

Tomasz Maslyk*

KAPITAŁ SPOŁECZNY OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH JAKO PODSTAWA DZIAŁAŃ EKSPRESYJNYCH I JEGO WPŁYW NA ZDROWIE FIZYCZNE, PSYCHICZNE ORAZ ZADOWOLENIE Z ŻYCIA

Abstrakt. Celem artykułu było zaprezentowanie zależności pomiędzy kapitałem społecznym z uwzględnieniem jego dwóch form – spajającej i pomostowej – a emocjonalnymi korzyściami osiąganymi przez osoby niepełnosprawne w wyniku jego oddziaływania. Na etapie analitycznym wyróżniono trzy typy korzyści: zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne i zadowolenie z życia. W warstwie koncepcyjnej oparto się na wytycznych zaproponowanych przez Nan Lina w jego strukturalnej teorii kapitału społecznego. W analizie empirycznej wykorzystano dane pochodzące z badań Diagnozy Społecznej 2015. Podstawowym wnioskiem sformułowanym w odniesieniu do rezultatów przeprowadzonej analizy było spostrzeżenie, że kapitał społeczny w sposób niezależny, przy kontroli wpływu zmiennych socjodemograficznych i stopnia niepełnosprawności, wpływa na jakość życia osób niepełnosprawnych. W przypadku zdrowia fizycznego zaobserwowano jego negatywny wpływ, natomiast w odniesieniu do zdrowia psychicznego i zadowolenia z życia – wpływ pozytywny.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność, zdrowie, kapitał społeczny, Diagnoza Społeczna.

1. Kapitał społeczny w ujęciu strukturalnym: sieci społeczne, zasoby i efekty

Z pozoru prosty zabieg językowy, polegający na powiązaniu ze sobą dwóch pochodzących z łaciny słów: *socius* (towarzysz, partner, współnik) i *capita* (głowy) dał początek pojęciu „kapitału społecznego”, które w krótkim czasie stało się jednym z najbardziej popularnych terminów (Portes 1998; Field 2008; Ostrom, Ahn 2009; Fine 2010) wykorzystywanych nie tylko na gruncie nauk społecznych i ekonomicznych, lecz także w polityce czy mowie potocznej.

* Katedra Socjologii Gospodarki i Komunikacji Społecznej, Wydział Humanistyczny AGH, Akademia Górniczo-Hutnicza im. Stanisława Staszica w Krakowie, ul. Gramatyka 8a, 30-071 Kraków, e-mail: tomaslyk@wp.pl.

Popularność pojęcia wiązała się przede wszystkim z prostotą założeń: relacje społeczne odgrywają istotną rolę w procesie osiągania zróżnicowanych dóbr o charakterze jednostkowym i wspólnotowym. Budowanie relacji oraz wysiłki podejmowany w celu zapewnienia im ciągłości w czasie umożliwia i ułatwia kooperację przynoszącą określone korzyści. Gdyby nie współdziałanie, pewne cele nie mogłyby zostać przez jednostkę osiągnięte lub wymagałyby od niej ponoszenia relatywnie większych nakładów (Field 2008: 1). Począwszy od trzech autorów, uznanych za klasyków koncepcji: Pierre'a Bourdieu, Jamesa S. Colemana i Roberta D. Putnama, była ona rozwijana i uzupełniana, jak również poddawana rzeczowej krytyce. Zarzuty, jakie jej stawiano dotyczyły przede wszystkim stosowania fałszywej analogii pomiędzy kapitałem społecznym i kapitałem *sensu stricto* (Arrow 1999, Solow 1999). W wymiarze koncepcyjnym i operacyjnym dostrzegano, że stanowi ona podstawę dla badania wielu różnych zjawisk w wielu różnych kontekstach, przez co traci swoiste znaczenie (Portes 1998: 2) – na skutek definicyjnej i aplikacyjnej wielowymiarowości oraz wieloaspektowości ulega rozmyciu, stając się koncepcją chaotyczną (Fine 2010: 5). Próby rozwikłania tych problemów implikowały kolejne pytania, na które usiłowano znaleźć adekwatne odpowiedzi. Zastanawiano się, czy kapitał społeczny jest integralną częścią wspólnoty, czy można go rozpatrywać również jako atrybut jednostek. Czy można mówić o kapitale społecznym pozostającym w dyspozycji szerszych wspólnot, choćby narodowych? Czy zakres jego oddziaływania wyznaczają granice bezpośrednich relacji wiążących przedstawicieli danej społeczności? Jak przebiega proces konwersji kapitału społecznego na inne formy kapitału, skutkującą możliwością osiągania ogólnie rozumianego dobrobytu czy też dobrostanu (*well-being*) jednostek i społeczności? Czy jest to zawsze zmiana o charakterze pozytywnym, czy może wywoływać negatywne konsekwencje? Problematyczność uzyskania jednoznacznych odpowiedzi na tak postawione pytania nierzadko wiodła do konkluzji, których przykładem jest wniosek sformułowany przez Kennetha Newtona. Twierdził on, że teoria kapitału społecznego jest „potencjalnie mocną koncepcją, której wielu różnych ludzi dla wielu różnych celów nadaje wiele różnych znaczeń” (Newton 1997: 575). Z czasem wypracowano swoisty konsensus, który zbudowano wokół trzech kluczowych dla kapitału społecznego komponentów: 1) sieci społecznych; 2) zasobów zawartych w tych sieciach; 3) podzielanych przez członków tych sieci (oraz szerszych wspólnot) norm i wartości (zob. Adler, Kwon 2002: 20).

