

Milena Trojanowska*

Uniwersytet Łódzki

<https://orcid.org/0000-0002-9684-4624>

Analiza porównawcza dwóch przykładów świata VUCA: osoby chorujące na stwardnienie rozsiane i osoby doświadczające pandemii COVID-19

WPROWADZENIE

Dla badaczy źródłem danych lub inspiracji są nie tylko sytuacje zaplanowane, zaaranżowane, skonstruowane, ale również te przypadkowe. Sama tego doświadczyłam, a efektem jest niniejszy tekst. Kathy Charmaz (2017) za Barneyem G. Glaserem pisze, że danymi może być wszystko, o ile je nimi uczynimy. Podążając za tą myślą, postanowiłam uczynić danymi rozmowę z lekarką, neurologką specjalizującą się we wspieraniu pacjentów żyjących ze stwardnieniem rozsianym. Rozmowa ta odbyła się w gabinecie lekarskim latem roku 2021. Nie będę omawiała celu tej wizyty, gdyż nie stanowi to istotnego dla tekstu kontekstu. Ważny jest jej temat i przebieg. Lekarka kilka miesięcy wcześniej została zakażona wirusem COVID-19. Przebieg zakażenia był dynamiczny, a stan jej zdrowia sprawił, że wymagana była hospitalizacja i tlenoterapia. Kiedy okres hospitalizacji się zakończył, kobieta wróciła do domu, ale jak wynikało z przedstawionej przez nią narracji, jej samopoczucie nie wróciło do stanu sprzed zakażenia. Odczuwała znużenie, permanentne zmęczenie niewynikające z codziennej aktywności. To doświadczenie pozwoliło jej, jak sama stwierdziła, zrozumieć lepiej treść komunikatów, które kierują do niej pacjenci. W stwardnieniu rozsianym zespół przewlekłego zmęczenia występuje dość często, u co drugiej osób żyjącej z SM jest objawem dominującym (Brola,

* Socjolożka, działaczka organizacji pozarządowych. Doktorantka w Szkole Doktorskiej Nauk Społecznych UŁ. Główny obszar zainteresowań to socjologia niepełnosprawności i socjologia seksualności.

Fudala 2010). Przyczyna i patofizjologia tego zjawiska nie jest znana, mimo licznych badań prowadzonych w tym obszarze (Broła, Fudala 2011). Z analiz zrealizowanych przeze mnie wywiadów narracyjnych z osobami żyjącymi z tą chorobą wynika również, że jest to doświadczenie trudne do opisanego, niezrozumiałe dla osób, które go nie doświadczyły. Nie jest ono wynikiem lub konsekwencją aktywności życiowych, fizycznych lub psychicznych, podjętych przez jednostkę, ale pojawia się niezależnie od nich, a te mogą je tylko potęgować. Brak przekładalności doświadczeń i powszechnej wiedzy na ten temat może prowadzić do braku zrozumienia ze strony bliskiego otoczenia osoby chorej, o czym mówi jedna z uczestniczek moich badań: „Na pewno trudniej jest innym ludziom zrozumieć. Niby widać, że wszystko jest w porządku, tak? I oni tego, trudno im to wytłumaczyć, że spałaś 10 godzin, wstajesz i jesteś zmęczona. O co chodzi? Tego nie rozumieją” (kobieta żyjąca ze stwardnieniem rozsianym).

Wspomniana lekarka dzięki doświadczeniu powikłań po przebiegu zakażenia wirusem COVID-19 uzupełniła swoją wiedzę dotyczącą przewlekłego zmęczenia. Jak sama powiedziała, teraz może lepiej zrozumieć swoich pacjentów. Ta rozmowa zrodziła we mnie pytanie: czy wywołana przez pandemię sytuacja, w której znalazła się lekarka, jest paralelna do tej, w której znajdują się osoby żyjące ze stwardnieniem rozsianym? Czy rzeczywiście doświadczenie tak wielu ograniczeń, pojawiające się uczucia niepewności, zagrożenia są podobne w obu przypadkach? Czy świat VUCA osób żyjących w pandemii i tych funkcjonujących z przewlekłymi chorobami konstruowane są w podobny sposób? Jak przebiega proces ich konstruowania? Na te pytania postaram się udzielić odpowiedzi w tym tekście.

PODSTAWY METODOLOGICZNE BADANIA

Przed przystąpieniem do opisu analizowanego obszaru badawczego, chcę przedstawić założenia metodologiczne badania. Tekst prezentuje wyniki badań prowadzony zgodnie z metodologią jakościową badań. W ramach przyjętej perspektywy interpretatywnej będę odwoływała się do symbolicznego interakcjonizmu. Bliskie mi są jego założenia mówiące o zmiennym, wręcz procesualnym charakterze struktur społecznych (Blumer 2007; Hałas 2012). Rzeczywistość społeczna jest widziana jako powstająca i nieustannie konstruowana w procesie interakcji, tworzą ją jej uczestnicy

(Brittain 1973; Giddens 1976; Silverman 1976, za Hałas 2012), którzy są kompetentni i twórczy w tym zakresie (Giddens 1976). Świat jest kreowany w codziennych interakcjach między jego uczestnikami. Mówimy o nieustannym procesie, funkcjonuje jednak w jego ramach pewna regularność działań wynikająca z uzgodnienia znaczeń między działającymi (Glaser, Strauss 1969; Blumer 2007). Strukturalny kontekst interakcji nie jest zatem raz na zawsze dany i trwały, ale może być poddany negocjacjom.

Podążając za tą myślą, chcę oddać głos tym, którzy doświadczając pewnych zjawisk, rekonstruują je, tworząc kolejne ich wersje. W celu wypełnienia tego założenia przy analizie wykorzystałam wywiady z osobami żyjącymi ze stwardnieniem rozsianym pochodzące z badań realizowanych w ramach grantu BST na Uniwersytecie Humanistycznospołecznym SWPS w Warszawie (BST14/2018A) w roku 2019 oraz badań realizowanych w ramach dofinansowania badań dla młodych naukowców na Uniwersytecie Łódzkim, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, w roku 2020.

