej Piątki, to jest: ekstrawersją, neurotyzmem, otwartością na doświadczenie, ugodowością i sumiennością².

W badaniach wykorzystano: Inwentarz Płci Psychologicznej A. Kuczyńskiej, Skalę Samooceny M. Rosenberga, Skalę Zaangażowania Wobec Ciała (BIS) Orbach i innych oraz Kwestionariusz NEO-FFJ P. Costy i R. McCrae (Wielka Piątka). Przebadano 121 kobiet – studentek różnych kierunków studiów humanistycznych. Badania właściwe poprzedziła procedura selekcyjna. W dwustopniowej procedurze badań na podstawie kwestionariusza IPP wyodrębniono cztery grupy kobiet różniące się płcią psychologiczną: kobiety o płci psychologicznej kobiecej ($n = 51$), kobiety męskie ($n = 18$), kobiety androgyniczne ($n = 41$) oraz kobiety o tak zwanej płci niezróżnicowanej ($n = 11$).

Na podstawie analizy statystycznej³ otrzymanych danych uzyskano następujące wyniki (tabela 1).

Tabela 1. Wyniki istotności różnic⁴ między podgrupami płci psychologicznej dla zmiennych kobiecość/męskość oraz doświadczenie ciała (skala BIS)

Grupa I	Grupa J	Różnica średnich (I-J)	Istotność Test Tamhane
zmienne kobiecość/męskość			
1. androgyniczna	4. niezróżnicowana	2.610	0.05
4. niezróżnicowana	2. androgyniczna	2.610	0.05
ogólny wynik skali BIS zaangażowania wobec ciała			
4. niezróżnicowana	2. androgyniczna	-9.386	0.05
stosunek do własnego ciała			
2. androgyniczna	1. kobieca	3.755	0.05
1. kobieca	2. androgyniczna	-3.755	0.05
2. androgyniczna	4. niezróżnicowana	4.049	0.05
troska i dbałość o ciało			
1. kobieca	2. androgyniczna	-1.774	0.05
2. androgyniczna	1. kobieca	1.774	0.05
uczucie komfortu w kontakcie fizycznym			
1. kobieca	4. niezróżnicowana	4.455	0.05

2 Badania przeprowadziła i opracowała wyniki mgr Kamila Nalborska.

3 Zastosowano analizę wariancji ANOVA oraz Test Tamhane.

4 Uwzględniono wyłącznie wyniki istotne, przynajmniej na poziomie $p \leq 0.05$ (tabele 1, 2).

2. androgyniczna	4. niezróżnicowana	4.796	0.05
4. niezróżnicowana	1. kobieca	-4.455	0.05
	2. androgyniczna	-4.796	0.05

Kobiety androgyniczne istotnie wyżej oceniają swoją kobiecość niż kobiety niezróżnicowane rodzajowo. Pod względem doświadczenia swojego ciała kobiety androgyniczne uzyskują znacząco wyższe wyniki w skali zaangażowania wobec ciała niż grupa niezróżnicowana. Stosunek do własnego ciała jest istotnie bardziej pozytywny niż grupy kobiecej i zróżnicowanej. Wyższe wyniki niż grupa kobieca uzyskała również grupa androgyniczna, wykazując się większą troską i dbałością o ciało. Osoby androgyniczne mają również istotnie wyższe uczucie komfortu w kontakcie fizycznym z innymi niż grupa niezróżnicowana, co daje możliwość wykorzystania swego ciała w sporcie czy kontaktach erotyczno-seksualnych, prezentowania własnej cielesności w przestrzeni społecznej i publicznej.

W tabeli 2 przedstawiono wyniki dotyczące poziomu samooceny oraz cech uwzględnionych w kwestionariuszu opartym na koncepcji Wielkiej Piątki. Osoby androgyniczne cechuje wyższa samoocena niż osoby kobiece oraz istotnie wyższy poziom ekstrawersji niż pozostałych grup: kobiecej, męskiej, niezróżnicowanej. Osoby androgyniczne są wyraźnie mniej neurotyczne niż osoby z grupy kobiecej.

Tabela 2. Wyniki istotności różnic między podgrupami płci psychologicznej w zakresie samooceny i wymiarów NEO-FFJ

Grupa I	Grupa J	Różnica średnich (I-J)	Istotność Test Tamhane
Samoocena			
2. androgyniczna	1. kobieca	11.324	0.05
Skale NEO-FFJ Ekstrawersja			
1. kobieca	2. androgyniczna	-5.518	0.05
2. androgyniczna	1. kobieca	5.518	0.05
	3. męska	5.966	0.05
	4. niezróżnicowana	11.335	0.05
3. męska	2. androgyniczna	-5.966	0.05
4. niezróżnicowana	2. androgyniczna	-11.335	0.05
Neurotyczność			
2. androgyniczna	1. kobieca	-5.625	0.05
1. kobieca	2. androgyniczna	5.625	0.05

W studium drugim⁵ przebadano 150 osób obydwu płci z wykształceniem co najmniej średnim; wiek badanych: 22–32 lata, średnia wieku około 30 lat. Badania zostały ukierunkowane na relacje między płcią biologiczną i społeczną a wzorami

5 Badania przeprowadziła i opracowała wyniki mgr Katarzyna Turek.

zachowania traktowanymi jako czynniki ryzyka chorób psychosomatycznych oraz zmienną tzw. optimum psychosomatycznego, związaną z równowagą emocjonalną oraz zdrowiem somatycznym i psychicznym (Mirski, 1995, 1997).

Poniżej, z uwagi na przedmiot opracowania, zostaną przedstawione wyniki dotyczące zasadniczo androgynii psychicznej. Oczekiwano, że osoby androgyniczne, zarówno kobiety, jak i mężczyźni, cechują się w mniejszym stopniu niż pozostałe rodzaje płci psychologicznej wzorcami osobowości typu A oraz C, a równocześnie – wyższym poziomem tzw. optimum psychosomatycznego jako optymalnego wzoru funkcjonowania zdrowotnego.

W badaniach wykorzystano: Inwentarz Płci Psychologicznej IPP A. Kuczyńskiej, Skalę Typu A Framinghama (polska adaptacja: Z. Juczyński, 2001), Kwestionariusz Wzoru Zachowania Typu C-TCP Test⁶, Test Psychosomatyczny Mirskiego (wzór zachowania A, C oraz O – tzw. optimum psychosomatyczne).

Na podstawie wyników kwestionariusza IPP podzielono osoby badane na trzy podgrupy różniące się rodzajem płci psychologicznej; w każdej z nich wyodrębniono podgrupę mężczyzn i kobiet. Otrzymano następujące podgrupy: cechującą się płcią psychologiczną kobiecą (25 kobiet i 25 mężczyzn), płcią psychologiczną męską (25 mężczyzn i 25 kobiet) i androgyniczną (25 kobiet i 25 mężczyzn).

W statystycznym opracowaniu wyników, ze względu na małą liczebność wyróżnionych podgrup, obok testów parametrycznych posłużono się również testami nieparametrycznymi oraz analizą wariancji (prosta Anova). Uzyskane wyniki przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Porównanie średnich WZA i WZC testem „t” studenta

WZA	Płeć psychologiczna				Istotność
	M	K	„t”	df	
	0.58	0.46	3.23	98	0.001
WZC	133.0	163.0	7.65	98	0.000

Osoby o płci psychologicznej męskiej uzyskały istotnie wyższe wyniki w zakresie wzoru zachowania A niż osoby kobiece⁷, a osoby o płci psychologicznej kobiecej cechują się istotnie wyższymi wynikami na poziomie wzoru zachowania typu C⁸.

Wyniki porównania grup płci psychologicznej: kobiecej, męskiej i androgynicznej pod względem zmiennej O (tzw. optimum psychosomatyczne) przedstawia tabela 4.

6 Kwestionariusz TCP – test opracowany w Zakładzie Interwencji Kryzysowej i Psychoterapii IPS UJ pod kierunkiem D. Kubackiej-Jasieckiej.

7 Wyniki męskich mężczyzn i męskich kobiet nie różniły się istotnie (test porównań wielokrotnych, tzw. *post-hoc*).

8 Wyniki kobiecych kobiet i kobiecych mężczyzn nie różniły się istotnie (test porównań wielokrotnych, tzw. *post-hoc*).

Tabela 4. Porównanie grup płci psychologicznej rodzaju: M, K, A w zakresie zmiennej optimum psychosomatycznego⁹

Numer podgrupy	Płeć psychologiczna	1 M	2 K	3 A
1	M	–	0.000023	0.257987
2	K	0.000023	–	0.001708
3	A	0.257987	0.001708	–

Różnice istotne dotyczą następujących zależności:

- Kobiety i mężczyźni o płci androgynicznej cechują się optimum psychosomatycznym w istotnie wyższym stopniu niż osoby o płci psychologicznej kobiecej (zarówno kobiety, jak i mężczyźni).
- Wyniki optimum psychosomatycznego grupy o płci psychologicznej androgynicznej i kobiecej są istotnie wyższe niż grupy męskiej.
- Optimum psychosomatyczne cechuje w jednakowym stopniu kobiety i mężczyzn o płci psychologicznej androgynicznej.

Podsumowanie wyników i wnioski

Wyniki badań studium pierwszego wskazują, że nie ma związku między subiektywnym przekonaniem o swojej psychologicznej męskości czy kobiecości a wynikiem w kwestionariuszu IPP Kuczyńskiej. Odpowiedzi na pytania bezpośrednie wskazują na wysoką ocenę własnej kobiecości, a niską męskości przez kobiety ze wszystkich wyróżnionych podgrup. Silna identyfikacja z własną płcią biologiczną u osób młodych służy krystalizacji tożsamości i jako taka jest zjawiskiem rozwojowym (Miluska, 1992). Ocena własnej kobiecości na poziomie świadomym jest bardziej związana z tożsamością płci biologicznej niż ze stereotypowym kulturowym schematem kobiecości.

Istotnie wyższy poziom ekstrawersji, a niższy neurotyzmu, charakteryzujący grupę androgyniczną (w porównaniu z pozostałymi grupami badanych), jako cech uwarunkowanych temperamentalnie, można uznać za predysponujący do rozwijania niektórych właściwości kulturowego stereotypu cech męskich. Ekstrawersja i niski neurotyzm, wraz z pozytywnym doświadczeniem i percepcją własnej cielesności, pozytywną samooceną i samoakceptacją, to zasoby dające gwarancję przystosowawczego i zdrowego funkcjonowania.

Podczas gdy wzory zachowania A i C współwystępują z wyróżnionymi rodzajami płci psychologicznej: męskiej – WZA i kobiecej – WZC, osoby androgyniczne charakteryzuje wzór zachowania O – optymalny przystosowawczo, prozdrowotny, pozbawiony predyspozycji do schorzeń psychosomatycznych.

⁹ Poziom istotności $p \leq 0.0001$; analiza wariancji testem Tuckeya.

WZA predysponujący do schorzeń kardiologicznych okazał się charakterystyczny dla płci psychologicznej męskiej, WZC – stanowiący czynnik ryzyka chorób onkologicznych i innych¹⁰ – charakterystyczny dla osób o płci psychologicznej kobiecej. Osoby o cechach schematycznych kulturowo cechują się: łatwością, psychologiczną dostępnością i tendencją do reagowania zachowaniami typowymi dla danego wzoru A lub C. Tym samym kulturowe stereotypy płci i rodzaju mogą przyczyniać się do kształtowania i nasilania określonych cech osobowości, a pośrednio – do rozwoju schorzeń psychosomatycznych.

Osoby o płci androgynicznej – zarówno kobiety, jak i mężczyźni – cechują się osobowością optymalną psychosomatycznie. Androgynia psychiczna w przedstawionym ujęciu łączy się ze zdrowym, harmonijnym rozwojem osobowości, z nieograniczoną możliwością realizacji wybranych, subiektywnie akceptowanych ról i zachowań społecznych. Osoby androgyniczne, przejawiające najczęściej pewność siebie, wysoką samoocenę, swobodę poruszania się w przestrzeni publicznej, mają możliwość skutecznego radzenia sobie z trudnościami na swobodnie, niezależnie wybieranych drogach rozwoju, bez oglądania się na oczekiwania i presję społeczną.

Literatura przedmiotu sugeruje, że wymienione właściwości osoby androgyniczne zawdzięczają możliwości sięgania do repertuaru zachowań związanych ze schematami płci odmienniej. Osoby androgyniczne są skłonne, zależnie od sytuacji, wybierać z wielu cech typowo kobiecych i typowo męskich zachowania, które gwarantują im społeczną skuteczność, a także akceptację. Ich reakcje emocjonalne, jako adekwatne i dopasowane do wymogów sytuacji, wspierają konstruktywne i prozdrowotne strategie i zasoby zmagania się z trudnościami życiowymi.

Równocześnie nie należy zapominać, że prezentowanie, zwłaszcza przez kobiety, cech stereotypowych kulturowo częściej spotyka się z aprobatą i pozytywną oceną otoczenia. Szczególnie jest to widoczne w społeczeństwach konserwatywnych, tradycyjnych kulturowo. To właśnie m.in. leży prawdopodobnie u podstaw wysokiej subiektywnej samooceny własnej kobiecości u kobiet lub męskości u mężczyzn w porównaniu ze wskaźnikami płci psychologicznej uzyskiwanymi na podstawie indywidualnych badań kwestionariuszowych. Może to otwierać, zwłaszcza dla kobiet androgynicznych, obszar trudności i konfliktów środowiskowych, których rozwiązanie wymaga siły i odwagi oraz może pociągać koszty psychologiczne, a także społeczne.

Pamiętając o wstępnym i ograniczonym charakterze wnioskowania ze względu na niewielkie liczebności oraz ograniczoną reprezentatywność badanych podgrup, należy stwierdzić, że uzyskane wyniki są raczej spójne z tezami i wynikami badań wspierającymi koncepcję S. Bem niż argumentami podważającymi, wręcz negującymi pozytywne walory cech i zachowań androgynicznych.

Problematyka wzajemnych powiązań między płcią biologiczną i psychologiczną otwiera przestrzeń dla nowych rozwiązań dotyczących uwarunkowań i mechanizmów przystosowania, zdrowia pozytywnego, a także czynników ryzyka wielu

10 Również takich jak choroby reumatyczne czy osteoporoza (Kubacka-Jasiecka, 1998, 2012).

schorzeń psychosomatycznych i somatycznych. Zacytujmy na koniec wypowiedź E. Aronsona:

Byłoby naiwnością nie dostrzegać oczywistego faktu, że niektóre role są bardziej ograniczające i niekorzystne dla rozwoju niż inne. Jednakże byłoby też nierozsądnie nie zadawać sobie sprawy z tego, że wysiłki jednej grupy, dążącej do uwolnienia się z więzów uprzedzeń, pośrednio przynoszą korzyść nam wszystkim. [...] będziemy mogli bardziej swobodnie realizować nasze potencjalne możliwości – możliwości istot ludzkich (2004, s. 301).

Bibliografia

- Aronson, E. (2004). *Człowiek – istota społeczna*. Tłum. J. Radzicki. Warszawa: PWN.
- Bem Lipsitz, S. (1974). *The Measurement of Psychological Androgyny*. „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, 42, s. 155–162
- Bem Lipsitz, S. (1994). *Androgynia psychiczna a tożsamość płciowa*. W: P.G. Zimbardo, F.L. Ruch (red.), *Psychologia i życie*. Warszawa: PWN, s. 435–438.
- Bem S.L. (1981). *Gender Schema Theory: A cognitive account of sex typing*. „Psychological Review”, 88 (4), s. 354–364.
- Bem, S.L. (2000). *Męskość – kobiecość. O różnicach wynikających z płci*. Tłum. S. Pikiel. Gdańsk: Wydawnictwo GWP.
- Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju*. Tłum. M. Kacmajor. Gdańsk: GWP.
- Chaffin, R., Crawford, M., Imreh, G. (2002). *Performing Gender*. „Feminism and Psychology”, 12 (2), s. 182–189
- Dakowicz, A. (2000). *Płeć psychiczna a poziom samoaktualizacji*. Białystok: Trans Humana.
- Hartman, J. (2000). *Kobiety są lepsze*. „Gazeta Wyborcza”, 14 I.
- Henley, N. (2002). *Body Politics and Beyond*. „Feminism and Psychology”, 12 (3), s. 295–310.
- Hyży, E. (2003). *Kobieta, ciało, tożsamość. Teorie podmiotu w filozofii feministycznej końca XX wieku*. Kraków: Universitas.
- Imieliński, K., Dulko, S. (1998). *Przekleństwo Androgyne. Transseksualizm: Mity i rzeczywistość*. Warszawa: PWN.
- Jackson, L.A., Cash, T.F. (1985). *Component of Gender Stereotypes: Their implications for inferences on stereotypic and nonstereotypic dimensions*. „Personality and Social Psychology Bulletin”, 11, s. 326–344
- Jasiecki, M. (1990). *Role związane z płcią a wzory otwartości interpersonalnej*. „Przegląd Psychologiczny”, 1, 33, s. 165–182.
- Kaschack, E. (1996). *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*. Tłum. J. Węgrodzka. Gdańsk: GWP.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2006). *Funkcjonowanie emocjonalne kobiet po mastektomii z perspektywy rozważań nad wzorem zachowania C (WZC)*. „Sztuka Leczenia”, 34, s. 31–48
- Kubacka-Jasiecka, D. (2012). *Wzór zachowania C. Rozważania i badania nad rozwojowymi uwarunkowaniami oraz korelatami WZC*. W: N. Ogińska-Bulik (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka*. Łódź: Wyd. UŁ, s. 199–218.
- Kubacka-Jasiecka, D., Wysocka-Pleczyk, M. (1998). *Psychosocial Functioning of Osteoporosis Patients Facing Disease-industrial Stress in the Context of the Type C Behaviour*. W: *8th International Congress of Somatotherapy, 2nd Congress of Somatoanalysis*. Cracovia.
- Kuczyńska, A. (1992). *Płeć psychologiczna. Podstawy teoretyczne, dane empiryczne oraz narzędzie pomiaru*. „Przegląd Psychologiczny”, 2, 35, s. 237–247.

- Kula, K., Słowikowska-Hilczner, J. (2007). *Biologiczny charakter identyfikacji płciowej*. Łódź: Wyd. Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.
- Mandal, E. (2003). *Kobiecość i męskość*. Warszawa: Żak.
- Mandal, J. (2004). *Podmiotowe interpersonalne konsekwencje stereotypów związanych z płcią*. Katowice: Wyd. UŚ.
- Maslow, A. (1990). *Motywacja i osobowość*. Tłum. P. Sawicka. Warszawa: PAX.
- McCrae, R.R., Costa, P.T. (2005). *Osobowość dorosłego człowieka. Perspektywa teorii pięcioczynnikowej*. Tłum. B. Majczyna. Kraków: WAM.
- Miluska, J. (1992). *Tożsamość płciowa człowieka w cyklu życia*. „Przegląd Psychologiczny”, 3, 35, s. 365–378.
- Mirski, A. (1995). *Udział czynników psychologicznych w etiologii chorób nowotworowych*. „Sztuka Leczenia”, 1, s. 55.
- Mirski, A. (1997). *Optimum psychosomatyczne*. W: J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie. Materiały XIII Ogólnopolskiego Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej i V Bałtyckiego Sympozjum Balintowskiego, Kołobrzeg, maj 1997*. Wrocław: Wyd. AWF.
- Moir, A., Jessel, D. (1993). *Płeć mózgu. O prawdziwej różnicy między mężczyzną i kobietą*. Tłum. N. Kamcewicz-Hoffman. Warszawa: PIW.
- Roberts, T.-A. (2002). *The Woman in the Body*. „Feminism and Psychology”, 12 (3), s. 324–329.
- Siudem, I. (2004). *Fala w szkole, a poziom i struktura agresji młodzieży*. W: A. Rejzner (red.), *Agresja w szkole – spojrzenie wieloaspektowe*. Warszawa: Wyd. Wyższej Szkoły Psychologicznej TWP, s. 55–66.
- Strykowska, M. (1993). *Psychologiczne koncepcje męskości i kobiecości*. „Człowiek i Społeczeństwo”, 10, s. 69–84.
- Strykowska, M. (1995). *Kobiety w zarządzaniu. Społeczne i psychologiczne uwarunkowania pełnienia przez kobiety funkcji menedżerskich*. W: J. Miluska, E. Pakszys (red.), *Humanistyka i płeć (I). Studia kobiece z psychologii, filozofii i historii*. Poznań: Wyd. Naukowe UAM, s. 39–50.
- West, C., Zimmerman, D.H. (1987). *Doing Gender*. „Gender and Society”, 2, s. 125–151
- Wojciechowska, I. (2000). *Kiedy ciało ma decydujący głos w sprawie wartości człowieka – drogi prowadzące do tożsamości anorektycznej*. W: A. Suchańska (red.), *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji. Wybrane zagadnienia*. Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora, s. 77–124.
- Wojciszke, B. (red.) (2002). *Kobiety i mężczyźni. Odmienne spojrzenie na różnice*. Gdańsk: GWP.
- Woodhill, B.M. (2003). *Positive and Negative Androgyny and Their Relationship with Psychological Health and Well-being*. „Sex Roles”, 48, s. 555–565.
- Wycisk, J. (2003). *Doświadczenie własnej cielesności u kobiet i mężczyzn w czy kontekście zachowań autodestruktywnych*. „Polskie Forum Psychologiczne”, 1–2, s. 69–77
- Zawadzki, B. (1998). *Inwentarz Osobowości NEO-FFJ Costy i Mc Crae*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Psychical Androgyny as a Potential for Adaptation and Health

The dissertation tackles an issue of psychical androgyny, characterized by a high level of culturally stereotypical male and female features. The subject of the presented empirical research results was psychical androgyny in the context of the obtained resources of adaptation and health.

The issue of the psychical sex (gender), playing an important role in the considerations of psychologists on the psychosocial functioning, seems to be important because of the current ideological discussion, as well as the controversies regarding the adapting values of psychical androgyny.

Keywords: psychical androgyny, health, adaptation resources

HELENA WRONA-POLAŃSKA, ANNA KACZMARSKA
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Stres a zdrowie osób wspierających chorych na białaczkę

Wprowadzenie

Człowiek we współczesnym świecie codziennie jest narażony na przeżywanie sytuacji trudnych (lękowych). Stres wydaje się czynnikiem charakteryzującym współczesność. Zdrowie w świetle koncepcji systemowych określa się jako proces równoważenia wymagań zewnętrznych z zasobami jednostki (Sęk, 1997). Istotny wpływ na poziom zdrowia ma zatem skuteczne radzenie sobie ze stresem (Antonovsky, 1995). Stres nie zawsze negatywnie wpływa na zdrowie człowieka, może także prowadzić do rozwoju osobowości (Wrona-Polańska, 2003). Zgodnie z podejściem holistycznym zakłada się, że utrzymanie zdrowia to proces wieloczynnikowy. W modelu holistycznym akcentuje się wzajemny wpływ sfery duchowej, psychicznej i somatycznej. Ta zależność jest szczególnie widoczna, jeśli chodzi o stres (Leksowska i in., 2011). Aktualnie wychodzi się poza biomedyczne ujęcie zdrowia i choroby, uwzględniając w tym obszarze aspekt psychologiczny, kulturowy, społeczny i ekonomiczny (Górnik-Durose, 2011). Perspektywa taka wiąże się ze stale rosnącą liczbą tzw. chorób cywilizacyjnych, których podłoża upatruje się w czynnikach psychospołecznych. Taka sytuacja wymusza pojmowanie zdrowia w sposób całościowy. Podejście to nawiązuje do medycyny Wschodu, która znacząco różni się od ujęcia biomedycznego charakterystycznego dla medycyny zachodniej. Holistyczny model zakłada, że organizmy żywe i ich środowisko zewnętrzne wzajemnie na siebie oddziałują i w ten sposób również należy postrzegać ich funkcjonowanie. Całość dominuje nad częściami systemu, a założenie takie wynika z przeświadczenia, że w każdym żywym organizmie można wyróżnić jego składowe, sam organizm jest natomiast częścią większej struktury. W podejściu tym podkreśla się dynamikę procesów zachodzących w organizmie, które są zmienne, ale jednocześnie wykazują pewną stałość. Konsekwencją tej dynamicznej struktury jest możliwość samoorganizacji. Oznacza to, że organizm jest zdolny uzyskać pewną autonomię w stosunku do otoczenia, chociaż człowiek i otoczenie ciągle na siebie wpływają. Z samoorganizacją wiąże się możliwość samoodnawiania i samotranscendencji (Dolińska-Zygmunt, 2001). Model holistyczno-funkcjonalny akcentuje świadomą aktywność jednostki dotyczącą zdrowia, odpowiedzialność i podejmowanie działań na jego rzecz. Zgodnie z założeniami modelu człowiek

w momencie wystąpienia problemów zdrowotnych jest zaangażowany we współpracę i czuje się odpowiedzialny za powrót do zdrowia (Pasikowski, 2008).

Ujęcie zdrowia w kategoriach procesu znajduje odzwierciedlenie w modelu salutogenetycznym A. Antonovsky'ego. Zdrowie ujmowane jest na kontinuum, którego lewy biegun oznacza pełne zdrowie na poziomie fizycznym, psychicznym i społecznym, a prawy – chorobę niebezpieczną dla życia. Procesualne definiowanie zdrowia zakłada stan dynamicznej równowagi w systemie, czyli szereg reakcji na wymagania wewnętrzne i zewnętrzne w celu utrzymania lub przywrócenia równowagi organizmu (Antonovsky, 1995). Zachowanie dynamicznej równowagi w obrębie różnych wymiarów systemu stanowi o poziomie zdrowia obiektywnego. Subiektywnie stan ten odczuwany jest jako dobre samopoczucie, a całościowo – jako poczucie zdrowia (Wrona-Polańska, 2013). Szczególne znaczenie przypisuje się subiektywnej ocenie zdrowia. Ma ona istotne znaczenie dla wyodrębnienia grup ryzyka, co może się przekładać na podejmowane działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia (Woynarowska, Oblacińska, 2014). W kontekście choroby to subiektywna ocena stanu zdrowia często decyduje o postrzeganiu własnej sytuacji zdrowotnej jako zagrażającej bądź nie, bez względu na jej obiektywne wskaźniki (Lutgendorf i in., 2000). Subiektywne poczucie zdrowia okazuje się zasadniczym czynnikiem w zakresie podejmowanych zachowań prozdrowotnych. Reguluje, w odróżnieniu od zdrowia obiektywnego, zachowania podejmowane przez podmiot w odniesieniu do zdrowia (Wrona-Polańska, 2003, 2013).

Przewlekły stres stanowi podstawowe zagrożenie dla zdrowia człowieka. Wpływa negatywnie na ogólną odporność organizmu, rozregulowuje działanie układu hormonalnego, zaburza funkcjonowanie pamięci, powoduje bezsenność, jest przyczyną stanów depresyjnych, zmęczenia, chorób psychicznych i somatycznych.

W odpowiedzi na myśl lub stresujące doświadczenie mózg uruchamia hormonalną reakcję organizmu. Podstawowe aktywowane hormony to adrenalina i noradrenalina, uwalniane przez współczulny układ nerwowy. Następną istotną grupę hormonów stanowią glikokortykoidy. Ich działanie jest podobne do adrenaliny, z tą różnicą, że w ich przypadku jest znacznie dłuższe. Ponadto na skutek stresu trzustka jest pobudzana do wytwarzania glukagonu. Ten hormon wraz z pozostałymi wymienionymi podnosi stężenie glukozy we krwi. W wyniku jego działania następuje aktywizacja energii. Wydzielana jest także prolaktyna, substancje morfinopodobne (endorfiny i enkefaliny) oraz wazopresyna. Ta pierwsza hamuje aktywność związaną z reprodukcją, kolejne są pomocne m.in. w minimalizowaniu odczuwania bólu. Wazopresyna to hormon antydiuretyczny, który uczestniczy w sercowo-naczyniowej reakcji na stresor. W tej sytuacji część układu hormonalnego jest aktywowana, a część hamowana. W sytuacjach kryzysowych organizm mobilizowany jest do działania i reakcje na stres mają na celu jego ochronę, ale w dłuższej perspektywie czasowej mogą doprowadzić do choroby (Sapolsky, 2012). Stres jest niezbędny w rozwoju ludzi, jest reakcją naturalną. Korzystnie wpływa na naszą uwagę, czujność, decyzyjność oraz radzenie

sobie z trudnościami. W wyniku stresu organizm zostaje w pełni zmobilizowany do walki lub ucieczki. W czasach prehistorycznych taka reakcja miała u naszych przodków funkcję adaptacyjną. Współcześnie, w wyniku zmian cywilizacyjnych, tego typu odpowiedź na stresor najczęściej nie jest odpowiednia do faktycznego zagrożenia. Co istotne, aktualnie organizm doświadcza częstych i kolejnych mobilizacji w wyniku wzrostu w otoczeniu liczby i powszechności stresorów, które zakłócają stan równowagi. Skutkiem jest nadmierne obciążenie i mniejsze możliwości regenerowania się organizmu. WHO nazywa stres „chorobą stulecia” (Joško, 2007). W psychologii jedna z najczęściej przywoływanych definicji stresu jest oparta na koncepcji Richarda Lazarusa i Susanne Folkman, określanej transakcyjnym modelem stresu. Stres jest rozumiany w kategoriach relacji między podmiotem a jego środowiskiem, którą osoba postrzega jako niesprzyjającą i zagrażającą jego dobrostanowi. To percepcja jednostki decyduje, czy dana sytuacja będzie zinterpretowana jako stresująca, czy nie (Chodkiewicz, 2005). Człowiek w sposób ciągły dokonuje oceny poznawczej pierwotnej transakcji, która zachodzi pomiędzy nim a otoczeniem. Ocenia ją w odniesieniu do własnego dobrostanu. W konsekwencji dana transakcja może być określona jako: niemająca znaczenia, sprzyjająco-pozytywna lub stresująca. To subiektywna ocena osoby decyduje, czy dana sytuacja będzie określona jako stresująca. Relacja stresująca podczas oceny pierwotnej może być zakwalifikowana jako: krzywda/strata, zagrożenie lub wyzwanie. Krzywda wiąże się z już zaistniałą szkodą, np. utrata bliskiej osoby, pracy, zdrowia. Zagrożenie odnosi się do strat antycypowanych. Wyzwanie obejmuje sytuacje przyszłe, które mogą mieć charakter strat, ale również korzyści. Ocena pierwotna, skutkująca uznaniem sytuacji za stresową, daje początek kolejnemu procesowi poznawczemu – ocenie wtórnej. Ocena ta dotyczy zarówno przyczyn stresu, jak i własnych zasobów w kontekście poradzenia sobie ze stresem. Ocena pierwotna i wtórna zachodzą jednocześnie (Heszen, 2013).

Cel badań

Sytuacja choroby, szczególnie nowotworowej, jak wskazują badania oraz doświadczenie kliniczne, stanowi źródło napięcia emocjonalnego dla bliskich pacjenta. Podjęte badania stanowią próbę odpowiedzi na pytanie, jakie są psychologiczne mechanizmy pozwalające utrzymać zdrowie wśród osób wspierających bliskich chorych na białaczkę. Na podstawie Funkcjonalnego Modelu Zdrowia Heleny Wrony-Polańskiej założono występowanie związku pomiędzy poziomem zdrowia badanych a doświadczanym stresem i stylami radzenia sobie z nim. Przyjęto, że zdrowie wiąże się ze stosowaniem skutecznych sposobów radzenia sobie ze stresem.

Podstawa teoretyczna badań

Podstawę teoretyczną podjętych badań stanowi Funkcjonalny Model Zdrowia Heleny Wrony-Polańskiej (2003, 2013). Funkcjonalny Model Zdrowia traktuje zdrowie jako funkcję twórczego a niestereotypowego radzenia sobie ze stresem przez mobilizację zasobów. Głównym źródłem zdrowia, zgodnie z przyjętym modelem, jest osobowość prozdrowotna. To złożona zmienna, obejmująca zasoby podmiotowe poznawcze, takie jak: silne poczucie koherencji, poczucie spostrzeganej kontroli oraz pozytywna samoocena. Zasoby to podmiotowe i środowiskowe cechy oraz możliwości, które w sytuacji stresowej pełnią pozytywną funkcję obronną. Osobowość prozdrowotna wpływa różnymi ścieżkami na poziom zdrowia. Szczególne znaczenie ma ścieżka napięciowa, która negatywnie wpływa na zdrowie, oraz ścieżka emocjonalna (pozytywne emocje) oddziałująca z kolei pozytywnie. Poziom zdrowia w dużej mierze zależy od poziomu przeżywanego stresu, dlatego też ścieżka napięciowa w tym kontekście jest tak istotna. Skuteczne rozwiązywanie problemów redukuje napięcie stresowe i zwiększa poziom zdrowia. Przykre wydarzenia życiowe mogą potęgować napięcie emocjonalne, przeciwdziałają temu zasoby podmiotowe oraz wsparcie społeczne. Ścieżka emocjonalna (związana z zadowoleniem z pracy) jest wspierana przez osobowość prozdrowotną, a wspomagana przez zasoby wnoszone przez sytuacje (materialne i społeczne). Na każdą zmienną oddziałuje osobowość prozdrowotna, czyli podmiotowe zasoby poznawcze, które wpływają na wszystkie ścieżki prowadzące do zdrowia. Zasoby pełnią zasadniczą funkcję w zakresie utrzymaniu, a także budowaniu zdrowia (Wrona-Polańska, 2003, 2013).

Metoda badań

W badaniu użyto następujących metod: Kwestionariusz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) Endlera i Parkera, Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (STAI) Spielbergera, Gorsucha i Lushene oraz wywiad standaryzowany opracowany na podstawie Kwestionariusza WS Wrony-Polańskiej, służący do badania poczucia zdrowia. Zdrowie zostało zdefiniowane operacyjnie przy użyciu następujących wskaźników: poczucia zdrowia w subiektywnej ocenie badanego, poczucia spokoju, poczucia jakości życia, poczucia braku zmęczenia. Wymienione wskaźniki składają się na ogólną zmienną zdrowie. Lęk-stan rozumiany jest jako wskaźnik doświadczanego stresu.

Badaniem objęto 100 osób wspierających chorych na białaczkę z Katedry i Kliniki Hematologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz Fundacji Urszuli Smok „Podaruj Życie”, w tym 34 mężczyzn i 66 kobiet. Wiek badanych wynosił 21–77 lat (tabela 1). Czas chorowania osób bliskich wynosił od 3 dni do 16 lat. 70 osób spośród badanych miało medyczną diagnozę choroby.

51 osób wskazało, że wiąże pogorszenie swojego stanu zdrowia z wystąpieniem nowotworu krwi u osoby bliskiej.

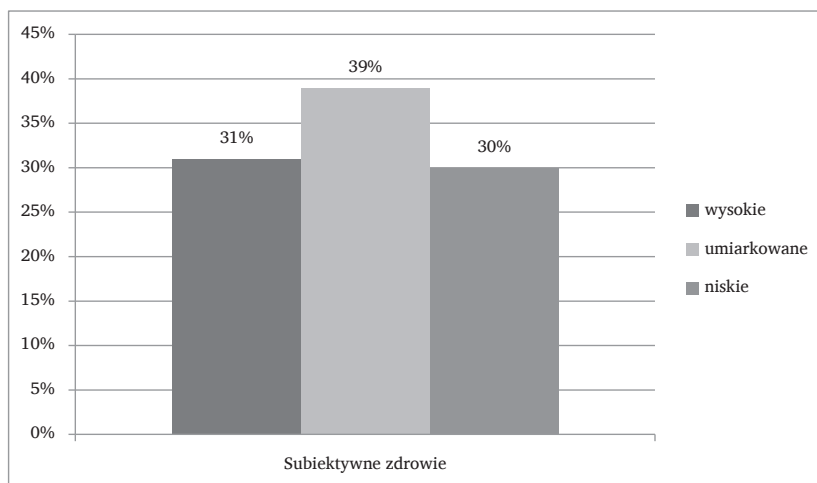
Tabela 1 Charakterystyka badanych ze względu na wiek i czas chorowania

	Średnia	Odchylenie Standardowe	Minimum	Maksimum
Wiek	47,220	13,588	21,00000	77,00000
Czas chorowania	34,551	44,964	0,03000	192,0000

Wyniki i ich omówienie

Zdrowie osób badanych

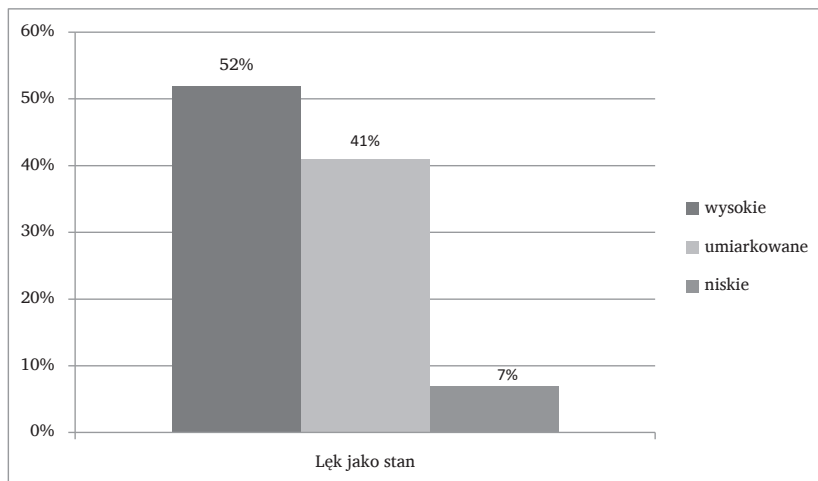
30% procent osób oceniło subiektywne poczucie zdrowia jako niskie, 39% – jako umiarkowane, a 31% – jako wysokie. Wyniki ilustruje wykres 1.



Wykres 1. Subiektywne zdrowie badanych – wyniki przeliczone

Lęk jako stan

52% spośród badanych uzyskało wysokie wyniki w zakresie lęku jako stanu, 41% – umiarkowane, 7% – niskie. Wyniki ilustruje wykres 2.



Wykres 2. Lęk jako stan – wyniki przeliczone

Subiektywne zdrowie a lęk jako stan

Współzależność pomiędzy subiektywnym zdrowiem a lękiem jako stanem badano za pomocą korelacji liniowej r -Pearsona. Wyniki badań przedstawione w tabeli 2 wskazują, że występuje korelacja ujemna pomiędzy lękiem jako stanem a subiektywnym poczuciem zdrowia. Im wyższy lęk jako stan, tym niższe subiektywne zdrowie u osób wspierających chorych na białaczkę i odwrotnie.

Tabela 2. Korelacje r -Pearsona między zdrowiem a lękiem jako stanem

STAI X1 (wyniki surowe)	Zdrowie (wyniki surowe)
Lęk jako stan	-0,525
	$p = .001$

$p \leq 0,05$ (test dwustronny)

Subiektywne poczucie zdrowia a style radzenia sobie ze stresem

Analiza współzależności pomiędzy poczuciem zdrowia a stylami radzenia sobie ze stresem wskazuje na występowanie korelacji dodatniej pomiędzy subiektywnym poczuciem zdrowia a stylem skoncentrowanym na zadaniu, unikaniu, angażowaniu się w czynności zastępcze oraz poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Pomiedzy stylem skoncentrowanym na emocjach negatywnych a poczuciem zdrowia istnieje korelacja ujemna. Wyniki obrazuje tabela 3.

Tabela 3. Korelacje r - Pearsona między zdrowiem a stylami radzenia sobie ze stresem

CISS (wyniki surowe)	Zdrowie (wyniki surowe)
SSZ	0,241
	$p = .016$
SSE	-0,384
	$p = .001$
SSU	0,106
	$p = .294$
ACZ	0,027
	$p = .787$
PKT	0,314
	$p = .001$

$p \leq 0,05$ (test dwustronny)

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie w czynności zastępcze, PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Style radzenia sobie a lęk jako stan

Wyniki w tabeli 4 przedstawiają współzależność ujemną pomiędzy stylem skoncentrowanym na zadaniu oraz poszukiwaniem kontaktów towarzyskich a lękiem jako stanem. Styl skoncentrowany na emocjach dodatnio koreluje z lękiem stanem.