Jedną z najbardziej spójnych koncepcji kapitału społecznego została wypracowana przez Nan Lin (1986, 1999, 2000, 2001, 2004, 2008; Lin, Ao 2008), który przez wiele lat systematycznie ją rozwijał, weryfikując jej trafność w badaniach empirycznych. Dla potrzeb późniejszej analizy jej główne założenia zostaną w tym miejscu pokrótce scharakteryzowane. Nan Lin w swoim strukturalnym ujęciu definiował kapitał społeczny jako „zasoby zawarte w strukturze społecznej, które są dostępne i/lub mobilizowane dla działań o charakterze

celowym” (Lin 2001: 12). Inaczej rzecz ujmując, kapitał ten jest rozumiany jako 1) ilość i/lub jakość zasobów, do których aktor (jednostka, grupa lub wspólnota) może mieć dostęp lub które może wykorzystać dzięki 2) ich obecności w sieci społecznej (Lin 2000: 786). Przyczyny, dla których zasoby zawarte w sieciach społecznych zwiększają efektywność działań, można wyjaśnić na kilka sposobów (Lin 2004: 20). Po pierwsze, sieci społeczne ułatwiają przepływ informacji (*information*). Po drugie, więzi społeczne umożliwiają wywieranie na jednostki wpływu przez tych, którzy w sieciach społecznych zajmują strategiczne pozycje. Z pozycjami tymi powiązane są bardziej wartościowe zasoby, a przez to również większa władza (*influence*). Po trzecie, więzi społeczne mogą pośredniczyć w poświadczaniu czyichś referencji lub kwalifikacji poprzez sam fakt powiązania jednostek z innymi jednostkami (*social credentials*). Po czwarte, relacje społeczne wzmacniają poczucie tożsamości i uznania. Świadczą o godności (wartości) jednostki jako członka grupy wśród innych członków o podobnych zasobach i celach (*reinforcement*).

Zasoby sieci społecznej można podzielić na dwa typy: osobiste i społeczne. Osobiste zasoby jednostek mogą przyjmować formę dóbr materialnych (np. ziemia, nieruchomości, pieniądze) i symbolicznych (np. wykształcenie, członkostwo w klubach, tytuły honorowe i stopnie naukowe, szacunek, reputacja czy sława). Mogą być one nabywane poprzez dziedziczenie lub przypisanie, inwestowanie własnych zasobów lub wysiłku, a także pozyskiwane w procesie wymiany. Niektóre z zasobów osobistych mogą być „w pełni” posiadane przez jednostkę, dzięki czemu ma ona możliwość rozporządzania nimi według własnego uznania (np. pieniądze, kwalifikacje, doświadczenie). Istnieją również zasoby osobiste o charakterze pozycyjnym – ich posiadanie wynika z faktu, że są przypisane do pozycji w strukturze społecznej i tylko w czasie obowiązywania kontraktu (np. prawo własności czy umowa o pracę) jednostka ma dostęp do tych zasobów i może je wykorzystywać (Lin 2004: 21, 42–43).