Do analizy wykorzystane zostały również teksty zastane, które wyszukane zostały w zasobach Biblioteki Uniwersytetu Łódzkiego online. Przeprowadzone zostały trzy wyszukiwania. Wszystkie wyszukiwania zawężone zostały o kryteria dostępności tekstu online, naukowego recenzowania tekstu i obszaru nauk społecznych. Język wyszukiwania to polski.

- VUCA + stwardnienie rozsiane
- VUCA + COVID-19
- COVID-19 + stwardnienie rozsiane

Analiza literatury miała na celu nadanie kontekstu badanym zjawiskom, stanowiła przegląd obecnego stanu wiedzy na ich temat oraz umożliwiła pozyskanie wiedzy na temat kluczowych dla analizy pojęć. Część tekstów zastanych obejmujących tematykę stwardnienia rozsianego pochodzi z mojego prywatnego repozytorium, które konstruowane było na potrzeby realizowanych wcześniej badań własnych.

Tekst powstał także na bazie autoetnograficznej refleksji nad znaczeniem doświadczeń badacza/badaczki jako źródła danych. By być jak najbliżej danych, badaczka zdecydowała się skupić się na obserwacji jako fazie kontekstowej badania (Konecki 2000). Technika obserwacji pozwala na zachowanie tak zwanego kontekstu odkrycia (*serendipity*), dostrzeganie zjawisk, które nie były określonym celem poszukiwań badawczych, a stały się nimi spontanicznie. Tak było również w tym przypadku, o czym świadczy przytoczona na początku tekstu historia.

Kathy Charmaz poddając refleksji temat metod badawczych pisze, że „sposób, w jaki badacz zbiera dane, wpływa na to, jakie zjawiska zobaczy, jak, gdzie i kiedy je dostrzeże i jakie wnioski z nich wyciągnie” (2009: 25). W celu zachowania uczciwości badawczej należy poinformować czytelnika, że badaczka jest osobą identyfikującą się jako osoba chorująca na stwardnienie rozsiane. Ma to wpływ na kontekst pozyskiwania danych, dostępny zasób wiedzy staje się perspektywą analizy (autoetnografia) i warunkuje obszary zainteresowań badawczych, a zatem wpływa na to, co nawet spontanicznie staje się przedmiotem badań.

KLUCZOWE POJĘCIA

Świat VUCA

Jednym z kluczowym pojęć w prowadzonej analizie jest VUCA – akronim użyty po raz pierwszy już w 1987 r. w United States Army War College. Odnosił się do środowiska operacyjnego, w którym sytuacja zmienia się w sposób nieprzewidywalny, zmiany dokonują się szybko, dostęp do kluczowych informacji jest ograniczony, a sama sytuacja jest złożona (Camp 2020). Środowisko VUCA charakteryzuje się zatem zmiennością (*Volatility*), niepewnością (*Uncertainty*), złożonością (*Complexity*) i wieloznacznością (*Ambiguity*) (Camp 2020). Określenie to znalazło zastosowanie między innymi w świecie biznesu, naukach o zarządzaniu, w tym zarządzaniu zasobami ludzkimi, teorii organizacji i etyce biznesu (Millar i in. 2018; Jastrzębska 2020; Aimar, Smith 2021).

Perspektywa VUCA oznacza spojrzenie na świat jako na rzeczywistość podlegającą nieustannej zmianie, przeobrażeniom. Zmiany te często mają niejasny charakter i przebiegają chaotycznie. Plany szybko się dezaktualizują, podobnie jak wiedza. W takich warunkach wymagane jest, aby procesami zmian zarządzali wysoko wykwalifikowani specjaliści posiadający nieodzowną wiedzę i umiejętności, takie jak zwinne myślenie (ang. *angile mindset*), zdolność budowania relacji międzyludzkich, a także zarządzania niepewnością i różnorodnością w sytuacji ograniczonego dostępu do danych. „Takie warunki wymuszają eksperymentowanie oparte na koncytowaniu, testowaniu i rewidowaniu hipotez” (Musioł 2018: 378).

W obliczu działania w niepewnej i złożonej rzeczywistości można dokonać wyboru różnych strategii funkcjonowania. Jak piszą

Ron Meyer i Ronald Meijers (2017), jedną z nich jest podążanie za zmianami, dostosowanie się do otaczającej rzeczywistości. Druga strategia polega na działaniu wbrew zasadom, ich łamaniu, co przynosi czasową korzyść w postaci przewagi strategicznej. Postawa taka oparta jest na przekonaniu bliskim założeniom interakcjonizmu symbolicznego, że rzeczywistość kreowana jest przez jej uczestników i to oni mogą poddawać negocjacjom i zmianom jej elementy. Zamiast być biernymi odbiorcami zastanych symboli, znaczeń, strategii działania, możemy być ich aktywnymi twórcami.

Pandemia COVID-19

Akronim VUCA zyskał na popularności i użyteczności również w czasie pandemii COVID-19. Pierwsze wzmianki o nowej odmianie wirusa SARS-CoV-2 w Chinach pojawiły się w polskich mediach w grudniu 2019 r. Sytuacja została określona jako „pandemiczna” 11 marca 2020 r., kiedy taki komunikat wydała Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization*; zob. Ochocka, Trojanowska 2021). Pierwsze przypadki tej nowej mutacji koronawirusa pojawiły się w chińskim mieście Wuhan, skąd choroba rozprzestrzeniła się najpierw na cały kraj, później kontynent, a następnie świat (Dolot 2020). Historia świata pokazuje, że w przeszłości dochodziło do pojawiania się wielu chorób zakaźnych (Dymecka 2021), które nie doprowadzały jednak do sytuacji globalnej pandemii. W przypadku wirusa SARS-CoV-2 doszło do szybkiego rozprzestrzenienia wirusa, a przyczyny tego zjawiska należy upatrywać w globalizacji, globalnej mobilności i szybkości przemieszczania się ludzi (Heitzman 2020).