Tabela 4. Korelacje r - Pearsona między stylami radzenia sobie ze stresem a lękiem jako stanem

CISS (wyniki surowe)	STAI X1 Lęk jako stan (wyniki surowe)
SSZ	-0,221
	$p = .027$
SSE	0,429
	$p = .001$
PKT	-0,21
	$p = .036$

$p \leq 0,05$ (test dwustronny)

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Dyskusja i wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że osoby wspierające chorych na białaczkę w większości doświadczają wysokiego i umiarkowanego lęku jako stanu. Wyniki dotyczące subiektywnego poczucia zdrowia rozkładają się proporcjonalnie. Wyższy poziom lęku jako stanu wiąże się z niższym subiektywnym poczuciem zdrowia u badanych. Choroba jest czynnikiem lękotwórczym. W znacznym stopniu wpływa na funkcjonowanie fizyczne i psychiczne zarówno pacjentów, jak i ich bliskich. Ci ostatni doświadczają niepewności, lęku związanego z przebiegiem choroby, a także jej zakończeniem. Nowotwór destabilizuje funkcjonowanie rodziny, niejednokrotnie prowadząc do kryzysu (Wrona-Polańska, 1984, 2011). Choroba zwykle skutkuje zmianami w sytuacji ekonomicznej, ale także społecznej rodziny. Życie osób bliskich często zostaje skoncentrowane wokół choroby członka rodziny (Leksowska i in., 2011). Przewlekły stres wpływa negatywnie na funkcjonowanie układu odpornościowego. Chroniczny stres związany z pracą, problemami zdrowotnymi czy sprawowaniem opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem grozi m.in. stanami depresyjnymi, schorzeniami układu krwionośnego, układu pokarmowego, nadciśnieniem czy chorobami autoimmunologicznymi (Beszczyńska, 2007). Badania osób wspierających chorych na Alzheimera wskazują, że im dłuższy jest czas sprawowania opieki nad podopiecznym, tym niższa odporność organizmu opiekuna (Redwine i in., 2004). Instrumentalne radzenie sobie, koncentracja na unikaniu, w tym angażowanie się w czynności zastępcze oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich, wiążą się z wyższym poczuciem subiektywnego zdrowia u badanych. Koncentracja na negatywnych emocjach wiąże się natomiast z jego obniżeniem. Zadaniowy styl radzenia sobie oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich sprzyja niższemu poczuciu lęku jako stanu. Styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach z kolei koreluje dodatnio z wyższym poziomem lęku jako stanu. Uzyskane wyniki są spójne z założeniem wynikającym z Funkcjonalnego Modelu Zdrowia (Wrona-Polańska, 2013), że zdrowie osób wspierających chorych na białaczkę warunkowane jest stosowaniem skutecznych sposobów radzenia sobie, które będą sprzyjały obniżeniu napięcia emocjonalnego, w wyniku czego nastąpi wzrost poczucia zdrowia.

Wskazania do promocji zdrowia

Na podstawie uzyskanych wyników, rozmów i obserwacji osób bliskich chorych na białaczkę wnioskuje się, że istotne znaczenie ma ich wsparcie w zakresie adaptacji do nowej sytuacji. Choroba nowotworowa nadal w społeczeństwie wiąże się z negatywnym nastawieniem oraz emocjami. Pomimo znacznego postępu w medycynie i licznych wyleczeń nowotwór utożsamiany jest zwykle z brakiem pewności co do powrotu chorego do zdrowia. Badani zmagają się z niewiedzą

dotyczącą postępowania w nowej sytuacji; podczas wywiadów i obserwacji zauważalny był ich lęk związany z funkcjonowaniem w aktualnej sytuacji, m.in. pojawiały się obawy, jak rozmawiać z chorym, jak zachowywać się wobec niego, czy i w jaki sposób można ulżyć jego cierpieniu. Ważna wydaje się w tej sytuacji psychoedukacja badanych dotycząca medycznych wskazówek co do przebiegu i sposobu postępowania w chorobie oraz warsztatu psychologicznego, m.in. komunikacji interpersonalnej. Badani, szczególnie osoby, których bliscy chorowali do roku, deklarowali potrzebę kontaktu z psychologiem. Korzystne byłoby wdrożenie indywidualnego i grupowego wsparcia psychologicznego dla osób towarzyszących chorym na białaczkę, zwłaszcza że 51 osób spośród badanych łączyło pogorszenie swojego stanu zdrowia z sytuacją choroby osoby bliskiej. W pracy z osobami wspierającymi chorych istotne będzie uwzględnienie technik redukcji stresu, metod umożliwiających pogłębienie świadomości przeżywanych emocji związanych z doświadczaniem napięcia oraz konstruktywnych umiejętności jego obniżenia, a także praca nad pogłębieniem świadomości mechanizmów własnego działania. Należy pamiętać, że to człowiek kreuje własne zdrowie głównie przez umiejętność radzenia sobie z codziennymi wymaganiami, ale także sytuacjami wyjątkowymi, często przekraczającymi możliwości radzenia sobie z nimi, takimi jak choroba białaczkowa osoby bliskiej. Dlatego istotne jest dla zdrowia osób towarzyszących chorym obniżenie niepokoju związanego z chorobą osoby bliskiej oraz wzmacnianie ich zasobów podmiotowych.

Bibliografia

- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Tłum. H.J. Grzegołowska-Klarkowska. Warszawa: PWN.
- Antoszevska B. (2006). *Dziecko z chorobą nowotworową – problemy psychopedagogiczne*. Kraków: Impuls.
- Beszczynska, B. (2007). *Molekularne podstawy zaburzeń psychicznych wywołanych stresem*. „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej”, 61, s. 690–701.
- Chodkiewicz, J. (2005). *Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*. Łódź: Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna.
- Dolińska-Zygmunt, G. (2001). *Teoretyczne podstawy refleksji o zdrowiu*. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wyd. UWr, s. 11 – 18.
- Górnik-Durose, M. (2011). *Konteksty i pogranicza – inspiracje dla psychologii zdrowia*. W: M. Górnik-Durose, J. Matusiak (red.), *Psychologia zdrowia. Konteksty i pogranicza*. Katowice: Wyd. UŚ, s. 17–39.
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*. Warszawa: PWN.
- Joško, J. (2007). *Stres w chorobach przewlekłych*. Warszawa: PZWL.
- Leksowska, A., Jaworska, I., Gorczyca, P. (2011). *Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka*. „Folia Cardiologica Experta”, 6 (4), s. 244–248.
- Lutgendorf, S.K., Anderson, B., Rothrock, N., Buller, R.E., Sood, A.K., Sorosky, J.I. (2000). *Quality of Life and Mood in Women Receiving Extensive Chemotherapy for Gynecologic Cancer*. „Cancer”, 89, 6, s. 1402–1411.

- Pasikowski, T. (2008). *Co z tym zdrowiem? Pytania ważne i mniej ważne*. W: J.M. Brzeziński, L. Cierpiałkowska (red.), *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Gdańsk: GWP, s. 62–77.
- Redwine, L., Mills, P.J., Sada, M., Dimsdale, J., Patterson, T., Grant I. (2004). *Differential Immune Cell Chemotaxis Responses to Acute Psychological Stress in Alzheimer Caregivers Compared to Non-caregivers Controls*. „Psychosomatic Medicine”, 66, s. 770–775.
- Sapolsky, R. (2012). *Dlaczego zebry nie mają wrzodów? Psychofizjologia stresu*. Tłum. M. Guzowska-Dąbrowska. Warszawa: PWN.
- Sęk, H. (1997). *Psychologia wobec promocji zdrowia*. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN, s. 40–61.
- Wojnarowska, B., Oblacińska, A. (2014). Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce. Najważniejsze problemy zdrowotne. „Studia BAS”, 2 (38), s. 41–64.
- Wrona-Polańska, H. (1984). *Zmiany obrazu samego siebie u pacjentów z chorobą białaczkową*. „Zeszyty Naukowe UJ. Prace Psychologiczne”, 1, s. 137–161.
- Wrona-Polańska, H. (2003). *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania zdrowia w zawodzie nauczyciela*. Kraków: Wyd. Naukowe AP.
- Wrona-Polańska, H. (2013). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*. Kraków: Wyd. UJ.

Stress and Health of People Supporting Those Suffering from Leukaemia

Cancer is a source of intense stress for the person suffering from it, but also for their close ones. People supporting cancer patients are faced with changes, which bring psychical and physical costs. As the conducted research shows, people supporting those suffering from leukaemia are exposed to intense emotional tension. This situation can have a negative effect on their health. About half of the studied people connected worsening of their health condition with experiencing an illness of a close one. For the health of the people accompanying those who are ill, it is important to lower the anxiety connected with the illness and strengthening the subjective resources.

Keywords: stress, health, people supporting those suffering from leukaemia

WŁADYSŁAWA PILECKA
Uniwersytet Jagielloński

Pomoc psychologiczna w promowaniu zdrowia dzieci zmagających się z przewlekłą chorobą somatyczną

Wprowadzenie

Statystyki medyczne z ostatnich kilku dekad ukazują szybki wzrost wskaźników zapadalności na niektóre choroby przewlekłe, np. na cukrzycę typu 1, alergie, astmę czy nowotwory. Przyjmuje się, że około 31% dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia cierpi na różnego rodzaju przewlekłe choroby somatyczne, charakteryzujące się częściej łagodnym (66%) niż umiarkowanym (29%) lub ciężkim (5%) przebiegiem, wyraźnie jednak ograniczające ich codzienną aktywność życiową. W populacji tej 70% dzieci zmagają się z jedną, 21% – z dwiema, a 9% – z trzema chorobami o przewlekłym przebiegu (Newacheck, Taylor, 1992).

Podstawę współczesnego rozumienia przewlekłej choroby somatycznej stanowi biopsychospołeczny model zdrowia i choroby, pozwalający ją uznać za potencjalny stresor przekształcający dotychczasową sytuację dziecka i jego rodziny w odmienną, z określonymi wymaganiami i ograniczeniami, którym zarówno samo dziecko, jak i jego rodzina muszą sprostać. Proces radzenia sobie w tej nowej, trudnej sytuacji nazywa się adaptacją. Nie oznacza ona biernego dopasowania się do zaistniałych wymagań przez zmiany zachowania, lecz twórczą reakcję na występujące utrudnienia i zagrożenia, która w efekcie ma doprowadzić do korzystnego bilansu zysków (odporność psychiczna, samokontrola, klaryfikacja wartości, transcendencja) i kosztów (ból, cierpienie, lęk i emocje gniewne, ograniczenia społeczne, deterioracja poznawcza). Somatyczne problemy dzieci i młodzieży są zawsze uwikłane w ich społeczne i emocjonalne funkcjonowanie, raz będąc ich przyczyną, innym razem zaś skutkiem (Thompson, Gustafson, 1996; Pilecka, 2002). Te wzajemne zależności dobrze ukazują somatopsychiczne i psychosomatyczne badania prowadzone w grupach dzieci i młodzieży zmagających się z chorobą nowotworową (Pilecka, 2011).

Nowotwory należą do rzadkich chorób wieku rozwojowego, ale stają się coraz bardziej powszechne i są drugą (obok urazów i zatruc) pod względem częstości przyczyną zgonów w populacji dzieci i młodzieży. Ryzyko ich wystąpienia szacuje się na 1 : 600 dzieci do 15. roku życia i 1 : 300 – do 17. roku życia (Moore, 2005; Riccio, Sullivan, Cohen, 2010). W Polsce występuje 1100–1200 nowych zachorowań w skali roku. Wyniki badań nad psychospołecznym funkcjonowaniem dzieci

i młodzieży dotkniętych chorobą nowotworową z ostatnich dwóch dekad pozwalają sformułować trzy wnioski bardziej ogólnej natury. Po pierwsze, w funkcjonowaniu umysłowym dominują parcjalne deficyty o umiarkowanym stopniu nasilenia w zakresie: procesów uwagowych, pamięci krótkotrwałej, funkcji wykonawczych (giętkość poznawcza, hamowanie, pamięć robocza, planowanie), funkcji psychomotorycznych i wizualno-przestrzennych. Globalne opóźnienie rozwoju poznawczego występuje u tych dzieci, które zostały poddane silnej radioterapii poniżej 4. roku życia; 40% spośród nich będzie wymagało specjalnej edukacji w przyszłości (Campbell i in., 2007). Po drugie, młodzież dokonuje rekonstrukcji własnych celów życiowych, ujawnia pozytywną postawę wobec życia oraz optymistycznie postrzega własną przyszłość (Zebrack, Chesler, 2002; Pilecka, 2011). Po trzecie, istotną rolę w adaptacji emocjonalnej i społecznej dzieci z trwałą remisją choroby nowotworowej odgrywają ich umiejętności radzenia sobie oraz funkcjonowanie ich najbliższych mikrośrodków: rodziny, szkoły i grup rówieśniczych (Campbell i in., 2007). Spójność i elastyczność tych podstawowych grup społecznych w szczególności sposób decyduje o transakcyjnych powiązaniach psychospołecznych i biologicznych mechanizmów w powrocie chorych dzieci do zdrowia. W swoich długofalowych badaniach B. Fredrickson (2009) dowiodła, że jeśli w przeżyciach emocje pozytywne zyskują trzykrotną przewagę nad negatywnymi, a zachowanie cechuje kreatywność, otwartość, skuteczne radzenie sobie oraz jedność z innymi, to na poziomie somatycznym następuje aktywizacja układu immunologicznego, obniżenie kortyzolu oraz redukcja poczucia bólu.

Te pozytywne zmiany w adaptacji do sytuacji przewlekłej choroby somatycznej następują szybciej i są trwalsze, gdy dziecko i jego rodzina otrzymują profesjonalne wsparcie w postaci różnych form pomocy psychologicznej.

Pomoc psychopedagogiczna to szczególnie rodzaj działalności prospołecznej, opartej na motywacji empatyczno-autotelicznej, której celem jest takie wykorzystanie wiedzy z zakresu psychologii i pedagogiki w interakcji z dzieckiem przewlekle chorym i jego rodziną, aby zredukować i łagodzić trudności natury emocjonalnej, społecznej i poznawczej oraz podnosić jakość jego życia i rozwoju (Sęk, 1993; Spirito, Kazak, 2006). Pomoc ta powinna stanowić systemowy element leczenia i rehabilitacji dzieci z przewlekłymi chorobami somatycznymi, powinna mieć charakter zapobiegawczy i naprawczy. W jej realizacji obowiązują dwa podejścia:

- wielowymiarowe, zwane również ogólnorozwojowym lub holistycznym, czego przykładem jest program SHARE (*Survivor Health and Resilience Education* – Powrót do Zdrowia i Edukacja Odporności Psychiczej) w opracowaniu J.R. Donze i K.P. Tercyaka (2006). Program ten powstał z myślą o promocji zdrowia wśród młodzieży z trwałą remisją choroby nowotworowej. Jego celem jest rozwój zachowań zdrowotnych i prozdrowotnego stylu życia tej młodzieży, aby chronić ją przed nawrotem nowotworu lub wystąpieniem innych komplikacji chorobowych;

- jednowymiarowe, określane także jako częściowe, skierowane na sfery ryzyka nieprawidłowości czy też na czynniki chroniące, czego przykładem może

być program APT (*Attention Process Training* – Trening Uwagi) autorstwa R.W. Butlera i D.R. Copelanda (2002) lub opanowanie technik relaksacyjnych czy kontroli emocji negatywnych, o czym będzie mowa w dalszej części artykułu.

Weryfikacja empiryczna dowiodła, że działania pomocowe powinny być skoncentrowane na dziecku i jego rodzinie, być wielowymiarowe i trwać co najmniej rok. Mogą mieć formę terapii indywidualnych, grupowych lub rodzinnych. Podstawy teoretyczne tych działań stanowią najczęściej założenia teorii poznawczo-behawioralnych oraz ekologiczno-systemowych (Spirito, Kazak, 2006).

Terapia indywidualna

Terapia indywidualna zajmuje bardzo ważne miejsce w obszarze leczenia medycznego i pomocy psychologicznej dla dzieci i młodzieży z przewlekłymi chorobami somatycznymi. Terapeuta wraz z pacjentem poznaje jego problemy, wzbudza zaufanie do personelu medycznego, do innych osób z otoczenia oraz rówieśników. Indywidualny kontakt z terapeutą sprzyja realizacji potrzeb emocjonalnych dziecka, kształtuje prawidłowy stosunek do siebie i własnego położenia życiowego, uczy zmagać się z trudnościami. Często ma charakter terapii podtrzymującej. W osiągnięciu założonych celów wykorzystuje się różne techniki: relaksacyjne, kontroli gniewu, rozwiązywania problemów, radzenia sobie ze stresem.

Do najczęściej stosowanych technik relaksacyjnych zalicza się: trening autogeny, trening progresywny, wizualizację oraz oddychanie przeponowe i medytacyjne. O wyborze rodzaju relaksacji, a także o jej skuteczności decydują takie czynniki jak: wiek i poziom rozwoju umysłowego dziecka, jego aktualne problemy medyczne i psychospołeczne, temperament, umiejętności wizualizacji, oraz samo przygotowanie do relaksacji (np. sposób oddychania przez dziecko, jego zasób słownictwa niezbędny do opisu doświadczeń; Powers, Spirito, 1998). Techniki relaksacyjne są szczególnie przydatne w kształtowaniu umiejętności kontroli bólu lub lęku. Same dzieci techniki te uważają za nudne, dlatego też terapeuci urozmaicają je wizualizacją. Na przykład A.S. Koeppen (za: Spirito, Kazak, 2006), stosując progresywny trening Jacobsona dla każdej grupy mięśni, proponował inny rodzaj wizualizacji. Chcąc wywołać napięcie, a następnie rozluźnienie mięśni twarzy, prosił dzieci, aby wyobraziły sobie, że na końcu ich nosa próbuje usiąść mucha i muszą one jej w tym przeszkodzić różnymi ruchami nosa i twarzy. Wzrost napięcia w mięśniach ramion następuje łatwiej wówczas, gdy dzieci wyobrażają sobie, że są żółwiami, które próbują ukryć głowy w pancerzu, a napięcie w mięśniach nóg nasila się, gdy dzieci próbują w wyobraźni ugniatać stopami błoto. Autor zachęca ponadto małych pacjentów do generowania własnych pomysłów wizualizacyjnych, ułatwiających postępującą relaksację kolejnych grup mięśni ciała.

Procedury relaksacyjne wymagają odpowiedniego przygotowania dzieci do korzystania z nich w taki sposób, aby określona ich kombinacja i sekwencja sto-

sowania najbardziej im odpowiadała. W przygotowaniu tym mogą uczestniczyć również rodzice, aby wzmacniać motywację dzieci do współpracy z terapeutami przez wspólne ćwiczenia i wyjaśnienia ich sensu. Obejmuje ono pięć etapów.

W pierwszym etapie dziecko uczy się różnicować stany napięcia i relaksacji mięśni oraz opisywać je za pomocą odpowiednich przymiotników. Na przykład prosi się je o zgięcie ręki w łokciu i zaciśnięcie palców dłoni tak mocno, aby w przedramieniu poczuło ono silne napięcie i utrzymało je przez 10 sekund, a następnie otworzyło dłoń, opuściło rękę wzdłuż ciała, opisało swoje doznania czuciowe w dłoni i przedramieniu oraz oceniło, czy są one przyjemne. Zwykle dziecko wymaga pomocy w identyfikacji stanów ciepła czy zimna, ciężkości lub lekkości, szacowania ich na skali przyjemności. Doświadczenia zdobyte na tym etapie ułatwią mu wprowadzanie w stan relaksacji pozostałych części ciała.

W etapie drugim terapeuta prosi dziecko o zamknięcie oczu i wyobrażenie sobie postępującego rozluźnienia mięśni palców, a następnie ręki, oraz opisanie doznawanych wrażeń. Procedura ta trwa około 20 sekund, po czym dziecko ocenia, czy potrafiło sobie wyobrazić doznania relaksacyjne, próbuje je opisać oraz ustala, który rodzaj relaksacji bardziej mu odpowiada: realny czy oparty na wyobraźni. Terapeuta powinien respektować preferencje dziecka, zwłaszcza wówczas, gdy cierpi ono na schorzenia układu kostno-stawowo-mięśniowego.

Etap trzeci poświęcony jest nauce oddychania. Terapeuta prosi dziecko o bardzo głęboki oddech i zatrzymanie go, obserwuje, jak nabiera powietrza i jak długo potrafi je zatrzymać, aby dostosować swoje oczekiwania do jego pulmonologicznych możliwości w relaksacji progresywnej. Etap ten jest szczególnie istotny w pracy z dzieckiem z pierwotnymi lub wtórnymi zaburzeniami funkcjonowania układu oddechowego.

W etapie czwartym terapeuta rozwija zdolności wizualizacyjne dziecka, prosi je o wyobrażenie sobie swojego pokoju i jak najdokładniejszy jego opis. Ustala poziom wizualizacji dziecka, a następnie dynamizuje ją, prosząc o wskazanie kolorów i różnych detali na obrazach, plakatach czy innych przedmiotach znajdujących się w pokoju. Ten etap również pomaga terapeutce dopasować formę terapii relaksacyjnej do potrzeb i możliwości dziecka.

Etap piąty to wybór miejsca, w którym może się odbywać trening relaksacji, zwłaszcza ten oparty na wizualizacji. Może to być wspaniałe miejsce z wakacji, z niespełnionych marzeń lub każde inne, kojarzące się z miłymi wspomnieniami. Może to być dom dziecka, do którego wróci ono niedługo, w którym porusza się, stąpając po puszystym, miłym dywanie, a każdy krok daje uczucie relaksu (oczywiście wcześniej z konwersacji z dzieckiem terapeuta dowiaduje się, jaki ten dom jest).

Tak przygotowane dziecko będzie traktowało zajęcia relaksacyjne jako swoje zadanie i będzie ich realizację podejmować z silniejszą motywacją i większą wytrwałością.

Sytuacje generowane przez przewlekłą chorobę somatyczną często wywołują u dzieci frustracje i emocje gniewne, które z kolei nasilają pobudzenie fizjolo-

giczne, mogące modyfikować przebieg podstawowego procesu chorobowego. Dlatego też w terapiach poznawczo-behawioralnych wykorzystuje się techniki regulacji emocji, pozwalające rozpoznawać bodźce, które uruchamiają emocje negatywne, oraz redukować napięcie przez rozmowę z samym sobą lub relaksację. W latach 80. XX wieku E.L. Findler i R.B. Ecton (za: Spirito, Kazak, 2006) opracowali techniki poznawczych mediacji oraz metody redukcji pobudzenia, które ułatwiały dzieciom i młodzieży kontrolę gniewu. Program ten nazwali akronimem CALMDOWN, który nazywał osiem poznawczych i behawioralnych umiejętności, stanowiących zarazem osiem faz procesu regulacji emocji negatywnych. Nazwa programu pochodzi od pierwszych liter angielskich nazw kolejnych umiejętności:

C – *cues*: identyfikacja przyczyn gniewu

A – *alter*: identyfikacja myśli prowadzących do gniewu

L – *let*: ekspresja stanów emocjonalnych

M – *modulate*: zmiana w funkcjach fizjologicznych pod wpływem relaksacji

D – *directed*: nowe umiejętności komunikowania się i asertywności w sytuacjach konfliktowych

O – *organization*: kontrola gniewu z wykorzystaniem umiejętności rozwiązywania problemów

W – *working*: próby rozwiązywania innych trudnych sytuacji z zastosowaniem relaksacji i nabytych umiejętności

N – *negotiating*: opanowanie samoinstrukcji i stosowanie jej w różnych sytuacjach celem samospokojenia i redukcji pobudzenia (Feindler, Ecton, 1986).

Kolejna technika (S-O-L-V-E system), w opracowaniu D. Donaldsona, A. Spirito i J. Oversholsera (2003), rozwija umiejętności rozwiązywania problemów na jego pięciu etapach:

S – *select a problem*: identyfikacja problemu

O – *options*: lista sposobów rozwiązania

L – *likely outcomes*: antycypacja konsekwencji każdego rozwiązania

V – *very best one*: wybór najlepszego rozwiązania i zastosowanie go w likwidacji problemu

E – *evaluate*: ocena, czy problem został rozwiązany.

Technika ta ma uniwersalne zastosowanie w każdej trudnej sytuacji, z którą zmagają się dziecko zarówno w środowisku rodzinnym, szkolnym, rówieśniczym, jak i w instytucji medycznej. Terapeuta omawia z pacjentem proponowaną metodę, ukazując istotę każdego etapu, a następnie próbuje wraz z nim rozwiązać konkretny problem, np. respektowanie zaleceń lekarskich w procesie leczenia. Motywuje go również do samodzielnego korzystania z tej techniki w różnych sytuacjach życia. Pomaga ona bowiem w przyjmowaniu orientacji zadaniowej i minimalizacji lub rezygnacji z orientacji emocjonalnej czy unikowej w radzeniu sobie ze stresem.

W dynamizowaniu dialogu wewnętrznego (samoinstruowania) wykorzystuje się trening poznawczych umiejętności radzenia sobie, które są szczególnie przydatne w sytuacjach zagrożenia, wyzwających lęk oraz w sytuacjach deprywacji, nasilających stany depresyjne. Proces radzenia sobie obejmuje trzy fazy: kon-

ceptualizację problemu (np.: lista lęków, lista potrzeb), propozycje rozwiązania i zastosowanie. Postępowanie terapeutyczne z hospitalizowanymi dziećmi w wieku przedszkolnym, zdaniem N. Grace i jej zespołu (1993), powinno przebiegać w taki oto sposób. Terapeuta rozpoczyna rozmowę z dzieckiem, mówiąc mu, że wielu ludzi, zarówno dzieci, jak i dorosłych, nie lubi szpitala, czuje się w nim źle, odczuwa niepokój i lęk, ale tak być nie musi i on spróbuje je nauczyć, jak sobie radzić w tej sytuacji. Jeśli mały pacjent zechce robić to, o co prosi terapeuta, to na koniec wybierze sobie nagrodę z jego wielkiej torby. Niektóre dzieci mogą twierdzić, że się nie boją i niczego robić nie będą. Terapeuta powinien każdego oponenta zachęcać do współpracy, przekonując, że mimo wszystko będzie mu łatwiej. Następnie terapeuta relacjonuje dziecku, co pacjenci mówią do siebie, kiedy się boją, np.: „Nikt się mną nie zajmie, gdy mama wyjdzie z sali, coś złego mi się stanie” lub „Mój lekarz nie pracuje tej nocy, a ja nie znam innych lekarzy”, i przekonuje je, że jeśli ktoś tak mówi do siebie, to jeszcze bardziej się boi, a w jego ciele dzieją się różne rzeczy: raz mu jest gorąco, raz zimno, poci się, ma dreszcze, boli go brzuch itp. Ci, którzy się nie boją, mówią do siebie: „Dobrze, moja mama wkrótce wróci, mogę porozmawiać z innym dzieckiem lub jego mamą, siostra wie, że moja mama wyszła, więc przyjdzie do mnie, zawsze mogę do mamy zadzwonić”. Te dzieci boją się znacznie mniej – podkreśla terapeuta i informuje, że teraz będziemy się uczyli mówić do siebie takie dobre słowa, aby się mniej bać. W następnej fazie wraz z pacjentem generują zdania, by uspokoić terapeutę, który pozostał sam w szpitalu, stosując również relaksację. Na końcu sesji dziecko wybiera sobie nagrodę. Młodsze dzieci zwykle mają duże trudności z werbalizacją samoinstrukcji. Na początku terapeuta ją wyraźnie modeluje, przyswajając pacjentowi jej cztery rodzaje. Pierwszy rodzaj werbalizacji dotyczy ujęcia istoty problemu: dziecko musi określić sytuację, która jest przyczyną jego lęku. Jeśli przebywa ono w szpitalu, powinno sobie powiedzieć: „Co mogę zrobić, aby się nie bać, ponieważ nie ma ze mną mamy. Wiem, że muszę zrobić coś takiego, abym poczuł(a) się dobrze, pomimo że jestem sam(a) w szpitalu”. Następnie dziecko musi skoncentrować się na radzeniu sobie, np.: „Muszę przypomnieć sobie, co ja robiłem(-am), gdy byłem(-am) już sam(a) w szpitalu”. Trzecia werbalizacja odnosi się do instruowania siebie, co konkretnego można zrobić w tej sytuacji, np.: „Gdy zaczynam się denerwować, to muszę głęboko oddychać i relaksować się”. W czwartej werbalizacji dziecko nagradza siebie, mówiąc: „Już czuję się lepiej, mogę zrobić coś, co lubię”. W czasie trwania terapii dziecko usamodzielnia się przez głośne samoinstruowanie i stopniowo – przez etap szeptu – przechodzi do wewnętrznego dialogu ze sobą.

Skuteczność podejmowanych działań pomocowych w terapii indywidualnej uwarunkowana jest wieloma czynnikami sytuacyjnymi oraz podmiotowymi, szczególną rolę odgrywają jednak relacje pomiędzy terapeutą a dzieckiem oraz jego zadowolenie z aktywnego uczestnictwa w procesie terapeutycznym.

Terapia grupowa i rodzinna

W terapii grupowej dzieci i młodzieży zmagających się z przewlekłą chorobą somatyczną najczęściej stosuje się dwie jej formy: psychoedukację i socjoterapię.

W pierwszej z nich zmierza się zasadniczo do realizacji dwóch celów:

- wyjaśnienia istoty choroby i znaczenia czynników psychospołecznych w jej przebiegu i leczeniu;
- kształtowania umiejętności kierowania sobą (*self-management*), zwanych też umiejętnościami samopomocy (*self-care skills*), obejmujących samoobserwację i samoinstruowanie.

Umiejętność samoobserwacji umożliwia poznanie samego siebie, a zwłaszcza charakterystycznych cech funkcjonowania organizmu i tych wszystkich elementów sytuacji zewnętrznych, a także własnych reakcji, które mogą przyczynić się do zaostrzenia procesu chorobowego. To również obserwacja skuteczności i ubocznych efektów działania przyjmowanych leków. Samoinstruowanie to kierowanie do siebie słownych wskazówek, ułatwiających podejmowanie właściwych reakcji i zachowań, zwłaszcza tych, których celem będzie ochrona zdrowia. Młodsze dzieci kształtują te umiejętności przy pomocy personelu medycznego, terapeutów i rodziców, starsze – dzieląc się swoimi doświadczeniami, próbują sobie wzajemnie pomóc w rozumieniu reakcji własnych organizmów i ustaleniu skutecznych sposobów radzenia sobie z dolegliwościami choroby i ograniczeniami, jakie ona stwarza. Pacjenci, kontrolując w coraz większym stopniu przebieg choroby, kształtują w sobie wewnętrzne przekonanie o możliwości zapobiegania jej nawrotom. Kompetencje skutecznego radzenia sobie w sytuacji choroby powstają stopniowo, ale już dzieci w wieku przedszkolnym powinny poznawać sposoby kontroli stanu swego zdrowia. Intensywny trening umiejętności kierowania sobą należy rozpocząć około 9. roku życia (Pilecka, 2002).

Cele drugiej z form terapii to:

- dynamizowanie rozwoju umiejętności społecznych: empatii, komunikowania się, rozwiązywania konfliktowych sytuacji interpersonalnych itp.;
- korekcja nieprawidłowych relacji chorego dziecka w rodzinie, grupie rówieśniczej, w instytucjach leczniczych i rehabilitacyjnych.

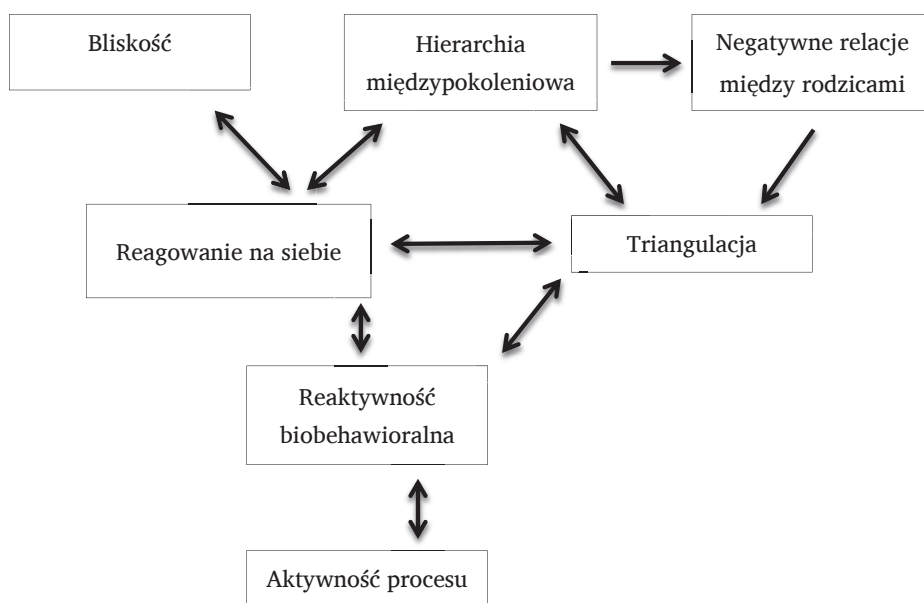
Terapia grupowa jest potrzebna dzieciom przewlekle chorym co najmniej z trzech powodów. Po pierwsze, społeczna sfera rozwoju tych dzieci stanowi obszar ryzyka wystąpienia w niej różnego rodzaju nieprawidłowości ze względu na utrudnienia w osiągnięciu niezależności od rodziców, którzy z obawy o ich zdrowie preferują restrykcyjny i dyrektywny styl wychowania, a także z powodu ograniczeń w relacjach rówieśniczych uwarunkowanych reżimem leczenia i samym stanem zdrowia. Po drugie, zespołowe działanie w grupie sprzyja realizacji potrzeb dzieci przewlekle chorych w typowym dla nich środowisku społecznym. Po trzecie, grupa stwarza niepowtarzalne okoliczności uczenia się zachowań społecznych, dzielenia się doświadczeniami oraz wzajemnego pomagania sobie.

W terapii rodziny jako systemu uwzględnia się najczęściej takie cele jak:

- przystosowanie do reżimu leczenia: przyjmowanie leków, dieta, ćwiczenia fizyczne itp.;

- redukcja dystresu;
- radzenie sobie z bólem doświadczanym przez dziecko;
- wzmacnianie więzi emocjonalnych między członkami rodziny.

W zależności od celu terapii jej zakorzenienie teoretyczne może być różne. We współczesnej literaturze z zakresu psychologii pediatricznej empiryczną weryfikację zyskała biobehawioralna terapia rodzin B. Wood (1995). Zdaniem tej autorki w adaptacji do sytuacji przewlekłej choroby somatycznej istotną rolę odgrywa styl przywiązania, który jest czynnikiem modyfikującym związek pomiędzy funkcjonalnym stanem zdrowia dziecka a jego stanem emocjonalnym. Założenia tej teorii, wykorzystane w pomocy psychologicznej rodzinom dzieci chorujących na astmę, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, cierpiących na nawracające bóle brzucha i chorobę Leśniowskiego–Crohna, przedstawia schemat 1.



Schemat 1. Model systemowy rodziny według B. Wood

Bliskość emocjonalna w funkcjonowaniu rodziny jest konsekwencją stylu przywiązania, który został ukształtowany we wczesnym dzieciństwie. Najkorzystniejsza jest bliskość o umiarkowanym nasileniu, dająca poczucie bezpieczeństwa, ale zarazem gwarantuje autonomię członkom rodziny, a jej podstawę stanowi ufnie przywiązanie.

Rodziny wymagające pomocy, które zdaniem autorki można nazwać psychosomatycznymi, charakteryzują się nadmiarem lub niedoborem bliskości emocjonalnej. B. Wood wyróżnia dwa typy rodzin wymagających pomocy terapeutycznej:

- rodziny typu A, w których występują: zbyt silne więzi emocjonalne między członkami rodziny, słaba hierarchia międzypokoleniowa ze względu na niejasno określone przepisy odgrywanych ról społecznych, wysoka reaktywność, triangulacja dziecka w międzypokoleniowe koalicje, dysfunkcja relacji rodzicielskich;
- rodziny typu B, w których dominuje silna hierarchia międzypokoleniowa, separacja emocjonalna, deficyty w komunikacji emocjonalnej oraz informacyjnej, uwikłanie dziecka w konfliktowe relacje małżeńskie.

Funkcjonowanie tych rodzin może być bezpośrednią przyczyną somatycznych problemów dzieci, a jeśli one pojawią się z innych powodów, to może je ono zwrócić nasilać.

Skuteczność pomocy psychologicznej i jej uwarunkowania

Skuteczność omówionych form i technik pomocy psychologicznej weryfikowano najczęściej w grupach dzieci i młodzieży doświadczających różnych postaci bólu. Nawracający ból głowy próbowano łagodzić przez stosowanie technik relaksacyjnych, autosugestii, wizualizacji – 50–68% pacjentów zgłaszało poprawę. Techniki poznawczo-behawioralne i terapie rodzinne wykorzystywano w pracy z pacjentami z nawracającym bólem brzuszny – stwierdzano redukcje dolegliwości, rzadsze absencje oraz wyższe wyniki w nauce. W radzeniu sobie z bólem w czasie zabiegów medycznych stosowano techniki relaksacyjne, ćwiczenia oddechowe, odwracanie uwagi, wizualizację wraz z leczeniem farmakologicznym. W leczeniu bólu chronicznego interwencje farmakologiczne i psychologiczne powinny stanowić całość, w której efektywność pierwszych jest wspomagana przez drugie i odwrotnie. Pomoc psychologiczna obejmuje dwa istotne wymiary: stworzenie korzystnego klimatu psychoterapeutycznego i dobór najbardziej odpowiednich strategii terapeutycznych (McGrath, Unruh, 1993).

Klimat psychoterapeutyczny jest zjawiskiem bardzo złożonym, a nawet trochę tajemniczym. Zależy bowiem od czynników, których do końca nie można ustalić. Podkreśla się ogromną rolę osobowości terapeuty, ale także charakter i genezę problemów pacjenta. Przyjmuje się, że respektowanie pewnych zasad ułatwia tworzenie takiego klimatu. Należy pamiętać, że:

1. Tylko osoba cierpiąca ból może realnie określić, jakie jest jego natężenie, gdyż ból, zgodnie z definicją Międzynarodowego Stowarzyszenia do Badań nad Bólem, jest zjawiskiem subiektywnym. Jeśli więc dziecko twierdzi, że bardzo cierpi, to pomimo odmiennych wskaźników obiektywnych należy wierzyć dziecku, gdyż pomagamy mu jako osobie. W ocenie bólu skale samoobserwacji występujących symptomów są podstawowymi narzędziami pomiaru.

2. Ból powinien być diagnozowany u wszystkich dzieci hospitalizowanych, a nie tylko u tych, które skarżą się na doznania bólowe lub poddawane są różnym zabiegom inwazyjnym. Okazało się bowiem, że wszystkie dzieci przebywające na leczeniu w szpitalu doświadczają bólu, bez względu na to, czy uczestniczą, czy też nie, w różnych zabiegach. Ocena bólu powinna stanowić stały akcent rutynowych badań medycznych.

3. Należy zapobiegać wystąpieniu bólu zamiast go później leczyć. Profilaktyka bólu jest wskazana ze względów humanitarnych, fizjologicznych i medycznych.

4. Jeśli jest to możliwe, rodzice powinni być włączeni w postępowanie terapeutyczne. Wszystkie dzieci, bez względu na wiek, gdy doznają silnego bólu, chcą, by rodzice byli z nimi. Nawet w okresie dorastania, kiedy kontakty z rodzicami stają się trudniejsze, obecność rodziców w sytuacji doznawania bólu i cierpienia jest przez młodzież bardzo pożądana. Rodzice powinni otrzymać emocjonalne, poznawcze i praktyczne wsparcie od profesjonalistów, które ukierunkuje ich zachowanie.

5. Dziecko należy zapoznać z każdym rodzajem pomocy. Wyjaśnienia powinny być dostosowane do poziomu rozwoju umysłowego i językowego dziecka. Uczestnictwo w działaniach, których sens dla dziecka jest niejasny, może jedynie nasilić jego lęk i stałe poczucie zagrożenia.

Brak badań, które weryfikowałyby wpływ pozytywnego klimatu terapeutycznego na skuteczność radzenia sobie z bólem. Istnieje powszechne przekonanie, że ten klimat obniża poziom lęku u dzieci i wzmacnia ich poczucie kontroli nad doświadczeniami bólowymi. Nie należy pomijać formalnych aspektów tworzenia klimatu psychoterapeutycznego, a więc odpowiedniego przygotowania personelu, wyposażenia instytucji leczniczych w niezbędne środki (np. odpowiednie pomieszczenia, pomoce), realizacji takiej filozofii leczenia, w której pomoc psychologiczna będzie odgrywać właściwą rolę.

W rozwijaniu strategii radzenia sobie z bólem pomocne są różne techniki relaksacyjne: progresywny trening relaksacyjny Jacobsona, sugestywny trening Schultza czy wschodnie techniki oddychania. Mechanizmy wpływu relaksacji na łagodzenie bólu nie są znane. Przypuszcza się, że mogą one mieć następujący charakter:

- redukcja napięcia mięśni powoduje lepszy transport tlenu, co w konsekwencji minimalizuje uczucie bólu;
- następują zmiany w biochemizmie mózgu, szczególnie zaś w poziomie serotoniny;
- zwiększa się kontrola funkcji organizmu;
- obniża się reaktywność układu wegetatywnego;
- następuje odwrócenie uwagi.