W przypadku zasobów społecznych można rozróżnić ich dwa rodzaje: zasoby sieci społecznej (*network resources*), do których jednostka ma dostęp na mocy członkostwa w tej sieci i zasoby kontaktowe (*contact resources*), które jednostka rzeczywiście wykorzystuje w działaniu. Pierwsze z nich reprezentują dostępne zasoby, drugie – zasoby mobilizowane (Lin 1999: 37; Lin 2004: 62).

Dla jednostki wielkość i wartość zasobów w sieci zależy od kształtu struktury społecznej i miejsca, które zajmuje ona w tej strukturze. Ogólnie można wskazać cztery elementy definiujące strukturę społeczną: pozycje (*positions*), autorytet (*authority*), normy (*rules*) i aktorów (*agents*) (Lin 2004: 33–34). Do różnych pozycji w strukturze społecznej przypisane są zróżnicowane zasoby, będące czymś innym niż zasoby jednostek zajmujących te pozycje. Są one powiązane hierarchicznie w oparciu o autorytet. Określa on rangę danej pozycji (ze względu na wartość zasobów do niej przypisanych), możliwość dostępu do nich oraz zakres sprawowanej nad nimi kontroli. Procedury i normy wskazują, w jaki sposób aktorzy zajmujący określone pozycje w strukturze społecznej powinni działać

i współdziałać przy wykorzystaniu i manipulowaniu zasobami. Od aktorów oczekuje się zachowania zgodnego z tymi regułami.

Roland S. Burt (1982: 30) wymienia dwa ogólne aspekty w analizie sieci społecznych – relacyjny (*relational*) i pozycyjny (*positional*). W odniesieniu do pierwszego, charakteryzowane są relacje łączące aktorów, zaś w powiązaniu z drugim – cechy określające pozycję zajmowaną przez danego aktora w relacji do pozycji innych aktorów.

Sieć społeczna danego aktora tworzona jest przez osoby bezpośrednio z nim powiązane, a także przez osoby powiązane z nim w sposób pośredni („pośrednikami” są tutaj inne osoby w sieci). Trzy aspekty decydują o charakterze sieci społecznej aktora: zasięg (*range*), spójność (*density*) i złożoność (*multiplexity*). Zasięg wskazuje na różnorodność aktorów (pod względem statusu, przynależności etnicznej itp.), z którymi jednostka utrzymuje relacje. Spójność określa liczbę silnych (*intense*) powiązań pomiędzy aktorami w sieci społecznej. Z kolei złożoność odnosi się do zróżnicowania typów relacji łączących jednostkę z danym aktorem. Jeśli np. dana osoba jest dla aktora jednocześnie lekarzem, przyjacielem i sąsiadem, to będziemy mieli do czynienia ze złożonym powiązaniem. Jeśli łączą go z daną osobą jedynie stosunki profesjonalne (lekarz – pacjent), to taka relacja będzie relacją prostą (*uniplex*) (Burt 1982: 31–32).

W opisanej hierarchicznej strukturze bardziej prawdopodobne są interakcje pomiędzy aktorami zajmującymi te same lub sąsiednie poziomy (*homophilous interactions*). Istnieją dwie siły napędowe interakcji. Z jednej strony aktorzy będą dążyć do zachowania i obrony posiadanych zasobów, z drugiej – do pozyskania dodatkowych zasobów. Pierwszy motyw uruchamia działania o charakterze ekspresyjnym (*expressive actions*), zaś drugi skłania do podjęcia działań instrumentalnych (*instrumental actions*) (Lin 2004: 56–59). Dzięki działaniom ekspresyjnym jednostka uzyskuje trojaki rodzaj korzyści: zdrowie fizyczne (przydatne kompetencje fizyczne, ochrona przed chorobami czy urazami), zdrowie psychiczne (odporność na stres, utrzymywanie równowagi poznawczej i emocjonalnej) oraz zadowolenie z życia (optymizm i satysfakcję z różnych dziedzin życia – rodziny, małżeństwa, pracy, wspólnoty). Działania instrumentalne przynoszą aktorom korzyści ekonomiczne, polityczne (pozycja w hierarchii) oraz społeczne w postaci reputacji (pozytywna lub negatywna opinia na temat jednostki w sieci społecznej) (Lin 1999: 40).