Wirus szybko się rozprzestrzenił, a z powodu braku leku lub skutecznej szczepionki śmiertelność w ciężkich przypadkach była wysoka. Wirus stanowił zagrożenie dla zdrowia fizycznego oraz psychicznego społeczeństwa, powodując wiele problemów emocjonalnych (Ornell i in. 2020). Pandemia przestała być wyłącznie pojęciem medycznym, ale także stała się procesem tworzenia się nowej sytuacji społecznej: zmiennej, niepewnej, niejednoznacznej. Jak pisze Anna Dolot, wszystkie te „przymiotniki zostały spotęgowane i przerosły wyobrażenia o tym, co można określić mianem otoczenia VUCA” (2020: 37). W tej sytuacji wzmożone zostało poczucie niepewności dotyczące przyszłości (Afrouz 2021). Świat VUCA wkroczył do codzienności wielu jednostek. Proces przystosowywania się do nowej rzeczywistości w momencie pisania tego tekstu nie został zakończony (tekst powstał w roku 2021).

Rozważając tę kwestię, zastanawiałam się, czy są grupy społeczne, które w takiej rzeczywistości funkcjonowały wcześniej, przed wybuchem pandemii COVID-19? Oprócz opisanych w literaturze środowisk biznesowych i organizacyjnych, można podać również przykład osób żyjących z przewlekłymi nieuleczalnymi chorobami, których etiologia nie jest znana, a przebieg samej choroby trudny do przewidzenia. Dla nich dostęp do informacji jest ograniczony, otaczający świat okazuje się złożony i nieprzewidywalny. Przykładem takiej choroby jest stwardnienie rozsiane.

Stwardnienie rozsiane

Zygmunt Bauman (2006) w swoich rozważaniach o naturze świata często posługiwał się metaforami, które trafnie określały ramy badanych przez niego zjawisk. Jedną z takich metafor jest szwedzki stół jako symbol współczesnego świata, który stawia człowieka w sytuacji wyboru z nadmiaru możliwości (Rybicka 2007). Zastanówmy się chwilę nad tym, jak można by rozwinąć tę metaforę, stawiając przed szwedzkim stołem suto zastawionym możliwościami osobę z niepełnosprawnością. Jednostce towarzyszy uczucie frustracji, niepewności, co może zrobić lub co jest w stanie osiągnąć. Ograniczenie może stanowić funkcjonalność ciała, społeczne normy, instytucjonalne i prawne regulacje, oczekiwania otoczenia, reżim medyczny i wiele innych czynników.

Wyobraźmy sobie teraz, że człowiek ten każdego dnia staje przed szwedzkim stołem, który zgodnie z metaforą zmienności, płynności, nieprzewidywalności współczesnego świata, zastawiony jest codziennie innymi możliwościami. Dodatkowo osoba ta codziennie doświadcza innych dolegliwości swojego ciała lub innych warunków społecznych wynikających z tych doświadczeń.

Tak rozbudowana metafora w moim przekonaniu dobrze obrazuje sytuację osób chorujących na stwardnienie rozsiane. Jest to przewlekła choroba demielizacyjna ośrodkowego układu nerwowego o podłożu immunologicznym i nieznannej etiologii (Broła i in. 2015; Kamińska i in. 2017). Wyróżnia się kilka postaci stwardnienia rozsianego: rzutowo-remisyjne stwardnienie rozsiane (*relapsing-remitting multiple sclerosis*, RRMS), wtórnie postępujące MS (*secondary progressive multiple sclerosis*, SPSM), pierwotnie postępujące MS (*primary progressive multiple sclerosis*, PPMS) oraz postępująco-nawracające MS (*progressive-relapsing*

multiple sclerosis, RPMS). Przebieg choroby jest trudny do przewidzenia i zależy od wielu czynników: środowiskowych, społecznych, indywidualnych, takich jak choroby współistniejące, dostęp do diagnostyki, leczenia i innych. Obecnie stwardnienie rozsiane uznaje się za chorobę, której przebieg można modyfikować działaniami medycznymi (terapię lekową) i pozamedycznymi (np. dieta, joga), nie jest to jednak choroba uleczalna (Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego 2006).

Objawy stwardnienia rozsianego mogą być różne i są zależne od lokalizacji zmian demielizacyjnych w mózgu lub rdzeniu kręgowym. Do najczęstszych należą: niedowłady kończyn, zaburzenia czucia, widzenia, koordynacji i zaburzenia kontroli zwieraczy (Selmaj 2005). „Naturalny przebieg SM obejmuje szerokie spektrum tempa rozwoju deficytu neurologicznego” (Selmaj 2005: 99), co oznacza, że osoba ze zdiagnozowaną chorobą będzie funkcjonowała w sytuacji braku dostępu do pełnej informacji na temat swojej przyszłości, w sytuacji niepewności i potencjalnej gwałtownej zmienności. Gwałtowna zmienność dotyczy sytuacji pojawienia się rzutu choroby, który może czasowo lub permanentnie zmienić sposób funkcjonowania danej osoby. U niektórych przebieg choroby jest bardzo powolny, u innych osób gwałtowny (Selmaj 2005).

Nielinearny i nieschematyczny przebieg choroby utrudnia społeczne funkcjonowanie osób z nią żyjących. W badaniach odnotowuje się wpływ SM między innymi na takie aspekty funkcjonowania jednostki, jak: zdrowie psychiczne, życie seksualne, praca, rodzina, grupy koleżeńskie (McCabe 1996; Lew-Starowicz 2011; Dom Badawczy Maison 2012, 2013).

Analizując dane dotyczące funkcjonowania osób ze stwardnieniem rozsianym, można powiedzieć, że występują w tym przypadku podstawowe elementy świata VUCA: sytuacja życiowa charakteryzuje się zmiennością, niepewnością i złożonością. Podobnie jak w przypadku pojawienia się pandemii COVID-19, zmiana sytuacji życiowej jest nieoczekiwana, gwałtowna, a jej dalszy przebieg trudny do określenia. Jednostki funkcjonują w sytuacji braku dostępu do wiedzy, która umożliwiłaby uzyskanie wpływu na przebieg zdarzeń. W przypadku SM brakuje wiedzy o przyczynie choroby, podobnie było na początku pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 (Dymecka 2021).