Każdy z tych mechanizmów może powodować zmiany w doznawaniu bólu.

Techniki relaksacyjne dają dobre efekty w bólach o podłożu psychogennym, ale można je stosować w leczeniu dzieci doświadczających bólu chronicznego, kooperacyjnego czy związanego z inwazyjnymi badaniami diagnostycznymi,

obniżają bowiem dystres dziecka. Relaksacja nie jest środkiem przeciwbólowym, lecz modyfikuje doznania bólowe przez obniżenie stresu lub lęku u dzieci.

W leczeniu bólu znajduje zastosowanie *biofeedback*, który obejmuje pomiar i kontrolę reakcji fizjologicznych niepoddających się kontroli dowolnej. Dzięki temu urządzeniu reakcje fizjologiczne są wzmacniane lub ulegają transformacji, mogą więc być monitorowane i rozumiane przez pacjenta. Podejmuje on wysiłek modyfikacji tych reakcji. Można stosować *biofeedback* służący regulacji temperatury ciała, rytmu alfa bioelektrycznej aktywności mózgu, częstotliwości pulsu i reakcji skórno-galwanicznej.

Z psychologicznego punktu widzenia *biofeedback* wzmacnia poczucie kontroli i „ja” sprawcze dziecka, z punktu widzenia fizjologicznego natomiast każdy rodzaj *biofeedbacku* powoduje inne zmiany w funkcjonowaniu organizmu. I tak np. *biofeedback* temperatury wywołuje zmiany w przepływie krwi w głównym i obwodowym układzie krążenia, *EMG biofeedback* redukuje napięcie mięśni. Dzieci z entuzjazmem podchodzą do realizacji stawianych im zadań i uzyskują szybkie postępy w uczeniu się kontroli procesów fizjologicznych swojego organizmu. Niektóre dzieci działają jednak na zasadzie słomianego zapału. Po pewnym czasie tracą zainteresowanie podejmowanymi czynnościami i nie dostrzegają ich znaczenia w leczeniu.

Metody poznawcze obejmują: odwracanie uwagi, wizualizację, powstrzymanie myśli negatywnych, transformację celów. W redukcji bólu ostrego skuteczne są techniki odwracania uwagi, w bólu chronicznym natomiast te, które pozwalają zmienić ocenę sytuacji. Techniki te można stosować w leczeniu dzieci powyżej 8. roku życia, przynoszą one dobre efekty w pracy z pacjentami o wysokiej motywacji do uczenia się, do poznawania tego, co nowe.

W postępowaniu leczniczym można również wykorzystać zabawę i twórczość artystyczną, które mogą przyjmować bardzo różne formy. Nie są one tożsame z terapią przez zabawę lub sztukę, służą raczej zagospodarowaniu czasu, chronią przed nudą i monotonią. Mogą też mieć znaczenie psychoedukacyjne, gdy dzięki nim dziecko zostaje przygotowane do operacji lub innych zabiegów. Formą psychoterapii stają się one wówczas, gdy stosuje je profesjonalista w pracy z dziećmi ujawniającymi zaburzenia zdrowia psychicznego, szczególnie zaś zaburzenia w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym. Techniki te są naturalnym środkiem wyrażania własnych stanów emocjonalnych oraz wiedzy na temat siebie i innych.

Można stosować techniki behawioralne, które służą raczej modyfikacji zachowań zaradczych, a nie redukcji bólu, mogą np. ograniczać zachowania agresywne, minimalizować stany depresyjne dziecka. Zwolennicy tych technik uważają, że pozytywny efekt pewnych zachowań (niektóre z nich mogą np. minimalizować doświadczanie bólu) zwiększa prawdopodobieństwo ich ponownego wystąpienia. Zmiany te w dalszej konsekwencji modyfikują poczucie sprawstwa dziecka i jego konceptualizację bólu.

Jeśli ból jest tak silny, że wyłącza dziecko z codziennej aktywności i dezorganizuje życie rodziny, należy zaproponować członkom rodziny terapię behawioralną, systemową lub strukturalną. W pierwszym rodzaju terapii rodzinę zachęca się do nagradzania zachowań prozdrowotnych dziecka i redukcji jego reakcji nasilających doznania bólowe. Terapeuta mobilizuje rodzinę do rozwiązania wewnętrznych konfliktów, które mogą zwiększać stres u dziecka i obniżać jego umiejętności zaradcze. W ujęciu systemowym rodziny z dzieckiem dotkniętym chronicznym bólem są traktowane jako rodziny psychosomatyczne. Ból dziecka jest symbolem jego tożsamości. Wszyscy nadmiernie koncentrują się na dziecku, chcąc złagodzić jego cierpienie i osiągają efekt odwrotny do zamierzonego – ból dziecka nasila się, jest jego centralnym problemem. Zadaniem terapeuty jest modyfikacja rodziny jako systemu – zwiększenie autonomii jej członków, ograniczenie ich wzajemnej kontroli, zachęcanie do otwartej komunikacji i ekspresji uczuć. Cel terapii strukturalnej jest bardzo podobny, terapeuta zmierza do rozwoju poczucia autonomii i odpowiedzialności u dziecka oraz przekształcenia jego zbyt symbiotycznych relacji emocjonalnych, szczególnie z matką, w kontakty nacechowane rozumną swobodą. Rodzina powinna odbyć 8–30 spotkań terapeutycznych. Terapia rodzinna stanowi jeden z wielu elementów postępowania leczniczego.

W leczeniu bólu można stosować modelowanie, granie ról oraz ćwiczenie pewnych reakcji i zachowań. Wzorem do modelowania może być realne zachowanie określonej osoby, jej zachowanie zarejestrowane na taśmie, postępowanie bohatera filmowego czy wreszcie zachowanie prezentowane przez kukiełki. W reakcjach bohaterów nie może być oznak lęku czy strachu, a jeśli już są, to muszą je oni pokonać, dobierając określone strategie zaradcze. Modelowanie ma zwiększać zakres zachowań adaptacyjnych i równocześnie zmniejszać zakres zachowań nieprzystosowawczych. Granie ról i ćwiczenia mają wartość prewencyjną. Dzięki tego rodzaju aktywności chore dziecko opanowuje repertuar reakcji, które następnie uruchamia w każdej nowej sytuacji, skutecznie zmagając się z bólem. Świadomość, że może sobie poradzić, obniża jego poczucie zagrożenia i lęk oraz wzmacnia poczucie pewności i skuteczności. Te trzy sposoby postępowania powszechnie uważa się za najbardziej doskonałe metody uczenia się.

W obszarze przystosowania do reżimu leczenia skuteczność interwencji psychologicznych opisano na podstawie przeprowadzonej metaanalizy 70 artykułów z baz PsychINFO i PUMED/MEDLINE. Umożliwiła ona sformułowanie następujących wniosków:

- najbardziej skuteczne są: terapia kompleksowa (obejmująca dziecko i rodzinę) oraz interwencje behawioralne; efekty oceniono jako umiarkowane;
- skutki odroczone są małe lub średnie;
- największe efekty (umiarkowane) osiągnęto w zakresie umiejętności kierowania sobą, kontroli diety i ćwiczeń fizycznych;
- największe korzyści, lecz również umiarkowane, osiągnęły dzieci z mukowiscydozą, cukrzycą i astmą (Kahana, Drotar, Frazier, 2008).

Przewlekłe choroby somatyczne oraz sposoby ich leczenia utrudniają dzieciom i młodzieży skuteczną i satysfakcjonującą realizację kariery edukacyjnej, zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio. Pierwszy rodzaj wpływu wiąże się z możliwością modyfikacji funkcjonowania systemu nerwowego na trzy różne sposoby:

- chory narząd w niewystarczającym stopniu zaopatruje organizm w takie podstawowe składniki jak tlen i glukoza, które są niezbędne dla normalnego przebiegu procesów nerwowych;
- chory narząd w niewystarczającym stopniu oczyszcza organizm z substancji toksycznych, które mogą stanowić potencjalny czynnik uszkadzający system nerwowy;
- funkcjonowanie systemu nerwowego może być zakłócone przez czynniki jatrogenne, np.: hipoksję, powstałą w czasie zabiegu chirurgicznego, leki immunosupresyjne podawane w czasie transplantacji narządów, infekcje.

Zmiany powstające w pracy systemu nerwowego mogą być niezwykle subtelne, niepoddające się żadnej diagnozie czy to klinicznej, czy neurologicznej. Mogą się objawiać: zakłóceniami procesów pamięci, rozumienia, wahaniach nastroju, obniżeniem odporności, a w konsekwencji – nie pozostawać obojętne dla jakości życia pacjentów. Niekiedy mogą to być zmiany w strukturze anatomicznej (np. spowodowane guzem mózgu lub jego resekcją), które będą prowadzić do globalnego obniżenia sprawności umysłowej (Pilecka, 2002).

Drugi rodzaj uwarunkowań obejmuje stany przewlekłego zmęczenia i znużenia, długotrwały stres (np. związany z hospitalizacją) oraz częste absencje w szkole. Dzieci zmagające się z przewlekłymi chorobami somatycznymi dwukrotnie częściej ujawniają trudności w realizacji roli ucznia niż ich zdrowi rówieśnicy (DuPaul, Power, Shapiro, 2009). Dlatego też powinny one doświadczać szczególnej troski pedagogicznej w postaci indywidualnych lub grupowych zajęć kompensacyjnych i wyrównawczych, a także terapii podtrzymującej, która ułatwi integrację bądź reintegrację ze społecznością szkolną. Działania pomocowe o charakterze psychoedukacyjnym powinny być również skierowane do personelu pedagogicznego i zdrowych rówieśników celem głębszego zrozumienia potrzeb i sytuacji życiowej chorego ucznia i kolegi. T.J. Power wraz z zespołem (za: DuPaul, Power, Shapiro, 2009) opracował stadialny model wspierania procesu integracji/reintegracji w szkole. Autor wyróżnił cztery poziomy działań pomocowych, służących:

- wzmacnianiu rodziny (relacji: między rodzicami i chorym dzieckiem, między małżonkami, między rodzeństwem i między rodziną a systemem opieki zdrowotnej);
- przygotowaniu rodziny do współpracy ze szkołą (pomoc w radzeniu sobie z lękiem, edukacja rodziny w zakresie praw dziecka w realizacji obowiązku szkolnego, zapoznanie rodziców z zasadami współpracy ze szkołą);
- przygotowaniu szkoły do bycia partnerem rodziny i systemu opieki zdrowotnej (edukacja personelu pedagogicznego dotycząca potrzeb dzieci przewlekłe chorych i sposobów ich zaspokajania, pomoc w rozumieniu perspektywy rodziny, zapoznanie z zasadami współpracy z rodziną);

– zaangażowaniu rodziny, szkoły i systemu opieki zdrowotnej we współpracę (wzmacnianie relacji rodziny ze szkołą, wsparcie rozwoju relacji szkoły z systemem opieki zdrowotnej, wspomaganie komunikacji pomiędzy wyróżnionymi podmiotami).

Trzy pierwsze stadia są istotne dla szkolnej adaptacji, ostatnie zaś – w identyfikacji i budowaniu podmiotowych zasobów dziecka oraz wzmacnianiu zasobów jego mikrośrodków.

Reasumując, jeszcze raz należy podkreślić, iż najbardziej skuteczna jest pomoc kompleksowa, skierowana do dziecka i jego podstawowych mikrośrodków, re-spektująca jego potrzeby i możliwości oraz dająca mu wiele zadowolenia.

Bibliografia

- Butler, R.W., Copeland, D.R. (2002). *Attentional Processes and Their Remediation in Children Treated for Cancer: A literature review and the development of a therapeutic approach*. „Journal of International Neuropsychological Society”, 8, s. 115–124.
- Campbell, L.K., Scaduto, M., Sharp, W., Dufton, L., Van Slyke, D., Compas, B. (2007). *A Meta-analysis of the Neurocognitive Sequelae of Treatment for Childhood Acute Lymphocytic Leukemia*. „Pediatric Blood and Cancer”, 49, s. 65–73.
- Donaldson, D., Spirito, A., Overholser, J. (2003). *Treatment of Adolescent Suicide Attempters*. W: A. Spirito, J. Overholser (eds.), *Evaluating and Treating Adolescent Suicide Attempters: From research to practice*. New York: Academic Press, s. 295–321.
- Dupaul, G.J., Power, T.J., Shapiro, E.S. (2009). *Schools and Integration/Reintegration into Schools*. W: M.C. Roberts, R.G. Steele (eds.), *Handbook of Pediatric Psychology*. New York: The Guilford Press.
- Donze, J.R., Tercyak, K.P. (2006). *The Survivor Health and Resilience Education (SHARE) Program: Development and evaluation of a health behavior intervention for adolescent survivors of childhood cancer*. „Journal of Clinical Psychology in Medical Settings”, 13, s. 169–176.
- Feindler, E., Ecton, R. (1986). *Adolescent Anger Control: Cognitive-behavioral technique*. New York: Pergamon Press.
- Fredrickson, B. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
- Grace, N., Spirito, A., Finch, A.J., Ott, E. (1993). *Coping Skills for Anxiety Control in Children*. W: A.J. Finch, W.M. Nelson, E. Ott (eds.), *Cognitive-behavioral Procedures with Children and Adolescents: A practical guide*. Boston: Allyn & Bacon, s. 257–288.
- Kahana, S., Drotar, D., Frazier, T. (2008). *Meta-analysis of Psychological Interventions to Promote Adherence to Treatment in Pediatric Chronic Health Conditions*. „Journal of Pediatric Psychology”, 33, s. 590–611.
- McGrath, P.J., Unruh, A.M. (1993). *Psychological Treatment of Pain in Children and Adolescents*. W: N.L. Schechter, C.B. Berde, M. Yaster (eds.), *Pain in Infants, Children, and Adolescents*. Baltimore: Williams & Wilkins, s. 19–42.
- Moore, B.D. (2005). *Neurocognitive Outcomes in Survivors of Childhood Cancer*. „Journal of Pediatric Psychology”, 30, s. 51–63.
- Newacheck, P.W., Taylor, W.R. (1992). *Childhood Chronic Illness: Prevalence, severity, and impact*. „American Journal of Public Health”, 82 (3), s. 364–371.

- Pilecka, W. (2002). *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka*, Kraków: Wyd. UJ.
- Pilecka, W. (2011). *Choroby nowotworowe*. W: W. Pilecka (red.), *Psychologia zdrowia dzieci i młodzieży*. Kraków: Wyd. UJ, s. 304–315.
- Powers, S., Spirito, A. (1998). *Relaxation Training*. W: N. Alessi, J.T. Coyle, S. Harrison, S. Eth (eds.), *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. New York: John Wiley & Sons, vol. 6, s. 411–417.
- Riccio, C.A., Sullivan, J.R., Cohen, M.J. (2010). *Neuropsychological Assessment and Intervention for Childhood and Adolescent Disorders*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Sęk, H. (1993). *Podstawowe rodzaje pomocy psychologicznej*. W: H. Sęk (red.), *Spółeczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN, s. 365–380.
- Spirito, A., Kazak, A.E. (2006). *Treatments in Pediatric Psychology*. Oxford: University Press.
- Thompson, R.J. Jr., Gustafson, K.E. (1996). *Adaptation to Chronic Childhood Illness*. Washington: APA.
- Wood, B. (1995). *A Developmental Biopsychosocial Approach to the Treatment of Chronic Illness in Children and Adolescents*. W: R.H. Mikesell, D.D. Lusterman, S.H. McDaniel (eds.), *Integrating Family Therapy*. Washington: APA, s. 437–455.
- Zebrack, B.J., Chesler, M.A. (2002). *Quality of Life in Childhood Cancer Survivors*. „Psychology”, 11, s. 132–141.

Psychological Aid in Health Promotion of Children Suffering from a Chronic Somatic Illness

The aim of this article is to present the role of psychological help in the adaptation of a child and its family in a situation that is created by a chronic somatic illness of the developmental age. Psychological reactions should be of a general development nature, last at least a year and be realised in a form of a therapy: individual, group and family. Theoretical bases of those actions can be found in the assumptions of the cognitive-behavioural and ecologic-systemic concepts. The individual therapy most commonly uses relaxation techniques, anger control, problem solving and managing stress. Group psychotherapy is dominated by psychoeducation and sociotherapy, while a family therapy - biobehavioural therapy by B. Wood. The complex help, directed at the child and its basic microenvironments is the most efficient, respecting the child's needs and possibilities and bringing much satisfaction.

Keywords: psychological help, health promotion, child with a chronic somatic illness, individual, group and family therapy

CZĘŚĆ II

CZYNNIKI SPRZYJAJĄCE PROMOCJI ZDROWIA

MARIA KIELAR-TURSKA
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Lecząca moc słowa

Wprowadzenie

Językoznawca i antropolog amerykański Edward Sapir (1978) twierdził, że dla człowieka charakterystyczna jest tendencja do symbolicznego ujmowania rzeczywistości. Już małe dzieci od około półtora roku życia niezmiernie zadają pytania o nazwy obiektów, które napotykają w swoim otoczeniu. Tendencja ta bynajmniej nie zmniejsza się z wiekiem, a jej efektem jest powiększający się zasób słownictwa. Francuski filozof Maurice Merleau-Ponty (1976) dostrzegł, że człowiek funkcjonuje w świecie symboli i znaków. Myśl ta bliska jest psychologom o orientacji społeczno-kulturowej, którzy akcentują zanurzenie człowieka w kulturze; ich zdaniem, ludzie wręcz pływają w wytworach kultury, a podstawowym wytworem kulturowym jest język. Człowiek żyje w kulturze w większości stworzonej przez słowo, jest zanurzony w języku. Charakteryzując człowieka, nie sposób pominąć języka, który przenika nasze życie; jest częścią tego, kim jesteśmy.

Człowiek wykorzystuje język do różnych celów, ale i język ma moc sprawczą i oddziałuje na człowieka. Amerykańska językoznawczyni Robin Lakoff (1980, s. 239) twierdzi, iż „język posługuje się nami w nie mniejszym stopniu, niż my posługujemy się językiem”.

Podstawowe funkcje języka: reprezentowanie i komunikowanie

Język pełni dwie podstawowe funkcje: reprezentującą i komunikacyjną. Użycie języka w funkcji reprezentującej pozwala na kategoryjne ujmowanie rzeczywistości. Dzięki temu możemy redukować i upraszczać przytłaczającą ilość informacji oraz porządkować ogólny zasób wiedzy o świecie, o ludziach. Poszczególnym kategoriom odpowiadają słowa; są to nazwy rzeczy (np. *ptak*), zjawisk (np. *burza*), czynności (np.: *biegać*, *pisać*, *myśleć*), cech (np.: *wesoły*, *niebieski*, *rzetelny*), relacji (np.: *nad*, *obok*; *przedtem*; *więcej*). Funkcja komunikacyjna związana jest z koleją z nawiązywaniem i podtrzymywaniem kontaktów społecznych. Słowo, zdaniem Merleau-Ponty’ego (1976), w chwili zaistnienia ustanawia wspólnotę działania, komunikowania się.

Można powiedzieć, że język, służąc kategoryalnemu ujmowaniu rzeczywistości, wpływa na to, jak spostrzegamy rzeczywistość, a spostrzeżenia odzwierciedla to, co mówimy. Myśl ta znalazła skrajne ujęcie w hipotezie Sapira–Whorfa, zgodnie z którą język kształtuje sposób postrzegania otaczającego nas świata. Postrzegając, aktualizujemy swoją wiedzę o świecie, a ta jest zapisana w języku, stąd to, co postrzegamy, włączamy do jakiejś kategorii i dostrzegamy przede wszystkim te cechy, które już wcześniej poznaliśmy i powiązaliśmy z określonymi nazwami. Dlatego ludzie myślący w różnych językach rozmaicie postrzegają świat.

Ideę związku poznania z językiem odnajdziemy także w filozoficznych rozważaniach przedstawiciela filozofii analitycznej Ludwiga Wittgensteina. Uważał on, że granice naszego języka są granicami naszego świata, a czego nie możemy pomyśleć, tego nie możemy powiedzieć. Myślenie współwystępuje z rozważnym mówieniem; słowa oddają strukturę głęboką (znaczenie), są związane z kontekstem językowym i pozajęzykowym. Wittgenstein jednakże uważał, że doświadczenia indywidualne są niekomunikowalne, nikt bowiem nie znajduje się w takiej samej sytuacji jak inna osoba. Słowa określające stany psychiczne, takie jak *myśleć*, *miłość*, *gniew*, mają mętne znaczenia, które nie dają się jasno i łatwo przewidzieć; użycie takich słów nie ma stałych reguł, słowa te nie są związane z określonymi „grami językowymi” (Wittgenstein, 1974). Stwierdzał zatem: „Co się w ogóle da powiedzieć, da się jasno powiedzieć, o czym zaś nie można mówić, o tym trzeba milczeć” (1970, s. 3).

Przywołałam stwierdzenia Wittgensteina, by zwrócić uwagę na trudności związane z używaniem języka do opisywania świata, a zwłaszcza człowieka, jego myśli i przeżyć. Jednocześnie warto uświadomić sobie, że język jest wszechogarniającą aktywnością, w którą wchodzimy, rodząc się, i która oddziałuje nieustannie na to, co spostrzegamy.

Warto przywołać relację, jaka zachodzi między naszą wiedzą o rzeczywistości a językiem. Tylko niewielka część naszej wiedzy nie daje się wyrazić za pomocą języka; są to niektóre wrażenia węchowe, smakowe, a także samopoczucie w pewnych sytuacjach. Wówczas często mówimy, że są one „nie do opisanego”, „nie znajduje się słów”, żeby je wyrazić. Większa część naszej wiedzy o świecie znajduje jednak odzwierciedlenie w języku i zostaje zapisana w poznawczej reprezentacji. Podstawą tego zapisu jest leksykon mentalny, słownik umysłowy, w którym przechowywane są wszystkie słowa znane danej osobie. Zdaniem Jean Aitchison (2003) całkowita liczba słów w słowniku umysłowym wynosi 100–200 tys. Nowsze badania (Müller, 2007) pokazują, że wykształcona osoba dysponuje słownikiem złożonym ze 150 tys. słów, z czego 90% używa aktywnie.

Nasz mentalny leksykon jest uporządkowany. Zauważył to Stefan Szuman (1938) w latach 30. XX wieku, pisząc, że wiedza nie gromadzi się w nas bezładnie. Słowa w leksykonie mentalnym są pogrupowane według kilku zasad (Zagrodzki, 1993). Jedną z nich jest zasada fonologiczna, zgodnie z którą razem przechowywane są słowa rozpoczynające się na tę samą głoskę lub o podobnej liczbie sylab. Zgodnie z zasadą frekwencyjną razem przechowywane są słowa o podobnej frekwencji.

Wysokofrekwencyjne słowa tworzą podręczny słownik umysłowy, w którym znajdują się także słowa związane z profesją danej osoby oraz ostatnio zasłyszane. Zasada gramatyczna służy umieszczeniu łącznie słów należących do tej samej części mowy, np. rzeczownik, czasownik, przysłówek, zaimek, przyimek. Zgodnie z zasadą semantyczną wspólnie przechowywane są z kolei słowa pozostające w pewnych relacjach znaczeniowych, np.: antonimy (np.: *krótki – długi, wesoły – smutny*); synonimy (np.: *lider – przywódca, gasnąć – słabnąć*); hiperonimy (np.: *dom – budynek, rysować – kreślić*), a także słowa mające tendencję do łącznego występowania (np. *wysoka góra, trudny problem*).

Przechodząc do komunikacyjnej funkcji języka, zwróć uwagę na stwierdzenie Martina Bubera (1992), filozofa i językoznawcy, że w życiu ludzkim ważne jest połączenie trzech podstawowych celów, którymi są mówienie, bycie i czynienie. Warto zauważyć, że na pierwszym miejscu Buber wymienia mówienie. Nasze życie bowiem polega na spotkaniach z innymi ludźmi i wzajemnym porozumiewaniu się. Jak stwierdza Walery Pisarek (2008), „[t]eksty wytwarzane przez innych ludzi są nam do życia równie potrzebne jak woda”. Myśl Bubera skłania także do refleksji nad relacją między tym, co mówimy, a tym, co robimy – wiele bowiem robimy za pomocą słów.

Minimalną, kompletną jednostkę ludzkiej komunikacji językowej stanowi akt illokucyjny. Kiedy piszemy do siebie czy rozmawiamy ze sobą, dokonujemy aktów illokucyjnych (Searle, 1987). Zdaniem Johna Austina (1993) każdy akt illokucyjny polega na tym, że mówiąc coś, czynimy coś innego (np. mówiąc, informujemy, prosimy, sugerujemy). Akty illokucyjne są zawsze celowe; mówca ma intencję wypowiedzi. Akty perlokucji polegają z kolei na tym, że mówiąc coś i robiąc coś, czynimy coś jeszcze innego (mówiąc, radzimy, a przez to nakłaniamy; mówiąc, rozkazujemy, a przez to zmuszamy). W aktach perlokucji wpływamy zatem na innych. Akty perlokucyjne mają związek z konsekwencjami aktów illokucyjnych: konsekwencją radzenia jest nakłanianie, a konsekwencją potakiwania – upewnianie. Zdaniem autorów koncepcji aktów illokucyjnych relacja mówienie–czynienie czegoś stanowi podstawę szczęśliwej komunikacji. Człowiek potrafi czynić wiele za pomocą słów, a mianowicie: przeproszać, ganić, obiecywać, pocieszać, może okazać szacunek lub sprawić cierpienie.

Język jako narzędzie pracy psychologa

Język stanowi podstawowe narzędzie pracy psychologa. Najmocniej ta prawda zaznaczona jest w ujęciu psychoanalitycznym; to właśnie psychoanalitycy mówią o leczeniu słowem, o kuracji mową. Warto zatem uświadomić sobie, że kontakty klienta/pacjenta z psychologiem, a także z lekarzem, są formą komunikacji, związaną z realizacją określonych celów. Po stronie pacjenta występują takie cele jak: uzyskanie diagnozy, uzyskanie wskazówek co do terapii i rehabilitacji, wyleczenie.

Po stronie psychologa/lekarza można mówić o takich celach jak: uzyskanie informacji od pacjenta o jego problemach, postawienie diagnozy, przepisanie leczenia, wyznaczenie terminu spotkań, przekazanie informacji o stanie pacjenta, przekazanie informacji o realizowaniu procesu leczenia i jego skutkach.

W sytuacji komunikacyjnej psycholog/lekarz–pacjent nie mamy jednak do czynienia z równowagą w zakresie kompetencji komunikacyjnej. Stroną dominującą, z racji swych kwalifikacji, jest psycholog/lekarz. To on ma specjalistyczną wiedzę i jest dla pacjenta autorytetem w dziedzinie leczenia. Psycholog/lekarz powinien zatem dysponować także większą kompetencją komunikacyjną, aby dobrze realizować cele związane z pełnieniem swojej funkcji, a także pomóc pacjentowi w realizowaniu jego celów. Warto w tym momencie zauważyć, iż w niesymetrycznej relacji komunikacyjnej, z jaką mamy niewątpliwie do czynienia w kontaktach psycholog/lekarz–pacjent, strona dominująca, prezentująca wyższe kwalifikacje specjalistyczne i odznaczająca się większą kompetencją komunikacyjną, winna dostosować się do osoby o mniejszych kompetencjach. To psycholog/lekarz powinien dostosować swoje komunikaty do potrzeb pacjenta i możliwości ich odbioru przez niego.

Co czyni komunikację psycholog/lekarz–pacjent szczęśliwą? Słuchanie pacjenta

Zagadnienie szczęśliwej komunikacji psychologa/lekarza z pacjentem szczególnie wyraźnie zaznacza się w realizowaniu dwu podstawowych celów: w uzyskiwaniu informacji od pacjenta oraz w przekazywaniu informacji pacjentowi.

Pierwszy cel związany jest z umiejętnością słuchania pacjenta, selekcjonowania i porządkowania uzyskiwanych informacji, ale także z umiejętnością zachęcania pacjenta do ich ujawniania, precyzowania, wzbogacania. Niezwykle ważną sprawą jest umiejętne słuchanie pacjenta. Jak wykazują badania (Bolton, 1986), ze słuchaniem radzimy sobie najgorzej. Dzieje się tak dlatego, że słuchania się nie uczymy, podczas gdy wiele czasu poświęcamy na naukę mówienia, czytania, pisania. Dobre słuchanie wymaga wysiłku. Winno być to nie tylko słuchanie empatyczne, które zakłada skupienie uwagi na drugiej osobie, chwytywanie nadawanych przez nią znaczeń, ale słuchanie dialogiczne, które zdaniem Johna Stewarta i Milta Thomasa (2000) polega na „lepieniu wzajemnych znaczeń”. Słuchanie takie wymaga efektywnego uzmysławiania sobie, interpretowania i oceny znaczeń pochodzących od partnera rozmowy. Zabiegami, które sprzyjają dialogicznemu słuchaniu, jest parafrazowanie wypowiedzi partnera w celu odtworzenia jego znaczeń, używanie metafor, wbudowywanie w rozmowę wielu informacji związanych z kontekstem i stosowanie strategii zachęcającej partnera do wypowiadania się, takich jak: „Powiedz coś więcej”. Dialogicznemu słuchaniu nie służy natomiast interpretowanie tego, co mówi uczestnik rozmowy z własnej

perspektywy i według własnych potrzeb, odnoszenie wypowiedzi do siebie, do swoich odczuć oraz osądzanie tego, co słyszymy. W dialogicznym słuchaniu staramy się podążać za partnerem rozmowy (pacjentem/klientem) i odkrywać przekazywane przez niego znaczenia. Słuchanie dialogiczne wymaga skromności, pokory, pewnej dozy zaufania. Rozmówcy skupiają się na tym, co jest obecne między nimi, a nie na tym, co jest ukryte za nimi. Takie słuchanie stwarza poczucie intymnej więzi.

Zdaniem F. Schulza von Thun (2001) słuchać należy czworgiem uszu, z których jedno – „ucho rzeczowe” – nastawione jest na zrozumienie, na odbiór zawartości rzeczowej wypowiedzi rozmówcy. Drugie, „ucho terapeutyczne”, nastawione jest na diagnozowanie osobowości, którą ujawnia rozmówca. Trzecie, „ucho apelowe”, nakierowane jest na to, co chce rozmówca osiągnąć, z jakim apelem występuje do odbiorcy komunikatu. Czwarte, „ucho relacyjne”, dotyczy z kolei wzajemnej relacji, odnosi się do tego, co rozmówca myśli o odbiorcy. Ucho odbiorcy jest zatem ważnym instrumentem komunikacji. Udana komunikacja zależy zatem w dużym stopniu od tego, czy partner rozmowy potrafi słuchać i to słuchać czworgiem uszu, by wiedzieć, o czym rozmówca mówi, co cechuje rozmówcę, co chce rozmówca osiągnąć oraz jaki jest jego stosunek do odbiorcy – partnera rozmowy. Niekiedy odbiorca nie zdaje sobie sprawy, że jest częściowo „głuchy” na wypowiedzi rozmówcy. I tak zbyt aktywne „ucho rzeczowe” sprawia, że skupiamy się jedynie na treści wypowiedzi rozmówcy. Taką postawę przyjmują najczęściej naukowcy, częściej mężczyźni niż kobiety. W takiej sytuacji rozmówcy mówią obok siebie, a nie do siebie. Zainteresowani są jedynie przedstawianiem tego, co wiedzą na jakiś temat, bez względu na stosunek odbiorcy do treści i do nadawcy komunikatu, a także bez względu na cel prowadzonej rozmowy.

Zbyt wielka wrażliwość na wzajemne relacje („ucho relacyjne”) powoduje z kolei odnoszenie wszystkiego, co przekazuje rozmówca, do siebie. Tacy rozmówcy czują się często dotknięci, urażeni tym, co usłyszą w wypowiedzi partnera rozmowy. Posiadacze wrażliwego „ucha relacyjnego” stale upatrują jakichś zasadzek we wzajemnych relacjach, doszukują się podstępów w każdym, nawet niewinnym stwierdzeniu.

Ucho skupione na ujawnianiu siebie rozmówcy to ucho terapeutyczne. Sprzyja ono rozumieniu nadawcy wypowiedzi, akceptowaniu jego uczuć, choć oczywiście nie należy psychologizować i dopatrywać się w każdej wypowiedzi psychologicznego mechanizmu, który ją wywołuje.

Ucho nastawione na odczytanie apelu rozmówcy – „ucho apelowe” – wiąże się z reagowaniem na życzenia nadawcy. Niekiedy zachowania odbiorcy komunikatu nie są właściwe; mogą przejawiać się w konwencjonalnym, sztywnym zachowaniu, które nie ujawnia ani cech odbiorcy, ani jego stosunku do partnera rozmowy.

Słuchanie jest procesem, który wymaga skoncentrowania uwagi słuchacza na mówiącym, zaangażowania w informacje i uczucia przekazywane przez niego oraz nadawania stale przez słuchacza sygnałów, że słucha mówiącego. Słuchanie wymaga samokontroli, by nie okazywać uczuć w stosunku do tego, co mówi

rozmówca. Słuchacz przywołuje własne doświadczenia, które są potrzebne do rozumienia przeżyć mówiącego. Stara się usłyszeć, co chce powiedzieć, wyrazić rozmówca. Koncentruje się zatem na jego słowach, tonie głosu, na mowie ciała – postawie, ruchach rąk, mimice, reakcjach fizjologicznych. W procesie słuchania przeszkadza koncentracja na sobie, na własnym punkcie widzenia sprawy, własnych uczuciach, opiniach i radach. Słuchaniu nie sprzyja reagowanie zgodnie z naszymi emocjami, a nie wsłuchiwanie się w uczucia mówiącego. Słuchanie utrudnia także przyjęcie założenia, że wiemy, co mówiący chce powiedzieć, i że on wie, że go rozumiemy. Powyższe powody sprawiają, że słuchacz nie potrafi usłyszeć i zrozumieć mówiącego.

Słuchanie jest ważne zarówno dla mówiącego, jak i dla słuchającego. Ludzie chcą być słyszani, słuchanie bowiem wyzwala. Słuchaczowi ujawniamy nie tylko swoje przemyślenia, ale także uczucia, często negatywne. Wówczas słuchanie przynosi ukojenie: pomaga w zrekonstruowaniu własnej wizji świata, prowadzi do przepracowania stosunku wobec spraw wywołujących negatywne emocje, takich jak konflikt, choroba, strata. Zdaniem Carla Rogera sprawy, które wydają się nie do rozwiązania, okazują się rozwiązywalne, kiedy ktoś słucha. Rezygnacja z bycia wysłuchanym jest niekorzystna, prowadzi bowiem do zamknięcia się w sobie, wycofania, samotności, budowania podejrzeń i urazów (Siegel, Donoghue, 2013).

Słuchanie ma także wartość dla słuchającego. Przede wszystkim stwarza most porozumienia między mówiącym i słuchającym. Słuchacz ma możliwość poznania punktu widzenia rozmówcy, to zaś daje okazję do zobaczenia jakiegoś zagadnienia z różnych perspektyw. Słuchanie stanowi także okazję do rozwijania zdolności rozumienia, wyzbycia się tendencji do oceniania, osądzania. Warto przypomnieć, że tendencja do wartościowania jest pierwotna; zaznacza się już wówczas, kiedy dziecko zaczyna używać języka – wszystko wówczas jest dychotomizowane na „be” (złe) i „cacy” (dobre). Wyjście poza takie proste wartościowanie związane jest ze zdobywaniem doświadczenia i osiągnięciem poziomu rozumowania relatywistycznego, co zaznacza się dopiero w okresie dorastania. Wysłuchanie partnera rozmowy (pacjenta/klienta) daje satysfakcję z budowania wspólnego działania, porozumienia się.

Co czyni komunikację psycholog/lekarz–pacjent szczęśliwą? Sposób przekazywania informacji

W kontakcie z psychologiem/lekarzem pacjent powinien być traktowany jako uczestnik rozmowy, dla którego rozmowa ta jest ważna. Z tego względu należy podchodzić do pacjenta z całą wiedzą psychologiczną (zbadać np., czy pacjent podatny jest na wpływy, czy może rozumieć, co mówi psycholog/lekarz, jaki jest jego stosunek do problemu, z którym się zgłasza, jakie są jego oczekiwania), filozoficzną (czym jest cierpienie; życie i zdrowie jako wartość), socjologiczną

(w jakiej relacji z innymi osobami pozostaje pacjent) oraz medyczną (stan organizmu pacjenta, reakcja na leczenie).

Na podstawie wielu badań stwierdzono, że prezentowany przez psychologa/lekarza styl porozumiewania się z pacjentem jest stały; kształtuje się u progu kariery zawodowej i łatwo się utrwała. Stąd ważne są zarówno wzory komunikowania się psychologa/lekarza z pacjentem prezentowane zarówno przez jego nauczycieli w czasie studiów, jak i przekazywana wiedza ogólna w tym zakresie. Ważne byłyby zajęcia teoretyczne i praktyczne z zakresu sztuki prowadzenia rozmowy na studiach medycznych i psychologicznych. To, jak ważną rolę odgrywa kompetencja komunikacyjna w życiu współczesnego człowieka, zauważyli autorzy Raportu Klubu Rzymskiego (Delors (red.), 1998). Wśród wielu funkcji edukacji (uczyć się, aby wiedzieć; uczyć się, aby żyć wspólnie; uczyć się, aby być), wymieniają funkcję „uczyć się, aby działać”, dotyczącą stosowania wiedzy w praktyce, przygotowania do innowacji oraz rozwijania różnych kompetencji, wśród których akcentują kompetencję komunikacyjną.

Pacjent w kontakcie z psychologiem/lekarzem oczekuje informacji. Badania wykazują, że pacjenci skarżą się raczej na brak informacji niż na niedostateczną opiekę czy niewłaściwe leczenie (Cartwright, 1964). Zauważony w latach 60. XX wieku problem niedoinformowania pacjenta stwierdzano również w następnych dekadach (Heszen-Niejodek, 1992). Informacje pełnią funkcję zabezpieczającą, gdyż to, co znane, mniej niepokoi w porównaniu z tym, co niewiadome. Abraham Maslow (1978) powiedział, iż potrzeba bezpieczeństwa wyprzedza wszystkie inne potrzeby. Dla pacjenta ważne są instrukcje: co robić, czego się wystrzegać. Warto zwrócić uwagę, że funkcja oddziaływania na innych, instruowania, zwana funkcją impresywną, jest jedną z pierwotnych funkcji mowy, właściwych zarówno zwierzętom, jak i ludziom. Ludzie ciągle przekazują sobie instrukcje, wytwarzają teksty, by oddziaływać na zachowanie innych. Zatem tworzenie tekstów pełniących funkcję impresywną jest jedną z podstawowych umiejętności psychologa/lekarza.

Jak szczęśliwie rozmawiać z pacjentem?

Zdaniem M. Bubera (1992) w komunikacji ważna jest osoba, a dzięki działaniu się między jedną a drugą osobą ludzie są ludźmi. Każda osoba jest wyjątkowa; określają ją nie tylko cechy obserwowalne, ale także niemierzalne cechy duchowe, uczucia. Osoba jest adresatem, do którego kierowane są wypowiedzi; jest refleksyjna, czyli świadoma tego, co ją otacza. Może wybierać rozmówcę. Komunikacja zaczyna się dzięki zwróceniu się jednego człowieka do drugiego, spostrzeżeniu drugiego jako szczególnej jednostki ludzkiej i propozycji rozmowy, dzięki czemu na podstawie obrazu świata każdej z osób wchodzących w proces komunikowania się buduje się świat wspólny. Przemyślenia Bubera na temat komunikacji uświadamiają, że ma ona charakter relacyjny, zachodzi między osobami; jest interakcją.

Psycholog/lekarz powinien wziąć pod uwagę interakcyjny i typowo ludzki charakter komunikowania się z pacjentem. Sytuacja ta wymaga przygotowania komunikatu, odpowiedniego przekazania go pacjentowi, śledzenia jego odbioru oraz obserwowania i rozumienia reakcji pacjenta na komunikat.

Ważny jest sposób mówienia do pacjenta. Zwróćmy uwagę na kilka cech wypowiedzi lekarza, które mogą wpływać pozytywnie na relację komunikacyjną z pacjentem. Warto uświadomić sobie, iż pacjent znajduje się w sytuacji trudnej. U osób w takiej sytuacji często obserwuje się zakłócenia procesów poznawczych w postaci trudności w skupieniu uwagi czy słabej pracy pamięci operacyjnej, które nie pozwalają na szybkie przetwarzanie uzyskiwanych informacji, a w rezultacie – na właściwe rozumienie przekazywanego komunikatu. Ponadto ograniczona wiedza psychologiczna/medyczna pacjenta powoduje, że może on bądź nie rozumieć przekazywanych mu informacji, bądź rozumieć je błędnie, ponieważ nie ma z czym powiązać tych nowych informacji lub łączy je ze stereotypowymi, często błędnymi poglądami na temat budowy i funkcjonowania organizmu.