Dostrzeżenie faktu, że stan kondycji zdrowotnej społeczeństw nie zależy jedynie od poziomu życia, będącego wypadkową ich dobrobytu, lecz jest również pochodną kapitału społecznego (Kawachi *et al.* 1997), przyczyniło się do rozwoju badań, których głównym celem była próba znalezienia odpowiedzi na pytanie o związek kapitału społecznego ze zdrowiem. Analizy empiryczne prowadzone na poziomie jednostkowym, wspólnotowym czy narodowym dowodziły istnienia pozytywnych związków pomiędzy kapitałem społecznym a zdrowiem fizycznym, psychicznym, zdrowymi nawykami czy zachowaniami (zob.

Fujiwara, Kawachi 2008: 139). Obserwowane zależności wyjaśniano w rozmaity sposób. Podkreślano wagę trzech potencjalnych mechanizmów warunkujących. Uruchomienie pierwszego z nich następowało dzięki: 1) rozprzestrzenianiu się informacji na temat zdrowia; 2) zwiększaniu prawdopodobieństwa adaptacji norm i zachowań promujących zdrowie; 3) rozszerzonej kontroli nad „dewiacyjnymi” zachowaniami związanymi ze zdrowiem. Jak zakładano, drugi mechanizm oddziałuje poprzez fakt, że kapitał społeczny ma szansę usprawnić i poszerzyć dostęp do lokalnych usług zdrowotnych oraz infrastrukturalnych czy instytucjonalnych rozwiązań (przychodni zdrowia, transportu publicznego, miejsc rekreacji itp.). Mechanizm trzeci natomiast może oddziaływać na zdrowie jednostek na podstawie procesów psychospołecznych, dzięki którym uzyskują one efektywne wsparcie, skutkujące zwiększeniem poczucia własnej godności, ale i wzajemnego szacunku pomiędzy członkami społeczności (Kawachi, Kennedy, Glass 1999: 1191).

Sukces działań ekspresyjnych, które mogą wpływać na kondycję zdrowotną jednostek, jest bardziej prawdopodobny wtedy, kiedy aktorzy są do siebie podobni pod względem podstawowych charakterystyk socjodemograficznych i stylu życia, a co za tym idzie, łączą ich silne więzi społeczne. Zbieżność statusów skutkuje tym, iż w trakcie działań ekspresyjnych aktorzy wykorzystują podobne zasoby społeczne. Aby działanie instrumentalne zakończyło się sukcesem, niezbędny jest dostęp do wielu zróżnicowanych zasobów społecznych, znajdujących się w posiadaniu aktorów o zróżnicowanych charakterystykach socjodemograficznych i różnym statusie (Lin 1986: 27–28). Zaznacza się tutaj odmiennosc dwóch rodzajów kapitału społecznego, które za Robertem D. Putnamem można określić mianem kapitału spajającego, integracyjnego (*bonding*) i pomostowego, łączącego (*bridging*). „Spajający kapitał społeczny tworzy pewnego rodzaju socjologiczny superklej, natomiast łączący kapitał społeczny zapewnia socjologiczne smarowidło” (Putnam 2008: 41). Kapitał spajający łączy ludzi podobnych do siebie ze względu na pochodzenie etniczne, płeć, przynależność do tej samej klasy społecznej itp., natomiast kapitał pomostowy właściwy jest dla sieci społecznych łączących osoby o różnych charakterystykach społecznych (Putnam, Goss 2004: 11). Zdaniem Marka Granovettera o sile więzi społecznych (rozważanych jako więzi symetryczne i pozytywne) decydują cztery czynniki: ilość czasu, jaki wzajemnie poświęcają sobie jednostki, zaangażowanie emocjonalne, intymność (skłonność do zwierzania się sobie) oraz wzajemne świadczenie pomocy. Silne więzi odgrywają rolę w aktywności o charakterze socjopsychologicznym, natomiast słabe więzi są potencjalnym źródłem dla ukształtowania się powiązań (pomostów) pomiędzy danym aktorem a innymi kręgami lub sieciami społecznymi, sprzyjają większej mobilności i ułatwiają pozyskiwanie użytecznych informacji (np. podczas szukania pracy) (Granovetter 1973: 1361, 1372–1373).