ANALIZA

Etyka w świecie VUCA

Zasady etyki są istotnym elementem wpływającym na sposób funkcjonowania jednostek, dlatego zanim przejdę do analizy pozytywnych i negatywnych skutków funkcjonowania w świecie VUCA, chcę przywołać rządzące nim reguły etyczne.

Sytuacja niepewności i nieustannej zmienności wymaga od jednostek i społeczeństwa pogłębionej analizy wartości, którymi należy się kierować. Przy ograniczonym dostępie do informacji i ograniczonych zasobach, aksjologiczna perspektywa staje się znaczącą przy podejmowaniu decyzji. Wartości, którymi jednostki się kierują, stają się drogowskazem działań.

Vernon Bourke (1994) pisał, że na aksjologiczną perspektywę wpływa globalizacja równocześnie oddziałująca na procesy polityczne, społeczne, ekonomiczne czy kulturowe. Globalizacja z pewnością wzmacnia aksjologię konsumpcjonizmu sprzyjającą marginalizowaniu tych jednostek, które nie funkcjonują w sposób wysoce efektywny lub kompatybilny ze strukturą i regułami działania otaczającego ich świata. Jak zostało wspomniane wcześniej, globalizacja jest również jednym z czynników potęgujących pandemię COVID-19, również wpływającą na zmianę perspektywy aksjologicznej.

Zarówno w przypadku pandemii COVID-19, jak i w sytuacji osób chorujących na stwardnienie rozsiane dochodzi do podobnych dylematów natury etycznej. Przy ograniczonych zasobach ludzkich i materialnych, dokonywane są decyzje o tym, komu zostaną przyznane świadczenia medyczne. Dylemat sprawiedliwego podziału świadczeń pojawił się między innymi w przypadku dostępu do szczepionek przeciwko wirusowi COVID-19 w pierwszej fazie dystrybucji preparatów. Limitowana ich ilość sprawiła, że trzeba było dokonać wyboru, kto otrzyma szczepionkę jako pierwszy (Kowalska 2021).

W sytuacji osób żyjących ze stwardnieniem rozsianym dochodzi do reglamentacji dóbr, jakimi są leki. O ich otrzymaniu lub nie decyduje lekarz na podstawie wytycznych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), wywiadu indywidualnego i oceny stanu zdrowia pacjenta. Niektóre z kryteriów budzą niepokój środowiska chorych i lekarzy, bowiem by otrzymać leki wykazujące wyższą skuteczność, trzeba wykazać pogorszenie stanu zdrowia. Logika została

tutaj odwrócona – im więcej rzutów, tym więcej punktów i większa szansa na otrzymanie leczenia o wysokiej skuteczności (Bartosik-Psujek i in. 2014).

Sytuacja zachorowania na stwardnienie rozsiane lub COVID-19 to sytuacje pojawiające się nagle, niespodziewane. Przystosowanie się do niej wymaga od jednostki elastyczności i gotowości do podjęcia działań innych niż rutynowe. Ta otwartość na zmiany sprzyja adaptacji.

Pozytywne aspekty pojawiania się świata VUCA

Sytuacja niepewności i złożoności towarzysząca światu VUCA nie musi być zawsze postrzegana negatywnie. Temu zagadnieniu chcę poświęcić kolejną część tekstu. Jak pisze Jan Fook (2013: 30) „»podatność« na niepewność może być traktowana pozytywnie poprzez otwartość na kreatywność”. Należy w tym miejscu zastanowić się, czym ta kreatywność miałaby być.

Kreatywność może być potraktowana jako wspomniana otwartość na zmiany. Okres przemian, globalizacja, niepewność, a nawet chaos, o którym pisze między innymi Zygmunt Bauman (2000), może stać się szansą dla grup mniejszościowych. Przykład takiej grupy mogą być osoby z niepełnosprawnościami, w tym osoby żyjące z SM.

Sytuacja pandemii COVID-19 nie przyniosła jednak dotychczas znaczącej zmiany w definiowaniu znaczenia tego zjawiska (Ochocka, Trojanowska 2021), czego dowodem może być tekst spotu przygotowanego przez członków Teatru 21. Na nagrany przez nich filmie jeden z aktorów mówi, że „kiedy skończy się lockdown, nasi aktorzy nadal nie będą mogli uzyskać prawa jazdy, założyć konta w banku ani wziąć ślubu”. To znaczy, że utrzymane zostanie dotychczasowe znaczenie niepełnosprawności. Nie zmienia to jednak faktu, że dzięki globalizacji i łatwemu dostępowi do treści i wartości różnych kultur, zmiana ta może zostać dokonana. Sytuacja pandemii COVID-19 sprawiła, że o niepełnosprawności mówi się więcej. Przekazy jej dotyczące wymagają jednak społecznej refleksji.

Pozytywne konsekwencje pojawienia się świata VUCA mogą mieć również wymiar indywidualny. Podobnie jak na poziomie makro, tak na poziomie mikro może dojść do pogłębionej refleksji nad sytuacją jednostek. Pozytywna adaptacja do nowych warunków po pojawieniu się nieuleczalnej choroby czy pandemii może przynieść poprawę w relacjach z otoczeniem czy zmianę

życiowych priorytetów (Ogińska-Bulik 2012). Doświadczenia traumy, niepokoju, strachu dla niektórych jednostek stają się okazją do przeanalizowania swojej sytuacji życiowej i podjęcia próby zmiany jej warunków. Zmiana podyktowana zewnętrznymi czynnikami może zostać potraktowana jako szansa. Różne składowe sytuacji życiowej zostają naruszone, co daje szanse na poukładanie ich w nowy sposób.

Potencjalna transformacja negatywnego doświadczenia i straty we wzrost (ang. *growth*) i pozytywne wartości może również skłaniać do podejmowania nierutynowych działań w kierunku poprawy stanu zdrowia, sprzyja też wzrostowi odporności psychicznej (Ołdakowska-Jedynak i in. 2021). Wzrost pozwala efektywniej odpowiadać na stresory wewnętrzne i zewnętrzne, które pojawiają się w życiu jednostki, jednocześnie ograniczając negatywne skutki ich obecności (Block, Kremen 1996). Niektórzy naukowcy mówią o koncepcie wzrostu jako nie tylko procesu, ale również pewnej właściwości charakterystycznej dla jednostki, która potrafi adaptować się do zmiennych i nieprzewidywalnych warunków otoczenia. Owo dostosowanie może odbywać się na kilku poziomach: emocjonalnym, behawioralnym i kognitywnym (Heszen-Niejodek 2002).