Aby rozmowa z pacjentem była udana, należy stworzyć odpowiednie warunki do przekazania informacji, a mianowicie zapewnić spokój, skupienie, poczucie intymności pacjenta.

Warto pamiętać, że w kontaktach indywidualnych uwaga rozmówcy skupiona jest na twarzy i rękach mówiącego. Należy zatem skoncentrować uwagę pacjenta na sobie: na twarzy, wyrażającej powagę i akceptację pacjenta, na rękach, które, dotykając pacjenta, przekazują mu sygnały wsparcia. Używanie dotyku w komunikowaniu się wymaga wrażliwości i dyskrecji.

W sytuacji przekazywania informacji psycholog/lekarz winien mówić językiem potocznym, zrozumiałym dla pacjenta, biorąc pod uwagę wiek i wykształcenie; odnosić informacje do jego konkretnej sytuacji, a nie podawać ogólnych informacji na temat danego problemu czy schorzenia.

Należy mówić krótkimi, prostymi zdaniami. Badania wykazują, że tekst łatwy w odbiorze to taki, w którym używamy krótkich słów (dwu–trzysylabowych), krótkich zdań (złożonych maksymalnie z 11 słów), wybieramy słowa o znaczeniach konkretnych (rzeczowniki o znaczeniach abstrakcyjnych pojawiają się tylko w około 13%) i unikamy zdań przeczących (w komunikacie może znaleźć się tylko 9% takich zdań), a wypowiedź ma charakter narracji (opowieści) uporządkowanej czasowo (na podstawie: Kurcz, Polkowska, 1990). Bardzo ważne jest samo dobieranie słów w budowaniu wypowiedzi. Stanisław Kleczewski pisał (1767): „[...] ponieważ nie sobie, ale inszym mówimy, słów używać winni jesteście nie tych, które nam się podobają, ale które słuchający mile przyjmują”.

Zarówno w całej wypowiedzi, jak i w poszczególnych zdaniach najpierw podajemy temat wypowiedzi (wymieniamy przedmiot rozmowy), a następnie przekazujemy informacje o tym przedmiocie rozmowy (np. pana płuca *będziemy leczyć*). Nowe, ważne dla odbiorcy informacje podajemy zawsze w drugiej części zdania/wypowiedzi. Skupienie uwagi na tym, co łatwiejsze dla odbiorcy do zrozumienia, czyli na temacie rozmowy, przygotowuje go do lepszego odbioru

informacji ważnych podawanych w drugiej części wypowiedzi; pozwoli mu zaktualizować tę część posiadanej wiedzy na dany temat, z którą odbiorca powiąże nowe informacje. Taka konstrukcja wypowiedzi nadawcy przyczyni się do lepszego jej odbioru.

W rozmowie z pacjentem dobrze jest powtarzać informacje ważne dla działania pacjenta. Warto formułować i powtarzać instrukcje, bo te będą łatwiej odbierane niż wypowiedzi o innych funkcjach (np. pytania czy oznajmienia).

Thomas Gordon (1994) zwrócił uwagę czynniki blokujące rozmowę, które nazwał niszczycielami dobrej komunikacji. Wśród nich wyróżnił wypowiedzi i zachowania związane z osądzaniem, takie jak: krytykowanie, przezywanie, stawianie diagnozy oraz chwalenie połączone z oceną. Dobrej rozmowie szkodzi także dawanie przez rozmówcę gotowych rozwiązań w formie: rozkazywania, grożenia, moralizowania, stawiania wielu niewłaściwych pytań, udzielania rad. Takie zachowania powodują, że nadawca przyjmuje pozycję dominującą, skłaniając rozmówcę do podporządkowania się. Niewłaściwe jest także unikanie udziału w rozmowie przez odwracanie uwagi od tematu, uspokajanie czy chwalenie połączone z oceną. Psycholog/lekarz w rozmowie z pacjentem powinien wystrzegać się osądzania, dominowania nad pacjentem, a także lekceważenia zgłaszanych przez pacjenta problemów.

Szczęśliwa komunikacja daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa. Dzięki temu wychodzi on z sytuacji kontaktu z psychologiem/lekarzem z poczuciem, że on i jego sprawy kogoś zajmują, czuje się poinformowany, uspokojony. To wszystko sprawia, że udana komunikacja jest dla pacjenta magicznym lekarstwem sprzyjającym utrwalaniu jego zdrowia.

Uwagi końcowe

Filozoficzne i psychologiczne koncepcje interakcji komunikacyjnej ukazują jej wartość w życiu człowieka, co wyraźnie zaznacza się w trudnych sytuacjach, do których niewątpliwie należą te wywołujące poczucie zagrożenia, takie jak choroba, strata.

Przywołane powyżej koncepcje zwracają uwagę także na złożoność struktury i funkcji procesu komunikowania się. W procesie tym istotną rolę odgrywa język, uważany za ważne narzędzie pracy psychologa. Opanowanie sztuki posługiwania się tym narzędziem wymaga zarówno zdobycia wiedzy na ten temat, jak i doskonalenia swoich kompetencji komunikacyjnych.

Bibliografia

- Aitchison, J. (2003). *Words in the Mind: An introduction to the mental lexicon*. 3rd ed. Oxford: Basil Blackwell
- Austin, J. (1993). *Jak działać słowami*. W: tenże, *Mówienie i poznawanie. Rozprawy i wykłady filozoficzne*. Tłum. B. Chwedeńczuk. Warszawa: PWN.
- Bolton, R. (1986). *People Skills: How to assert yourself, listen to others and resolve conflicts*. New York: Simon & Schuster
- Buber, M. (1992). *Ja i ty. Wybór pism filozoficznych*. Tłum. J. Doktor. Warszawa: PAX.
- Cartwright, A. (1964). *Human Relations and Hospital Care*. London: Routledge–Kegan.
- Delors, J. (red.) (1998). *Edukacja – jest w niej ukryty skarb*. Warszawa: UNESCO.
- Gordon, Th. (1994). *Wychowanie bez porażek*. Tłum. A. Makowska, E. Sujak. Warszawa: PAX.
- Heszen-Niejodek, I. (1992). *Lekarz i pacjent. Badania psychologiczne*. Kraków: Universitas.
- Kleczewski, S. (1767). *O początku, dawności, odmianach i wydoskonaleniu języka polskiego zdania*. Lwów: Drukarnia J.K.M. i Bractwo Św. Trójcy.
- Kurcz, I., Polkowska, A. (1990). *Interakcyjne i autonomiczne przetwarzanie informacji językowych. Na przykładzie procesu rozumienia tekstu czytanego na głos*. Wrocław: Ossolineum.
- Lakoff, R. (1980). *Język a sytuacja kobiety*. W: B. Stanosz (red.), *Język w świetle nauki*. Warszawa: Czytelnik, s. 239–260.
- Marleau-Ponty, M. (1976). *Proza świata. Eseje o mowie*. Tłum. S. Cichowicz i in. Warszawa: Czytelnik.
- Maslow, A. (1978). *Obrona i rozwój*. W: K. Jankowski (red), *Przełom w psychologii*. Warszawa: Czytelnik.
- Muller S. (2007), *The Mental Lexicon*, Norderstedt: GRIN Verlag.
- Pisarek, W. (2008). *Wstęp do nauki o komunikowaniu*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne.
- Sapir, E. (1978). *Kultura, język, osobowość*. Tłum. B. Stanosz. R. Zimand. Warszawa: PIW.
- Schulz von Thun, F. (2001). *Sztuka rozmawiania. Cz. 1: Analiza zaburzeń*. Tłum. P. Włodyga. Kraków: WAM.
- Searle, J.R. (1987). *Czynności mowy. Rozważania z filozofii języka*. Tłum. B. Chwedeńczuk. Warszawa: PAX.
- Siegel, M.E., Donoghue, P.J. (2013). *Sztuka słuchania. Klucz do udanych relacji*. Tłum. J. Bielas. Kraków: WAM.
- Stewart, J., Thomas, M. (2000). *Słuchanie dialogiczne. Lepienie wzajemnych znaczeń*. W: J. Stewart (red.), *Mosty zamiast murów. O komunikowaniu się między ludźmi*. Tłum. J. Doktor i in. Warszawa: PWN, s. 234–256.
- Szuman, S. (1938). *Rozwój myślenia u dzieci w wieku szkolnym*. Lwów–Warszawa: Książnica-Atlas.
- Wittgenstein L. (1970), *Tractatus Logico-Philosophicus*, Warszawa: PWN.
- Wittgenstein, L. (1974). *O osobliwościach myślenia i języka*. W: M. Sempoliński (red.), *Brytyjska filozofia analityczna*. Warszawa: Wiedza Powszechna, s. 189–203.
- Zagrodzki, A. (1993). *Słownik umysłowy*. W: I. Kurcz (red), *Psychologia a semiotyka*. Warszawa: Polskie Tow. Semiotyczne, s. 178–189.

Healing Power of Words

The article presents the considerations about the two basic functions of a language: representative (allowing for categorial representation of the reality) and communicative (serving establishing and upholding relationships), realised in a psychologist/doctor – patient contacts. A happy communication in situations like that is decided by, most of all, the

ability of empathetic, dialogue-based listening, which ensures mutual meaning creation, and also the way of conveying information, especially the ability to create texts fulfilling an impressive function, conveying the listener to behave in an appropriate way. The attention was put on the conditions of a happy conversation, especially: assuring intimacy, focusing attention on the interlocutor, using slang in the conversation, referring to specific situations, building short sentences, repeating the recommendations. It was noticed that the destructors of a happy conversations are judging and providing ready-made solutions.

Keywords: language, language functions, representative function, communicative function, conversation, listening

ALEKSANDER B. SKOTNICKI
Katedra Hematologii Collegium Medicum
Uniwersytet Jagielloński

Sztuka w medycynie

Jak dwa i pół tysiąca lat temu Hipokrates pisał: „Nic, co sprzyja zdrowiu mojego pacjenta, nie będzie mi obojętne” – a zatem szeroko rozumiana sztuka, oddziałując na wrażliwość i sferę psychiczną pacjenta, może być pomocna w oddziaływaniu lekarza w stosunku do chorego.

Do sztuki zaliczamy m.in.: rysunek, malarstwo, rzeźbę, architekturę, estetykę pomieszczeń, muzykę, taniec, dramat sceniczny, poezję, prozę literacką, fotografię, film itp. Tak więc możemy ją zdefiniować jako twórcze oddziaływanie człowieka na zmysły (Karolak, Kaczorowska (red.), 2012).

Oddziaływanie sztuki można rozumieć podwójnie:

1. Jako pozytywny, uspokajający i uwrażliwiający wpływ otoczenia (w którym lubi się przebywać), który pozwala na „uniesienie się” w świat poezji, literatury, filmu i oderwanie się od rzeczywistości, świata choroby, cierpienia, obaw i chęci ucieczki z miejsca pobytu – nie zawsze estetycznego szpitala. Jest to ważne zwłaszcza dla ludzi przewlekle chorych (zarówno w młodszy, jak i w starszym wieku), którzy są hospitalizowani przez dłuższy czas lub muszą cyklicznie powracać na kolejne etapy terapii. Warunki pobytu, ich estetyka oraz dostęp do źródeł oddziaływania przez sztukę mają ogromne znaczenie.

Od lat istnieje biblioterapia czy muzykoterapia, których wielkim zwolennikiem był Julian Aleksandrowicz (Wrona-Polańska, 2008). Rozwijanie wrażliwości na sztukę w środowisku szpitalnym, czego przykładem są obrazy wybitnych twórców na ścianach Kliniki Hematologii w Krakowie, czyni przebywanie w miejscu leczenia przyjaznym, bliższym warunkom domowym i przypomina pobyt w dobrym sanatorium.

Jedna z naszych chorych, zainspirowana eksponowanymi na ścianach Kliniki dziełami znanych malarzy, po wyjściu z Kliniki kupiła album sztuki europejskiej. Nawet ogród z kwiatami i drzewa widziane przez okna pokoju szpitalnego okazały się – według relacji chorych – sprzyjać łączności z zewnętrznym światem przyrody.

Nie można określić, w jakim stopniu takie oddziaływanie sprzyja wyleczeniu, mobilizacji sił witalnych, dobremu samopoczuciu chorych. Jeżeli nawet zwiększa to jednak podmiotowość pacjentów, podkreśla szacunek organizatorów pobytu w szpitalu dla przybywających chorych, daje im poczucie spokoju, pomaga wal-

czyć z lękiem oraz przenosi ich w świat wrażliwości i wzruszeń, oddalając od „przyziemnych” kłopotów, to jest to ten element zdrowienia, o który chodziło prawdopodobnie Hipokratesowi – ojcu medycyny.

W dzisiejszej medycynie, opartej na faktach, należałoby udowodnić, czy oddziaływanie przez sztukę jako *addendum* do chemio- czy radioterapii – w dwóch grupach kontrolnych – zwiększy skuteczność leczenia i wpłynie na czas przeżycia. Gdyby udało się wykazać wyższość skojarzonego w powyższy sposób leczenia „duszy i ciała” o około 20%, to należałoby oddziaływanie przez sztukę włączyć do obowiązującego kanonu (standardu) leczenia (Karolak, Kaczorowska (red.), 2008). Należałoby również wziąć pod uwagę indywidualizację oddziaływania w zależności od wieku pacjenta, zawodu, stopnia i wykształcenia (nie można wszystkim kazać czytać tej samej książki).

2. Wpływ sztuki na zdrowie i samopoczucie pacjenta może mieć charakter nie tylko oddziaływania zewnętrznego, ale także pacjent, tworząc sztukę, może szybciej dochodzić do zdrowia oraz realizować swoją osobowość w aktywnym procesie twórczym (Kuczyńska, Czuba (red.), 2008).

Jeśli pacjenci tego typu aktywność zawodową czy hobbystyczną realizowali przed chorobą, to powrót do twórczości może być ważnym celem, sprzyjającym szybszemu pokonaniu procesu chorobowego.

Jeden z naszych chorych nie myślał o istotnym zagrożeniu życia, z którego my, lekarze, zdawaliśmy sobie sprawę, ale mobilizował się, gdyż bardzo pragnął powrotu do malowania ikon po przeszczepie szpiku kostnego. Wielki tenor José Carreras nie martwił się, czy przeżyje białaczkę i przeszczep szpiku, ale o to, czy w związku z ciężką anginą, która pojawiła się w przebiegu choroby, będzie mógł nadal śpiewać.

Wielu chorych rozwinęło talenty twórcze (malarstwo, poezja, literatura, fotografia) dopiero po kryzysie zdrowotnym, zyskując nowe inspiracje i wykorzystując uratowane życie do dalszego rozwoju, na który wcześniej nie mieli czasu lub motywacji. Hasło Juliana Aleksandrowicza „Przez sztukę do zdrowia” wyrażało jego głębokie przekonanie, że w aktywnym procesie twórczym człowiek mobilizuje mechanizmy homeostatyczne, sprzyjające powrotowi do zdrowia. Tym samym lekarz wraz z pacjentem, realizując medycynę holistyczną, w której poszczególne elementy oddziaływania i leczenia wywierają wpływ addytywny, a nawet synergistyczny, uzyskują optymalny efekt terapeutyczny.

Medycyna to sztuka leczenia i lekarz, wykonując swój zawód i przywracając zaburzone zdrowie, jest twórcą, albowiem kreuje nowego, zdrowego człowieka i w tym procesie jest nie tylko rzemieślnikiem, ale i artystą. Musi dysponować nie tylko wiedzą i doświadczeniem, ale i wyobraźnią, odpowiedzialnością, wrażliwością oraz empatią w stosunku do obiektu swego działania. Obiekt ten z kolei nie jest tylko sumą zdrowych i chorych organów, ale stanowi jedność psychosomatyczną i niepowtarzalną indywidualność.

Tak więc medycyna, będąc w założeniu sztuką, a nie tylko zawodem, winna posługiwać się oddziaływaniem wielokierunkowym, zdając sobie sprawę ze zło-

żoności organizmu ludzkiego, będącego odzwierciedleniem ekologicznej i psychospołecznej rzeczywistości (Konieczna, 2004; Żukowska, 2013).

Istnieje niestety duże niebezpieczeństwo, że dzisiejsza technokratyzacja oraz komputeryzacja medycyny, a także anonimowość pacjenta, uczynią go przedmiotem, nie podmiotem w relacji lekarz–chory, doprowadzając do zubożenia tego wspaniałego zawodu i zmniejszenia skuteczności leczenia, która powinna być nadrzędnym celem zarówno lekarzy, jak i władz służby zdrowia.

Bibliografia

- Karolak, W., Kaczorowska, B. (red.) (2008). *Arteterapia w medycynie i edukacji*. Łódź: Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Karolak, W., Kaczorowska, B. (red.) (2012). *Arteterapia. Od rozważań nad teorią do zastosowań praktycznych*. Wyd. 2. Łódź: Wyd. Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej.
- Konieczna, J.E. (2004). *Arteterapia w praktyce*. Kraków: Impuls 2004.
- Kuczyńska, A., Czub, M. (red.) (2011). *Terapia w służbie sztuki – sztuka w służbie terapii*. Wrocław: Atut.
- Wrona-Polańska, H. (red.) (2008). *Julian Aleksandrowicz. Dawca nadziei*. Kraków: Impuls.
- Żukowska, M.A. (red.) (2013). *Edukacyjny i terapeutyczny aspekt sztuki*. Lublin: Wyd. UMCS.

Art in Medicine

Art, plays an important role in treating people with somatic illnesses, leukemia and various types of circulatory system. The author of this article describes art as not only the artistic creation, but also music, dance, poetry, literary prose, scenic drama, movie – he understands art very widely as a creative interaction of a human on the senses. Art understood as such can influence the sick person in two ways: externally, positively and calming through concentrating on music, art, favouring the distancing to the illness, and internally, through actively taking part in the creative process, influencing the wellbeing and health. The first person to bring music and art do the complex therapy of the somatically ill was Professor Julian Aleksandrowicz in 1960s in Krakow. He was deeply convinced that in the active creative process a man can mobilise the homeostatic mechanisms favouring the return to health. Such attitude is continued in the Haematology Clinic by his successors.

Keywords: art, music, theatre, film, treatment, health

JÓZEF MAKSELON

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Nadzieja w promocji zdrowia

Wielowymiarowość nadziei

Przekonanie o wielowymiarowości doświadczenia nadziei jest prawie powszechne, bo jest ona fundamentalnym warunkiem ludzkiej egzystencji, wyrażającym się w realistycznej, ale pełnej ufności orientacji ku przyszłości. Trzeba podkreślić, że „nadzieja jest powiązana z wiarą oraz miłością i podobnie jak ona niejedno ma imię” (Makselon, 2002, s. 23).

Chociaż najczęściej refleksje o sensie i sposobach otwierania się na przyszłościową perspektywę życia odnajdujemy w religiach, filozofii, psychologii, a także w praktyce terapeutycznej, to jednak szczególnego znaczenia nadzieja nabiera w doświadczeniu terminalnej choroby. Warto w tym miejscu zauważyć, że współcześnie interpretatorami znanych od wieków przemyśleń nad nadzieją, nawiązujących do istotnych doświadczeń egzystencjalnych człowieka, są ostatni papieże: Jan Paweł II i Benedykt XVI. Obydwaj mieli wiele do powiedzenia na temat nadziei. Jan Paweł II wypowiada się na jej temat w książce *Przekroczyć próg nadziei*, a Benedykt XVI (2007) swoją drugą encyklikę *Spe salvi (Nadzieją zbawieni)* poświęcił właśnie nadziei i pisał m.in. w punkcie 30: „[...] człowiek ma różnorakie nadzieje, małe i większe – różne w różnych okresach życia. Czasami może się wydawać, że spełnienie jednej z tych nadziei zadowoli go całkowicie i nie będzie potrzebował innych nadziei [...], pozostaje prawdą, że nadzieja, która mnie nie dotyczy, nie jest prawdziwą nadzieją” (zob. Makselon, 2008).

To motywuje piszącego te słowa do podjęcia kolejnego namysłu nad nadzieją, refleksje o niej można bowiem prowadzić w rozmaitych konwencjach poznawczych, gdyż jest ona związana z ludzkim życiem jako najbardziej istotny jego wymiar. Zawsze jednak analizy te mają mniej lub bardziej wyraźne odniesienia do egzystencjalnych dylematów. Z tego m.in. powodu zagadnienie nadziei intryguje i jednocześnie odsłania tajemniczość ludzkiej osoby. Pytanie o nadzieję jest tak stare jak ludzkie myślenie, w którym chodzi o nazwanie tego, czego można się spodziewać i dlaczego. Przyszłość może się okazywać intrygująca, ale również w niektórych przypadkach przerażająca – jako pełna pustki czy lęku. Istnieje jednak w człowieku swoista siła do przekraczania zarówno lęków wewnętrznych, jak i zagrożeń zewnętrznych. Jest to właśnie nadzieja. Filozofowie, antropologowie

i lekarze uznają uniwersalny jej charakter, swoiste wyposażenie ludzkiego istnienia, które umożliwia uporanie się z negatywnymi doświadczeniami.

W języku psychologicznym nadzieję definiuje się jako „wielowymiarową strukturę poznawczą, której centralnym składnikiem jest przekonanie, że w przyszłości człowiek otrzyma dobro (osiągnie ważny cel) z określonym stopniem pewności, czyli z określonym prawdopodobieństwem” (Kozielecki, 2006, s. 37). Niektórzy autorzy definiują nadzieję „jako myślenie ukierunkowane na cel, powiązane ze spostrzeganiem prowadzącej do niego drogi i wystarczającej motywacji do wejścia na nią” (Kelsey i in., 2011, s. 919; tłum. J.M.). W postawie nadziei człowiek „jest wolny od żądań i liczy się z możliwością, że stanie się inaczej, aniżeli sobie życzy” (Häcker, Staff, 1994, s. 319; tłum. J.M.).

Wymienia się rozmaite rodzaje nadziei. Można więc mówić o nadziei pasywnej i aktywnej, partykularnej i generalnej. Każda z nich spełnia określone funkcje, ale najbardziej interesująca jest nadzieja dojrzała. Stwarza ona bowiem m.in. możliwość nadania sensu własnemu życiu i wejścia w szczególne, pozytywne doświadczenia (Kozielecki, 2006, s. 136–138).

Zastanawiając się nad szczególnymi ludzkimi zachowaniami, E. Fromm trafnie zauważył:

Zarówno wyeksploatowane reformatorstwo, jak i pseudoradykalne awanturnictwo nie są przejawami nadziei. Mieć nadzieję oznacza oczekiwać tego, co jeszcze się nie narodziło, nie wpadając jednocześnie w rozpacz, jeśli w swoim życiu nie doczekaliśmy narodzin. Nie ma sensu oczekiwać tego, co już istnieje, lub tego, co nie może zaistnieć. Ci, których nadzieja jest krucha, godzą się na pociechę lub przemoc; ci, których nadzieja jest silna, widzą i świętują wszelkie przejawy nowego, gotowi w każdym momencie pomóc w narodzinach tego, co już jest gotowe, by się narodzić (Fromm, 2000, s. 32–33).

Nadzieja ma charakter dynamiczny. Nie tylko obserwujemy jej poszczególne fazy i intensywność, ale także odmienne przejawy w poszczególnych okresach i okolicznościach życia osoby. Inaczej przecież nadzieję rozumie człowiek młody i zdrowy, a inaczej – stary i chory. W młodości nadzieja może się konkretyzować w oczekiwaniu na wielką miłość, zdobycie pozycji społecznej, jakiś cel wyznaczający przyszłe życie. W wieku dojrzałym następuje pewne przeorganizowanie planów i oczekiwań, w okresie starzenia się nadzieja bardziej zakorzenia się w myśleniu eschatologicznym.

We współczesnych badaniach nad nadzieją zwraca się też uwagę na jej odniesienie do optymizmu. Można w związku z tym spotkać się z kategorią tzw. duchowego optymizmu. Optymizm ogólnie oznacza, że doświadczymy pozytywnych rezultatów swoich działań, nadzieja zaś zawiera w sobie zarówno przekonanie o własnej zdolności do wyznaczania celów działania, jak i poszukiwania dróg realizacji. Na podstawie badań ustalono, że optymizm jest silniej związany z poznawczą oceną celów i rezultatów, a nadzieja bardziej kojarzy się z osobowościowymi sprawnościami (Bryant, Cvengros, 2004).

Terapeutyczne znaczenie nadziei

Panuje powszechne przekonanie, że nadzieja ułatwia człowiekowi radzenie sobie z wieloma problemami i sytuacjami, „leży u podstaw optymistycznego stosunku do życia, mobilizuje do działania, ułatwia znoszenie trudności i jest bardzo istotnym elementem dobrej jakości życia” (de Walden-Gałuszko, 1996, s. 28).

Wejście w obszar nadziei uwalnia od niewolniczego lęku przed przyszłością indywidualnej historii, a także przed tym wszystkim, co tworzą układy społeczne, rozmaite systemy i organizacje (np. służba zdrowia).

Nadzieja ma jednak małe szanse na realizację we współczesnym społeczeństwie, skomputeryzowanym i zautomatyzowanym, gdzie obowiązuje zasada kontroli.

Najszerszym kontekstem wyznaczającym miejsce nadziei jest społeczny klimat, niepisane standardy zachowań, w tym niekiedy paniczne unikanie informacji o chorobie czy kontaktu z chorym. Istotne znaczenie ma pod tym względem nastawienie juvenistyczne, czyli promujące młodość i bezproblemowe życie, charakteryzujące kulturę Zachodu (szczególnie Europy), nuda, komercjalizacja życia i choroby czy poglądy fatalistyczno-utylitarne oraz odejście od religijnego zakorzenienia, które osobowościowo stabilizuje i umożliwia wejście w obszar niezachwianej nadziei.

Innym z powodów poczucia beznadziei i określonych problemów jest scjentyzm współczesnego życia społecznego. Z przekonania, że z analizy kondycji człowieka można wyeliminować jego odniesienia do wymiarów ponadmaterialnych, wynikają liczne konsekwencje. Rozwój tzw. nowej nauki spowodował kryzys, którego istotą jest odejście od wartości lub ich relatywizacja. Ponadto nie sprzyja jej zakorzenieniu irracjonalizm, pusty optymizm czy nieuporządkowane odniesienie do upływającego czasu, połączone z niecierpliwością. Mamy więc do czynienia z następującym zjawiskiem: „Mimo iż nadzieja, wiara, hart ducha zdają się nieodłącznymi towarzyszkami prawdziwego życia, paradoks ludzkiego życia polega na tym, iż rozmiłowawszy się w niewoli i zależności, można te wartości utracić” (Fromm, 2000, s. 44). Kępiński (2002) wielokrotnie podkreślał, że nadzieja może człowieka ratować, lecz również – gdy ją utraci – wpędzać w stan depresji, klęski, albo zgeneralizowanego poczucia bezsensu. Wielokrotnie podkreślał, że nadzieja jest warunkiem życia, a jednym z zasadniczych objawów depresji jest jej utrata. Ten znany psychiatra przypominał, że tylko nad piekłem jest napis „Lasciate ogni speranza” („Porzućcie wszelką nadzieję”).

W świetle powyższych faktów i tendencji jest ważne, aby w sposób wielowymiarowy myśleć o możliwościach pomocy ludziom, którzy, poddani presji takich oddziaływań, wpadają w stan beznadziei.

Rozmaite badania sugerują, że religijność i duchowość są wykorzystywane przez pacjentów jako część ich strategii radzenia sobie z przewlekłą chorobą. Zdaniem niektórych badaczy przynajmniej 70% pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową uważa religijność za bardzo istotny czynnik w zdolności do radzenia sobie z rakiem. Szczególną rolę w tym zakresie odgrywa modlitwa

(Dezutter, Wachholtz, Corveleyn, 2011). Badania wykazały, że pozytywne formy religijnego radzenia sobie wiążą się z dobrostanem, a negatywne style (łącznie się z niewłaściwym obrazem Boga) mogą wzmacniać depresję i obniżać jakość życia. Okazuje się, że nadzieja „zrodzona z religijnej wiary może być istotnym czynnikiem pośredniczącym w ogólnie pozytywnym związku między religią i dobrostanem” (Rosano, 2008; tłum. J.M.).

Psychologowie religii zauważają, że zasadniczo wszystkie religie uznają nadzieję, a nie pesymizm czy fatalizm, ponieważ nadzieja umożliwia bardziej efektywne radzenie sobie ze światem. Twierdą, że nadzieja powinna być realistyczna. W innym przypadku prowadzi to do poczucia beznadziejności, przejawiającego się głównie nudą i apatią. Zauważają także, że nadzieja wymaga zaufania, wzajemności, zdolności do oczekiwania, wybiegania w przyszłość w sposób odpowiedzialny bez zbyt dużego uzależnienia od innych. „Nadzieja jest zatem aktywnością w dzieleniu twórczej wizji z innymi ludźmi, a nie samotnym marzycielstwem” (Meadow, Kahoe, 1984, s. 227; tłum. J.M.).

Z powyższego stwierdzenia wynika, że nadzieja i jej budowanie ma charakter wspólnotowy i relacyjny, gdyż – jak sądził Dante Alighieri – „przychodzi do człowieka wraz z drugim człowiekiem”. Nadzieja jest więc w nas i między nami.

Wspólnotowość, relacyjność i transcendentność ludzkiej nadziei jest podkreślana w różnych religiach. Religia jest bowiem swoistym źródłem znaczenia i nadziei w związku z pojawiającymi się dylematami. Zawsze zawiera pewien element niepewności, gdyż odnosi się do przyszłości, a tę definiuje religia. Religijność pozwala również na zakorzenienie. Podstawowym zakorzeniem jest dla człowieka dom, kojarzony z rodziną. Jest synonimem rodzinnej atmosfery; w nim dorastamy, dokonujemy pierwszych wyborów, tu kształtuje się osobowość. W rodzinie już we wczesnym dzieciństwie może się ukształtować podstawowe zaufanie (prazaufanie), tak bardzo ważne w pozytywnym wartościowaniu osobistej historii życia. Dom uczy spotkań, cierpliwości, kompromisu, jest środowiskiem wielokrotnego przebaczenia, spowitym radościami i smutkami. Choroba terminalna jest szczególnym doświadczeniem dla domu. Nie tylko narusza zwyczajny rytm życia, ale także niekiedy wpływa na radykalną zmianę długo- czy krótkoterminowych planów. Rodzą się też konflikty i zaburza klimat rodzinny (np. związany z ujawnianiem prawdy o chorobie). Jednym słowem: często nadzieja znika, a na horyzoncie czai się ból i rozpacz. Wtedy dom (rodzina) staje się polem niepowtarzalnych doświadczeń, szukania pocieszenia i powierników, wśród których są terapeuci (lekarze i psychologowie).

Środowisko profesjonalnej opieki medycznej jest także kojarzone z przekazywaniem nadziei w procesie terapii. Bardzo istotna w zagospodarowaniu tego „pola nadziei” jest umiejętność komunikowania się, szczególnie pozawerbalnego. Styl tych spotkań ostatecznie zależy od filozofii życia, którą prezentują chory oraz jego lekarz.

W terapeutycznych działaniach bardzo często działamy w polu wyznaczonym przez dwa wektory czy skrajności: zachwyty–zwątpienie. Z jednej strony bowiem, fascynuje niekiedy nieprawdopodobna finezja diagnostyczna oraz optymistyczna

perspektywa terapeutyczna, a z drugiej – istnieje permanentnie kwestionująca te nadzieje oczywista prawda o kruchości ludzkiego losu i ostatecznej klęsce medycyny, która musi skapitulować wobec uniwersalnego doświadczenia przygodności ludzkiej egzystencji.

Prawie wszystkie raporty medyczne i analizy psychologiczne wskazują na pozytywny skutek aktywności własnej w życiu człowieka. Osoby cierpiącej niekiedy jednak nie sposób przekonać do żadnej (np. intelektualnej) aktywności. Stosunkowo łatwo zamyka się ona w kokonie własnej słabości i nie przejawia niemal wcale chęci bycia z innymi. Sytuację, o której mowa, można też nazwać dylematem otwartości. W rozwiązywanie tego dylematu może się włączyć dom, szpital czy inne środowisko.

Dom, szpital i środowisko tworzą swoistą triadę, określającą charakter „pola nadziei”, gdzie rozgrywa się dramat chorego człowieka, niekiedy ujawniający heroiczne decyzje. Książd Tischner porównuje nadzieję do światła i pisze, że „[c]złowiek jest zdolny do heroizmu tylko w imię jakiejś nadziei” (Tischner, 1975, s. 301).

W relacjach terapeutycznych chodzi nie tylko o przekazywanie wsparcia, radzenia sobie, odbudowywania zasobów psychicznych i fizycznych, lecz może przede wszystkim o zaufanie. Profesor medycyny zauważa w związku z tym:

Medycyna, psychologia, socjologia, ekonomia, teologia i filozofia dowodzą, że w życiu potrzebne jest zaufanie. Jest to zatem podstawowy egzystencjalny warunek życia. Jednak nie tak łatwo jest je uchwycić i zdefiniować (Fröschl, 2011, s. 8).

Zaufanie – podobnie jak nadzieja – odnosi się do wielu konkretnych działań, m.in. do pocieszania rodzącego wiarę w możliwość bycia inaczej. W tym kontekście warto przywołać bardzo ważną konkluzję z szerokich analiz psychobiologicznych mechanizmów warunkujących zdrowie. H. Wrona-Polańska pisze:

[...] o zdrowiu nie decydują jedynie struktury genetyczne, fizjologiczne, zgodnie z modelem biomedycznym panującym w medycynie, ale także czynniki psychologiczne i aktywność własna człowieka, jego sposoby przeżywania stresu i radzenia sobie z nim – skuteczne – prowadzące do zdrowia, i nieskuteczne – sprzyjające chorobie (2008, s. 34).

Podsumowanie

Nadzieja pomaga człowiekowi funkcjonować w wielu kontekstach jego życia. Pozwala widzieć codzienne problemy i radzić sobie z sytuacjami stresowymi. Ułatwia również relacje interpersonalne. Nie daje się jednak łatwo „oswoić”, gdyż zmienia swoją barwę i intensywność. W pewnym sensie jest nieodgadniona, zbyt często znika z horyzontu i tym samym zawęża pole sensorycznych i szczęściarodnych doświadczeń. Każda zatem praca nad nadzieją, która ma poszerzać obszar jej obecności, jest niezwykle potrzebna. Dlatego potrzeba uważnego, pokornego i interdyscyplinarnego zatroskania o jej zachowanie, rozwój i umocnienie. Bez nadziei niepodobna sensownie żyć.

Bibliografia

- Benedykt XVI (2007). *Encyklika „Spe Salvi”*. Watykan.
- Bryant, F.B., Cvengros J.A. (2004). *Distinguishing Hope and Optimism: Two sides of a coin, or two separate coins?* „Journal of Social and Clinical Psychology”, 23, s. 273–302.
- Dezutter, J., Wachholtz, A., Corveleyn J. (2011). *Prayer and Pain: The mediating role of positive re-appraisal*. „Journal of Behavioral Medicine”, 34 (6), s. 542–549.
- Fromm, E. (2000). *Rewolucja nadziei. Ku uczłowieczonej technologii*. Tłum. A. Kochan. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Fröschl, M. (2011). *Zdrowie przez zaufanie*. Tłum. R. Namińska. Poznań: Wyd. Święty Wojciech.
- Häcker, H., Staff, K.H. (1994). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kelsey, K.S., DeVellis, B.M., Gizlice, Z., Ries, A., Barnes, K., Campbell, M.K. (2011). *Obesity, Hope, and Health: Findings from the HOPE Works Community Survey*. „Journal of Community Health”, 6 (36), s. 919–924.
- Kępiński, A. (2002). *Poznanie chorego*. Kraków: Wyd. Literackie.
- Kozielecki, J. (2006). *Psychologia nadziei*. Warszawa: Żak.
- Makselon, J. (2002). *Kiedy możemy mieć nadzieję?* W: W. Szewczyk (red.), *Kształty nadziei*. Tarnów: Biblos, s. 23–33.
- Makselon, J. (2008). *Psychologiczne aspekty nadziei w encyklice „Spe salvi”*. „Analecta Cracoviensia”, 40, s. 51–59.
- Meadow, M.J., Kahoe, R.D. (1984). *Psychology of Religion. Religion in Individual Lives*. New York: Harper & Row.
- Rosano, M.J. (2008). *The Moral Faculty: Does religion promote „moral expertise?”* „The International Journal for the Psychology of Religion”, 3, s. 182–191.
- Tischner, J. (1975). *Świat ludzkiej nadziei*. Kraków: Żnak.
- Walden-Gałuszko, K., de (1996). *U kresu. Opieka paliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi*. Gdańsk: MAKmed.
- Wrona-Polańska, H. (2008). *Zdrowie i jego psychobiologiczne mechanizmy*. W: taż (red.), *Zdrowie – stres – choroba w wymiarze psychologicznym*. Kraków: Impuls, s. 17–36.

Hope in Health Promotion

The phrase “fields of hope” alludes to the beautiful tradition of the hospice movement expressed in the concern for the terminally ill through planting daffodils. It seems that for the deeper understanding of the world of experiences of a person struggling with the pointlessness of suffering, pain and loneliness it is worth to point attention towards the specifics and basic functions of hope. Rooted in various experiences, it searches for a field of realisation. This in turn is positively connected to the environment of life (home) and the context of losing it (illness). In order to bring it a little bit closer, one should first take a look at the phenomenon of hope, mainly in the psychological aspect.

Keywords: hope, functions of hope, health promotion

HELENA WRONA-POLAŃSKA, BARBARA PIETRYGA-SZKARŁAT
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Wiedza na temat transplantologii – wyzwaniem dla edukacji zdrowotnej

Postęp dokonany na przestrzeni ostatniego stulecia przyczynił się do ugruntowania pozycji transplantologii jako skutecznej metody leczenia. Stało się to możliwe dzięki wprowadzeniu regulacji prawnych, wypracowaniu kryteriów diagnozowania zgonu człowieka, wykryciu antygenów transplantacyjnych (HLA), a także dzięki unowocześnieniu techniki przechowywania narządów oczekujących na przeszczepienie oraz stosowaniu środków immunosupresyjnych.

Bezdiskusyjne osiągnięcia transplantologii doprowadziły nie tylko do wzrostu liczby przeprowadzanych zabiegów przeszczepiania narządów i tkanek, ale także umożliwiły medycynie transplantacyjnej wyjście z fazy eksperymentalnej, stwarzając wielu tysiącom osób szansę na odzyskanie utraconego zdrowia.

Obecnie chirurgia transplantacyjna stanowi niejednokrotnie jedyną formę alternatywną dla szerokiego zestawu środków zaradczych stosowanych w medycynie tradycyjnej, która jest coraz częściej bezradna wobec potrzeb pacjentów zmagających się z białaczką lub niewydolnością narządową.

Transplantologia, mimo nieustających starań różnych środowisk społecznych zmierzających do upowszechniania jej unikatowości, nie jest jednak w stanie zaspokoić potrzeb wszystkich oczekujących na ten rodzaj pomocy, głównie ze względu na ograniczoną liczbę organów, których produkcja w warunkach laboratoryjnych nie jest możliwa. Przyczyn zaistniałej sytuacji należy upatrywać w niskim poziomie świadomości ogólnej w zakresie problematyki transplantacji narządów i tkanek. W związku z powyższym warunkiem koniecznym dla jej efektywnego wykorzystywania w praktyce medycznej jest przezwyciężenie barier ograniczających zaufanie społeczeństwa do tej metody leczenia (Wasak, 2003; Wrona-Polańska, 2011).

Aby stało się to możliwe, niezbędne jest podjęcie szeroko zakrojonych działań edukacyjnych, stosowanych już od najmłodszych lat życia, w celu promowania zdrowia rozumianego zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym. W tym kontekście kluczowe wydaje się zachęcanie młodego pokolenia do podejmowania aktywnej postawy w zdobywaniu wiedzy o zdrowiu (Woynarowska, 2010; Wrona-Polańska, 2011), również w odniesieniu do medycyny transplantacyjnej, która odgrywa pierwszoplanową rolę w systemie szeroko rozumianej profilaktyki zdrowia.

Podjęcie tej problematyki w kontekście funkcjonowania młodzieży studiującej na kierunku pedagogicznym jest szczególnie ważne, ponieważ jako przyszli edukatorzy zdrowia będą oni kształtować świadomość młodego pokolenia w zakresie zdrowia, jego determinantów oraz medycznych sposobów odzyskiwania.

W związku z powyższym podjęto badania, których zasadniczym celem jest dokonanie oceny poziomu wiedzy studentów na temat nowoczesnej metody leczenia, jaką jest transplantologia.