Chociaż kapitał społeczny można rozpatrywać jako zasób uniwersalny, oddziałujący na każdą jednostkę, którą łączy wzajemne relacje z innymi

reprezentantami sieci społecznych, to jednak w przypadku osób niepełnosprawnych może on odgrywać szczególną rolę. Jakość życia tych osób jest nieuchronnie powiązana z ograniczeniami natury fizycznej, psychicznej, społecznej czy instytucjonalnej, które rodzą się wskutek ich percepcyjno-motorycznych dysfunkcji. Co więcej, w sposób oczywisty dysfunkcje te warunkują zdrowie fizyczne, ale również mogą wpływać na kondycję psychiczną (Mithen *et al.* 2015) i w konsekwencji – na ocenę całego życia. W tym rozumieniu kapitał społeczny w jego afektywnym wymiarze (czy w spajającej formie) ma szansę dostarczyć osobom niepełnosprawnym istotnych zasobów, które pod postacią wsparcia emocjonalnego oraz pomocy udzielanej przez osoby najbliższe będą kompensować braki natury fizycznej i przyczyniać się do poprawy zdrowia psychicznego czy ogólnej jakości życia. Analiza zaprezentowana poniżej ma na celu udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy kapitał społeczny osób niepełnosprawnych w sposób niezależny od statusu społecznego i stopnia niepełnosprawności wpływa na kondycję zdrowotną tych osób oraz poziom ich życiowej satysfakcji.

2. Kapitał społeczny a korzyści natury emocjonalnej – założenia

Podstawowe pytanie, na które poszukiwano odpowiedzi na podstawie analizy empirycznej dotyczyło tego, czy kapitał społeczny warunkowany miejscem jednostek w sieciach społecznych może być niezależną determinantą dla osiągnięcia korzyści o charakterze emocjonalnym przez osoby niepełnosprawne. Korzyści te podzielono na trzy kategorie: zdrowie fizyczne, zdrowie psychiczne i zadowolenie z życia. Założenie takie wymagało skonstruowania trzech adekwatnych wskaźników. W tym celu wykorzystane zostały dane pochodzące z *Diagnozy Społecznej – ogólnopolskich badań na temat „warunków i jakości życia Polaków”* (Diagnoza Społeczna 2015).

Wskaźnik zdrowia fizycznego skonstruowano jako standaryzowaną sumę wartości będących wskazaniem częstości doświadczania rozmaitych dolegliwości fizycznych¹. Oparcie się na deklaracjach respondentów, które nawiązywały do konkretnych zdarzeń zachodzących w dość krótkiej perspektywie czasowej, sugerowało jego względnie obiektywny charakter. Nie korzystano tutaj bowiem

¹ Dolegliwości zdrowotne, o które byli pytani respondenci i których doświadczali w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie, dotyczyły: silnych bólów głowy, bólów brzucha i wzdęć, bólu lub napięcia mięśni karku i ramion, bólów w klatce piersiowej lub sercu, suchości w ustach lub gardle, napadów pocenia się, uczucia duszności, łamania i bólów w całym ciele, gwałtownego bicia serca (palpitacji), dreszczów lub drgawek, uczucia parcia na pęcherz i częstego oddawania moczu, uczucia zmęczenia niezwiązanego z pracą, zapaść, krwawienia z nosa, gwałtownych skoków ciśnienia krwi. Dla każdego rodzaju dolegliwości można było zaznaczyć jedną z trzech odpowiedzi: 1) nie miałem/am, 2) miałem/am rzadziej niż przez 15 dni, 3) miałem/am co najmniej przez połowę miesiąca.

z mogącej budzić wątpliwości subiektywnej samooceny zdrowia. Tak skonstruowana miara charakteryzowała się dużą spójnością wewnętrzną (rzetelnością), o czym świadczyła wysoka wartość współczynnika *Alpha*, równa 0,854.