Zmiana sytuacji życiowej może sprzyjać również zdobywaniu zdolności adaptacyjnych w relacji z otoczeniem. Permanentnie zmieniająca się rzeczywistość wymusza nieustanne dostosowywanie się do niej (Heszen-Niejodek 2002). Jednostka, która posiada zdolność przystosowywania się, ma szanse dzięki negatywnym doświadczeniom zyskać nowe umiejętności, które być może okażą się istotne w otaczającym ją świecie.

Należy pamiętać, że wzrost psychiczny czy nabycie zdolności adaptacyjnych to jedynie pewna możliwość doświadczania negatywnych sytuacji i nie każda jednostka jest w stanie przetransferować ból czy cierpienie w coś pozytywnego. Nie należy też tego oczekiwać czy wymagać. Zdolności te zależne są od indywidualnych cech jednostki, sytuacji społecznej, rodzinnej i wielu innych czynników.

Czasami charakter konsekwencji funkcjonowania w świecie VUCA zależy od przebiegu procesu adaptacyjnego, reorganizacji systemu, w ramach którego udzielane jest wsparcie osobom doświadczającym zmiany. W przypadku pandemii COVID-19 dostosowania i uzyskania kompatybilności wymagał między innymi system opieki zdrowotnej, system wsparcia społecznego (Mańkowska 2020). Na początku system musiał zostać dostosowany do sytuacji

pojawiania się nowego wirusa, później do sytuacji wzrostu liczby zachorowań, w dalszej kolejności do szybkiego przyrostu liczby pacjentów hospitalizowanych. Kolejna zmiana dotyczyła opracowania szczepionki przeciwko SARS-CoV-2, której pojawienie się miało wpływ na działanie systemu opieki zdrowotnej, organizację pracy, nauki, edukacji społecznej czy działanie samego społeczeństwa (Żerdziński 2021).

Podobna sytuacja zachodzi w przypadku świata osób chorych na stwardnienie rozsiane. Osoby funkcjonujące w nim mają ograniczoną wiedzę na temat otoczenia, w którym funkcjonują. Pojawiają się nowe leki i nowe dane dotyczące potencjalnej patogenezы choroby. Otoczenie musi płynnie dostosowywać się do tej sytuacji, stwarzając dla osób chorych możliwość podjęcia leczenia lub zdobycia wiedzy na temat choroby. Konieczność adaptowania się dotyczy zatem systemu opieki zdrowotnej, organizacji pozarządowych, samej osoby chorej i jej otoczenia. Jeżeli ten proces przebiegnie w sposób zorganizowany, przy odpowiednich zasobach i wiedzy na temat potrzeb członków społeczeństwa, może przynieść krótko- lub długofalowe pozytywne konsekwencje. Jeżeli natomiast proces ten przeprowadzany będzie w warunkach chaosu, braku dostępu do odpowiednich informacji i środków realizacji działań adaptacyjnych, może nieść za sobą negatywne skutki.

Negatywne skutki funkcjonowania w świecie VUCA

Wyniki badań realizowanych przez Aarona Antonovsky'ego wskazują, że istotnym czynnikiem determinującym zdolności adaptacyjne jednostki jest poczucie koherencji, na które składają się trzy podstawowe składniki: poczucie zrozumiałości (świat identyfikowany jest jako zrozumiały i przewidywalny, dostępne informacje spójne i jasne), sterowalność (poczucie posiadania zasobów niezbędnych do realizowania niezbędnych działań, poczucie wpływu) i poczucie sensowności (podejmowane działania są pozytywnie motywowane i warte podjęcia wysiłku w celu ich realizacji; zob. Mroziak 1996; Jawor i in. 2002). Jak zostało wskazane wcześniej, zarówno pandemia COVID-19, jak i stwardnienie rozsiane, to sytuacje utrudniające postrzeganie świata jako zrozumiałego i przewidywalnego. Zmienia się również dostęp do niezbędnej wiedzy i jej charakter. Staje się trudna do zweryfikowania pod względem przydatności i prawdziwości przekazywanych informacji. To wszystko może wpływać na poczucie sensowności. Poczucie koherencji,

które jest względnie trwałą dyspozycją jednostki, może warunkować negatywny lub pozytywny charakter skutków pojawienia się świata VUCA. W tej części tekstu chciałabym skupić się na negatywnych konsekwencjach tego procesu.

Jedną z nich może być utrata lub ograniczenie kontaktów społecznych. W przypadku pandemii COVID-19 utrata mogła mieć charakter czasowy (kwarantanna, choroba) lub permanentny (obawa przed kontaktami społecznymi). Ta druga wynika ze strachu przed zakażeniem, co prowadzi do zaniechania kontaktów społecznych lub ograniczenia ich częstotliwości (Polizzi i in. 2020). To z kolei negatywnie wpływa na istniejące sieci wsparcia, które w tym czasie mogą pełnić istotną rolę w adaptacji do nowych warunków funkcjonowania (Brooks i in. 2020). Osoby chorujące na stwardnienie rozsiane również mogą doświadczać tego rodzaju wykluczenia ze względu na ograniczenie aktywności fizycznej i społecznej (na przykład w czasie rzutu choroby) lub dyskryminację społeczną. Ograniczenie lub zaniechanie kontaktów społecznych może prowadzić do samotności, która ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne jednostki. W związku z izolacją społeczną jednostka może odczuwać również nudę i frustrację, rozdrażnienie (Vahedian-Azimi i in. 2020). Chęć odseparowania się od innych członków społeczeństwa może także nie sprzyjać zachowaniu ciągłości aktywności zawodowej, a co za tym idzie, istnieje możliwość utraty dochodów (Dymecka 2021).