Transplantologia w obliczu dylematów współczesności

Osiągnięcia wielu specjalistów w dziedzinie chirurgii transplantacyjnej, a także gwałtowny postęp techniczny i farmakologiczny, pozwoliły na wdrożenie nowatorskich rozwiązań medycznych, dzięki którym wykonywanie efektywnych zabiegów przeszczepiania narządów oraz szpiku kostnego stało się rzeczywistością.

Obecnie specyfika działania transplantologii postrzegana jest w społeczeństwie przede wszystkim przez pryzmat niestandardowo pojmowanego procesu leczenia, w który zaangażowany jest nie tylko zespół lekarzy specjalistów, nieuleczalnie chory pacjent, ale także drugi człowiek – świadomie ofiarujący narząd do przeszczepienia (Wasak, 2007). Sytuacja ta uwydatnia niepowtarzalność działania chirurgii transplantacyjnej, skonfrontowanej przede wszystkim z codziennym wymiarem życia, w którym zasadniczą rolę odgrywają najbardziej newralgiczne w odbiorze społecznym kwestie dotyczące zdrowia i życia człowieka.

Aktualnie, mimo powszechnej deklaracji akceptacji transplantologii, jednym z jej głównych problemów jest nieadekwatny do postępu medycznego poziom wiedzy społeczeństwa, wyrażający się w braku zrozumienia kluczowych procedur (Wojciechowski, Szpringer, 2012; Gulla, 2010; Rowiński 2009; Baran i in., 2004).

W. Rowiński (2009), chirurg i wybitny specjalista w dziedzinie medycyny transplantacyjnej, wśród przyczyn trudności w prezentowaniu przez społeczeństwo jednoznacznego stanowiska wobec transplantologii wskazuje na trudne w odbiorze społecznym problemy związane z wyrażaniem zgody na pobranie narządów od zmarłych w celu ich przeszczepienia, kolejnością wyboru biorcy danego narządu, nielegalnym obrotem narządami i tkankami czy rozpoznawaniem zgonu opartym na kryteriach śmierci neurologicznej.

Powyższe zagadnienia porządkuje zadekretowana przez Sejm RP 1 lipca 2005 roku i wprowadzona w życie 1 stycznia 2006 roku Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (DzU, 2005, nr 169, poz. 1411).

Rozporządzenie precyzuje m.in. wiele ważnych kwestii związanych z ofiarowywaniem własnych narządów drugiemu człowiekowi, zarówno w przypadku przeszczepów *ex mortuo* (po śmierci), jak i *ex vivo* (za życia).

Zgodnie z przepisami prawnymi obowiązującymi w Polsce dylemat dotyczący wyrażenia przez dawcę akceptacji pobrania narządów lub tkanek normuje zasada

zgody domniemanej. Zgodnie z jej założeniem potencjalnym ofiarodawcą jest każdy człowiek, który za życia nie wyraził formalnego sprzeciwu wobec pobrania narządów i tkanek po śmierci. Biorąc pod uwagę wspomniany warunek, lekarz po stwierdzeniu zgonu ma prawo wnioskować pobranie narządów od osoby zmarłej. Jednakże zwyczajowo, kierując się zasadami etyki i moralności, w pierwszej kolejności uwzględnia się w tym zakresie opinię rodziny.

Ustawa reguluje także kwestię zgłoszenia ewentualnego sprzeciwu wobec pobrania narządów lub tkanek. Zgodnie z art. 6 ustawy transplantacyjnej należy tego dokonać w formie wpisu w centralnym rejestrze sprzeciwów lub w postaci oświadczenia ustnego wyrażonego w obecności co najmniej dwóch świadków, potwierdzających ten fakt pisemnie.

Pobieranie narządów, tkanek i komórek od osoby nieżyjącej jest możliwe tylko pod warunkiem stwierdzenia u niej ustania funkcji pnia mózgu. Godny uwagi jest fakt, iż przepisy ściśle regulują kwestię dotyczącą zasad orzekania śmierci neurologicznej. Po pierwsze, o zaprzestaniu pracy mózgu decyduje specjalnie do tego powołana trzyosobowa komisja, reprezentowana przez lekarzy mających kwalifikację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalistę w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii. Po drugie, specjaliści wchodzący w skład komisji nie mogą uczestniczyć w procedurze medycznej związanej z pobieraniem i przeszczepianiem komórek, tkanek lub narządów z ciała zmarłego człowieka.

Zapisy ustawy transplantacyjnej porządkują także kwestię ochrony danych osobowych dawcy i biorcy narządów, tkanek i komórek w myśl zasady zawartej w przepisach o tajemnicy zawodowej oraz służbowej, a także w odniesieniu do przepisów dotyczących dokumentacji medycznej prowadzonej przez stronę leczącą.

Zgodnie z dyrektywami znajdującym się w ustawie transplantacyjnej zabrania się odpłatnego zbycia lub nabycia narządów i tkanek do przeszczepienia. Ponadto przeprowadzanie zabiegów transplantacyjnych ma miejsce w upoważnionych do tego ośrodkach medycznych i przy uwzględnieniu listy osób zakwalifikowanych do przeszczepu.

Przejrzyste uregulowania prawne stały się podstawą intensywnego postępu w zakresie chirurgii transplantacyjnej. Jednakże leczenie metodą przeszczepiania narządów i tkanek narzuca konieczność przygotowania społeczeństwa do prezentowania otwartej i odważnej postawy wobec medycyny transplantacyjnej (Wrona-Polańska, 2011).

Transplantologia jako wyzwanie dla edukacji zdrowotnej

Rozwój transplantologii możliwy jest tylko pod warunkiem wyposażenia społeczeństwa w wiedzę z zakresu procedur transplantacyjnych. W związku z tym wyłania się potrzeba podjęcia systematycznych oddziaływań edukacyjnych, prowadzonych „od przedszkola aż po uniwersytet, w celu tworzenia pozytywnych przekonań prozdrowotnych i aktywizowania na rzecz zdrowia” (Wrona-Polańska, 2011,

s. 275–276). Innymi słowy, edukacja zdrowotna winna służyć społeczeństwu jako podstawowe narzędzie popularyzacji wiedzy w zakresie szeroko rozumianego zdrowia oraz czynników warunkujących jego kondycję i jakość.

Uzyskana w procesie edukacji wiedza stanowi podstawę kształtowania się kompetencji informacyjnych u współczesnego człowieka, w wyniku czego staje się on podmiotem kreującym własne zdrowie, rozumiane zarówno w aspekcie indywidualnym, jak i społecznym (Wrona-Polańska, 2003; 2011).

Powyższe podejście nawiązuje do teorii systemowej, która zakłada, że zdrowie jest zjawiskiem wielowymiarowym, uwzględniającym zarówno sferę fizyczną, społeczną, jak i duchową oraz psychiczną, a także wielopoziomowym, odnoszącym się do wzajemnych uwarunkowań pomiędzy człowiekiem a środowiskiem, w którym przyszło mu żyć (Kowalski, Gawęł, 2007). Oznacza to, że zdrowie jest procesem zmierzającym do utrzymania dynamicznej równowagi pomiędzy indywidualnymi predyspozycjami podmiotu a wymaganiami nieustannie zmieniającego się otoczenia (Wrona-Polańska, 2003).

Model holistycznego ujęcia problematyki zdrowia odegrał pierwszorzędną rolę w ukształtowaniu się nowego podejścia do edukacji zdrowotnej (Syrek, Borzucka-Sitkiewicz, 2009). Idea tego podejścia jest istotna z punktu widzenia promocji zdrowia, ponieważ „przygotowuje młode pokolenie do wprowadzania sprzyjających zdrowiu zmian w sobie samym i otaczającym środowisku” (Kowalski, Gawęł, 2007, s. 184). Prowadzi także do ukształtowania się trwałej postawy prozdrowotnej, której celem jest nieustanne pomnażanie zasobów tkwiących nie tylko w samym podmiocie, ale i w jego najbliższym otoczeniu.

Obok promowania zdrowia jako wartości kluczowej w ludzkiej egzystencji ważnym wyzwaniem dla edukacji zdrowotnej jest przekazywanie wiedzy o zdrowiu zarówno w kontekście aktualnych jego zagrożeń, jak i nowoczesnych sposobów ochrony, nie wyłączając przy tym wiedzy z zakresu transplantologii (Syrek, Borzucka-Sitkiewicz, 2009). W ten sposób można zapewnić człowiekowi możliwość efektywnego radzenia sobie z wymaganiami codzienności (Kowalska, Gawęł, 2007).

Posiadanie potencjału w postaci wiedzy o szeroko rozumianym zdrowiu stanowi punkt wyjścia w motywowaniu podmiotu do podejmowania aktywności na jego rzecz (Aleksandrowicz, 1972; Sęk, 1992; Puchalski, 1994; Słońska, 1994; Wrona-Polańska, 2011). Aby stało się to możliwe, konieczne jest systematyczne oddziaływanie na świadomość jednostkową i społeczną dzieci oraz młodzieży za pomocą działań edukacji zdrowotnej prowadzonych na każdym szczeblu kształcenia (Wrona-Polańska, 2011).

Założenia metodologiczne

W związku z tym, że u podłoża medycyny transplantacyjnej leży ochrona ludzkiego zdrowia, podstawą teoretyczną podjętych badań jest Funkcjonalny Model Zdrowia (FMZ) H. Wrony-Polańskiej (2003). Został on oparty na teorii stresu

psychologicznego i radzenia sobie z nim (Lazarus, Folkman, 1984) oraz teorii salutogenetycznej (Antonovsky, 1979; 1995). Zgodnie z przyjętym konstruktem teoretycznym zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem, zależnego od oceny poziomu stresu, radzenia sobie z nim oraz zasobów podmiotowych i sytuacyjnych (Wrona-Polańska, 2003).

Zgodnie z FMZ jednym z psychologicznych mechanizmów wiodących ku zdrowiu są zasoby behawioralne, które stanowią podstawę aktywności prozdrowotnej człowieka. Oznacza to, że działania na rzecz zdrowia w dużym stopniu zależą od tego, w jakim stopniu człowiek rozumie mechanizmy warunkujące kondycję psychofizyczną. Innymi słowy – czy posiada odpowiedni poziom wiedzy o zdrowiu w kontekście tych czynników, które sprzyjają jego utrzymaniu lub też odzyskaniu.

Biorąc pod uwagę powyższe podejście, podjęte badania zmierzały w kierunku dokonania oceny poziomu wiedzy młodzieży akademickiej na temat transplantologii. W tym celu wykorzystano jako narzędzia badawcze: kwestionariusz wywiadu i szacunkowe skale oceny.

Pytania zawarte w kwestionariuszu wywiadu służyły dokonaniu oceny wiedzy młodzieży akademickiej na temat prawnego oraz medycznego kontekstu problematyki transplantologii.

Szacunkowe skale oceny zostały opracowane na podstawie Kwestionariusza Wydarzeń Stresowych H. Wrony-Polańskiej (2003). Ich zasadniczą rolą jest określenie subiektywnej oceny poziomu akceptacji transplantologii oraz subiektywnej oceny poziomu wiedzy na ten temat. Krańce poszczególnych skal oznaczały odpowiednio:

- „akceptuję transplantologię (10) – nie akceptuję transplantologii (1)”;
- „wysoki poziom wiedzy o zdrowiu (10) – niski poziom wiedzy o zdrowiu (1)”.

W badaniu, które miało charakter eksploracyjny, wzięło udział 55 studentów trzeciego roku pedagogiki Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie.

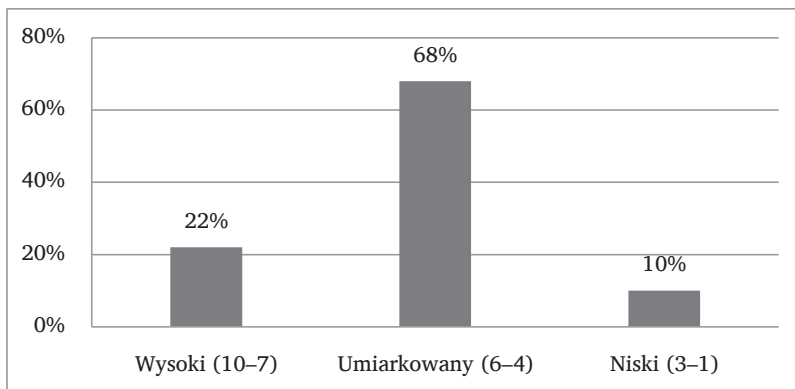
Wyniki badań i ich omówienie

Akceptacja transplantologii

Dane uzyskane na podstawie badania na 10-centymetrowej skali subiektywnej oceny poziomu akceptacji transplantologii (wykres 1) wskazują, że zdecydowana większość badanych studentów popiera ideę przeszczepiania narządów i tkanek.

Oto kilka opinii studentów odznaczających się wysokim poziomem akceptacji transplantologii (10–7): „jest to ważny sposób leczenia chorych osób, szczególnie w dobie chorób cywilizacyjnych”, „jestem na tak, bo nigdy nie wiem, czy sam tego nie będę potrzebował lub ktoś z moich bliskich”, „transplantologia to temat niezwykle istotny z punktu widzenia zdrowia, ważne, aby każdy z nas miał odwagę nie tylko zaznaczyć poparcie akceptacji, ale też potrafił wykazać swoje poparcie, wypełniając np. oświadczenie woli”, „jestem zdecydowanie na tak, choć nie wiem zbyt dużo na ten temat, wiem, że jest to potrzebne”.

Z powyższych przykładów wynika, że młodzież akademicka akceptuje transplantologię oraz zwraca szczególną uwagę na ogólnospołeczny wymiar tej formy pomocy drugiemu człowiekowi. Ponadto badani łączą wiedzę teoretyczną ze świadomym i dojrzałym działaniem w tym zakresie.



Wykres 1. Akceptacja transplantologii w opinii badanej młodzieży akademickiej

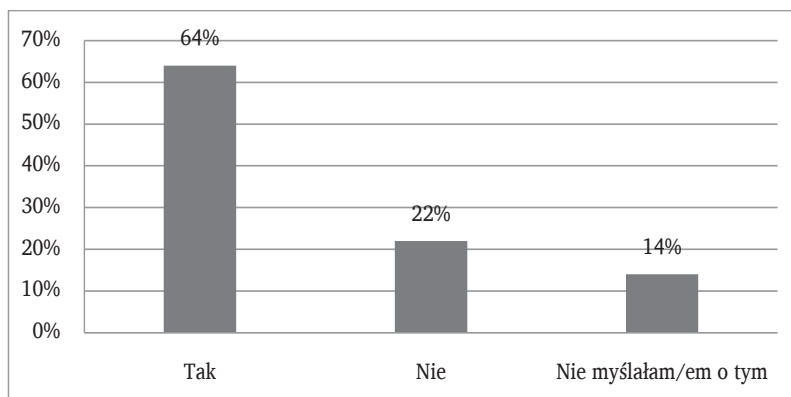
Źródło: badanie własne

Niski poziom akceptacji transplantologii (3-1) ilustrują następujące przykłady: „czuje zbyt wiele obaw o własne zdrowie, aby móc zaakceptować przeszczepianie narządów, np. nerki, musiałabym mieć pewność, że po oddaniu nerki w razie choroby ktoś zaopiekuje się mną”, „nie popieram, bo nigdy nie mamy pewności, że ktoś zmarł”, „jestem pełna obaw, że może dojść do pomyłki i pobranie nastąpi od osoby, która zapadła w śpiączkę”, „wydaje mi się, że transplantologia może przyczynić się do nadużyć, np. nielegalnego obrotu narządami”.

Opinie badanych wskazują na istnienie licznych barier etyczno-moralnych uniemożliwiających pełne zrozumienie działań podejmowanych w zakresie donacji narządów.

Akceptacja przeszczepów ex mortuo oraz ex vivo

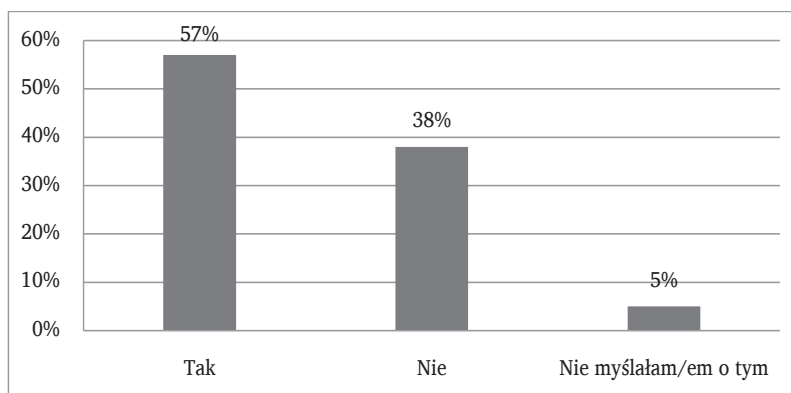
Prawie tak samo satysfakcjonujące wyniki (wykres 2) uzyskano w zakresie danych świadczących o poziomie deklarowanej gotowości ofiarowania własnych narządów po śmierci innym potrzebującym. Dwie trzecie badanych zgodziłoby się na pobranie z ich ciała narządów do przeszczepu. Załedwie jedna trzecia nie wyraziłaby na to zgody. Niemalże co szósty student nigdy nie zastanawiał się nad kwestią związaną z transplantacją narządów.



Wykres 2. Deklaracja oddania narządów po śmierci

Źródło: badanie własne

Nieco odmienny wynik uzyskano w zakresie deklaracji oddania narządu parzystego, np. nerki czy rogówki oka lub szpiku kostnego jeszcze za życia (wykres 3). Ponad jedna druga badanej młodzieży akademickiej wyraża chęć ofiarowania organów binarnych lub tkanki krwiotwórczej, ale pod warunkiem ratowania życia członka rodziny. Co trzeci badany nigdy nie brał takiej ewentualności pod uwagę, uzasadniając swój wybór egoizmem lub lękiem.



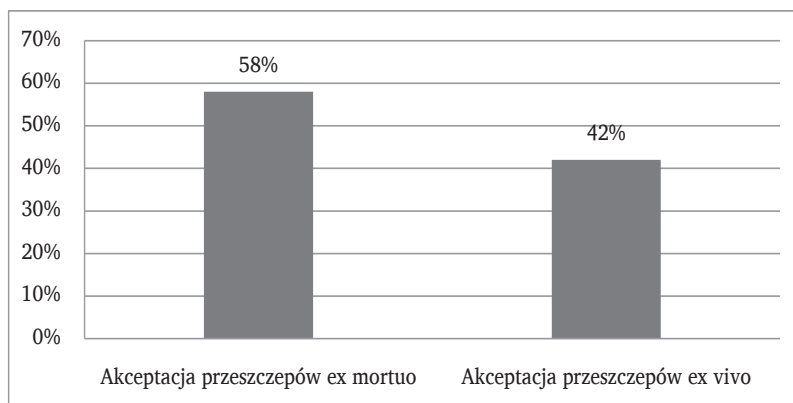
Wykres 3. Oddanie narządów parzystych i szpiku kostnego

Źródło: badanie własne

Uogólniając (wykres 4): ponad jedna druga badanej młodzieży popiera przeszczepy *ex mortuo*, a więc wykonywane po śmierci potencjalnego dawcy. Blisko co drugi badany popiera natomiast ideę przeszczepów *ex vivo*, a więc dokony-

wanych w następstwie przemyślanych decyzji podejmowanych jeszcze za życia przez potencjalnego dawcę.

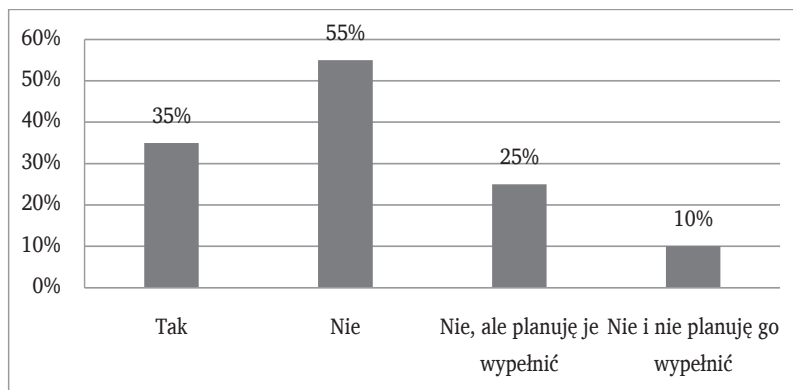
Mimo akceptacji medycyny transplantacyjnej spory odsetek badanych wciąż nie jest gotowy, aby zadeklarować chęć oddania własnych narządów i tkanek za życia lub po śmierci innym potrzebującym.



Wykres 4. Akceptacja przeszczepów *ex mortuo* (po śmierci) oraz *ex vivo* (za życia)

Źródło: badanie własne

Dalsza analiza materiału badawczego (wykres 5) ujawniła, iż ponad połowa badanej młodzieży nie posiada wypełnionego oświadczenia woli, blisko co czwarty badany planuje natomiast wypełnić dokument poświadczający własne zdanie w zakresie transplantacji narządów i tkanek. Blisko co trzeci badany zadeklarował, iż posiada wypełnione oświadczenie woli.

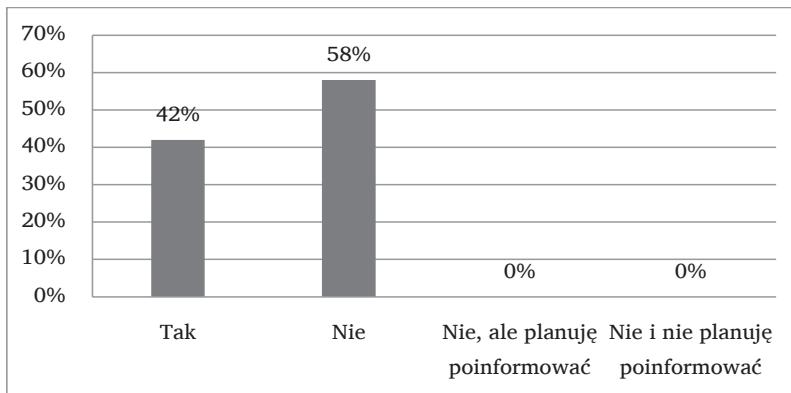


Wykres 5. Deklaracja posiadania wypełnionego oświadczenia woli

Źródło: badanie własne

Ponad połowa badanych nie powiadomiła najbliższej rodziny o swym stanowisku w sprawie transplantologii oraz o ewentualnej woli przekazania własnych narządów po śmierci potrzebującym tej pomocy (wykres 6).

Powyższe rezultaty wskazują na konieczność prowadzenia systematycznych oddziaływań edukacyjnych, mających na celu zwiększanie świadomości młodzieży w zakresie medycznych oraz prawnych kontekstów chirurgii transplantacyjnej. Stwarza to realną szansę na zwiększenie liczby osób świadomie decydujących się na ofiarowanie własnych narządów i tkanek.



Wykres 6. Poinformowanie rodziny o własnym stanowisku

Źródło: badanie własne

Wiedza o transplantologii

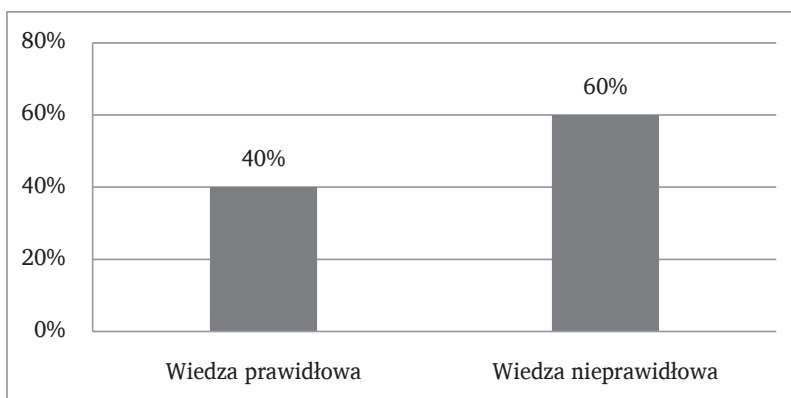
Ostatni etap analizy materiału empirycznego zmierzał w kierunku dokonania oceny poziomu wiedzy młodzieży akademickiej z zakresu prawnego i medycznego kontekstu przeszczepiania narządów i tkanek.

Na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych (wykres 7) można wnioskować, że ponad połowa badanych studentów nie ma rzetelnych informacji w zakresie przepisów prawa regulujących problem wyrażenia przez dawcę zgody na pobranie narządów i tkanek. Młodzież akademicka zakłada, że o ewentualnym pobraniu narządów i tkanek decydują przede wszystkim względy medyczne lub wyrażona w sposób świadomy, jeszcze za życia, wola dawcy.

Ponadto uzyskane dane (wykres 8) wskazują, że zdecydowana większość badanej młodzieży stwierdza, że lekarz, zgodnie z ustawodawstwem państwowym, nie ma prawa do podjęcia decyzji o ewentualnym pobraniu narządów i tkanek w celu ich przeszczepienia bez uprzedniej konsultacji z rodziną zmarłego.

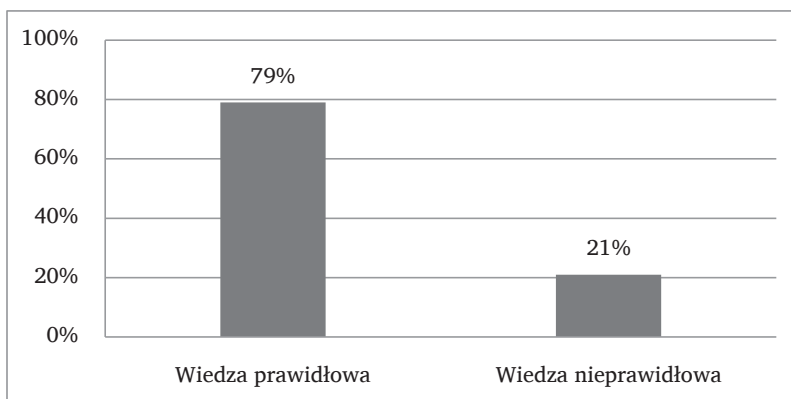
Trudną w odbiorze społecznym kwestią związaną z transplantologią jest ustalenie momentu decydującego o nieodwracalnej śmierci człowieka, a tym samym – momentu wyznaczającego konieczność pobrania narządów z ciała zmarłego w celu

ratowania życia drugiego człowieka. W tym przypadku zrozumienie kryteriów śmierci mózgowej jest niezbędne do pełnej akceptacji tej metody leczenia.



Wykres 7. Rozumienie zasady zgody domniemanej

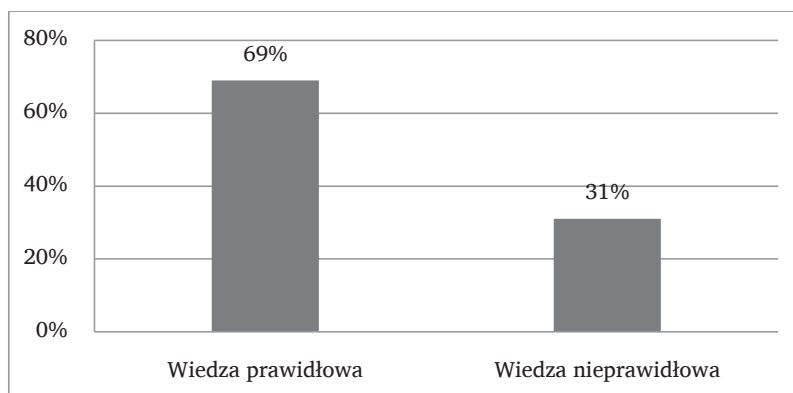
Źródło: badanie własne



Wykres 8. Uregulowania prawne w zakresie pobierania narządów przez polskich lekarzy

Źródło: badanie własne

Zebrany materiał badawczy (wykres 9) wskazuje, że zdecydowana większość badanych studentów nie jest przekonana, że śmierć pnia mózgu jest tożsama z końcem ludzkiego życia. Co ciekawe, część młodzieży uznała, że o śmierci człowieka decyduje ustanie akcji serca. Niemalże co czwarty badany nie potrafił ustosunkować się do tej kwestii.



Wykres 9. Znajomość nowej definicji śmierci człowieka

Źródło: badanie własne

Podsumowanie

Na podstawie przeprowadzonych badań można wnioskować, że zdecydowana większość młodzieży akademickiej akceptuje transplantologię. Znaczny odsetek badanych deklaruje chęć oddania własnych narządów potrzebującym. Jednak tylko co czwarty student posiada przy sobie wypełnione oświadczenie woli, które mogłoby usprawnić proces przeprowadzenia przez lekarzy rozmowy z rodziną zmarłego oraz umożliwić – zgodnie z zasadami etyki – pobranie narządów w celu ich przeszczepienia. Ponadto blisko połowa młodzieży nie dysponuje rzetelną wiedzą z zakresu przepisów prawa obowiązujących w naszym kraju.

Wyniki powyższe są zbliżone do wyników przeprowadzonych w 2012 roku badań CBOS na temat opinii i postaw Polaków wobec transplantacji. Na ich podstawie można stwierdzić, że trzy czwarte badanych wyraża gotowość ofiarowania własnych narządów po śmierci. Spory odsetek ankietowanych nadal jednak nie godzi się z sytuacją, w której zaistniałaby okoliczność pobrania narządów z ciała zmarłego członka rodziny. Znikomy odsetek ankietowanych informuje najbliższych o własnym stanowisku w sprawie transplantacji narządów, co dodatkowo utrudnia przebieg postępowania transplantacyjnego.

W związku z powyższym wyłania się pilna potrzeba prowadzenia systematycznych oddziaływań edukacyjnych mających na celu dążenie do ukształtowania właściwych postaw i przekonań wobec problematyki szeroko pojętego zdrowia przez działania edukacji zdrowotnej, która winna służyć społeczeństwu jako podstawowe narzędzie popularyzacji wiedzy z zakresu medycznych kontekstów jego odzyskiwania i umacniania.

Wnioski praktyczne

Ogromny postęp w dziedzinie chirurgii transplantacyjnej doprowadził do wzrostu efektywności leczenia najgroźniejszych chorób cywilizacyjnych, urzeczywistniając szansę na przeżycie oraz powrót do pełni zdrowia fizycznego i psychicznego wielu tysiącom osób.

Transplantologia stanowi ważny czynnik prowadzący do zmiany myślenia o zdrowiu, którego pojmowanie wykracza poza standardowe rozumienie w kategoriach dobra osobistego i wiąże się przede wszystkim z nieco szerszym, społecznym wymiarem rzeczywistości, w której społeczeństwo jest zdolne do poświęcenia i „dzielenia się własnymi narządami z innymi” (Wrona-Polańska, 2011, s. 276).

Niezbędna jest zatem promocja zdrowia i edukowanie młodego pokolenia w celu kształtowania właściwego nastawienia wobec zdrowia jako wartości nadrzędnej. Aby to było możliwe, niezbędne jest przekazywanie rzetelnej wiedzy na temat predyktorów zdrowia w kontekście osobistych oraz medycznych możliwości jego ochrony i kontroli. Konieczne jest podejmowanie działań mających na celu przygotowanie dzieci i młodzieży do prezentowania właściwych zachowań prozdrowotnych także w odniesieniu do otoczenia, w którym żyją.

Do głównych zadań edukacji promującej transplantologię w środowisku szkolnym należy zaliczyć:

- organizację regularnych prelekcji (zarówno dla uczniów, jak i ich rodziców) mających na celu przekazywanie wiedzy z zakresu nowoczesnych procedur medycznych ratujących ludzkie zdrowie;
- konstruowanie programów edukacyjnych promujących świadome dawstwo narządów i tkanek;
- zachęcanie i wspieranie uczniów w podejmowaniu zespołowych inicjatyw na rzecz zdrowia i promowania transplantologii w najbliższym otoczeniu.

Projektowanie działań na rzecz zwiększania świadomości ogólnej w zakresie zdrowia powinno opierać się przede wszystkim na przekazywaniu merytorycznych informacji z zakresu donacji narządów, w tym kryteriów orzekania śmierci mózgowej oraz regulacji prawnych w tym zakresie. Prezentowane informacje winny odnosić się każdorazowo do filozoficznych oraz etycznych zagadnień egzystencji ludzkiej.

Wszelkie działania podejmowane na terenie szkoły powinny opierać się na współpracy pomiędzy nauczycielami a rodzicami oraz przedstawicielami środowiska medycznego – pielęgniarkami, lekarzami – w celu zachowania ciągłości podejmowanych zadań.

Popularyzacja wiedzy dotyczącej transplantacji narządów i tkanek za pomocą działań edukacji zdrowotnej przyczyni się do wzrostu akceptacji tej metody leczenia, czego przejawem będzie świadome wyrażanie zgody na oddanie po śmierci własnych narządów potrzebującym, a realnym wyrazem – podpisane oświadczenie woli oraz poinformowanie o swoim stanowisku najbliższej rodziny.

Bibliografia

- Aleksandrowicz, J. (1972). *W poszukiwaniu definicji zdrowia*. „Studia Filozoficzne”, 9, s. 79–83.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Wyd. IPN.
- Baran, B., Wiktor, H., Burian, J. (2004). *Ocena poziomu wiedzy uczniów szkół średnich w zakresie przeszczepiania narządów*. „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia”, Vol. LIX, Suppl. XIV, 17.
- Gulla, B. (2010). *Transplantacja serca. Problemy adaptacji psychologicznej*, Kraków, Wyd. UJ.
- Haškovcova, H. (1978). *Między życiem i śmiercią*. [Tłum. H. Wasylkiewicz]. Warszawa: PWN.
- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Hobfoll, S.E. (1989). *Conservation of Resources: A new attempt at conceptualizing stress*. „American Psychologist”, s. 513–524.
- Kowalski, M., Gawęł, A. (2007). *Zdrowie – wartość – edukacja*, Kraków: Impuls.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Kuźma, J. (2000). *Nauczyciele przyszłej szkoły*. Kraków: Wyd. Naukowe AP.
- Nowacka, M. (2003). *Etyka a transplantacje*. Kraków: PWN.
- Puchalski, K. (1994). *Kryteria zdrowia w świadomości społecznej*. „Promocja Zdrowia”, 1, 1/2, s. 53–69.
- Rowiński, W. (2009). *Bariery przeszczepiania narządów w Polsce i sposoby ich pokonania*. „Medycyna Praktyczna”, 1, s. 156–157.
- Sęk, H., Pasikowski, T., Beisert, M., Bleja, A. (1992). *Subiektywne koncepcje zdrowia. Wybrane uwarunkowania*. „Przegląd Psychologiczny”, 3, s. 351–363.
- Słoińska, Z. (1994). *Promocja zdrowia – zarys problematyki*. „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, 1–2, s. 37–52.
- Syrek, E., Borzucka-Sitkiewicz, K. (2009). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne Spółka z o.o.
- Sztompka, P., Bogunia-Borowska, M. (red.) (2008). *Socjologia codzienności*. Kraków: Znak.
- Wasak, A. (2007). *Transplantacje*. Radom: Polskie Wyd. Encyklopedyczne.
- Wojciechowski, P., Szpringer, M. (2012). *Bariery społeczne w transplantologii w opinii młodych Polaków*. „Studia Medyczne”, 27 (3), s. 45–52.
- Wojnarowska, B. (2010). *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*. Warszawa: PWN
- Wrona-Polańska, H. (2003). *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*. Kraków: Wyd. Naukowe UP.
- Wrona-Polańska, H. (2011). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*. Kraków: Wyd. UJ.

Knowledge of Academic Youth on Transplantology

Transplantology is an unquestionable method of saving human life and health. The effectiveness of using this method of treatment requires a level of knowledge of the society adequate to the medical development. For that purpose, it is necessary to know the thoughts rooted deeply in the subconsciousness of young people regarding the organ and tissue transplants. It is also necessary to promote health and to educate society in the range of health and modern treatment methods.

Keywords: transplantology, common knowledge, health promotion, health education

MAŁGORZATA TOEPLITZ-WINIEWSKA
Uniwersytet Warszawski

Zasady etyczne w zawodzie psychologa – znaczenie dla promocji zdrowia

Wprowadzenie

Znaczenie zdrowia jako wartości indywidualnej, ale też i społecznej, najlepiej podkreślają składane przy różnych okazjach życzenia, w których jest ono zazwyczaj wymieniane na pierwszym miejscu. Nie oznacza to, iż każdy człowiek równie wysoko ceni sobie tę wartość, lecz dążenie do osiągnięcia i zachowania dobrego stanu somatycznego i psychicznego jest istotnym elementem kształtowania przez człowieka jakości życia. Działalność na rzecz zdrowia jednostek i społeczeństwa ma charakter interdyscyplinarny i określana jest ogólnym pojęciem promocji zdrowia. Zgodnie z Kartą Ottawską, uchwaloną w 1986 roku, promocja zdrowia jest to proces umożliwiający człowiekowi oddziaływanie na własne zdrowie z możliwością poprawy i utrzymania tego stanu (Karta Ottawska, 1994; Sęk, 2005). Zdrowie człowieka jest w tym przypadku tylko środkiem do uzyskiwania indywidualnych celów, realizacji dążeń, wykorzystania swoich możliwości.

Celem profesjonalnych działań psychologa jest rozwój i wzmacnianie zdrowia całej populacji w kontekście codziennego życia (Sęk, 2005). W dalszych rozważaniach odnosić się będziemy wyłącznie do bezpośrednich działań psychologa w relacji z konkretnym człowiekiem czy grupą. Psycholog podstawowy cel kontaktu profesjonalnego realizuje, zdaniem H. Sęk (2005), przede wszystkim przez rozwijanie indywidualnych kompetencji zdrowotnych. Polegają one na:

- podnoszeniu świadomości jednostkowej;
- umożliwieniu człowiekowi kontroli nad procesami zdrowia;
- rozwijaniu i wzmacnianiu zasobów zdrowotnych tkwiących w jednostce i jej środowisku.

Kompetencje profesjonalne psychologa, jego wiedza i umiejętności w zakresie problematyki psychologii zdrowia muszą uwzględniać aspekt etyczny pracy z drugim człowiekiem. Zawód psychologa jest bowiem zawodem zaufania publicznego.

Psycholog – zawód zaufania publicznego

Podstawą pracy psychologa z ludźmi jest uzyskanie ich zaufania. Zawody zaufania publicznego, chociaż wymieniane w najwyższym akcie prawnym, Konstytucji RP (art. 17; DzU, 1997, 78.483), nie mają prawnie umocowanej definicji. Analizy prawne (Sarnecki, 1998) pozwalają jednak wyodrębnić zespół wspólnych cech tych zawodów i pośrednio wskazać podstawowe, najważniejsze warunki niezbędne do uznania, iż zawód psychologa należy do tej grupy. Psychologia jest profesją polegającą na świadczeniu pomocy ludziom w sytuacjach ważnych życiowo oraz w przypadkach zagrożenia dóbr osobistych. Zdrowie jest niewątpliwie jednym z ważnych dóbr, a choroba to poważne zagrożenie możliwością ograniczenia lub nawet utraty tego dobra. Podstawowe cechy zawodu psychologa to:

1. Uzyskiwanie informacji dotyczących prywatnych, intymnych spraw ludzi. Klient w bezpośrednim kontakcie pozwala psychologowi poznać swoje obawy, pragnienia, marzenia czy plany, a więc dopuszcza go do swojego wewnętrznego, prywatnego świata.

2. Obowiązek zachowywania tajemnicy zawodowej. Zaufanie w relacji psycholog–klient jest budowane na obietnicy, ale i na prawnej, ustawowej gwarancji poufności wszystkich informacji, które psycholog w kontakcie profesjonalnym uzyska.

3. Kierowanie się zasadami etyki zawodowej. Zawody zaufania publicznego (psycholog, lekarz, adwokat, pielęgniarka itp.) posługują się specyficznymi, zawodowymi kodeksami etycznymi, które istotnie różnią się od reguł moralnych obowiązujących w społeczeństwie (Galewicz, 2010). Ważną funkcję, etycznie regulującą wykonywanie zawodu zaufania publicznego, spełnia umowa z klientem i wynikające z niej zasady wykonywania roli zawodowej.

4. Posiadanie wykształcenia specjalistycznego. Przygotowanie do zawodu, wiedza i podstawowe kompetencje, nabyte przez psychologiczne magisterskie wykształcenie akademickie, a następnie doskonalenie się w wybranej dziedzinie psychologii (np. zdrowia), są fundamentem profesjonalizmu. Wykonywać zawód psychologa może tylko osoba posiadająca takie wykształcenie i przygotowanie (Ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, DzU, 2001, 73.673).

Podstawowe wartości zawodu psychologa

Praca z człowiekiem nad ważnymi dla niego problemami wymaga od psychologa respektowania podstawowych praw odbiorcy usług. Naczelną wartością zawodu jest działanie na rzecz dobra klienta z poszanowaniem jego prawa do:

- autonomii, podmiotowości,
- godności.

- intymności, prywatności;
- poufności (tajemnica zawodowa).