Wskaźnik zdrowia psychicznego, podobnie jak wskaźnik zdrowia fizycznego, stanowił standaryzowaną sumę wartości uzyskanych na zmiennych wykorzystanych do pomiaru objawów depresji². Wysoka rzetelność tak przygotowanego indeksu (*Alpha* = 0,865) dała podstawy do wykorzystania go w dalszej analizie jako złożonej, syntetycznej miary.

Wskaźnik zadowolenia z życia przygotowano w oparciu o trzy deklaracje dotyczące: oceny całego dotychczasowego życia, oceny życia w ostatnich dniach i pragnienia życia³. Ze względu na różne skale pomiarowe zastosowane do oceny tych trzech aspektów agregacja wartości poprzedzona została ich standaryzacją. Indeks charakteryzował się przyzwoitą rzetelnością (*Alpha* = 0,718).

Wszystkim trzem miarom nadano postać destymulant, co oznaczało, iż wzrost wartości na danym indeksie informował o rosnących, negatywnych ocenach czy symptomach.

Trzy syntetyczne wskaźniki potencjalnych korzyści osiągniętych dzięki realizacji celów emocjonalnych wykorzystano jako zmienne zależne w trzech odrębnych modelach regresji liniowej. Do modeli tych wprowadzono również dwa wskaźniki kapitału społecznego w jego spajającej i pomostowej formie.

Przy konstrukcji wskaźnika dla spajającej formy kapitału społecznego wzięto pod uwagę dwa aspekty: wielkość sieci społecznej mierzonej liczbą osób zaliczanych do grona przyjaciół badanego oraz liczbę osób, z którymi tenże regularnie się kontaktuje (przynajmniej kilka razy w roku) w celach towarzyskich lub osobistych. Wyszczególniono tutaj kontakty z osobami z najbliższej rodziny, przyjaciółmi i znajomymi (z pracy/szkoły, sąsiedztwa). Częstość kontaktów z osobami z tych trzech kategorii dla ogółu Polaków była ze sobą dodatnio skorelowana (*Alpha* = 0,659), co pozwoliło opracować jeden syntetyczny wskaźnik. Po jego standaryzacji wartości te zostały dodane do uprzednio wystandaryzowanej wartości liczby przyjaciół i w ten sposób utworzono wskaźnik kapitału społecznego w jego spajającej formie.

² Depresyjność mierzono z uwzględnieniem takich aspektów, jak: ocena wyglądu, zapał do pracy, jakość snu, poczucie zmęczenia, apetyt, troska o stan zdrowia, zainteresowanie seksem. Każda kolejna odpowiedź (wartość) na czteropunktowej skali kategorialnej 0–3 świadczyła o rosnącej depresyjności (niezadowoleniu, obojętności, dokuczliwości itp.).

³ Ocena „całego dotychczasowego życia” dokonywana była z wykorzystaniem siedmiopunktowej skali, której wartości zostały opisane jako: 1) wspaniałe, 2) udane, 3) dosyć dobre, 4) ani dobre, ani złe, 5) niezbyt udane, 6) nieszczęśliwe, 7) okropne. Oceniając życie w ostatnich dniach (tych dniach), respondenci mogli wskazać, czy są: 1) bardzo szczęśliwi, 2) dosyć szczęśliwi, 3) niezbyt szczęśliwi, 4) nieszczęśliwi. Do oceny pragnienia życia zastosowano 10-punktową skalę z przeciwstawnymi biegunami, opisanymi jako: 1) w ogóle nie chce mi się żyć i 10) bardzo mocno chce mi się żyć (w analizie wartości tej skali zostały odwrócone).