Wraz z wystąpieniem sytuacji zagrożenia zdrowia jednostki, mogą się pojawić społeczne i indywidualne oczekiwania poddania się określonym procedurom medycznym w celu zadbania o zdrowie własne i dobrostan całego społeczeństwa (Heitzman 2020). W przypadku SM ta ostatnia sytuacja nie występuje, bowiem SM nie jest chorobą zakaźną jak COVID-19, niemniej osoby jej doświadczające poddawane są presji wdrożenia reżimu zdrowia.

Z kolei jednostki podejmujące próbę skorzystania z usług publicznej służby zdrowia mogą napotkać na problem braku dostępu do pewnych usług lub wydłużonego czasu oczekiwania na ich realizację. Jak pisze Magdalena Mrożek-Gąsiorowska: „Wystąpienie pandemii COVID-19 wpłynęło na wszystkie sektory i gałęzie działalności gospodarczej. Jednym z sektorów, który najbardziej odczuł skutki pandemii, jest system opieki zdrowotnej” (2020: 165). W ramach tego systemu zawieszono zostały między innymi usługi rehabilitacyjne. Oznaczało to całkowity brak dostępu do usług masażu zarówno w publicznych, jak i prywatnej służbie zdrowia przez kilka miesięcy (Mrożek-Gąsiorowska 2020). Ta sytuacja nasiliła wśród osób korzystających z tego typu usług poczucie niepewności,

niepokoju i frustracji, bowiem przerwanie rehabilitacji mogło skutkować pogorszeniem stanu zdrowia, między innymi u chorych na stwardnienie rozsiane.

Sytuacja ta obrazuje dylemat, w jakim nie raz znajduje się człowiek w świecie VUCA – niepewność, niejednoznaczność i brak dostępu do pełnej wiedzy sprzyjają podejmowaniu działań, których skutki są pozytywne w jednym obszarze, negatywne w drugim. Czas reakcji w takiej sytuacji musi być proporcjonalny do zagrożenia, jakie niesie ze sobą bierność. Takie decyzje musieli podejmować między inni członkowie polskiego rządu. Decydując o ograniczeniach w dostępie do usług rehabilitacyjnych i masaży, działali z zamiarem powstrzymania procesu rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2, jednocześnie narażając obywateli na negatywne konsekwencje pogorszenia stanu zdrowia.

Adaptację do nowych warunków utrudnia ograniczony dostęp do wiedzy, a stan ten wywołuje strach. W przypadku SM niewypełnioną luką pozostaje wiedza na temat przyczyny choroby i w konsekwencji możliwości leczenia. Dostępne preparaty jedynie spowalniają postęp choroby (Selmaj 2005). W internecie pojawia się wiele informacji niesprawdzonych, niezgodnych z wiedzą naukową. Podobna sytuacja zachodziła w przypadku wirusa SARS-CoV-2. W mediach i przestrzeni internetowej odnaleźć można wiele sprzecznych komunikatów. To sprzyja poczuciu niepewności, które wywołuje z kolei napięcie emocjonalne. Może to mieć negatywne skutki dla zdrowia psychicznego i fizycznego, a także wpływać na obniżenie odporności organizmu (Dymecka 2021).

Poza strachem, u osób chorych na stwardnienie rozsiane i doświadczających pandemii COVID-19 może pojawić się również lęk. Strach i lęk to pojęcia, które, wydawać by się mogło, mają zbliżone znaczenie, a jednak istotne jest ich rozróżnienie (Sławek-Czochra, Gruchoła 2020). „Strach pojawia się w obliczu realnego zagrożenia, natomiast lęk ma często charakter irracjonalny, wynika z wyobrażonego niebezpieczeństwa lub przewidywanego zagrożenia” (Dymecka 2021: 4).

U osób chorujących na stwardnienie rozsiane strach wywołany jest przez świadomość pogorszenia się stanu zdrowia, ograniczania funkcjonalności organizmu lub zmiany własnej sytuacji społecznej, ekonomicznej. Lęk może pojawić się w obliczu próby antycypowania przyszłości, która jest nieprzewidywalna. To uczucie może towarzyszyć zarówno osobom, które już doświadczają negatywnych skutków choroby, jak i tym, które nie doświadczają żadnych, ale wiedzą, że taka możliwość istnieje.

U osób doświadczających pandemii COVID-19 lęk związany jest z obawą o sytuację jednostki i jej bliskiego otoczenia. Brak wiedzy na temat choroby, brak skutecznych form leczenia, oczekiwanie na pojawienie się szczepionki, mogły wywoływać uzasadniony lęk. Do potęgowania tych odczuć przyczyniały się również masowe media, w których temat pandemii pojawiał się często (Ochocka, Trojanowska 2021).

Chroniczny lęk i strach mogą przyczynić się do pojawienia się zaburzeń psychicznych (Garcia 2017), depresji lub stanów depresyjnych (Gambin i in. 2020). Konsekwencją tego mogły być również niekorzystne dla jednostki działania kompensacyjne (Fardin 2020). U osób przewlekle chorych dodatkowy czynnik stresogenny, na przykład pandemia, może pogłębić już wcześniej ujawniające się zaburzenia psychiczne (Dymecka 2021).

Czynników wywołujących stres wśród osób doświadczających pandemii COVID-19 lub stwardnienia rozsianego może być wiele. Wymieniona została już nuda i frustracja, izolacja, utrata źródła dochodów, brak możliwości wykonywania pracy, a także zaburzenie rutyny dziennej i długofalowej, obawa o brak dostępu do podstawowych produktów spożywczych i artykułów gospodarstwa domowego (Dymecka 2021). Utrzymujące się napięcie stresowe także może być czynnikiem prowadzącym do negatywnych konsekwencji, takich jak nadużywanie środków psychoaktywnych, zaburzenia psychiczne, pojawienie się chorób psychosomatycznych (Mroziak 1996).