Wartości te zapisane są w Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka (1948) oraz Konstytucji RP (1997). W jaki sposób można je realizować w bezpośredniej pracy z klientem psychologa?

Autonomia oznacza prawo klienta do decydowania o sobie w każdej sytuacji, zagwarantowane przede wszystkim dostępem do informacji dotyczących relacji z psychologiem. Aby wyrazić dobrowolną zgodę na współpracę z psychologiem, klient musi uzyskać podstawowe informacje na temat jej zasad. W trakcie zawierania kontraktu (umowy) dotyczącej współpracy istotne jest określenie, czego oczekuje klient, ale też to, jakie są możliwości psychologa, by te oczekiwania spełnić. Podmiotowość to możliwość wyboru celów oraz środków do nich prowadzących (Martynowicz, 2006). Wybór ten jest niemożliwy, jeśli klient nie zna oferty psychologa. W trakcie zawierania kontraktu zaakcentowaniem podmiotowości klienta jest uświadomienie mu współodpowiedzialności za relację, a więc za to, jak skuteczne będą działania psychologa we wzmacnianiu zasobów zdrowotnych oraz sprawowania kontroli nad zdrowiem klienta. Ważnym elementem podmiotowego traktowania osoby, z którą psycholog pracuje, jest przekazywanie jej informacji zwrotnych o wynikach współpracy. Te informacje zwrotne pozwalają klientowi wzbogacić wiedzę o sobie, własnych przeżyciach, rozwijać samowiedzę, a więc kształtują one psychologiczne podstawy jego podmiotowości (Jarymowicz, 2008).

Poważnym niebezpieczeństwem oddziaływań psychologa jest tendencja do przedmiotowego, a nie podmiotowego traktowania ludzi. Tendencja ta bierze się z przekonania, iż psycholog zna drogę do rozwiązania problemów klienta, jednym słowem, wie lepiej, „co jest dobre dla klienta”. Takie przekonanie jest wzmacniane przez oczekiwania odbiorców usług psychologicznych, którzy pragną, by dostarczyć im gotowych recept, np. poprawić jakość ich życia, optymalizować zachowania prozdrowotne. Psycholog może też tworzyć taką atmosferę relacji z klientem, że wymusza na nim zachowania zgodne z własną wizją najkorzystniejszych rozwiązań problemów klienta. Gotowość do przedmiotowego traktowania klientów jest silnie uwarunkowana kulturowo. Wiąże się ona z medyczną tradycją paternalistycznego stosunku do pacjentów, wynikającego z faktu, że to lekarz jest fachowcem decydującym zarówno o diagnozie, jak i o leczeniu. Psychologowie w ciągu wieloletniej współpracy z lekarzami często ulegają temu sposobowi myślenia, tracąc z oczu troskę o podmiotowość klientów czy pacjentów. Innym kulturowym źródłem przedmiotowego traktowania klientów przez psychologa jest tradycja związana z systemem wychowawczym i oświatowym. Paternalistyczny stosunek do osób słabszych, niepewnych, szukających pomocy wynika często z traktowania ich jak dzieci i w efekcie – uprzedmiotowiania. Samoświadomość psychologa, refleksja nad własnym postępowaniem profesjonalnym oraz poddawanie się regularnej superwizji są konieczne, by nie ulegać pokusie wskazywania klientom „najwłaściwszych rozwiązań” ich problemów.

Poszanowanie godności klienta to uznanie, że człowiek jest wartością niezależnie od sytuacji i jego postępowania. Kant twierdził, iż człowiek nie może być narzędziem, nie może zostać „użyty” w jakimkolwiek celu (za: Chyrowicz, 2008). Jak więc starać się respektować godność klienta w relacji psychologicznej? Podstawowe wskazówki dotyczą konieczności oddzielenia człowieka od jego postępowania, a więc stosunek psychologa do klienta dotyczy jego osoby, a nie czynów. Może to być szczególnie trudne, gdy te czyny budzą bardzo silne emocje negatywne, np. przemoc wobec innych czy przestępczość. Inna zasada pozwalająca szanować godność klienta to nietworzenie zbyt pospiesznych wniosków interpretacyjnych, niewartościowanie klienta, zwłaszcza na podstawie wyglądu czy zachowania.

Wskaźnikami szacunku dla klienta w relacji profesjonalnej psycholog–klient jest zawarty z nim kontrakt ze wskazaniem wszystkich najważniejszych elementów wspólnej pracy oraz stworzenie właściwych warunków oddziaływania. Warunki te muszą gwarantować klientowi poczucie bezpieczeństwa, poufności oraz pełnej koncentracji psychologa na nim i jego problemach. Nie mogą też występować żadne dystraktory, takie jak: zbyt mocne lub słabe światło, chłód lub upał, hałas, obecność osób postronnych.

Prywatność, intymność klienta jest mocno związana z wartością, jaką jest autonomia, oraz z poufnością. Można rozważyć tu dwa aspekty: prawny i etyczny. Aspekt prawny reguluje Ustawa o ochronie danych osobowych (DzU, 1994, 133.883) oraz Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (DzU, 2009, 52.417). Odwołując się do tych aktów prawnych w przypadku badań naukowych, gwarantuje się zachowanie zasad anonimowości także przy przetwarzaniu danych o uczestnikach badania. Aspekt etyczny to odwołanie się do zasad zawierania kontraktu, który określa przedmiot i cel działania psychologa, wyznaczając jednocześnie granice ingerencji w intymny świat klienta. Klient ma prawo do kontrolowania dostępu do informacji na własny temat, ma prawo do odmowy odpowiedzi na pytanie oraz wykonania proponowanego testu. Ma prawo kontrolować i ograniczać poruszane obszary do tych, które zostały wyznaczone w umowie. Zasada poszanowania prywatności klienta oznacza również konieczność ochrony wszystkich informacji o kliencie.

Zachowanie tajemnicy zawodowej psychologa jest zagwarantowane ustawowo. Tajemnica ta nie jest ograniczona czasowo, a podlega jej też informacja, iż ktoś jest klientem czy pacjentem psychologa. Oczywiście w warunkach świadczenia usług w zorganizowanych placówkach prowadzony jest rejestr pacjentów i ta informacja nie jest chroniona tajemnicą. Jednym z ważniejszych elementów poufności jest ochrona dokumentacji psychologicznej. Dokumentacja taka składa się z dwóch części.

Opinia psychologiczna w przypadku diagnozy zawiera integrację i interpretację wyników wywiadu, obserwacji, testów i innych ważnych metod oraz danych prowadzących do postawienia diagnozy. Opinia psychologiczna w przypadku oddziaływania (terapii) zawiera charakterystykę przebiegu procesu oddziaływania oraz wnioski z jego przebiegu. Opinie te są poufne, ale dostęp do nich mają

klient oraz zleceniodawca. Drugą część stanowią materiały źródłowe, całkowicie poufne, na które składają się: notatki sporządzane przez psychologa w czasie wywiadu, obserwacji i całego badania z przebiegu sesji terapeutycznej i dotyczące formy udzielanej pomocy; protokoły kwestionariuszy, testów itp., obliczone i zinterpretowane, oraz wytwory badanego i opis stosowanych bodźców. Materiały źródłowe stanowią podstawę wystawionej opinii. Powinny być chronione przez psychologa co najmniej przez pięć lat od zakończenia relacji z klientem, chyba że odpowiednie przepisy prawne (np. medycyna pracy) odrębnie określają okres ich przechowywania. Materiały źródłowe z badań naukowych także muszą być przechowywane przez pięć lat, a następnie niszczone. Dostęp do materiałów źródłowych ma inny psycholog, ale jedynie wtedy, gdy konsultuje lub kontroluje pracę psychologa prowadzącego. Psycholog musi umieć bronić dokumentacji źródłowej przed coraz częstszymi próbami wymuszania wprowadzania jej do sieci komputerowej placówek, zwłaszcza służby zdrowia, co powoduje, że wszelkie dane o kliencie przestają być chronione i stają się informacją dostępną dla całego personelu. Innym niebezpieczeństwem naruszania poufności danych źródłowych są oczekiwania zleceniodawcy (np. sądu). Wymagania takie wynikają ze stereotypowego obrazu psychologa i psychologii, w którym dominuje przekonanie, iż właściwie żadna głęboka wiedza nie jest potrzebna do wykonywania tego zawodu, wystarczy „znajomość ludzi”.

Szczególnie ważna jest ochrona tajemnicy zawodowej w przypadku nauczania psychologii (staże i praktyki) oraz przy publikacjach konkretnych przypadków. Jest oczywiste, że zawsze klient musi wyrazić zgodę na udział czy obserwację (lustro weneckie, telewizja przemysłowa, nagrywanie), ale jego zgoda nie zwalnia psychologa z podjęcia wszelkich kroków w celu zagwarantowania poufności klientów.

Zachowanie tajemnicy zawodowej ma charakter normy nakazowej, a więc przewiduje się sytuacje, w których może ona zostać złamana. Ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (DzU, 2001, 73.673) wskazuje, że w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia klienta, psychologa lub innych osób można złamać tę tajemnicę. W praktyce sprawa jest bardzo skomplikowana, ponieważ ocenić należy rzeczywiste zagrożenie życia czy zdrowia, a przede wszystkim motywację klienta, który ujawnia taką informację. Podjęcie decyzji o złamaniu tajemnicy zawodowej musi być poprzedzone konsultacjami z superwizorem lub innym psychologiem pracującym w obszarze ochrony zdrowia, a przede wszystkim głęboką refleksją na temat tego, jakie wartości zostaną narażone w przypadku złamania lub zachowania poufności. Warto przewidzieć konsekwencje takiego postępowania.

Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej wynika z konieczności budowania zaufania w relacji psycholog–klient, a zaufanie to daje klientowi poczucie bezpieczeństwa. Klient ma prawo do poszanowania swej autonomii i prywatności, psycholog natomiast jest zobligowany do lojalności zagwarantowanej w kontrakcie.

Podsumowanie

Omówione zawodowe zasady etyczne powinny być stosowane w każdej dziedzinie praktyki psychologicznej, nie są one specyficzne dla działań psychologa w zakresie promocji zdrowia. Skuteczna praca psychologa z klientem w kształtowaniu zachowań zdrowotnych, w rozwijaniu jego kompetencji sprzyjających zdrowiu musi jednak uwzględniać indywidualne potrzeby klienta, ograniczając wywieranie na niego wpływu. To współdziałanie z klientem, szacunek psychologa dla jego podmiotowości i autonomii pełnią podstawową funkcję w relacji profesjonalnej. Znajomość omówionych wartości, refleksja etyczna nad własnym postępowaniem zawodowym, wrażliwość, samoświadomość i samokontrola psychologa są – wraz z wiedzą i kompetencją – podstawowymi wyznacznikami skutecznego działania na rzecz dobrostanu klientów.

Bibliografia

- Chyrowicz, B. (2008). *Etyka jako filozoficzny namysł nad moralnością*. W: J. Brzeziński, B. Chyrowicz, W. Poznaniak, M. Toeplitz-Winiewska (red.), *Etyka zawodu psychologa*. Warszawa: PWN, s. 17–31.
- Galewicz, W. (2010). *W sprawie odrębności etyk zawodowych*. W: tenże, *Moralność i profesjonalizm. Spór o pozycje etyk zawodowych*. Kraków: Universitas, s. 9–104.
- Jarymowicz M. (2008). *Psychologiczne podstawy podmiotowości*. Warszawa: PWN, s. 9–104.
- Karta Ottawska (1994). *Zdrowie i promocja zdrowia*. W: J.B. Karski, Z. Słowska, B.W. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia*. Warszawa: Sanmedia, s. 423–429.
- Konstytucja RP, DzU, 1997, 78.483.
- Martynowicz, E. (2006). *Psychologiczne koncepcje podmiotowości*. W: taż (red.), *Od poczucia podmiotowości do bycia ofiarą*. Kraków: Impuls, s. 11–55.
- Powszechna Deklaracja Praw Człowieka (1948), http://www.neww.org.pl/download/pl_deklaracja.pdf (dostęp: 10 VII 2015).
- Sarnecki, P. (1998). *W sprawie znaczenia pojęcia „zawód zaufania publicznego” z art. 17 Konstytucji RP*. „Biuletyn Biura Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu”, 5 (41), s. 28–33.
- Sęk, H. (2005). *Promocja zdrowia i prewencja zaburzeń z perspektywy psychologii*. W: taż (red.), *Psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN, s. 256–268.
- Ustawa o ochronie danych osobowych, DzU, 1994, 133.883 z późn. zm.
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, DzU, 2009, 52.417 z późn. zm.
- Ustawa o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, DzU, 2001, 73.673 z późn. zm.

Ethical Rules in the Psychologist Profession – Meaning for Health Promotion

The meaning of the basic ethical rules in the psychologist profession has been described in the context of the role and actions of a psychologist in health promotion. The effectiveness of the psychological interactions depends on the trust of the people the psychologist works with. The article describes these features of the professional work of a psychologist, which directly point that he belongs to a group of public trust professions. The professional ethical standards refer to the basic values realised by a psychologist for the sake of the

good of a client and respect for their rights. These values are subjectivity and autonomy, dignity, privacy and confidentiality. The interactions of a psychologist which allow him to realise the values above were pointed out, as well as the dangers resulting from the advantage of a psychologist over a client, which is given to him by specialist knowledge, competences and authority. The most important premise of trust a psychologist is given by the recipient is the rule of keeping all information acquired during professional contact a secret. It is especially important to safeguard all documentation made by the psychologist and this issue was wider described.

Keywords: public trust profession, autonomy, subjectivity, professional secret, privacy

CZĘŚĆ III

MUZYKA – SZTUKA – MEDIA W PROMOCJI ZDROWIA

MARTA POLAŃSKA
Akademia Muzyczna w Krakowie

Rola muzyki Fryderyka Chopina w promocji zdrowia

Wprowadzenie – co to jest muzyka?

Muzyka od wieków towarzyszyła człowiekowi w różnych momentach życia, sprzyjała lepszemu jego funkcjonowaniu, wyzwalała pozytywne emocje, pomagała dotrzeć do osobistych przeżyć. Wśród ludów pierwotnych muzyka była istotnym elementem rytualnych tańców czy magicznych obrzędów, służących np. leczeniu chorych. W średniowieczu znane było tzw. tanecznictwo, czyli masowa psychoza tańca. Późniejsze wieki ukazywały sprzyjający zdrowiu wpływ muzyki na człowieka, zarówno na jego psychikę, jak i ciało, przez oddziaływanie na jego sferę emocjonalną, kształtowanie wrażliwości estetycznej, niezwykle ważnej w relacjach z ludźmi, a także pogłębianie życia emocjonalnego człowieka, wpływające z kolei na rozwój jego intelektu. Wychowawczy aspekt muzyki można dostrzec nie tylko w wymiarze indywidualnym, ale także społecznym, czego przykładem może być znane ze starożytnej Grecji powiedzenie, że „muzyka łagodzi obyczaje”.

Muzyka (z grec. *mousike* 'sztuka muz'), w czasach starożytnych łączona z poezją i tańcem, później traktowana była jako sztuka organizacji struktur dźwiękowych w czasie i pojmowana na dwa sposoby:

- jako sztuka (*ars*),
- jako nauka (*scientia*).

Muzyka była także łączona z procesem kreacji (*poiesis*) bądź z jej zmysłowym odbiorem (*aisthesis*). Ma ona charakter wielofunkcyjny, dlatego może być odbierana przez każdego człowieka indywidualnie, w nieco inny sposób.

Współcześnie muzyka jest rozumiana jako:

- rodzaj komunikacji (od mowy ludzkiej różni się znacznie większą abstrakcyjnością przekazywanych treści);
- określona cecha antropologiczna;
- siła (odrzućcie ludzkiego pochodzenia);
- jakość samej natury.

W XX wieku muzyka bywała również ciszą; przykładem jest utwór Johna Cage'a *4'33"* (dźwięk nie stanowi już warunku minimalnego i koniecznego muzyki – jej nienaruszalna zasada zostaje w tym dziele zakwestionowana; por. Dalhaus, Eggebrecht, 1992).

Subiektywne definicje muzyki

Muzyka jest zjawiskiem odbieranym subiektywnie, zależnym m.in. od:

- indywidualnych właściwości człowieka;
- wcześniejszych doświadczeń;
- społecznych kryteriów wartości;
- aktualnego nastroju (Wrona-Polańska, Polańska, Polański, 2012)

Podczas I Ogólnopolskiego Konkursu Skrzypcowego „Młody Wirtuoz” wśród uczniów szkół muzycznych oraz studentów Akademii Muzycznych została przeprowadzona przez autorkę ankieta, w której zadaniem badanych było dokończenie zdania „Muzyka jest dla mnie...”. Otrzymano w ten sposób subiektywne definicje muzyki, których fragmenty zostały zacytowane poniżej:

Muzyka...

...jest moim schronieniem przed problemami dnia codziennego i oazą spokoju w tym jakże zabieganym, nowoczesnym życiu.

...jest powietrzem, bez którego nie mogę oddychać.

...pozwala mi się wyciszyć, a czasem rozładować emocje.

Tworzenie i wykonywanie muzyki pozwala mi wyrazić wszelkie uczucia, emocje i pragnienia.

Najbardziej cenię sobie muzykę, która daje spokój i światło, bo można się dzięki temu choć na chwilę zatrzymać w codziennym biegu i natłoku zajęć i znaleźć w niej ukojenie oraz równowagę.

Muzyka jest dla mnie jak tlen – bez niej nie mogłabym żyć. [...] Dzięki niej mogę wyrazić to wszystko, czego nie można ująć słowami. [...] Muzyka napełnia mnie optymizmem i ochotą do życia.

Muzyka jest dla mnie sposobem na wypowiedzenie tego, czego nie potrafię wyrazić słowami.

...jest powietrzem, które przynosi szczęście.

...przenosi mnie w świat, w którym istnieją tylko rzeczy piękne i dobre.

Nie pozostaje mi nic więcej niż powtórzyć za Wiesławem Myśliwskim: „Gdy słowa już daremne, myśli daremne, a wyobraźni nie chce się już wyobrażać, jeszcze tylko muzyka. Jeszcze tylko muzyka na ten świat, na to życie”.

Ubarwiła moje dotychczasowe życie, nadała mu blasku, który, mam nadzieję, rozświetli kolejne lata.

Subiektywne wypowiedzi badanych ilustrują różnorodne znaczenie muzyki:

- jest niezbędna do życia (jak tlen i powietrze);
- rozładowuje emocje;
- przynosi spokój i wytchnienie;
- pozwala na utrzymanie równowagi;
- jest inspiracją do życia;
- wyraża to, co niewyrażalne słowami;
- kreuje świat dobra i piękna.

Zespół jakości muzyki mających znaczenie terapeutyczne

Przedstawione subiektywne definicje muzyki tworzą zespół wartości, w które wpisują się jakości konstytutywne dla muzyki Fryderyka Chopina. Według M. Tomaszewskiego (2016) syndrom jakości konstytutywnych twórczości Chopina tworzą m.in.:

- idiom *semplice*;
- idiom romansowy;
- idiom balladowy;
- idiom oniryczny;
- idiom ekstatyczny;
- idiom demoniczny;
- idiom *melancolico*;
- idiom *eroico*.

Muzyka Chopina wzbudza zatem u człowieka różne emocje, dlatego ma charakter uniwersalny, o czym wspominał pianista Artur Rubinstein:

Spotykałem się z niezrozumieniem Bacha w pewnych środowiskach – wyznał w przedmowie do książki Kazimierza Wierzyńskiego – z małym wzięciem Mozarta we Włoszech, z dziwną antypatią do Brahmsa w krajach łacińskich, z nienawiścią do Czajkowskiego we Francji – Chopin panuje wszędzie. Ten najbardziej narodowy kompozytor jest jednocześnie najbardziej uniwersalny (za: Tomaszewski, 2016, s. 234).

Oddziaływanie muzyki Fryderyka Chopina na człowieka odpowiada niemal wszystkim ogólnym funkcjom muzyki:

- poznawczej;
- wychowawczej;
- estetycznej;
- emocjonalnej (ekspresyjnej);
- relaksującej;
- terapeutycznej;
- mobilizującej (inspirującej);
- promującej zdrowie (Natanson, 1979; Wrona-Polańska, Polańska, Polański, 2012).

Terapeutyczna rola muzyki Fryderyka Chopina

Literatura przedmiotu, doświadczenia własne i obserwacja życia codziennego wskazują na pozytywny wpływ muzyki na zdrowie człowieka, zwłaszcza muzyki romantycznej, która odzwierciedla własne przeżycia kompozytora, czego najlepszym przykładem mogą być utwory Chopina. Przekonanie o leczniczym działaniu muzyki istniało już od dawna. W Biblii znajdujemy zapis, że król Dawid swoją

grą na harfie uleczył króla Saula z dręczących go objawów depresji (Natanson, 1979). Późniejsze badania ukazywały leczniczy wpływ muzyki nie tylko na psychikę, lecz także na czynności wegetatywne – układ krążenia, ciśnienie krwi, tętno, oddychanie, a także ogólne odprężenie i rozluźnienie mięśni, co sprawiło, że muzyka stała się nie tylko źródłem relaksu, lecz także środkiem obniżającym poziom stresu (Aleksandrowicz, Cwynar, 1966; Janiszewski, 1993). Szczególnie lecznicze działanie przypisuje się muzyce romantycznej, która, nasycona emocjami kompozytora, dociera do najgłębszych pokładów osobowości człowieka, prowadząc do *katharsis* – oczyszczenia, czyli odreagowania napięć. Pełni więc funkcję terapeutyczną (Natanson, 1979). Dobrym tego przykładem może być *Scherzo h-moll* op. 20, skomponowane przez Chopina pod wpływem inspiracji wiedeńskich. Taką rolę odgrywa właśnie muzyka Chopina, którą Schumann określił jako „armaty ukryte w kwiatach”.

Świadectw dotyczących leczącej mocy muzyki Chopina dostarczają listy osób z kręgu kompozytora. Przykładem może być wypowiedź George Sand: „Muzyka leczy mnie z depresji z pewnością od lekarza, bez dodatkowych cierpień i bez... piątego honorarium” (za: Natanson, 1979). O terapeutycznej roli tej muzyki można przekonać się na podstawie listu hrabiny Marii d'Agoult (za: <http://en.chopin.nifc.pl/chopin/letters/detail/page/8/id/535>):

[...] chorowałam i dotąd jestem cierpiąca; wydaje mi się, że jeden z Pańskich nokturnów wyleczyłby mnie całkowicie. Niechże mi Pan nie odmawia.

P.S. Jeżeli nie może Pan jutro, to w sobotę, jeżeli nie w sobotę, to w niedzielę itd.

Maria hr. d'Agoult (wiosna 1836)

Pozytywny wpływ muzyki Fryderyka Chopina potwierdzają także badania prowadzone przez E. Galińską (1990). Według niej owa muzyka:

- tworzy odpowiedni nastrój,
- uspokaja;
- koi lub pobudza;
- wzrusza;
- pobudza refleksję;
- działa konstruktywnie i budująco;
- „chwilami jej piękno jest aż nie do zniesienia, muszę płakać”.

Oddziaływanie terapeutyczne muzyki Chopina zależy od:

- charakteru muzyki (łagodna, zwiewna czy mocna);
- typu osobowości człowieka;
- aktualnego stanu psychicznego;
- chwiejności emocjonalnej, czyli ambiwalencji uczuć.

Z badań Galińskiej (tamże) wynika, że:

- osoby asteniczne preferują muzykę lekką, o delikatnej fakturze i małej sile brzmienia;

- osoby steniczne wolą muzykę o dużej sile brzmienia, gęstej fakturze, monumentalną, która daje im poczucie siły i energii życiowej.

Terapeutyczne znaczenie muzyki Chopina może mieć charakter:

- uspokajający (niektóre nokturny, mazurki i walce);
- podnoszący nastrój (finały koncertów fortepianowych, walce);
- aktywizujący (niektóre polonezy, np. *As-Dur* op. 53, etiudy, finał *Sonaty h-moll*).

Sprzyjająca zdrowiu rola muzyki F. Chopina została wykorzystana w technikach relaksacyjnych jako tło różnych relaksów, m.in. relaksu opracowanego przez J. Aleksandrowicza wspólnie z S. Cwynarem, nagranych przez Gustawa Holoubka na kanwie muzyki Chopina – *Nokturnu Des-dur* op. 27 nr 2. Celem stosowania relaksu było zmniejszenie przeżywanego niepokoju i lęku, odprężenie mięśni, które miało wpływ na uzyskanie względnej równowagi wewnątrzustrojowej, dotlenienie organizmu dzięki swobodnemu i miarowemu oddychaniu, co sprzyjało zdrowiu (Aleksandrowicz, Cwynar, 1966; Aleksandrowicz, Cwynar, Szyszko-Bogusz, 1976).

Stosowano różne utwory do przywracania równowagi zakłóconych funkcji organizmu (Gaertner 1955; Janiszewski, 1993), wykorzystując różne właściwości muzyki jako przekaźnika wewnętrznej ekspresji, komunikacji czy stymulatora kreatywności.

Dostrzeżenie terapeutycznej roli muzyki przyczyniło się do rozwoju nowej dyscypliny naukowej – muzykoterapii, której celem jest przygotowanie muzyków do działalności praktycznej. Pierwsze studia z zakresu muzykoterapii zostały utworzone w Akademii Muzycznej we Wrocławiu przez T. Natansona w latach 70. ubiegłego stulecia.

Muzykoterapia rozwija się i wzbogaca o nowe ośrodki kształcące muzykoterapeutów (Galińska, 1990; Kronenberger, 2006; Natanson, 1992; Wrona-Polańska, Polańska, Polański, 2012).

Wnioski

1. Muzyka odgrywa ważną rolę w życiu człowieka i w promowaniu zdrowia, stanowi „lek” o uniwersalnym znaczeniu, który:
 - mobilizuje do aktywności;
 - obniża przeżywane napięcie i pozwala odreagować negatywne emocje;
 - wzbudza pozytywne emocje, ukazując sens życia i działania;
2. Regulacyjna funkcja muzyki zależy od:
 - jej rodzaju i wielofunkcyjności;
 - odbiorcy muzyki – jego wrażliwości, poziomu kultury muzycznej, właściwości osobowościowych;
 - czynników sytuacyjnych.
3. W celu promowania zdrowia należy kształtować u dzieci i młodzieży:
 - wrażliwość estetyczną;
 - wiedzę i kulturę muzyczną;
 - pozytywne relacje z innymi ludźmi dające wsparcie.

Bibliografia

- Aleksandrowicz, J., Cwynar, S. (1966). *Relaks*. Warszawa: PZWL.
- Aleksandrowicz, J., Cwynar, S., Szyszko-Bogusz, A. (1976). *Relaks. Wskazówki dla lekarzy i pedagogów*. Warszawa: PZWL.
- Dalhaus, C., Eggebrecht, H.H. (1992). *Co to jest muzyka?* Tłum. D. Lachowska. Warszawa: PIW.
- Devey, J. (1975). *Sztuka jako doświadczenie*. Tłum. A. Potocki. Wrocław: Ossolineum.
- Gaertner, H. (1955). *Muzyka a medycyna*. „Przegląd Lekarski”, XI, 8, s. 250–252
- Galińska, E. (1990). *Z zagadnień muzykoterapii*. W: M. Manturzevska (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii muzyki*. Warszawa: WSiP.
- Janiszewski, M. (1993). *Muzykoterapia aktywna*. Warszawa–Łódź: PWN.
- Karski, J.B. (1994). *Zdrowie i promocja zdrowia*. W: J.B. Karski, Z. Słońska, B.W. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia*. Warszawa: Sanmedia, s. 15–27.
- Kronenberger, M. (2006). *Muzykoterapia*. Szczecin: Mediator.
- Natanson, T. (1979). *Wstęp do nauki o muzykoterapii*. Wrocław [itd.]: Ossolineum.
- Natanson, T. (1992). *Programowanie muzyki terapeutycznej. Zarys podstaw teoretycznych*. Wrocław: AM.
- Słońska, Z. (1994). *Promocja zdrowia – zarys problematyki*. *Promocja Zdrowia*. „Nauki Społeczne i Medycyna”, 1–2, s. 37–52.
- Słownik wyrazów obcych* (1962). Warszawa: PWN.
- Tomaszewski, M. (2016). *Chopin 2. Uchwycić nieuchwytnie*. Warszawa–Kraków: Narodowy Instytut Fryderyka Chopina–PWM.
- Wrona-Polańska, H., Polańska, M., Polański, M. (2012). *Znaczenie muzyki w życiu człowieka w kontekście promocji zdrowia*. W: H. Wrona-Polańska (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowieka*. Kraków: Wyd. Naukowe UP, s. 21–42.

<http://pl.chopin.nifc.pl/chopin/letters/detail/text/Agoult/id/535>

Role of Music of Frederic Chopin in Health Promotion

The article presents the issue of the meaning and role of music in the life of a man, with special emphasis put on the works of Frederic Chopin. The therapeutic role of music, already known from the biblical reports, is especially noticed in relation to the music from the romantic age. Due to its emotional wealth it reaches the deepest layers of human personality. In this report, the presented various opinions on the role of music have been richly illustrated with the quotations coming from the conducted questionnaire on the influence of music on human health and the statements of people closest to Frederic Chopin, e.g. the famous French writer George Sand, who formulated the following statement: „music cures me from depression better than a doctor, without more suffering and... without remuneration”.

Keywords: work of Frederic Chopin, music, health

HELENA WRONA-POLAŃSKA, PATRYCJA CURYŁO-SIKORA
Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

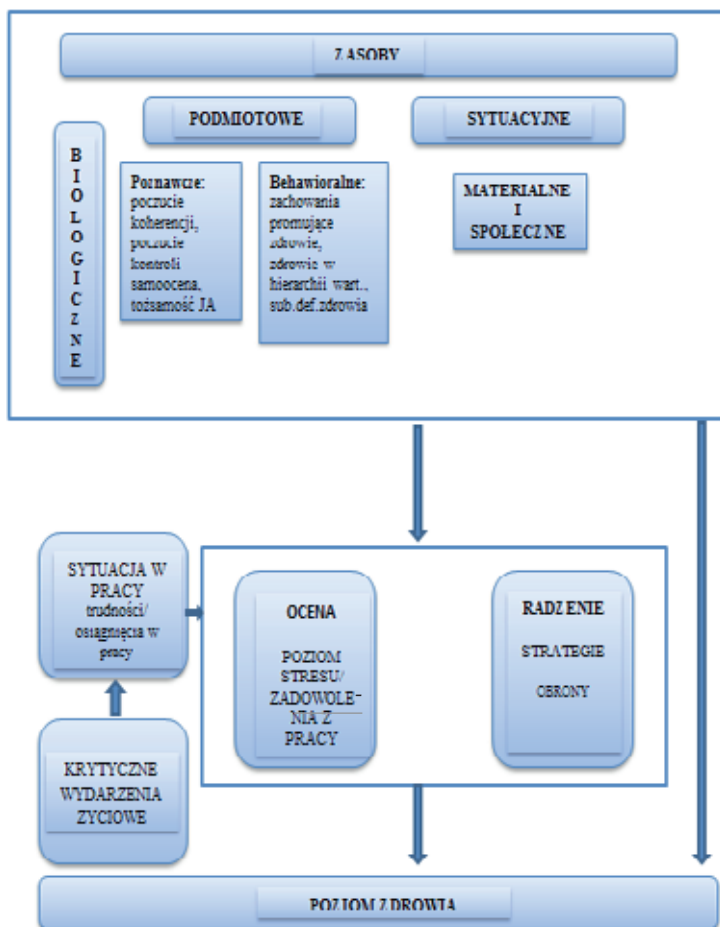
Trema a zdrowie holistyczne u młodzieży uzdolnionej muzycznie

Wprowadzenie

Problematyka zdrowia i choroby, a także ich wzajemne związki z wydarzeniami stresowymi, od dawna stanowią przedmiot badań i rozważań teoretycznych na gruncie różnych nauk. Przejście od paradygmatu patogenetycznego do psychospołecznego zainicjowało zmianę w rozumieniu omawianych zjawisk. Współcześnie zwraca się uwagę przede wszystkim na to, że stres jest nieodłącznym towarzyszem życia człowieka i nie da się go całkowicie wyeliminować, trzeba nauczyć się z nim żyć, tak aby nie zachorować (Wrona-Polańska, 2003). Obecnie w literaturze przedmiotu dominują rozważania teoretyczne oraz analizy empiryczne poświęcone psychologicznym mechanizmom sprzyjającym zachowaniu zdrowia w obliczu transakcji stresowej. Tradycyjne rozumienie stresu jako bodźca lub reakcji ustąpiło miejsca definiowaniu go jako relacji, w której podkreśla się znaczenie oceny poznawczej i zasobów jako mediatorów owej zależności, ukazując tym samym rolę jednostki jako aktywnego kreatora własnego zdrowia (Heszen, 2013; Heszen-Niejodek, 2005; Heszen, Sęk, 2007; Słowik, 2003, Wrona-Polańska, 2009, 2011, 2012). U źródeł tej zmiany, ukierunkowanej na zachowanie i wzmacnianie zdrowia w obliczu sytuacji stresowych, leżą teoria salutogenezy A. Antonovsky'ego (2005), transakcyjna teoria stresu R. Lazarusa i S. Folkmana oraz podejście systemowe (społeczno-ekologiczny model zdrowia). Założenia tychże koncepcji znajdują odzwierciedlenie w Funkcjonalnym Modelu Zdrowia H. Wrony-Polańskiej (2003; por. ryc. 1).

Zgodnie z tym modelem zdrowie jest funkcją twórczego radzenia sobie ze stresem, czyli każdorazowo dostosowanego do wymagań sytuacji i możliwości człowieka oraz zasobów traktowanych jako kluczowe psychologiczne mechanizmy zdrowia. Zasoby prowadzą do zdrowia trzema ścieżkami: kompetencyjną, emocjonalną oraz napięciową. Radzenie sobie (ścieżka kompetencyjna) oraz pozytywne emocje (ścieżka emocjonalna) zasilane są przez zasoby podmiotowe i równoważą stres zagrażający zdrowiu (ścieżka napięciowa). Związek stresu ze skutecznym radzeniem ma charakter pośredni – przez potencjały zdrowia określone jako osobowość prozdrowotna (poczucie koherencji, poczucie kontroli oraz samoocena). Oznacza to, że poznawcze opanowanie stresu przez pryzmat posiadanych zasobów wiąże się z efektywnością radzenia sobie. Na podstawie

tego modelu wydaje się zasadne przyjęcie założenia, że istnieje związek między stresem a zdrowiem – nie tylko negatywny, ale i pozytywny. Każda jednostka znajduje się bowiem gdzieś na kontynuum zdrowie–choroba – to, w jakim jest jego miejscu, zależy od tego, w jaki sposób radzi sobie z sytuacją stresową oraz jakimi potencjałami zdrowia dysponuje.



Model zdrowia i jego uwarunkowań

Źródło: H. Wrona-Polańska (2003, s. 100)

Powyższe rozważania nad pojęciem stresu i jego związkami ze zdrowiem można wykorzystać do konceptualizacji tremy. W niniejszym artykule traktowana jest ona jako specyficzny rodzaj stresu (Wrona-Polańska, 2014), który wbrew tradycyjnemu ujęciu nie musi prowadzić do choroby czy pogorszenia funkcjonowania. Stanowisko takie wynika z przedstawionych powyżej założeń Funkcjonalnego Modelu Zdrowia i stawia pod znakiem zapytania zasadność tradycyjnego rozumienia tremy jako czynnika wyłącznie zakłócającego proces wykonawczy i funkcjonowanie muzyka.

Również w literaturze przedmiotu obok tradycyjnego rozumienia tremy – jako czynnika wyłącznie zakłócającego wykonanie oraz mającego negatywne konsekwencje dla wykonawcy w sferze somatycznej, psychicznej i społecznej (Fielden, 1974 za: Keegan, 1995; Flesch, 1963 za: Keegan, 1995; Wroński, 1996) – coraz częściej pojawiają się w literaturze określenia ukazujące tremę jako czynnik optymalizujący wykonanie i funkcjonowanie muzyka (Burowska, Głowacka, 2006; Fehm, Schmidt, 2006; Kępińska-Welbel, 2000; Raducanu, 2010; Szulc, Olszak, 2012).

Przyjęcie założenia o istnieniu tremy, przy której muzyk zachowuje zdrowie, wydaje się istotne, gdyż doświadczają jej artyści niezależnie od wieku i stażu wykonawczego (Biasutti, Urli, 2006; Kaspersen, Gotestam, 2002; Kępińska-Welbel, 2000; Wrona-Polańska, Curyło-Sikora, 2012).

Na tle powyższych rozważań pojawia się pytanie o związek pomiędzy zdrowiem a tremą w grupie uczniów średnich szkół muzycznych. Odpowiedź na to pytanie mogłaby stanowić źródło inspiracji do rozważań nad psychologicznymi mechanizmami zdrowia w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie, narażonej na doświadczanie specyficznego rodzaju stresu, jakim jest trema.

Cel badań oraz podstawa teoretyczna

Artykuł stanowi prezentację fragmentu szerszej zakrojonych badań dotyczących zdrowia i jego psychologicznych mechanizmów w odniesieniu do tremy. Jego celem jest ukazanie zależności pomiędzy zdrowiem a tremą w grupie młodzieży uczącej się w szkole muzycznej, a także – w związku z przyjęciem założeń omówionego już Funkcjonalnego Modelu Zdrowia H. Wrony-Polańskiej (2003) – zwrócenie uwagi na istotę promowania zdrowia przez oddziaływania profilaktyczne skoncentrowane na kształtowaniu osobowości młodego muzyka, tak by pomimo doświadczanej tremy przesunął się on na kontinuum choroba–zdrowie w kierunku tego ostatniego.

W związku z powyższym postawiono następującą hipotezę badawczą:

H1: Zdrowie wiąże się z tremą traktowaną jako specyficzny rodzaj stresu. Poziom zdrowia jest tym wyższy, im niższy poziom tremy.

Uzyskane wyniki zostały poddane analizie statystycznej przy użyciu korelacji rang Spearmana.

Osoby badane oraz procedura badawcza

Przebadano 132 uczniów średnich szkół muzycznych. Średni wiek badanych wynosił niespełna 17 lat ($x = 16,45$), średni staż edukacji muzycznej wynosił natomiast przeszło 9 lat ($x = 9,78$).

Badanie odbywało się w jednej z sal szkoły muzycznej za zgodą dyrekcji. Uczniowie otrzymywali kwestionariusz oraz wywiad jednocześnie. Badanie poprzedzone było omówieniem procedury oraz narzędzi badawczych i zapewnieniem o anonimowości.

Mierzone zmienne i metodologia badań

W celu dokonania pomiaru zdrowia holistycznego posłużono się autorskim wywiadem standaryzowanym. Zdrowie zdefiniowane zostało w sposób operacyjny, przez użycie pięciu wskaźników (poczucie zdrowia, poczucie spokoju, poczucie jakości życia, poczucie braku zmęczenia, poczucie osobistych osiągnięć), odnoszących się do trzech wymiarów zdrowia somatycznego psychicznego oraz społecznego. Dobór tych wskaźników wynikał z ich znaczenia dla zdrowia w populacji osób zdrowych, potwierdzonego w analizach empirycznych dokonanych przez autorkę Funkcjonalnego Modelu Zdrowia (Wrona-Polańska, 2003). Wskaźniki zdrowia badano na 10-stopniowej skali szacunkowej. Zadaniem osoby badanej było zaznaczenie, w którym miejscu aktualnie się znajduje, np. w przypadku poczucia zdrowia 1 oznaczało „chorobę”, 10 – „zdrowie”.

Pomiaru poziomu tremy dokonano przy użyciu dwóch wskaźników: (1) poziomu lęku w sytuacji występu oraz (2) objawów tremy – poznawczych, emocjonalnych oraz somatycznych. Pierwszy wskaźnik określony został na podstawie skali X-1 (lęk jako stan) Kwestionariusza Stanu i Cechy Lęku C.D. Spielbergera, J. Strelaua, M. Tysarczyk i K. Wrześniewskiego, drugi natomiast – przy użyciu wywiadu standaryzowanego. Właściwości psychometryczne obu narzędzi są zadowalające (alfa Cronbacha dla X-1: 0,83–0,92, dla objawów tremy – 0,92). Szczegółowe dane dotyczące operacjonalizacji powyższych zmiennych zostały zaprezentowane w tabeli 1.