Wskaźnik pomostowej formy kapitału społecznego został skonstruowany na podstawie pytań dotyczących znajomości osób z innych „kręgów społecznych” niż badany. W odniesieniu do ustaleń Katarzyny Pająk (2006) można przyjąć, że zasadne jest rozpatrywanie tej formy kapitału przez pryzmat trzech wymiarów: powiązań z osobami z grup zewnętrznych, z osobami o innych zainteresowaniach i osobami o odmiennym stylu życia⁴. Jak wskazują dane, konsekwencją powiązań z osobami z jednej kategorii strukturalnie różnej jest zazwyczaj związek z osobami z innych, odmiennych kategorii społecznych. Ten fakt potwierdza wysoka korelacja pomiędzy wartościami analizowanych zmiennych ($Alpha = 0,840$). W tym wymiarze wskaźnik stanowił sumę osób reprezentujących pięć kategorii i w tej postaci wprowadzono go do modeli regresji.

Obok zmiennych kapitału społecznego w jego dwóch postaciach, w modelach regresji umieszczono zmienne socjodemograficzne pełniące rolę zmiennych kontrolnych. Oczywiście jest, że zróżnicowanie pod względem wieku, statusu socjoekonomicznego czy pozycji zawodowej może mieć kluczowe znaczenie dla zdrowia fizycznego i psychicznego oraz satysfakcji z życia. Dlatego też w konstruowanych modelach zawarto takie cechy, jak: płeć, wiek, wykształcenie, dochód indywidualny, miejsce zamieszkania i status społeczno-zawodowy.

Dodatkowo, w modelach przygotowanych dla osób niepełnosprawnych (wyniki dla nich porównano z adekwatnymi rezultatami uzyskanymi dla osób sprawnych) uwzględniony został stopień niepełnosprawności, z podziałem na znaczny, umiarkowany i lekki.

Kategorią odniesienia w modelach regresji była kobieta w wieku do 24 lat, z wykształceniem podstawowym lub niższym, mieszkająca na wsi i będąca pracownikiem sektora publicznego. Dodatkowo, dla osób niepełnosprawnych kategorią odniesienia był lekki stopień niepełnosprawności.

3. Kapitał społeczny jako niezależny czynnik sprawczy – wyniki

Jeżeli zasobność kapitału społecznego w jego strukturalnym ujęciu zostanie potraktowana jako pochodna miejsca w strukturze społecznej oraz wielkości sieci społecznych i kontaktów, które jednostka utrzymuje z członkami tej sieci, to odpowiedź na pytanie o szanse na jego akumulację przez osoby niepełnosprawne w porównaniu z osobami sprawnymi jest dość oczywista. Szanse te – mocno powiązane z dysfunkcjami percepcyjno-motorycznymi i siłą strukturalnych pozycji – muszą być relatywnie niskie. Nie chodzi tutaj tylko o ograniczenia wynikające z niepełnosprawności, ale także o cechy z nią powiązane: niepełnosprawność to

⁴ W badaniach Diagnozy Społecznej pytano o znajomość osób: 1) znacznie starszych lub młodszych, 2) o innych poglądach politycznych, 3) znacznie uboższych lub bogatszych, 4) preferujących inny rodzaj muzyki, literatury, rozrywki, 5) o innych gustach kulinarnych.

przede wszystkim problem ludzi starszych, gorzej wykształconych, uboższych i nieaktywnych na rynku pracy⁵. Z drugiej strony niepełnosprawność, która jest elementem definicyjnym dobrostanu fizycznego (Czapinski 2013: 388), jest czynnikiem immanentnie warunkującym zdrowie fizyczne, które zwrótnie może decydować o jakości zdrowia psychicznego (czy skłonności do depresji) i w konsekwencji określać subiektywną ocenę zadowolenia z życia. Założenia te znajdują potwierdzenie w danych. Dla ogółu badanych korelacje pomiędzy wartościami uzyskanymi na indeksie zdrowia fizycznego oraz indeksach zdrowia psychicznego i zadowolenia z życia są istotne statystycznie i relatywnie silne (odpowiednio $r = 0,544$ i $r = 0,310$ dla $p < 0,001$).

Pod względem oceny zdrowia fizycznego osoby niepełnosprawne ustępują osobom sprawnym w przypadku każdego z ocenianych aspektów. Co więcej, w każdym aspekcie różnice te są istotne statystycznie. Chociaż poszczególne dolegliwości występują w obrębie obu kategorii osób z różnym natężeniem, to jednak na większość z nich niepełnosprawni uskarżają się dwukrotnie częściej niż sprawni (tab. 1). Jedynie co dwudziestej osobie niepełnosprawnej (5,6%) nie dokuczała żadna dolegliwość, co jest wynikiem dalece odbiegającym od adekwatnego wyniku uzyskanego przez osoby sprawne (23,7%).