PODSUMOWANIE

Powyższa analiza porównawcza wskazuje na punkty styczne między światem osób doświadczających stwardnienia rozsianego, a światem osób dotkniętych pandemią COVID-19. To, co wspólne, dotyczy zarówno pozytywnych, jak i negatywnych konsekwencji obu zjawisk. Dowodzi to pewnej uniwersalności koncepcji świata VUCA, która to koncepcja dotąd z powodzeniem wykorzystywana była przy analizie środowiska operacyjnego, później zakorzeniła się silnie w badaniach o zarządzaniu i biznesie.

Skoro pewne grupy społeczne funkcjonowały już wcześniej w świecie VUCA, strategie przeciwdziałania negatywnym skutkom pandemii mogły zostać wypracowane i wdrożone na podstawie ich doświadczeń. Nie piszę tutaj o próbie implikowania gotowych

schematów działania, ale dostrzeżeniu pewnej paralelności i próbie inspirowania się rozwiązaniami, z uwzględnieniem konkretnych kontekstów ich wdrażania.

Gotowością do pozyskania i wykorzystania tej wiedzy mogłyby się wykazać zarówno jednostki, jak i instytucje, na przykład publiczny system opieki zdrowotnej. Dziś system potrafi potęgować negatywne skutki zmienności i nieprzewidywalności otaczającego świata, czego przykładem była sytuacja braku dostępu do usług rehabilitacyjnych. Umiejętność elastycznego dopasowywania się do potrzeb jednostek byłaby zatem cenna.

BIBLIOGRAFIA

- Afrouz R. (2021). *Approaching uncertainty in social work education, a lesson from COVID-19 pandemic*, "Qualitative Social Work", Vol. 20(1–2), s. 561–567.
- Aimar C., Smith D.K. (2021). *VUCA: A management tool for dealing with challenges in changing environments*, "Global Journal of Entrepreneurship", Vol. 5(1), s. 140–153.
- Bartosik-Psujek H., Członkowska A., Drozdowski W., Kozubski W. i in. (2014). *Propozycje modyfikacji programów lekowych dotyczących stwardnienia rozsianego. Stanowisko Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Neurologicznego*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, nr 10(2), s. 71–82.
- Bauman Z. (2000). *Globalizacja. I co z tego dla ludzi wynika*, Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Bauman Z. (2006). *Płynna nowoczesność*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Block J., Kremen A.M. (1996). *IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness*, "Journal of Personality and Social Psychology", Vol. 70(2), s. 349–361.
- Blumer H. (2007). *Interakcjonizm symboliczny. Perspektywa i metoda*, Kraków: Wydawnictwo NOMOS.
- Bourke V.J. (1994). *Historia etyki*, Warszawa: Wydawnictwo Krupski i S-ka.
- Brittain A. (1973). *Meanings and Situations*, London: Routledge and Kegan Paul.
- Brola W., Fudala M. (2010). *Problem zmęczenia w stwardnieniu rozsianym*, „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego”, nr 2, s. 237–243.

- Brola W., Fudala M. (2011). *Aktualne poglądy na patogenezę i leczenie zespołu zmęczenia w stwardnieniu rozsianym*, „Aktualności Neurologiczne”, nr 11(1), s. 23–28.
- Brola W., Fudala M., Flaga S., Ryglewicz D., Potemkowski A. (2015). *Polski rejestr chorych na stwardnienie rozsiane – stan obecny, perspektywy i problemy*, „Aktualności Neurologiczne”, nr 15(2), s. 68–73.
- Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E. i in. (2020). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence*, “Lancet”, Vol. 395, s. 912–920.
- Camp R.D. (2020). *Leadership in the COVID-19 environment: Coping with uncertainty to support PSP mental health*, “Journal of Community Safety and Well-Being”, Vol. 5(2), s. 37–38.
- Charmaz K. (2017). *Teoria ugruntowana. Praktyczny przewodnik po analizie jakościowej*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Dolot A. (2020). *Wpływ pandemii COVID-19 na pracę zdalną – perspektywa pracownika*, „e-mentor”, nr 1(83), s. 35–43.
- Dom Badawczy Maison (2012). *Świat chorych na stwardnienie rozsiane – z dwóch perspektyw*, Warszawa.
- Dom Badawczy Maison (2013). *Świat chorych na SM – z dwóch perspektyw. Raport z badania jakościowo ilościowego*, Warszawa.
- Dymecka J. (2021). *Psychospołeczne skutki pandemii COVID-19*, „Neuropsychiatria i Neuropsychologia”, nr 16, s. 1–10.
- Fardin M. (2020). *COVID-19 and anxiety: A review of psychological impacts of infectious disease outbreaks*, “Archives of Clinical Infectious Diseases”, 15(Covid-19):e102779, <https://doi.org/10.5812/archcid.102779>
- Fook J. (2013). *Uncertainty the defining characteristic of social work?*, [w:] V.E. Cree (ed.), *Social Work: A Reader*, London: Routledge, s. 29–34.
- Gałązka-Sobotka M. (red.) (2021). *Ścieżka pacjenta w postacią rzutowo-remisyjną stwardnienia rozsianego w placówkach publicznej opieki zdrowotnej w Polsce. Kierunki optymalizacji*, Warszawa: Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia.
- Gambin M., Sękowski M., Woźniak-Prus M. i in. (2020). *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii Covid-19. Raport z pierwszej fali badania podłużnego*, Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- Garcia R. (2017). *Neurobiology of fear and specific phobias. Learning and memory*, “Cold Spring Harbor”, Vol. 24, s. 462–471.
- Giddens A. (1976). *New Rules of Sociological Method: A Positive Critique of Interpretative Sociologies*, London: Hutchinson.
- Glaser B., Strauss A. (1969). *Social order and the analysis of interaction*, [w:] A.R. Lindesmith, A.L. Strauss (eds), *Readings in Social Psychology*, New York: Holt, Rinehart and Windston.