Tabela 1. Zastosowane techniki badawcze w kontekście badanych zmiennych

Zastosowane techniki badawcze w kontekście badanych zmiennych		Zmienne	Operacjonalizacja zmiennych
Techniki do badania zdrowia	Wywiad standaryzowany	Ogólna zmienna zdrowie Poczucie zdrowia Poczucie spokoju Poczucie jakości życia Poczucie braku zmęczenia Poczucie osobistych osiągnięć	Wyniki uzyskane w 5 skalach zamieszczonych w wywiadzie standaryzowanym oraz wynik stanowiący o ogólnej zmiennej zdrowie

Techniki do badania tremy jako specyficznego rodzaju stresu	Kwestionariusz Stanu i Cechy Lęku (STAI), skala X-1 (lęk jako stan)	Poziom lęku w sytuacji występu	STAI – wyniki w skali lęku jako stanu
	Wywiad standaryzowany	Objawy tremy: somatyczne emocjonalne poznawcze	Wyniki w trzech skalach wywiadu standaryzowanego oraz ich wynik sumaryczny

Zdrowie a poziom tremy – wyniki badań i dyskusja

Celem przeprowadzonych badań była analiza wskaźników zdrowia, ogólnej zmiennej zdrowie oraz wskaźników tremy i w konsekwencji – określenie związku między zdrowiem rozumianym holistycznie a tremą.

Zdrowie młodzieży uzdolnionej muzycznie

Na podstawie współczynników korelacji można stwierdzić, że wszystkie wskaźniki silnie wiążą się z ogólną zmienną zdrowie – poczucie osiągnięć (0,92), poczucie spokoju (0,81), poczucie jakości życia (0,87), poczucie zdrowia (0,75) oraz poczucie braku zmęczenia (0,75) (por. tabelę 2).

Tabela 2. Współczynniki korelacji między wskaźnikami opisującymi zdrowie oraz globalną zmienną zdrowie

	Poczucie zdrowia	Poczucie spokoju	Poczucie osobistych osiągnięć	Poczucie jakości życia	Poczucie braku zmęczenia	Ogólna zmienna zdrowie
Poczucie zdrowia	–					
Poczucie spokoju	0,60	–				
Poczucie osobistych osiągnięć	0,52	0,64	–			
Poczucie jakości życia	0,64	0,64	0,79	–		
Poczucie braku zmęczenia	0,44	0,48	0,68	0,54	–	
Ogólna zmienna zdrowie	0,75	0,81	0,92	0,87	0,75	–

** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (test dwustronny).

W celu określenia poziomu ogólnej zmiennej zdrowie oraz jej wskaźników, wyrażonych na 10-stopniowych skalach szacunkowych, wyniki surowe przeliczono na stenowe (według Brzezińskiego). W tabeli 3 przedstawiono rozkład wyników opisujących zmienną zdrowie oraz jej wskaźniki w badanej grupie.

Tabela 3. Rozkład wyników uzyskanych dla zmiennej zdrowie oraz jej wskaźników

	Wyniki niskie	Wyniki średnie	Wyniki wysokie
Poczucie zdrowia	21% (28 osób)	38% (50 osób)	41% (54 osoby)
Poczucie spokoju	17% (22 osoby)	42% (56 osób)	41% (54 osoby)
Poczucie braku zmęczenia	35% (46 osoby)	52% (68 osób)	13% (18 osób)
Poczucie jakości życia	26% (34 osoby)	41% (54 osoby)	43% (44 osoby)
Poczucie osobistych osiągnięć	24% (32 osoby)	30% (40 osób)	46% (60 osób)
Ogólna zmienna zdrowie	27% (36 osób)	41% (54 osoby)	32% (42 osoby)

Opracowanie własne

Młodzież uzdolnioną muzycznie cechuje dobre i bardzo dobre zdrowie (73%). Większość uczniów ma umiarkowane i wysokie poczucie zdrowia (79%), postrzega siebie jako osoby spokojne (83%), ocenia swoje osiągnięcia oraz życie jako dobre lub bardzo dobre (odpowiednio – 76 i 84%); jednocześnie aż 87% uznaje siebie za osoby zmęczone (w tym więcej niż co trzeci uczeń w stopniu wysokim).

Wyniki te są zgodne z oczekiwaniami. Profesja muzyka łączy się m.in. z silnym dążeniem do perfekcji, rywalizacją oraz wymogiem ciągłego doskonalenia własnych umiejętności, często bez względu na możliwości jednostki. Zjawiska te stanowią tylko przykład czynników mogących stanowić źródło napięć i konfliktów samorealizacyjnych. Chociaż zmęczenie i dolegliwości fizyczne są typowe dla funkcjonowania muzyków, to rzadko bywają one przez nich utożsamiane z czynnikami mającymi znaczenie dla zdrowia. W badanej grupie dobre samopoczucie fizyczne (poczucie zdrowia) i brak zmęczenia (poczucie braku zmęczenia) są mniej znaczącymi wskaźnikami zdrowia niż umiejętność sprostanania wymagań własnym i innych, poczucie spełnienia w życiu prywatnym i szkolnym czy poczucie wewnętrznego ładu i harmonii (poczucie osobistych osiągnięć, poczucie spokoju, poczucie jakości życia). Ból i zmęczenie w doświadczeniu większości muzyków traktowane są jako stan naturalny, a brak osiągnięć, niezadowolenie z siebie i własnego życia oraz poczucie wewnętrznego chaosu są elementami w ich percepcji nienaturalnymi, wskazującymi na stan patologii. Niespełna trzy czwarte (72%) osób badanych, odpowiadając na pytanie: „Czy masz jakieś problemy zdrowotne mogące wynikać z rodzaju wybranego przez siebie kształcenia?”, zaprzeczyło istnieniu jakichkolwiek tego typu dolegliwości. Jedynie 28% osób w sposób przyczynowo-skutkowy łączyło edukację muzyczną (grę na instrumencie) np. z bólem brzucha, pojawiającym się ich zdaniem na skutek nerwów, bólami pleców, ramion, nadgarstków czy zmęczeniem. Wyniki te są interesujące, jeśli

weźmie się pod uwagę, że 87% muzyków określiło siebie jako osoby zmęczone oraz że uczniowie wymieniali liczne dolegliwości, które jednak nie wpłynęły na obniżenie oceny stanu zdrowia, wręcz przeciwnie – 41% osób uznało swoje zdrowie za bardzo dobre, 38% za dobre, a 21% oceniło je jako złe.

Podsumowując: zdrowie zoperacjonalizowane przy użyciu pięciu wskaźników wskazujących na jego holistyczne rozumienie zostało ocenione przez młodzież uzdolnioną muzycznie jako dobre i bardzo dobre. Ogólną zmienną zdrowie najsilniej nasycza poczucie osobistych osiągnięć, poczucie jakości życia oraz poczucie spokoju, poczucie zdrowia i poczucie braku zmęczenia natomiast nieco słabiej. Prawdopodobnie więc zdrowie w przypadku badanej grupy charakteryzowane jest w większym stopniu w wymiarze psychicznym i społecznym niż somatycznym.

Trema w grupie młodzieży uzdolnionej muzycznie

Celem określenia poziomu wskaźników tremy posłużono się wartościami stenowymi. W przypadku skali służącej do mierzenia lęku jako stanu określającego lęk w sytuacji występu posłużono się istniejącymi już normami. Poziom objawów tremy obliczono natomiast na podstawie stenów według Brzezińskiego. Młodzież uzdolnioną muzycznie cechuje wysoki poziom lęku w sytuacji występu. Objawy tremy przyjmują wartości od umiarkowanych do wysokich (por. tabelę 4).

Tabela 4. Poziom wskaźników tremy na podstawie norm stenowych

	Wyniki niskie	Wyniki średnie	Wyniki wysokie
Lęk w sytuacji występu	24% (32 osoby)	20% (26 osób)	56% (74 osoby)
Objawy tremy (suma)	27% (36 osób)	38% (50 osób)	35% (46 osób)
Objawy poznawcze	14% (18 osób)	55% (72 osoby)	32% (42 osoby)
Objawy emocjonalne	27% (36 osób)	30% (40 osób)	42% (56 osób)
Objawy somatyczne	27% (36 osób)	38% (50 osób)	35% (46 osób)

Między wszystkim wskaźnikami tremy istnieją silne dodatnie korelacje (por. tabelę 5). Można więc założyć, że im większa tendencja do reagowania lękiem w sytuacji związanej z występem, tym wyższy poziom objawów poznawczych, emocjonalnych i somatycznych. Omawiane objawy są ze sobą ściśle związane, co wskazuje na ich współwystępowanie oraz ryzyko doświadczania całego spektrum symptomów psychofizycznych w sytuacji występu.

Na podstawie otrzymanych wyników widać, że to nie stan cielesny wiąże się w największym stopniu z doświadczaniem lęku w sytuacji występu, a raczej sfera psychiczna (doświadczane emocje oraz sposób postrzegania, rozumienia, interpretowania sytuacji) – lęk w najmniejszym stopniu skorelowany jest z objawami wegetatywnymi.

Tabela 5. Współczynniki korelacji między wskaźnikami opisującymi poziom doświadczanej tremy

	Objawy emocjonalne	Objawy poznawcze	Objawy somatyczne	Objawy tremy (suma)	Lęk w sytuacji występu
Objawy emocjonalne	–				
Objawy poznawcze	0,81	–			
Objawy somatyczne	0,70	0,66	–		
Objawy tremy (suma)	0,92	0,91	0,88	–	
Lęk w sytuacji występu	0,80	0,70	0,66	0,79	–

** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (test dwustronny).

Zdrowie a trema u młodzieży uzdolnionej muzycznie

W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie, czy zdrowie młodzieży uzdolnionej muzycznie jest związane z poziomem doświadczanej tremy, dokonano analizy zależności między omawianymi zmiennymi, opierając się współczynniki korelacji (por. tabelę 6).

Ogólna zmienna zdrowie wiąże się istotnie negatywnie z doświadczaną przez osoby badane tremą i wszystkimi jej wskaźnikami: stanem lęku (–0,64) i objawami (–0,65): poznawczymi (–0,70), emocjonalnymi (–0,58) oraz somatycznymi (–0,47). Wszystkie wskaźniki zdrowia korelują istotnie negatywnie ze wszystkimi wskaźnikami tremy. W tabeli 6 widać, że najsilniejsze negatywne związki łączą poczucie zdrowia i poczucie osobistych osiągnięć z objawami poznawczymi, emocjonalnymi oraz stanem lęku, nieco słabsze – z objawami wegetatywnymi. Objawy poznawcze mają najważniejsze znaczenie także w relacji do poczucia spokoju oraz poczucia jakości życia. Obydwa wskaźniki zdrowia wiążą się istotnie również ze stanem lęku oraz objawami emocjonalnymi, symptomy somatyczne korelują natomiast z nimi najsłabiej. Poczucie braku zmęczenia, które przejawia się stanem odprężenia, także najsilniej wiąże się z objawami poznawczymi tremy oraz stanem lęku, słabiej – z objawami somatycznymi, a najsłabiej – z symptomami emocjonalnymi. Powyższa analiza wskazuje, że przeżywana przez młodych muzyków trema może zagrażać ich zdrowiu. Najbardziej niebezpieczne – w przeciwieństwie do powszechnego poglądu o objawach somatycznych jako zakłócających funkcjonowanie nie tylko sceniczne, ale także codzienne artysty – okazują się: stan lęku oraz objawy poznawcze i emocjonalne. Taki stan rzeczy jest niebezpieczny, ponieważ o ile objawy somatyczne najczęściej mają charakter przejściowy, ograniczony do krótkiego czasu przed występem i po nim (choć często ustępują już w jego trakcie i nie wracają), o tyle symptomy psychologiczne mogą mieć charakter długotrwały czy wręcz ruminacyjny. Wyniki te zgodne

są z omówionymi już wcześniej danymi wskazującymi, że zdrowie utożsamiane jest przez badaną młodzież w większym stopniu z czynnikami psychologicznymi aniżeli somatycznymi.

Tabela 6. Współczynniki korelacji między zmienną zdrowie i jej wskaźnikami a wskaźnikami opisującymi poziom doświadczanej tremy

	Poczucie zdrowia	Poczucie spokoju	Poczucie osobistych osiągnięć	Poczucie jakości życia	Poczucie braku zmęczenia	Ogólna zmienna zdrowie
Lęk w sytuacji występu	-0,499**	-0,597**	-0,583**	-0,491**	-0,384**	-0,631**
Objawy somatyczne	-0,398**	-0,428**	-0,428**	-0,316**	-0,355**	-0,470**
Objawy emocjonalne	-0,486**	-0,597**	-0,547**	-0,471**	-0,297**	-0,584**
Objawy poznawcze	-0,534**	-0,621**	-0,676**	-0,564**	-0,440**	-0,697**
Objawy tremy (suma)	-0,521**	-0,599**	-0,620**	-0,501**	-0,418**	-0,654**

** Korelacja jest istotna na poziomie 0,01 (test dwustronny).

Podsumowując: zdrowie w grupie młodych muzyków wiąże się z poziomem przeżywanego tremy. Im wyższe wyniki w poszczególnych wskaźnikach zdrowia (poczuciu zdrowia, poczuciu spokoju, poczuciu jakości życia, poczuciu osobistych osiągnięć, poczuciu braku zmęczenia) oraz ogólnej zmiennej zdrowie, tym niższy poziom tremy (lęku w sytuacji występu) i jej objawów – przede wszystkim poznawczo-emocjonalnych.

Wskazania do promocji zdrowia w świetle otrzymanych wyników

Według przeprowadzonych badań, wskazujących na związek tremy ze zdrowiem, ważne jest, aby miała ona charakter rozwijający i tym samym sprzyjała zdrowiu, a nie destabilizujący funkcjonowanie i skutkujący pogorszeniem zdrowia lub chorobą. Zdaniem Wrony-Polańskiej (2014) trema rozumiana jako czynnik zakłócający jest wynikiem oceny poznawczej w kategoriach zagrożenia (dystres), ocena w kategoriach wyzwania warunkowana zasobami pozwala natomiast na doświadczanie tremy jako czynnika mobilizującego i generującego pozytywne emocje (eustres).

Otrzymane wyniki wskazują na ważność wdrażania oddziaływań promocyjno-profilaktycznych, których celem byłoby kształtowanie wśród młodzieży uzdolnionej muzycznie umiejętności przeżywania tremy na optymalnym poziomie, warunkującym jej mobilizujący i pozytywny charakter. Tylko koncentracja na

budowaniu zdrowia holistycznego przez systemowe oddziaływanie od najwcześniejszych lat życia jednostki może w perspektywie czasowej doprowadzić do zamierzonego celu, jakim jest doświadczanie tremy sprzyjającej zdrowiu. Podstawowym założeniem tych działań powinna być koncentracja na rozwoju psychicznym młodego człowieka. Wobec powyższego w procesie kształcenia muzycznego muzyków należy uświadomić sobie rolę: (1) rodziców i pedagogów jako liderów promocji zdrowia, (2) warunków edukacji oraz (3) indywidualnych sposobów wspomaganie zdrowia (Wrona-Polańska, 2009; Wrona-Polańska, Curyło-Sikora, 2012). Zdaniem Janowskiego (1999) system kształcenia muzycznego jest jednym z najbardziej stresujących i z tego względu już od samego początku drogi artystycznej młodego muzyka warto mu towarzyszyć w jego codziennych sukcesach oraz porażkach i z „rozsądkiem pedagoga i rodzica” ukazywać dziecku piękny, ale także wymagający świat muzyki. Na rolę pedagoga i rodzica w kształceniu muzycznym zwraca się we współczesnej literaturze przedmiotu coraz częściej uwagę, przede wszystkim w odniesieniu do kształtowania osobowości i skupiania się na podmiotowości ucznia, a nie bezwzględnym dążeniu do sukcesu (Wrona-Polańska, Curyło-Sikora, 2012; Kaleńska-Rodzaj, Pietras 2014; Markiewicz, 2008; Nogaj, 2014). Z tego względu wiedza i kompetencje rodziców oraz nauczycieli powinny wykraczać poza zakres tradycyjnego nauczania. W odniesieniu do warunków edukacji warto skoncentrować się na tworzeniu sprzyjających warunków materialno-lokalowych, klimatu opartego na poczuciu emocjonalnego bezpieczeństwa oraz formułowania wymagań adekwatnych do możliwości rozwojowych uczniów. Jeśli chodzi o indywidualne sposoby wspomaganie rozwoju, to istotne są: zwrócenie uwagi na pozytywne nastawienie psychiczne, sprzyjające radzeniu sobie z codziennymi trudnościami, dbanie o dobre relacje z najbliższymi, umiejętne relaksowanie się oraz troska o aktywny wypoczynek.

Bibliografia

- Antonovsky, A. (2005). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Tłum. H. Grzegołowska-Klarkowska. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Biasutti, M., Urli, G. (2006). *Self-report Research on Music Performance Anxiety among Professional Musicians and Students of Music, 9th International Conference on Music Perception and Cognition, August, 22–26*. „Alma Mater Studiorum University of Bologna”, s. 1477–1482.
- Burowska, Z., Głowacka, E. (2006). *Psychodydaktyka muzyczna. Zarys problematyki*. Kraków: Wyd. AM.
- Fehm, L., Schmidt, K. (2006). *Performance Anxiety in Gifted Adolescent Musicians*. „Anxiety Disorders”, 20, s. 98–109.
- Heszen, I. (2013). *Psychologia stresu. Korzystne i niekorzystne skutki stresu życiowego*. Warszawa: PWN.
- Heszen-Niejodek, I. (2005). *Teorie stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 3. Gdańsk: GWP, s. 456–492.

- Heszen, I., Sęk, H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Jankowski, W. (1999). *O systemie szkolnictwa i wychowania muzycznego*. W: M. Manturzevska (red.), *Psychologia podstaw kształcenia muzycznego. Materiały z ogólnopolskiego seminarium dla nauczycieli i psychologów szkół muzycznych*. Warszawa: Wyd. AM, s. 21–32.
- Kaleńska-Rodzaj, J., Pietras, K. (2014). *Jakość relacji nauczyciel–uczeń a rozwój osiągnięć muzycznych młodego wykonawcy*. W: G.E. Kwiatkowska, J. Połusznna (red.), *Relacja mistrz–uczeń. Rozważania z perspektywy psychologii muzyki*. Kraków: Wyd. Aureus, s. 98–116.
- Kaspersen, M., Gotestam, K.G. (2002). *A Survey of Music Performance Anxiety among Norwegian Music Student*. „The European Journal of Psychology”, 16, 2, s. 69–80.
- Keegan, D. (1995). *Trema u pianisty wirtuoza*. „Zeszyty Naukowe Akademii Muzycznej im. F. Chopina w Warszawie”, 29, s. 99–119.
- Kępińska-Welbel, J. (2000). *Psychologiczne przygotowanie wokalisty do występów*. W: W. Jankowski (red.), *Człowiek – muzyka – psychologia*. Warszawa: AM, Katedra Psychologii Muzyki, s. 349–357.
- Markiewicz, L. (2008). *O sztuce pedagogiki instrumentalnej. Wybrane zagadnienia*. Katowice: AM.
- Nogaj, A.A. (2014). *Rola mistrza w rozwoju muzycznej tożsamości młodego adepta sztuki muzycznej*. W: G.E. Kwiatkowska, J. Połusznna (red.), *Relacja mistrz–uczeń. Rozważania z perspektywy psychologii muzyki*. Kraków: Wyd. Aureus, s. 82–97.
- Raducanu, C.A. (2010). *Performance Anxiety in Piano Playing*. W: *AMTA'10 Proceedings of the 11th WSEAS International Conference Acoustics & Music: Theory & applications*. Wisconsin, USA, s. 186–189.
- Słowik, P. (2003). *Stres psychologiczny w ujęciu relacyjnym – wybrane koncepcje*. „Sztuka Leczenia”, 9, 3–4, s. 47–57.
- Szulc, M., Olszak, A. (2012). *Wybrane psychologiczne wyznaczniki tremy koncertujących muzyków profesjonalistów i amatorów*. „Estetyka i Krytyka”, 25, 2, s. 201–230.
- Wrona-Polańska, H. (2003). *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania zdrowia w zawodzie nauczyciela*. Kraków: Wyd. Naukowe AP.
- Wrona-Polańska, H. (2009). *Kreowanie zasobów osobowych wyzwaniem dla promocji zdrowia. Perspektywa psychologiczna*. W: H. Wrona-Polańska, J. Mastalski (red.), *Promocja zdrowia w teorii i praktyce psychologicznej*. Kraków: Wyd. UJ, s. 11–26.
- Wrona-Polańska, H. (2011). *Twórcze zmaganie się ze stresem szansą na zdrowie. Funkcjonalny Model Zdrowia osób po transplantacji szpiku kostnego*. Kraków: Wyd. UJ.
- Wrona-Polańska, H. (2012). *Psychologia zdrowia w służbie człowieka – rola zasobów podmiotowych*. W: taż (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowieka*. Kraków: Wyd. Naukowe UP, s. 12–29.
- Wrona-Polańska, H. (2014). *Jak skutecznie radzić sobie z tremą i utrzymać zdrowie?* W: M. Stępińska (red.), *Międzynarodowe Kursy Muzyczne im. Zenona Brzewskiego w Łańcucie. Interpretacja – pedagogika*. Warszawa: Centrum Edukacji Artystycznej, s. 217–233.
- Wrona-Polańska, H., Curyło-Sikora, P. (2012). *Zasoby podmiotowe i radzenie sobie z tremą rytmiczek w aspekcie promocji zdrowia. Perspektywa psychologiczna*. W: H. Wrona-Polańska (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowieka*. Kraków: Wyd. Naukowe UP, s. 255–278.
- Wroński, T. (1996). *Techniki gry skrzypcowej*. Warszawa: PWN.

Stage-fright and Holistic Health of Musically Gifted Youth

The aim of the article is to determine if there is a relation between a holistically understood health and stage-fright in a group of young people learning in a music school. The theoretical basis for the research consisted of the Functional Health Model by H. Wrona-Polańska (2003), in which health is a function of creative stress and resource management. Stage-fright in this article is understood as a specific kind of stress, which can influence man's health (Wrona-Polańska, 2014). Health and stage-fright were operationalized with the use of, respectively - five and two indicators. The results obtained indicated that the biopsychosocial health of the youth educating in the field of music is connected with the level of stage-fright felt.

Keywords: Functional Health Model, health, stage-fright

MAREK POLAŃSKI
Akademia Muzyczna w Krakowie

Trema a Optymalny Poziom Wykonania utworu muzycznego podczas koncertu.

Doświadczenia własne

Wprowadzenie

Priorytetowym celem artysty przed koncertem jest zaprezentowanie w pełni swoich możliwości na scenie, a więc spowodowanie bezpośredniego przełożenia czasu i zaangażowania włożonego w przygotowanie do występu na końcowy efekt artystyczny. Zależność ta niestety nie jest wprost proporcjonalna, bo nawet znakomite przygotowanie do koncertu nie gwarantuje wspaniałego efektu. Może ono wręcz uspić czujność na estradzie, a długie godziny ćwiczenia przed koncertem mogą zmęczyć i odebrać ochotę do gry. Mimo zachowania należytej czujności i odpowiedniego respektu wobec dzieła artystycznego oraz optymalnego poziomu przygotowania zaskoczeniem może okazać się poziom napięcia odczuwalny na scenie.

Niniejsza publikacja koncentrować się będzie na omówieniu zagadnienia najważniejszego, a więc na tremie doświadczanej przez artystów podczas koncertu, gdyż tylko skuteczne radzenie sobie z nią podczas publicznego występu pozwala na osiągnięcie optymalnego poziomu wykonania utworu muzycznego.

Trema i jej rodzaje

Trema jest to specyficzny rodzaj stresu (Lazarus, Folkman, 1984; Selye, 1963, 1977; Wrona-Polańska, 2010). Powszechnie tremę utożsamia się z tremą paraliżującą, mającą negatywny wpływ na poziom wykonania. Objawia się ona w różny sposób – przez drżenie rąk, problemy z koncentracją, pamięcią, przyspieszony oddech czy nadmierne napięcie mięśni.

Trema jednak może wywoływać także skutki pozytywne (Wrona-Polańska, 2013, 2014). Wyróżniamy więc drugi rodzaj tremy – mobilizującą, pozwalającą wznieść się na poziom nieosiągalny w warunkach ćwiczeniowych.

Wbrew powszechnym opiniom trema nie występuje jedynie w momencie wykonywania utworu na scenie. Jej czas oddziaływania jest znacznie dłuższy, dotyczy zarówno okresu przed występem, jak i po nim – jest rodzajem lęku przed oceną występu, recenzjami czy opiniami słuchaczy.

Objawy występowania tremy dzielą się na psychiczne i somatyczne (Kępińska-Welbel, 1990).

Objawy psychiczne to:

- lęk i niepokój,
- natrętne myśli,
- pobudzenie,
- trudności w koncentracji uwagi,
- dekoncentracja.
- „dziury w głowie”.

Objawy somatyczne:

- drżenie rąk,
- nadmierne pocenie się rąk.
- objaw zimnych rąk,
- drżenie nóg,
- nadmierne napięcie mięśni,
- nudności, zespół brzuszno-jelitowy,
- kołatanie serca,
- przyspieszony oddech,
- uczucie duszności lub hiperwentylacja.

O ile pierwsze z nich w sposób znaczący i bezsporny utrudniają proces wykonawczy, o tyle objawy somatyczne w postaci drżenia rąk, nadmiernego napięcia mięśni, kołatania serca czy uczucia duszności mogą w ogóle ów proces uniemożliwić. Objawy jednak są skutkiem; aby je wyeliminować, należy dotrzeć do przyczyny ich występowania. Oczywiście bywa to nieraz niezwykle trudne i czasochłonne, lecz nie należy wstydić się zasięgnięcia porady psychologa-psychotherapeuty, który przez dotarcie do naszej psychiki potrafi ową przyczynę znaleźć i udzielić pomocy. Dawniej wizyta u psychologa była dyshonorem, w świadomości społecznej istniał mit, iż psycholog to prawie psychiatra i tylko ludzie mający spore problemy lub wręcz chorzy psychicznie wymagają pomocy z jego strony. Na szczęście owa świadomość społeczna uległa zmianie, a od czasu sukcesów sportowców korzystających z pomocy psychologa (przykład współpracy Adama Małysza z prof. Janem Blecharzem) nastąpiła wręcz moda na korzystanie z wiedzy i doświadczenia psychologa w sporcie.

Istnieje wiele dowodów na to, iż trema podczas występu publicznego może artystę uskrzydlić i pozwolić mu wykonać utwór na poziomie nieosiąganym na co dzień, podczas ćwiczenia. Jednym z nich są nagrania studyjne. Wielu melomanów woli kupować płyty z nagrań „live”, gdyż mimo pewnych niedoskonałości wykonanie koncertowe zawiera w sobie wiele unikalnych emocji, niemożliwych do przekazania i przeżycia przez artystę w warunkach sesji nagraniowej w studiu.

Nagranie takie jest zapisem wewnątrznie integralnym, całością, podczas gdy płyta rejestrowana w studiu składa się z wielu fragmentów, nagrywanych w ciągu kilku dni, złożonych w jedną całość przez reżysera dźwięku, na co pozwala współczesna technika fonograficzna.

Radość z możliwości zaprezentowania efektów ćwiczenia jest niezwykle przeżyciem, na które czekamy i pracujemy nierzadko przez parę miesięcy. Przecież po to ćwiczymy, aby wystąpić publicznie, po to uczymy się danego utworu, by móc go potem zaprezentować publiczności, a nie grać go jedynie w domowym zaciszu. Więc jak tu się nie cieszyć?

Trema mobilizująca podczas występu może objawiać się na różne sposoby, a do najważniejszych z nich należą (Polański, 2014, 2015):

- radość z występu, z możliwości zaprezentowania efektu ciężkiej pracy,
- poczucie olbrzymiej szansy, którą należy wykorzystać,
- osiągnięcie niesłychanie wysokiego poziomu koncentracji, z którego nikt ani nic nie jest nas w stanie wytrącić,
- poczucie pełnej kontroli nad instrumentem, czego efektem jest wzniesienie się na poziom wykonania nieosiągalny w warunkach ćwiczeniowych.

Aby trema stała się mobilizująca, a nie pojawiała się w formie paraliżującej, należy wypracować skuteczne strategie radzenia sobie z nią (Wrona-Polańska, 2014).

Jakie zatem są pozytywne strategie radzenia sobie z tremą podczas koncertu?

- odrzucanie myśli o randze koncertu, a także o tym, kto się znajduje wśród publiczności, wręcz bagatelizowanie trudności utworu i znaczenia koncertu,
- koncentrowanie się wyłącznie na występie, bez względu na samopoczucie, pogodę i inne warunki zewnętrzne,
- pozytywne nastawienie i wiara we własne możliwości,
- unikanie myślenia o trudnościach utworu, a koncentrowanie się jedynie na pięknie przekazu muzycznego,
- odrzucenie nastawienia „byleby tylko się nie pomylić”,
- zwalczanie myśli „co jest dalej”, często się pojawiającej, gdy gramy utwór nowy, niewystarczająco „ograny”,
- niepozwalanie sobie na nadmierne rozluźnienie, pojawiające się w postaci myśli: „Jak dobrze mi idzie”, „Jeszcze się nigdzie nie pomyliłem”,
- utrzymanie koncentracji do samego końca utworu, odrzucanie myśli „Już niedługo koniec”, „To już ostatnia strona”.

Jak widać, liczba czynników wpływających na Optymalny Poziom Wykonania jest ogromna, a zależności zachodzące między nimi skomplikowane. Aby w sposób obrazowy, czytelny i klarowny pokazać, od czego zależy Optymalny Poziom Wykonania, jakie czynniki wpływają na niego pozytywnie, a jakie ów poziom obniżają, skonstruowano teoretyczny model Optymalnego Poziomu wykonania (ryc. 1).

Jak wynika z modelu, kluczowymi czynnikami, od których zależy Optymalny Poziom Wykonania są: trema – paraliżująca lub mobilizująca oraz nastawienie – wiara lub brak wiary we własne możliwości i umiejętności (Hobfoll, 1989; Reykowski, 1970; Wrona-Polańska, 1996, 2014). Zachodzi tutaj oddziaływanie dwustron-

ne, gdyż zarówno pozytywne nastawienie może powodować treść mobilizującą, a negatywne paraliżującą, jak i treść paraliżująca może wywoływać brak wiary we własne możliwości i umiejętności, a mobilizująca – olbrzymią wiarę w swoje możliwości i umiejętności. Z kolei oba czynniki zależą od stylu radzenia sobie ze stresem (Wrona-Polańska, 2003). W przypadku występu scenicznego bardziej pożądanym jest styl zadaniowy niż emocjonalny, który stanowi domenę mężczyźni. Styl radzenia sobie ze stresem zależy od samooceny, która także pośrednio wpływa na treść. Wysoka, adekwatna lub lekko zawyżona samoocena sprzyja wystąpieniu treści mobilizującej (pozytywnej), zaniżona samoocena natomiast zawsze sprawia, iż pojawia się treść paraliżująca (Rogers, 1959; Wrona-Polańska, 2014). Na treść wpływa także pojawiająca się przed występem presja, wynikająca z rangi koncertu lub z zapowiedzianej obecności na nim osób ważnych. W przypadku udźwignięcia owej presji wpłynie to na wykonawcę pozytywnie, gdyż pojawi się treść mobilizująca, lecz w przypadku przytłoczenia wspomnianą presją spowoduje ona treść paraliżującą. Nie sposób nie wspomnieć o czynnikach, które za pośrednictwem treści wpływają na OPW. Dotyczą one bezpośrednio zagadnień wykonawczych, takich jak: odpowiedni dobór repertuaru, by umożliwiał rozwój techniczny i artystyczny, nie był jednak za trudny, poziom przygotowania do występu – czyli właściwy stopień opanowania utworu, by czuć się w nim pewnie i swobodnie, czy wreszcie talent, dający rezerwę możliwości instrumentalnych (Wroński, 1969). Wysoki poziom przygotowania do występów umożliwia częsty udział w koncertach, co stanowi doskonały trening i pozwala wypracować skuteczne strategie radzenia sobie z treścią (Cofalik, 1999; Polański, 2015) Wpływa to także bardzo korzystnie na pozytywne nastawienie, dodając pewności i wiary w siebie. Wśród pozostałych czynników należy podkreślić olbrzymią rolę wsparcia ze strony nauczyciela, które – jeśli uczeń je odczuwa – pozwala mu zyskać dużą pewność siebie, a w przypadku jego braku mimo względnie dobrego przygotowania może nie poradzić sobie z publicznym wykonaniem utworu. Jest to wsparcie profesjonalne, gdyż poczucie, że wierzy w możliwości grającego ktoś, kto zna tajniki gry na danym instrumencie i jest w stanie adekwatnie oszacować szanse na pomyślny występ, wpływa w sposób istotny na pewność siebie wykonawcy. Oddziaływać pozytywnie będzie także wsparcie ze strony rodziny, bliskich, przyjaciół. Warto jednak podkreślić, iż wsparcie ze strony nauczyciela odbierane jest przez ucznia jako miernik poczucia kompetencji, a wsparcie rodziny i bliskich – jedynie w aspekcie emocjonalnym. Na pozytywne nastawienie i wiarę we własne umiejętności wpływa także rodzaj zadania scenicznego, jakie zostało przed artystą postawione. Jest to bardzo ważne, gdyż zdarzyć się może, iż świetny skrzypek-solista zostanie poproszony o zagranie w kwartecie smyczkowym i jego występowi może towarzyszyć olbrzymia treść, a efekt artystyczny takiego wykonania będzie niezadowolający, lecz nie dlatego, że ów artysta jest złym skrzypkiem, lecz z tego powodu, iż wystąpił na scenie w innej roli niż zwykle, nie posiadając niezbędnego doświadczenia. Podobna sytuacja może mieć miejsce w odwrotnej konfiguracji, gdy znakomity kameralista zostanie zaproszony na solowy koncert.

Na Optymalny Poziom Wykonania wpływa także styl życia – zdrowe odżywianie, liczba godzin snu, które bezpośrednio decydują o dyspozycji w danym dniu. Jest to niezwykle ważne, gdyż wielokrotnie, mimo iż inne warunki, by koncert zakończył się sukcesem, są spełnione, ogólna dyspozycja dnia, zarówno instrumentalna, jak i psychofizyczna, nie pozwala na osiągnięcie optymalnego poziomu.

Ostatnim ważnym w przedstawionym modelu czynnikiem jest odpowiedni poziom koncentracji, który pozwala zsynchronizować wszystkie elementy gry i osiągnąć Optymalny Poziom Wykonania.

Warto podkreślić, iż powyższy teoretyczny model zależności dotyczących Optymalnego Poziomu Wykonania (OPW) ma charakter jedynie obrazowy i poglądowy, wymaga przeprowadzenia szerszych badań, a w obecnej formie ma na celu uświadomienie pewnych procesów mających z nim związek.

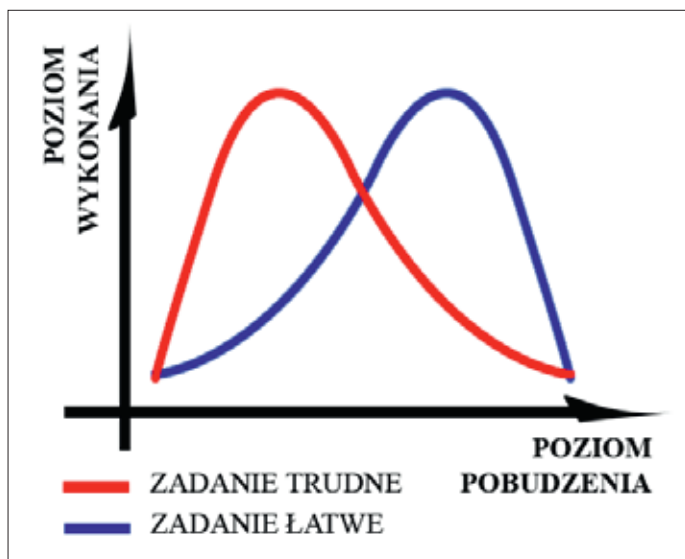
Dyskusja

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, trema może wpływać pozytywnie lub negatywnie na wiele czynników omówionych w modelu, takich jak: pozytywne nastawienie i wiara we własne możliwości oraz umiejętności, presję, koncentrację czy odpowiednie przygotowanie do występu. Od naszej konstrukcji psychicznej, odporności na stres, samooceny, a także strategii radzenia sobie ze stresem zależy, czy trema przybierze formę mobilizującą, czy paraliżującą (Wrona-Polańska, 2014).

Nasuwa się zatem pytanie, jakie podjąć działania w celu osiągnięcia optymalnego poziomu wykonania utworu na scenie.

Kluczem do osiągnięcia optymalnego poziomu wykonania jest pozytywne nastawienie i wiara we własne możliwości i umiejętności. Zależy ona od samooceny, przygotowania się do koncertu, rodzaju postawionego przed nami zadania scenicznego, stylu życia, a także wsparcia nauczyciela, rodziny i przyjaciół oraz presji, jaka na nas ciąży. Niezwykle ważne w zrozumieniu zależności między tremą a optymalnym poziomem wykonania, tym, do jakiego momentu trema jest mobilizująca, a od jakiego może stać się paraliżująca, są psychologiczne prawa Yerkesa–Dodsona. Choć pochodzą one z doświadczeń przeprowadzonych na zwierzętach w 1906 roku, to jednak są nadal aktualne i przytaczane w literaturze przez wielu psychologów. Stanowią one, iż istnieje zależność krzywoliniowa pomiędzy poziomem napięcia w sieci nerwowej a poziomem wykonania (Wrona-Polańska, 2013, 2014).

Pierwsze prawo mówi: wraz ze wzrostem napięcia wzrasta poziom wykonania, tylko jednak do określonego poziomu. Powyżej tego poziomu wraz ze wzrostem napięcia spada poziom wykonania, prowadząc do całkowitej dezorganizacji zachowania.



Ryc. 2. Prawo Yerkesa–Dodsona

Źródło: Neuroscience/Wikipedia

Można tu przytoczyć następujący przykład: artysta, mimo iż ma wykonać bardzo proste utwory, będzie zdemobilizowany i zdekoncentrowany, gdyż nie stanowi to dla niego trudności. Nie tylko na scenie, ponieważ sama demobilizacja nierzadko następuje wcześniej, powodując brak motywacji do ćwiczenia łatwych utworów. Gdy do tego dojdzie dekoncentracja na estradzie, poziom wykonania może okazać się dramatycznie niski. Warto podkreślić, że stanie się tak nie z powodu braku umiejętności grającego, lecz zbyt niskiego poziomu napięcia w sieci nerwowej. Powyższa sytuacja często występuje w przypadku, gdy artysta wykonywał wielokrotnie pewne utwory z powodzeniem, a potem przychodzi mu je zagrać ponownie po dłuższej przerwie. Zdarza się nierzadko, że czujność wtedy pozostaje uśpiona. Przekonanie o tym, iż utwór doskonale się pamięta, bywa niejednokrotnie złudne.

Drugie prawo Yerkesa–Dodsona stanowi, że im trudniejsze zadanie stoi przed artystą, tym niższy jest poziom napięcia optymalny do jego wykonania.

Należy tu podać przykład ryzykownych miejsc w partyturze, pasaży, biegników, rodzących niepewność, lub nowych utworów, które nie są wystarczająco „ograniczone” i utrwalone w praktyce wykonawczej (Polański, 2016). Podczas występu na estradzie należy w takich wypadkach zachować zimną krew i „chłodną” głowę, gdyż tylko wtedy możliwe będzie pokonanie z powodzeniem wszystkich trudności. Gdy jednak pojawi się panika i poziom napięcia wzrośnie, wymykając się spod kontroli, nastąpi całkowita dezorganizacja procesów myślowych, co spowoduje, że występ zakończy się porażką.

Podobny problem dotyczy utworów dobrze znanych, wielokrotnie granych i mających stałe miejsce w repertuarze. W takim wypadku nasza czujność jest

uśpiona, co powoduje ryzyko, iż możemy zlekceważyć trudności kompozycji, „bo przecież je doskonale znamy, wielokrotnie odnosiliśmy sukces na estradzie, grając ten utwór”, nie czujemy zatem zbyt dużej motywacji do ich rzetelnego przypomnienia, a więc towarzyszący nam poziom napięcia jest zbyt niski. Może okazać się brzemienne w skutkach to, że w odpowiednim czasie nie zidentyfikuje się takiego zagrożenia i nie podejździe z całkowitą pokorą do dzieła, podejmując wszelkie wysiłki, by budować własną formę wykonawczą nie na podstawie pozytywnych wspomnień z przeszłości, lecz samokrytycznego i racjonalnego ocenięcia aktualnej dyspozycji, właściwego przypomnienia i ponownego przygotowania utworu do publicznego występu.

Podsumowanie

Każdy jest autonomiczną jednostką, ma inną konstrukcję psychiczną, nie istnieje zatem uniwersalna recepta na to, jak skutecznie radzić sobie z treścią. Dla jednych będzie to konieczność budowania własnej samooceny, dla innych uporanie się z problemami dotyczącymi aparatu gry, dla innych właściwie przygotowanie się do występu, a dla jeszcze innych – zmiana nastawienia, z jakim wychodzą na scenę. Zapewne zbudowanie skutecznej strategii radzenia sobie z treścią zawierać będzie wiele elementów, które zostały wymienione, dla każdego jednak w innej proporcji.

Celem pracy było ujęcie tej jakże złożonej tematyki w możliwie najszerszym zakresie. Autor starał się zobrazować własne przemyślenia wieloma przykładami, by Czytelnika skłonić do refleksji i przeanalizowania własnych doświadczeń dotyczących tremy.

Wyrażam nadzieję, iż niniejsze opracowanie okaże się pomocne i wyciągnięte po jego lekturze wnioski pobudzą do podjęcia dalszych badań naukowych w tym zakresie, a w przypadku artystów wpłyną korzystnie na wzrost skuteczności radzenia sobie z treścią.

Wnioski

Warto zadbać o zdrowy tryb życia, by wzmocnić swoje zasoby – odpowiednią liczbę godzin snu, zdrowe odżywianie, obecność w diecie warzyw i owoców, które bogate są w witaminy i mikroelementy. Jak głosi stare przysłowie, w zdrowym ciele zdrowy duch, a więc troska o organizm w sposób korzystny wpłynie na naszą psychikę, która przecież decyduje o poziomie naszego występu.

W miarę zbliżania się koncertu liczba godzin, które poświęcamy na ćwiczenie, powinna się zmniejszać, byśmy mogli ustrzec się zmęczenia i uczucia zniechęcenia. Powinniśmy więcej odpoczywać i nabierać ochoty do gry.

Zjedzenie posiłku przed koncertem z odpowiednim wyprzedzeniem, by nie być głodnym, a równocześnie nie być przejedzonym, jest o tyle istotne, że organizm nie powinien być nastawiony na trawienie, gdyż wtedy procesy myślowe zachodzą wolniej.

Zwiększenie komfortu występu zapewni przejrzenie tekstu utworu pod względem pamięciowym, jako swoistej mapy czy wręcz trasy przejazdu, gdyż pomoże to zaktualizować wszelkie niezbędne informacje.

Bardzo ważnym czynnikiem jest podnoszenie własnej samooceny przez stopniowe nabieranie większej pewności siebie i umacnianie poczucia własnej wartości.

Bibliografia

- Cofalik, A. (1999). *Notatnik metodyczny. O grze skrzypcowej i jej nauczaniu*. Kraków: PWM.
- Hobfoll, S.E. (1989). *Conservation of Resources: A new attempt at conceptualizing stress*. „American Psychologist”, 3, s. 513–524.
- Kępińska-Welbel, J. (1990). *Trema u muzyków. The International Seminar of Researches and Lecturers in the Psychology of Music*. Warszawa: AMFC, s. 469–474.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Polański M. (2016). *Od kompozytora do wykonawcy. Ewolucja formy kaprysu skrzypcowego w okresie postklasycznym na przykładzie kaprysów Joachima Kaczkowskiego i Fryderyka Augusta Duranowskiego jako ważnych ogniw w procesie rozwoju tego gatunku*. [Praca doktorska napisana pod kier. M. Szlezera. Kraków: Akademia Muzyczna].
- Polański, M. (2014). *Trema w zawodzie artysty muzyka – wróg czy przyjaciel?* [Wykład wygłoszony na Jubileuszowej Konferencji Naukowej „Psychologia – muzyka – sztuka – media w promowaniu zdrowia”, 4 XII 2014, Kraków, Uniwersytet Pedagogiczny].
- Polański, M. (2015). *Trema w zawodzie artysty muzyka. Wróg czy przyjaciel? Analiza zagadnienia na podstawie zdobytego doświadczenia estradowego*. [Praca podyplomowa napisana pod kier. R. Lasockiego. Katowice: Akademia Muzyczna im. K. Szymanowskiego].
- Reykowski, J. (1970). *Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie*. „Kwartalnik Pedagogiczny”, 3, s. 45–58.
- Rogers, C.R. (1959). *Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relations, as Developed in the Client Centered Framework*. W: S. Koch (ed.), *Psychology. A study of a science*, 3, New York: Mc Graw-Hill.
- Selye, H. (1963). *Stres życia*. Tłum. J. W. Guzek, R. Rembiesa. Wyd. 3. Warszawa: PZWL.
- Selye, H. (1977). *Stres okiełznany*. Tłum. T. Zalewski. Warszawa: PIW.
- Wrona-Polańska, H. (1996). *Obraz samego siebie jako regulator zachowania*. „Rocznik Naukowo-Dydaktyczny WSP w Krakowie. Prace Psychologiczne”, 176, V, s. 37–50.
- Wrona-Polańska, H. (2003). *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*. Kraków: Wyd. Naukowe AP.
- Wrona-Polańska, H. (2010). *Skuteczne radzenie sobie z tremą jako forma promocji zdrowia*. [Wykład wygłoszony na konferencji naukowej „Psychologiczne aspekty wykonawstwa muzycznego”, 26 II 2010, Akademia Muzyczna w Krakowie].
- Wrona-Polańska, H. (2014). *Jak skutecznie radzić sobie z tremą i utrzymać zdrowie?* W: K. Makowska-Ławrynowicz, M. Stępińska, K. Szczepaniak (red.), *Międzynarodowe Kursy Muzyczne*, Warszawa: Centrum Edukacji Artystycznej, s. 217–233.

Wrona-Polańska, H. (2013). *Jak skutecznie radzić sobie z tremą?* [Wykład wygłoszony na Inauguracji I Konkursu Skrzypcowego „Młody Wirtuoz”, 12 IV 2013, Aula Akademii Muzycznej w Krakowie „Florianka”].

Wroński, T. (1969). *Zagadnienia gry skrzypcowej*. Cz. III: *Technologia pracy*. Kraków: PWM.

<http://www.psychowiedza.com/2013/12/style-radzenia-sobie-ze-stresem.html>

Stage-fright and the Optimal Performance Level of a Musical Work During a Concert. Own Experience

The article describes a commonly-occurring phenomenon which is underperforming of an artist during a concert.

In this publication the author introduces the concept of Optimal Performance Level and constructs a theoretical model showing a number of factors deciding on a high performance level. Describing the interdependencies between the OPL and health are bilateral, with both health influencing the OPL and OPL influencing health. Research on the empirical verification of the abovementioned model will allow for constructing the prevention and health promotion program for artists.

Keywords: Optimal Performance Level, health, health promotion

BARBARA KĘDZIERSKA

Uniwersytet Pedagogiczny im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie

Media w promocji zdrowia

Wprowadzenie. Media we współczesnym społeczeństwie

Gwałtowny rozwój informatyki i telekomunikacji, a w szczególności internetowych technologii komunikowania się i zarządzania informacjami, doprowadził do rewolucyjnych zmian w zakresie dwóch najważniejszych procesów społecznych: komunikowania się i dostępu do informacji. Fragmentaryczny i hipertekstowy przekaz informacji oraz specyfika wirtualnej przestrzeni zmieniają radykalnie współczesną rzeczywistość w sposób ciągły. Obserwowalne wokół przemiany dotyczą wszystkich właściwie aspektów życia człowieka:

- informacja stała się towarem napędzającym rozwój cywilizacyjny (Golka, 2005), sprawiając, że błyskawicznie rozwijający się sektor informacyjny stał się głównym źródłem dochodu narodowego;
- gospodarka uwarunkowana jest wiedzą i kompetencjami osób aktywnych na rynku pracy;
- czas i przestrzeń przestały być barierą w procesie komunikacji i współpracy;
- pojawiają się nowe zawody, a te dobrze już znane nabierają nowego znaczenia;
- nowoczesne formy komunikowania uruchomiły multiplikujący się na wszystkich obszarach aktywności społecznej proces globalizacji;
- autonomia instytucji i jednostek przekłada się na postępującą indywidualizację i przymus nieustannego postępu w rozumieniu Baumanowskim (Bauman, 2006), co prowadzi do znaczących zmian w modelu życia;
- atrakcyjność kontaktów wirtualnych i ułatwiona mobilność geograficzna sprzyja mieszaniu się kultur i ras;
- akceptowany społecznie konsumpcjonizm modyfikuje model współczesnej rodziny – tę tradycyjną coraz częściej zastępuje związek partnerski, jednopłciowy czy satelitarny, ukierunkowany na satysfakcję, karierę zawodową, samospełnienie czy atrakcyjne dochody.

Przyspieszony rozwój technologiczny sprawił, że niemal każda czynność współczesnego człowieka naznaczona jest multimediami; wystarczy wziąć pod uwagę choćby telefon, który trudno dziś utożsamiać wyłącznie z komunikacją ograniczoną do fonii. Cyfrowy telefon komórkowy, a coraz częściej smartfon, to przykład konwergencji wielu wcześniej samodzielnych urządzeń, które – zintegrowane dziś

w jednym małym urządzeniu mieszczącym się nawet w małej damskiej torebce – jest w stanie kliknięciem umożliwić nam: rozmowę telefoniczną, wideorozmowę z widokiem rozmówcy, zrobienie i modyfikację notatek, wykorzystanie aparatu fotograficznego, dyktafonu, kamery cyfrowej o parametrach porównywalnych do jakości samodzielnego urządzenia czy dostęp do najwyższej jakości internetu, który jako nieograniczone źródło informacji, oferujące również zróżnicowane formy komunikacji w czasie synchronicznym i asynchronicznym, zastąpił komunikację listowną, książki, gazety z codzienną porcją najnowszych informacji, encyklopedie, słowniki i wiele innych źródeł informacji oraz narzędzi komunikowania. Nie dziwi więc, że stał się on nieodzownym towarzyszem każdej aktywności małego i dużego człowieka, wymuszając konieczność rozwijania i nabywania nowych kompetencji warunkujących skuteczną i odpowiedzialną aktywność społeczną, zawodową i harmonijny rozwój jednostki, którego wynikiem jest zrównoważony wzrost globalizującego się społeczeństwa.

Dziwić w tej sytuacji może niewątpliwie fakt, że pomimo uwarunkowanego technologicznie dynamicznego rozwoju wszystkich dziedzin nauki – również nauk medycznych – zwrócono uwagę na pogarszający się z roku na rok stan zdrowia społeczeństw. Bardziej szczegółowa analiza sytuacji w tym zakresie wymusiła opracowanie podczas XXX Światowego Zgromadzenia Zdrowia w Alma Acie w 1977 roku podstawowych założeń koncepcji promocji zdrowia. Była to pierwsza zakrojona na tak dużą skalę koncepcja działań mających na celu profilaktykę i system działań prozdrowotnych. Nakłady finansowe rządów poszczególnych państw na medycynę naprawczą okazały się zdecydowanie niewystarczające, dlatego Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała strategię „Zdrowie dla wszystkich do 2000 roku”, której nadrzędnym celem było zapewnienie społeczności świata jednego z podstawowych praw – ochrony zdrowia. Priorytetem każdego krajowego systemu medycznego stało się zagwarantowanie wszystkim obywatelom podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunków do zdrowego i prozdrowotnego trybu życia.

Podstawą profilaktyki i promocji zdrowia jest upowszechnianie w każdym społeczeństwie zasad świadomych działań i zachowań zmierzających do utrzymania zdrowia i zapobiegających jego utracie. Efektywność działań w tym zakresie zależy od liczby osób, do których dotrze właściwie i przekonująco sformułowany komunikat. Rola, jaką w tym zakresie odgrywają publiczne media, jest zatem nie do przecenienia, co najdobitniej określa sformułowanie „czwarta władza”, odnoszące się właśnie do mediów. Medium, czyli nośnik przekazu, pośrednik pomiędzy nadawcą a odbiorcą, dostarczający odbiorcy komunikat sformułowany przez nadawcę, od zarania dziejów odgrywało w społeczeństwie wyjątkową rolę. Dzisiaj, kiedy gwałtowny rozwój technologii informacyjno-komunikacyjnych doprowadził do miniaturyzacji i upowszechnienia narzędzi do przekazywania i odbioru komunikatów, rolę współczesnych mediów trudno jednak dokładnie określić.

Współczesne media, ze względu na swoje przeznaczenie i rosnący zakres możliwości, pełnią w społeczeństwie coraz bardziej złożoną i odpowiedzialną funkcję; wystarczy zauważyć, że:

- jako rdzeń sektora informacyjnego stanowią integralny składnik aktywności każdego człowieka;
- oferują nowe kanały dostępu do bardzo zróżnicowanych informacji, mając największy w historii zasięg;
- stanowią forum społecznych kampanii, debat, akcji, inicjatyw, stając się nowoczesną agorą;
- są narzędziem kierowania i kształtowania opinii, świadomości i postaw społecznych, co oznacza, że są w stanie umacniać, kształtować czy łamać stereotypy.

Według T. Gobana-Klasa (2005) współczesne środki przekazu powinny wypełniać swoją misję zgodnie z zasadami profesjonalnych mediów informacyjnych: obiektywizmu, sprawiedliwości i wielostronności, dbając o jakość informacji dziennikarskiej. Coraz częściej jednak pojawia się opinia, że choć media oferują przekaz szybki i atrakcyjny, to niekoniecznie jest on rzetelny i pozbawiony tendencyjnych opinii czy manipulacji.

Choć do współczesnych środków masowego przekazu trzeba także zaliczyć książki, czasopisma czy zróżnicowane w formie reklamy drukowane, jak np. plakaty, to niewątpliwie najskuteczniejsze pozostają: radio, telewizja oraz internet. Oddziałując bezpośrednio, kumulatywnie czy podświadomie, media pełnią funkcję informacyjną, opiniotwórczą, edukacyjną, wychowawczą, umacniając w społeczeństwie swoją rolę „czwartej władzy”.

Zastanawiając się nad rolą mediów w życiu współczesnego człowieka, trzeba mieć na uwadze, że:

- w dwubiegunowym modelu cywilizacyjnym (niezależnie od wieku!) człowiek albo przynależy dziś do nowej elity kulturowej **medialnych** (potrafi się dostosować do zmian technologicznych, mając dostęp do wszystkich mediów), albo do nowej kulturowej podklasy **niemedialnych** (nie nadążając za postępem technologicznym i nie korzystając z mediów);
- może z mediów zrezygnować, ale nie może sobie na to pozwolić bez narażenia się na marginalizację, społeczny ostracyzm i wykluczenie;
- powinien pamiętać, że przekaz medialny może dziś być aktualny, interesujący, bardzo ważny, ale może też być szokujący, nasączony obrzydliwościami, złością i przemocą, które mają rekompensować brak wartości;
- promowany w mediach ideał piękna, choć jest to najczęściej portret nieistniejący (bo idealizowany za pomocą modyfikacji wykonywanych w edytorach do obróbki graficznej, takich jak np. Photoshop), kreuje kult ciała i skutecznie wpływa na podświadomość;
- w różnorodności stylów życia, bycia i zachowań postmodernistycznego świata przekaz medialny staje się najmocniejszym wyznacznikiem norm kulturowych i wartości;

– aby właściwie odbierać i dokonywać selektywnego wyboru i krytycznej oceny przekazu, każdy współczesny człowiek powinien być kompetentny informacyjnie.

Psychologowie zwracają dziś uwagę na takie m.in. negatywne skutki przekazu medialnego, jak:

- postępująca patologizacja życia społecznego;
- narastający syndrom instrumentalizacji wartości i braku zaufania;
- powszechne poczucie beznadziejności i bezradności.

Informacje, do których media dają nam dziś nieograniczony dostęp, mogą zniewalać umysły, powodując uzależnienie od pewnych wzorców zachowań, orientacji światopoglądowych i narzucanego stylu życia, toteż warto mieć świadomość, że promowane w mediach idee, poglądy, zachowania, strategie mają największą w historii liczbę odbiorców, oddziałując na nich wielozmysłowo i utrwalając w ich podświadomości schematy działań i często nieuświadomiane stereotypy zachowań.

Media w promocji prozdrowotnego myślenia i działania

Upowszechnianiu wiedzy na temat zdrowia i sposobów zapobiegania chorobom służą niewątpliwie kampanie ogólnokrajowe, akcje i działania o zasięgu lokalnym czy regionalnym. Dziś jednak, w świecie nasyconym multimediami, pierwszorzędą rolę odgrywają właśnie one – oczywiście prasa, książki czy radio, ale przede wszystkim telewizja oraz internet. Media nie są dziś jedynie źródłem teoretycznych informacji, praktycznych wskazówek i materiałów informacyjno-edukacyjnych dotyczących zdrowia i tzw. tematów trudnych (np. HIV, AIDS czy seksualność). Pełniąc funkcje: poznawczo-kształtującą, emocjonalno-motywacyjną i działaniowo-interakcyjną (Strykowski, 1996), wspierają one i upowszechniają działania regionalne czy ogólnopolskie oraz ogólnospołeczne kampanie profilaktyczno-edukacyjne, choćby przez spoty audiowizualne pojawiające się w radiu, TV czy internecie, a za pośrednictwem atrakcyjnych i dostępnych dla wszystkich form e-learningowych umożliwiają wszystkim chętnym całościowy rozwój kompetencji w tym zakresie. Prozdrowotny przekaz medialny przyjmuje najczęściej formę:

- działań zaplanowanych, takich jak: cykle programów telewizyjnych, spoty audiowizualne, audycje TV/radiowe, plakaty, wystawy, zainicjowane lub realizowane z udziałem profesjonalistów (np. Dzień bez Papierosa);
- artykułów prasowych dotyczących różnych tematów (żywienie – nadwaga, aktywność fizyczna – profilaktyka kardiologiczna), prezentujących wyniki najnowszych badań i testów, programów i kampanii profilaktycznych, nowe odkrycia czy stare, ale sprawdzone nawyki;
- reklam zdrowych produktów (np.: pasty do zębów, mleka, ciemnego pieczywa), ulotek na temat żywienia niemowląt itd.;
- dyskusji stanowiącej źródło informacji na tematy zdrowotne, najczęściej w kontekście wyjątkowych czy sensacyjnych zdarzeń i zjawisk;

- tak zwanego przekazu ukrytego, np. o tym, że osoba publiczna rzuciła palenie lub bohater emitowanego serialu korzysta z promowanego leku dostępnego bez recepty;

- sponsorowanych przez producentów różnych produktów lub usług, mających bezpośredni lub pośredni związek ze zdrowiem imprez czy zawodów sportowych (umieszczenie ich nazw i logo w sposób zwracający uwagę, np. na stadionach, ubraniach sportowców, sprzęcie sportowym).

Wiarygodność przekazu medialnego uwarunkowana jest działaniami wspierającymi, z których wymienić można np.:

- kompleksową strategię programu edukacyjno-promocyjnego uwzględniającego różne formy interakcji społecznych (w szkołach, zakładach pracy, placówkach służby zdrowia);

- publikowanie informacji wiarygodnych, opartych na faktach, danych epidemiologicznych, określonych liczbowo wynikach badań, statystyce przypadków powiązanych i uwarunkowanych;

- odwołanie się do przekonań, wartości, barier ekonomicznych i strukturalnych grupy, do której adresowany jest komunikat.

Chociaż z powszechnie publikowanych statystyk wynika, że dla zdecydowanej większości Polaków źródłem informacji oraz inspiracją prozdrowotnych reakcji, zachowań i działań są internet i telewizja, to w zakresie priorytetowych w społeczeństwie prozdrowotnych kampanii najlepszy efekt dają oczywiście działania uwzględniające synergii zróżnicowanych form przekazu w różnorodnych mediach. Skuteczność akcji promującej prozdrowotne działania zależy głównie od właściwego doboru środka przekazu. Internet jest dziś niewątpliwie najskuteczniejszym medium dostarczającym komunikaty do najliczniejszej grupy odbiorców w dobowym rozkładzie czasu, a odbiorcy poświęcają mu najwięcej czasu poza snem i pracą. Najczęściej z internetu korzystają, również w zakresie działań prozdrowotnych, osoby młode oraz legitymujące się wyższym wykształceniem; osoby z wykształceniem średnim, podstawowym i zawodowym najczęściej wybierają telewizję. Jak wykazują opublikowane w 2014 roku badania (Syrkiewicz-Świtłała i in., 2014), preferencje społeczne w doborze wiarygodnych źródeł informacji zależą m.in. od wieku, płci czy wykształcenia. Internet jest preferowanym, więc – jak należy rozumieć – również wiarygodnym źródłem informacji przede wszystkim dla Polaków w przedziale wiekowym 18–45 lat; niezależnie natomiast od wieku, w poszukiwaniu potrzebnych informacji częściej sięgają do internetu mężczyźni niż kobiety. Analiza relacji pomiędzy preferowanym medium a wykształceniem pokazuje wyraźnie, że osoby z wyższym wykształceniem najczęściej korzystają z internetu, a najrzadziej z prasy. Wiedza w tym zakresie nabiera strategicznego znaczenia na etapie doboru rodzaju medium do zaplanowanej profilaktycznej kampanii zdrowotnej. Inne, prowadzone ostatnio badania dotyczące roli mediów w promocji zdrowia (Nowak, Chalimoniuk-Nowak M., 2015) wykazały, że:

- dla niemal 90% badanych internet jest pierwszym i najpowszechniejszym źródłem informacji na temat zdrowia i jego profilaktyki oraz sposobów leczenia

różnych dolegliwości i chorób; spośród osób korzystających z internetu w jakimkolwiek celu aż 93% przyznaje, że niejednokrotnie poszukiwały w wirtualnych zasobach informacji dotyczących zdrowia, właściwego odżywiania czy skutecznych sposobów leczenia – 3% spośród nich robi to codziennie, 11% – kilka razy w tygodniu, a 36% – kilka razy w miesiącu; badania wskazują również na to, że to kobiety, zwłaszcza w przedziale wiekowym 15–34 lat, częściej niż mężczyźni interesują się zdrowiem w sieci;

- zdecydowanie mniej liczna grupa badanych, bo 73%, traktuje zdecydowanie lekarzy i personel medyczny jako podstawowe źródło informacji w zakresie profilaktyki, zachowania i przywrócenia zdrowia;

- niesłabnącą rolę w upowszechnianiu informacji o zdrowiu i sposobach utrwalania tego stanu odgrywa telewizja – dla ponad połowy badanych (56%) pozostaje ona źródłem informacji o ważnych prozdrowotnych akcjach, kampaniach, nowych metodach leczenia, roli i formach sprzyjającej zdrowiu aktywności fizycznej czy znaczeniu potwierdzających jakość usług certyfikatów i akredytacji placówek medycznych.

Podobne wnioski wyciągnąć można również z innych badań (Czerw i in., 2014), analizujących rolę mediów w szeroko rozumianej promocji zdrowia. Wynika z nich także, że ponad 85% badanej populacji bierze również pod uwagę informacje upowszechniane w radiu i prasie. Choć tradycyjne i te najbardziej nowoczesne media odgrywają zasadniczą rolę w kształtowaniu społecznych postaw prozdrowotnych, to w świetle prowadzonych badań zwraca uwagę zaskakująco niska skuteczność upowszechniania ogólnospołecznych akcji i kampanii. Choć większość badanych potwierdza potrzebę profilaktycznych działań ogólnospołecznych na rzecz zdrowia psychicznego i fizycznego, to połowa z nich albo nie zna i nie pamięta szczegółów, albo pamięta je tylko w niewielkim zakresie, zwłaszcza jeśli przekaz medialny ogranicza się do informacji ogólnych. Zdecydowanie silniej oddziałuje przekaz wielokodowy, aktywizujący nie tylko umysł, ale także emocje odbiorcy – prym wiodą tutaj zawierające przekaz prozdrowotny telenowe i seriale telewizyjne, zwłaszcza te lubiane i systematycznie oglądane. Widz utożsamiający się z losami bohaterów w sposób oczywisty i zazwyczaj trwały zapamiętuje szczegóły działań czy społecznych akcji i kampanii, które dały im możliwość wyzdrowienia, uchroniły od choroby czy zapewniły zdrowie i pomyślność (Gujski, Szymalla, 2013). Wielokodowy przekaz medialny (obraz, dźwięk, akcja), a takim jest przekaz telewizyjny, oddziałuje na odbiorcę wielozmysłowo (wzrok, słuch, emocje), co zdecydowanie zwiększa siłę, zakres i skuteczność odbioru. Warto również zwrócić uwagę, że treści prozdrowotne umieszczane są w programach telewizyjnych (serialach czy programach edukacyjnych) w sposób intencjonalny, co pozwala zakładać, że upowszechniane w ten sposób informacje są wiarygodne, podczas gdy internet oferuje często informacje ogólnikowe, dotyczące poszczególnych zagadnień w sposób powierzchowny lub podporządkowany oczekiwaniom reklamodawcy.

Z punktu widzenia instytucji i organizacji zajmujących się upowszechnianiem postaw i działań prozdrowotnych strategiczne stają się informacje dotyczące rodzaju mediów wykorzystywanych przez poszczególne grupy społeczne. Wiedza w tym zakresie pozwala bowiem nie tylko skanalizować i dobrać właściwą formę i poziom szczegółowości informacji w promowanej kampanii profilaktycznej, ale także lepiej zorganizować przedsięwzięcie i efektywniej wykorzystać przeznaczone na ten cel fundusze. Warto zwrócić uwagę, że rosnącym zainteresowaniem wszystkich grup społecznych cieszą się najnowocześniejsze i najmłodsze media społeczne (*social media*), których użytkownikami jest obecnie ponad połowa społeczeństwa. Do najpopularniejszych w tej grupie mediów według badań prowadzonych w tym zakresie należą m.in.: Facebook, YouTube, Twitter, Instagram, Snapchat. Chociaż internet jest dzisiaj zdecydowanie medium docierającym do największej grupy odbiorców, a pozostałe media mają liczne rzesze zwolenników, to w zakresie promocji zdrowia i prozdrowotnych działań, jak wynika z prowadzonych w ostatnich latach badań i analiz (Czerw i in., 2014; Syrkiewicz-Światała i in., 2014), nie zaspokajają one w pełni potrzeb społecznych. Jedną z przyczyn jest niewątpliwie brak kompetencji informacyjnych internautów, którzy nie potrafią ocenić wiarygodności źródeł oraz samych informacji, ale ważnym argumentem jest również to, że prozdrowotna reklama i promocja dotyczy najczęściej artykułów sponsorowanych – leków bez recepty, suplementów diety czy produktów ekologicznych, podczas gdy strategiczne szczegóły dotyczące planowanych działań profilaktycznych (np. bezpłatnych badań, warsztatów radzenia sobie ze stresem) są upowszechniane zbyt rzadko i najczęściej w bardzo ograniczonym zakresie.

Refleksje końcowe

Dotychczasowa analiza uwarunkowań roli mediów w promocji zdrowia upoważnia do kilku podsumowujących refleksji:

- Niezbędnym warunkiem skuteczności wykorzystania mediów w upowszechnianiu prozdrowotnych postaw i działań jest, bazujący na wynikach wiarygodnych badań społecznych, dobór optymalnego wobec preferencji docelowej grupy odbiorców rodzaju przekazywanego informacji.
- Im ważniejsze i bardziej złożone jest zagadnienie stanowiące przedmiot promocji, tym silniejsza staje się potrzeba uwzględnienia większej liczby synergicznie uzupełniających się mediów masowego przekazu.
- Jak wykazują prowadzone nie tylko w Polsce badania (Szymczuk i in., 2011), dla zdecydowanej większości społeczeństwa (ok. 80%) spośród wszystkich mediów to właśnie internet pozostaje głównym źródłem informacji o zdrowiu i profilaktyce prozdrowotnej. Jednym z powodów popularności tego medium jest niewątpliwie rosnąca systematycznie liczba stron internetowych i profesjonalnych serwisów z aktualnymi i wiarygodnymi informacjami medycznymi, jak choćby:

zawierająca szczegółowe informacje o lekach Internetowa Encyklopedia Leków (www.eMPendium.pl) czy Inteligentny Konsultant Medyczny (www.doktor-medi.pl). Portal internetowy nie zastąpi co prawda wizyty u lekarza, ale umożliwi wstępne rozpoznanie choroby i podjęcie odpowiednich działań diagnostyczno-terapeutycznych.

– Popularność internetu jako źródła informacji prozdrowotnej wynika między innymi z tego, że jest to niemal nieograniczone, łatwo i ogólnodostępne źródło zróżnicowanych informacji, które **kompetentnym informacyjnie** osobom (niezależnie od wieku, płci, wykształcenia czy miejsca zamieszkania) daje możliwość pozyskania informacji aktualnych, rzetelnych i wiarygodnych.

– Do najczęściej wykorzystywanych form prozdrowotnego przekazu medialnego zaliczyć trzeba: portale tematyczne, blogi, pocztę elektroniczną (e-maile, newslettery), fora dyskusyjne, spoty reklamowe, przekaz zintegrowany z wątkiem serialowym o wysokiej oglądalności, odnoszenie strategicznych informacji do osób publicznych;

– Charakteryzujący współczesne media fragmentaryczny i hipertekstowy przekaz informacji daje możliwość wielowymiarowej aktywności poznawczej, umożliwiającej nie tylko pozyskiwanie informacji, ale także ich tworzenie i upowszechnianie. Pozbawione ograniczeń linearnego przekazu są dziś wszystkie aplikacje internetowe, a w szczególności nowe nowe media, czyli portale społecznościowe; w połączeniu z mobilnością nowoczesnych narzędzi informacyjno-komunikacyjnych stają się one wyjątkowo skutecznym narzędziem prozdrowotnego oddziaływania, zwłaszcza na ludzi młodych.

– Powoli, ale systematycznie rośnie rola interaktywnych platform edukacyjnych, które, bazując na otwartych zasobach edukacyjnych, udostępniają swobodny dostęp do informacji, materiałów i wielowymiarowej współpracy bezpośredniej i zdalnej w zakresie kształtowania prozdrowotnych kompetencji i postaw zarówno w ramach edukacji formalnej, pozaformalnej, jak i nieformalnej.

– Konwergencja mediów doprowadziła do sytuacji, w której urządzenie nazywane kiedyś telefonem komórkowym jest dziś wielofunkcyjnym urządzeniem multimedialnym (telefon, encyklopedia, aparat fotograficzny, fotoedytor, kamera cyfrowa, dyktafon, mp3, mp4, wideo, notatnik...), które z powodzeniem może być wykorzystywane jako mobilne urządzenie edukacyjne również w zakresie bezpośredniej i zdalnej edukacji prozdrowotnej;

– Skuteczność nowoczesnej promocji zdrowia zależy od poziomu synergii współpracy ekspertów w zakresie szeroko rozumianej problematyki prozdrowotnej ze specjalistami w zakresie mediów, a dziś zwłaszcza mediów społecznościowych, których fenomen utożsamia się z niewyobrażalnym dotąd zasięgiem, stanowiącym priorytet dla prozdrowotnej oświaty. Chociaż do strategicznych dla promocji zdrowia cech mediów społecznościowych trzeba również zaliczyć: podmiotowość, szybkość i multimedialność przekazu, to najczęściej niekontrolowane rozprzestrzenianie się informacji, świadome bądź spontaniczne zakłócenia

komunikacji stawiają pod znakiem zapytania skuteczność intencjonalnej i celowej działalności prozdrowotnej w tym środowisku.

Mimo że komunikat medialny, a zwłaszcza internetowy, jest zdecydowanie najskuteczniejszą dziś formą upowszechniania informacji we współczesnym społeczeństwie, warto mieć świadomość, że edukacja prozdrowotna realizowana w takiej formie będzie skuteczna tylko wtedy, gdy **kompetentny informacyjnie** odbiorca potrafi krytycznie ocenić wiarygodność i rzetelność przekazu, ignorując rozpoznaną bezpośrednią lub zakamuflowaną reklamę promowanych produktów i usług czy bezwartościowe, powierzchowne i kontrowersyjne informacje.

Bibliografia

- Bauman, Z. (2006). *Płynna nowoczesność*. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Czerw, A., Kościuk, K., Augustynowicz, A. (2014). *Wiek i płęć jako zmienne różnicujące wpływ środków masowego przekazu na poglądy i zachowania zdrowotne – badania własne*, http://www.uwm.edu.pl/mkks/pdf/MKKS-10-4/03-Czerw_A.pdf
- Goban-Klas, T. (2005). *Cywilizacja medialna. Geneza, ewolucja, eksplozja*. Warszawa: WSiP.
- Golka, M. (2005). *Czym jest społeczeństwo informacyjne?* „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, LXVII, 4.
- Gujski, M. Szymalla, I. (2013). *Rola mediów w promocji zachowań prozdrowotnych*. W: Samoliński B. Raciborski B. (red.), *Zdrowe starzenie się. Biała księga*. Warszawa: Scholar, s. 174–179.
- Korzeniowska, E. (2012). *Polscy pracownicy o wykorzystaniu nowych mediów w edukacji zdrowotnej*. „Studia Edukacyjne”, 23, s. 163–183.
- Kowalewski, I., Krawczyński, R. (2007). *Zdrowie i jego promocja w ujęciu różnych nauk. Rozważania terminologiczne*. Poznań: Wyd. Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa.
- Maksymowicz, A. (2014). *Internet a medycyna. Przemiany relacji zachodzących między pacjentami a lekarzami na przykładzie portali oceniających lekarzy*. „Studia Humanistyczne AGH”, 13/1, s. 101–113.
- Mazur, A., Radziejewicz-Winnicki, I. (2013). *Wpływ mediów na rozwój otyłości u dzieci*. „Pediatria Polska”, 88, s. 1–5.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015. (2007). Załącznik do Uchwały RM, 90, s. 5 pkt 17.
- Nowak, P.F., Chalimoniuk-Nowak, M. (2015). *Potencjał mediów społecznościowych w edukacji zdrowotnej*. W: A. Wolska-Adamczyk (red.), *Współczesne kierunki działań prozdrowotnych*. Warszawa: Wyd. Wyższej Szkoły Infrastruktury i Zarządzania.
- Strykowski, W. (1996). *Rola mediów w edukacji*. „Edukacja Medialna”, 1996, 2, s. 4–10.
- Syrkiewicz-Świtłała, M., Holecki, T., Wojtynek, E. (2014). *Znaczenie mass mediów w promocji zdrowia*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 20, 2, s. 171–176.
- Szymczuk, E., Zajchowska, J., Dominik, A., Makara-Studzińska, M., Zwolak, A., Daniluk, J. (2011). *Media jako źródło wiedzy o zdrowiu*. „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu”, 17, 4, s. 165–168.
- Valente, Th.W. (2010). *Social Networks and Health: Models, methods and applications*. Oxford: Oxford University Press.
- Włoszczak-Szubzda, A., Jarosz, M., Horach, A. (2007). *Rola mediów w promocji zdrowia*. „Zdrowie Publiczne”, 117 (4), s. 480–484.

- Wolska-Adamczyk, A. (2015). *Współczesne kierunki działań prozdrowotnych*, <https://mail.google.com/mail/u/0/#search/skrzypekwioletta%40gmail.com/15094df1545f7d-d0?projector=1>
- Woynarowska, B. (2012). *Edukacja zdrowotna*. Warszawa: PWN.
- Woźniak, B (2007). *Problematyka psychospołecznej aktywności osób starszych w polskich czasopismach popularnych dotyczących zdrowia*. „Gerontologia Polska”, 15.
- Zierkiewicz, E. (2013). *Prasa jako medium edukacyjne. Kulturowe reprezentacje raka piersi w czasopismach kobiecych*. Kraków: Impuls.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0031393912002041>

Media and Health Promotion

The aim of the mass media broadcast is to broadcast and disseminate information in the society, which is why media broadcast is an inalienable element of each kind of promotion. The more we care for disseminating information, the more attention we pay to the form of the broadcast and the number of its recipients. Throughout the centuries the price of the media broadcast grew with its quality and range. And how is it today - in a reality filled with media, new media and social media? Are these newest digital multi- and hypermedia able to fulfil the social needs, especially when it comes to health promotion?

Keywords: media broadcast, media, health promotion

Noty o autorach

Patrycja Curyło-Sikora – doktor nauk społecznych, Katedra Psychologii Zdrowia, Instytut Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków.

Anna Kaczmarska – magister psychologii, Katedra Psychologii Zdrowia, Instytut Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków.

Barbara Kędzierska – profesor nadzwyczajny, kierownik Katedry Dydaktyki i Edukacji dla Zrównoważonego Rozwoju, Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków.

Marta Kielar-Turska – profesor zwyczajny, kierownik Zakładu Psychologii Rozwojowej i Wychowawczej im. Stefana Szumana, Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński, Kraków.

Dorota Kubacka-Jasiecka – profesor nadzwyczajny, Wydział Psychologii i Nauk Humanistycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Kraków.

Józef Makselon – profesor zwyczajny, kierownik Katedry Psychologii Religii, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II, Kraków.

Janusz Mastalski – profesor zwyczajny, kierownik Katedry Pedagogiki Ogólnej, Uniwersytet Papieski Jana Pawła II, Kraków.

Barbara Pietryga-Szkarłat – doktor nauk społecznych, Katedra Psychologii Zdrowia, Instytut Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków.

Władysława Pilecka – profesor zwyczajny, kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński, Kraków.

Marta Polańska – magister sztuki, pianistka, doktorantka Akademii Muzycznej w Krakowie.

Marek Polański – doktor sztuk muzycznych, skrzypek, Akademia Muzyczna w Krakowie.

Aleksander B. Skotnicki – profesor zwyczajny, kierownik Katedry i Kliniki Hematologii, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków.

Małgorzata Toeplitz-Winiewska – doktor nauk humanistycznych, Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

Helena Wrona-Polańska – profesor nadzwyczajny, kierownik Katedry Psychologii Zdrowia, Instytut Nauk o Wychowaniu, Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków.

Inspiracją do powstania niniejszej monografii było podsumowanie 40-letniej pracy naukowo-badawczej i klinicznej prof. Heleny Wrony-Polańskiej, prowadzonej od 1974 roku w kierowanej wówczas przez prof. Juliana Aleksandrowicza Klinice Hematologii Instytutu Medycyny Wewnętrznej Akademii Medycznej w Krakowie aż do chwili obecnej i kontynuowanej we współpracy z prof. dr hab. med. Aleksandrem B. Skotnickim, kierownikiem Katedry i Kliniki Hematologii im. Profesora Juliana Aleksandrowicza Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum.

Niniejsza monografia prezentuje problematykę promocji zdrowia z punktu widzenia psychologii. Nauka o zdrowiu ma charakter interdyscyplinarny, dlatego też zagadnienia promocji zdrowia łączą różne dyscypliny naukowe tworzące ich teoretyczne podstawy, a także mające zastosowanie praktyczne, takie jak medycyna i psychologia. Czerpie również z innych dziedzin, takich jak muzyka, sztuka i media, w celu wieloaspektowego oddziaływania na człowieka.

Prezentowana monografia składa się z trzech części:

W pierwszej części, pt. Psychologiczne aspekty w promocji zdrowia, autorzy koncentrują się na: zdrowiu jako wskaźniku sposobu zmagania się z białaczką, niezwykle cennych, a rzadko występujących w literaturze duchowych aspektach zdrowia, psychologicznych mechanizmach wzmacniających potencjały zdrowia, czyli zasobach człowieka oraz wybranych formach pomocy psychologicznej sprzyjających promocji zdrowia.


W drugiej części, pt. Czynniki sprzyjające promocji zdrowia, autorzy omawiają znaczenie słowa, szeroko rozumianej sztuki oraz budzenia nadziei w procesie zmagania się z chorobą jako czynników warunkujących powrót chorego do zdrowia i jego promowanie. Niski poziom wiedzy młodzieży akademickiej o transplantologii, ujawniony w badaniach, wskazuje na konieczność zwiększenia wiedzy o zdrowiu oraz świadomości indywidualnej i społecznej wśród studentów. Artykuł zamykający tę część dotyczy przestrzegania zasad etyki zawodowej psychologa, które sprzyjają zdrowiu nie tylko pacjenta, ale także samego psychologa.

Trzecia część, pt. Muzyka – sztuka – media w promocji zdrowia, zawiera prace pod względem treści zgodne z podtytułem monografii, ze szczególnym podkreśleniem roli muzyki w promowaniu zdrowia. Autorzy ukazują niezwykle rolę muzyki Fryderyka Chopina w promowaniu zdrowia, omawiają problem tremy w kontekście zdrowia holistycznego i wynikających z niego konsekwencji dla promocji zdrowia. Jedna z prac dotyczących tremy zawiera, na podstawie własnych doświadczeń koncertowych, bogatą ilustrację czynników, które mogą zagrażać lub sprzyjać zdrowiu samego artysty muzyka i wynikające z niej wskazania do promowania zdrowia artystów muzyków. Ostatnia praca podkreśla znaczącą rolę mediów jako źródła wiedzy o zdrowiu i sposobach jego promowaniu.

Ze Wstępu

Uniwersytet Pedagogiczny
im. Komisji Edukacji Narodowej
w Krakowie
Prace Monograficzne 830

ISSN 0239-6025
ISBN 978-83-8084-113-0


WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIWERSYTETU PEDAGOGICZNEGO W KRAKOWIE