- Goffman E. (2005). *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hałas E. (2012). *Interakcjonizm symboliczny*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heitzman J. (2020). *Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne*, „Psychiatria Polska”, nr 54(2), s. 187–198.
- Heszen-Niejędek I. (red.) (2002). *Teoretyczne i kliniczne problemy radzenia sobie ze stresem*, Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Jastrzębska E. (2020). *Wartości organizacyjne wybranych firm w Polsce*, „Studia Ecologiae et Bioethicae”, t. 18, nr 2, s. 43–55.
- Jawor M., Szproch A., Dimter A., Kuleta M., Dudek D. (2002). *Poczucie koherencji, style radzenia sobie a adaptacja po zabiegu histerektomii*, „Psychiatria Polska”, t. 36, nr 5, s. 759–770.
- Kamińska J., Koper O., Piechal K., Kemonia H. (2017). *Stwardnienie rozsiane – etiopatogeneza i możliwości diagnostyczne*, „Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej”, nr 71, s. 551–563.
- Kowalska M. (2021). *Policzalność i niepoliczalność sprawiedliwości dystrybucyjnej w kontekście medycznym i pandemicznym*, „Analiza i Egzystencja”, nr 53, s. 89–111.
- Lew-Starowicz Z. (2011). *Badanie z zakresu zdrowia seksualnego i ogólne go samopoczucia – report in EME 2010*, „Przegląd Seksuologiczny”, t. 7, nr 4, s. 4–8.
- Mańkowska B. (2020). *Pomoc społeczna w czasie pandemii COVID-19 – pierwsze komentarze z frontu praktyk*, „Praca Socjalna”, nr 35(2), s. 72–83.
- McCabe M.P. (1996). *The impact of multiple sclerosis on sexuality and relationship*, „The Journal of Sex Research”, Vol. 33, s. 241–256.
- Meyer R., Meijers R. (2017). *Leadership Agility: Developing Your Repertoire of Leadership Styles*, London: Routledge.
- Millar C., Growth O., Mahon J.F. (2018). *Management innovation in a VUCA world: Challenges and recommendations*, „California Management Review”, Vol. 61(1), s. 5–14.
- Mroziak B. (1996). *Poczucie koherencji (SOC) a zdrowie psychiczne i picie alkoholu przez młodzież. Założenia, problematyka i zakres badań*, „Alkoholizm i Narkomania”, nr 1(22), s. 27–34.
- Mrożek-Gąsiorowska M.A. (2020). *Świadczenia rehabilitacji medycznej w Polsce w czasie pandemii COVID-19. Zagadnienia regulacyjne i organizacyjne*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 18 (2), s. 165–175.
- Musioł A. (2018). *Kształtowanie tożsamości jednostki wobec rzeczywistości VUCA i ryzyka zjawisk teorii czarnego łabędzia*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Seria Organizacji i Zarządzanie”, nr 131, s. 371–382.

- Ochocka J., Trojanowska M. (2021). *Wpływ sytuacji kryzysowej na wizerunek osób z niepełnosprawnością – na przykładzie pandemii COVID-19*, [w:] I. Świątek-Barylska (red.), *Jednostka i jej otoczenie w obliczu pandemii COVID-19 – ujęcie interdyscyplinarne*, Łódź: Wydawnictwo SIZ, s. 105–122.
- Ogińska-Bulik N. (2012). *Prężność jako właściwość osobowości sprzyjająca zdrowiu*, [w:] H. Wrona-Polańska (red.), *Psychologia zdrowia w służbie człowieka*, Kraków: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Pedagogicznego, s. 196–205.
- Olśakowska-Jedynak U., Ryś M., Sztajerwald T., Malyszko J. (2021). *The importance of mental resilience against loneliness during the COVID-19 pandemic in dialysis patients*, „Wiadomości Lekarskie”, vol. 74, nr 7, s. 1758–1762.
- Ornell F., Schuch J.B., Sordi A.O., Kessler F. (2020). „Pandemic fear” and COVID-19: *Mental health burden and strategies*, „Brazilian Journal of Psychiatry”, Vol. 42, s. 232–235.
- Polizzi C., Lynn S.J., Perry A. (2020). *Stress and coping in the time of COVID-19: Pathways to resilience and recovery*, „Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation”, Vol. 17, s. 59–62.
- Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego (2006). *SM i najważniejsze fakty*, Warszawa.
- Raport szczepień przeciwko COVID-19, <https://www.gov.pl/web/szczepimysie/raport-szczepien-przeciwko-covid-19> (dostęp: 28.09.2021).
- Reisch M. (2013). *What is the future of social work?*, „Critical and Radical Social Work”, Vol. 1(1), s. 67–85.
- Rybicka E. (2007). *Czym jest pisanie dla socjologa?: wokół „Płynnej nowoczesności” Zygmunta Baumana*, „Wielogłos”, nr 1(1), s. 158–161.
- Selmaj K. (2005). *Stwardnienie rozsiane – kryteria diagnostyczne i naturalny przebieg choroby*, „Polski Przegląd Neurologiczny”, nr 1(3), s. 99–105.
- Sławek-Czochra M., Gruchola M. (2021). „The culture of fear” of inhabitants of EU countries in their reaction to the COVID-19 pandemic – *A study based on the reports of the Eurobarometer*, „Safety Science”, Vol. 135, s. 1–9.
- Vahedian-Azimi A., Moayed M.S., Rahimibashar F. i in. (2020). *Comparison of the severity of psychological distress among four groups of an Iranian population regarding COVID-19 pandemic*, „BMC Psychiatry”, Vol. 20, s. 402.
- Żerdziński M. (2021). *Problem antyszczepionkowy względem COVID-19: próba analizy postaw w kontekście postępowania*, „Psychiatria”, <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/85894> (dostęp: 15.09.2021).

Abstract

The purpose of the paper is to provide a comparative analysis of two examples of the VUCA world. The first is the world of people living with multiple sclerosis (MS), a chronic disease of the immune system. The second is the world of individuals experiencing the COVID-19 pandemic. The analysis revealed the positive and negative consequences of operating in a world characterized by volatility, uncertainty, complexity, and ambiguity. Benefits include psychological growth, the ability to negotiate, reconstruct and reflect on socially established meanings. Negative aspects include isolation, depressive disorders and depression, anxiety and fear, abandonment of work activities, or lack of access to a source of income. The interpretive approach of qualitative research was used in the conducting of the study. The results indicate that the VUCA world concept is universal and can be used in many research fields.

Keywords: VUCA, COVID-19, pandemic, sclerosis multiplex, comparative analysis.