Tabela 1. Zdrowie fizyczne. Problemy zdrowotne osób niepełnosprawnych i sprawnych
(% osób, które daną dolegliwość odczuwały rzadziej niż 15 dni w miesiącu
lub co najmniej przez połowę miesiąca)

Dolegliwość	Osoby niepełnosprawne	Osoby sprawne
1	2	3
Silne bóle głowy*	52,2	26,5
Bóle brzucha lub wzdęcia*	41,4	21,6
Ból albo napięcie mięśni karku i ramion*	64,5	45,0
Bóle w klatce piersiowej lub sercu*	43,9	21,4
Suchość w ustach lub gardle*	36,5	23,1
Napady pocenia się*	32,3	21,7
Uzucie duszności*	40,8	18,3
Łamanie i bóle w całym ciele*	62,3	39,3
Gwałtowne bicie serca (palpitacje)*	36,4	17,6

⁵ Porównanie podstawowych charakterystyk socjodemograficznych osób niepełnosprawnych i sprawnych na podstawie danych Diagnozy Społecznej znaleźć można w: Maśłyk, Migaczewska (2014).

Tabela 1 (cd.)

1	2	3
Dreszcze lub drgawki*	12,0	6,0
Uczucie parcia na pęcherz i częstsze oddawanie moczu*	35,9	19,1
Uczucie zmęczenia niezwiązanego z pracą*	58,2	36,9
Zaparcia*	21,8	13,5
Krwawienie z nosa*	6,3	4,9
Gwałtowne skoki ciśnienia krwi*	44,4	22,1

U w a g a: * różnica istotna statystycznie (V Cramera dla $p < 0,01$).

Źródło: opracowanie własne na podstawie Diagnostyki Społecznej (2015).

Porównując osoby niepełnosprawne i sprawne, można również zaobserwować statystycznie istotne różnice pomiędzy oceną każdego aspektu wchodzącego w zakres indeksu zdrowia psychicznego. Ogólnie rzecz biorąc, osoby niepełnosprawne odznaczają się wyższym stopniem depresyjności (tab. 2). Tylko w odczuciu 6,4% osób niepełnosprawnych żadna z ocenianych kwestii w ich przypadku nie uległa pogorszeniu w ciągu „ostatniego czasu”. Takich osób sprawnych było natomiast 27,6%.

Tabela 2. Zdrowie psychiczne. Symptomy depresji u osób niepełnosprawnych i sprawnych. Odsetek osób negatywnie oceniających dany aspekt w odniesieniu do przeszłości

Oceniany aspekt	Osoby niepełnosprawne	Osoby sprawne
Ocena wyglądu*	58,7	34,9
Zapał do pracy*	68,7	33,5
Jakość snu*	70,8	43,5
Poczucie zmęczenia*	84,6	57,0
Apetyt*	48,2	25,7
Martwienie się o zdrowie*	60,9	26,9
Zainteresowanie seksem*	81,5	51,2

U w a g a: * różnica istotna statystycznie (V Cramera dla $p < 0,01$).

Źródło: jak do tab. 1.

Pomimo niepełnosprawności i zmagania się z problemami zdrowotnymi, większość osób niepełnosprawnych jest w mniejszym lub większym stopniu zadowolona z całego dotychczasowego życia oraz z życia w ostatnich dniach, czemu towarzyszy silne pragnienie życia. Jednak pomimo ogólnie pozytywnego nastawienia do życia, osoby niepełnosprawne i pod tym względem ustępują osobom sprawnym, których charakteryzuje istotnie wyższa satysfakcja życiowa (tab. 3).

Tabela 3. Zadowolenie z życia osób niepełnosprawnych i sprawnych (dane w %)

Oceniany aspekt	Osoby niepełnosprawne	Osoby sprawne
Ocena całego dotychczasowego życia (wspaniałe, udane lub dosyć dobre)*	64,3	82,4
Ocena życia w ostatnich dniach (bardzo szczęśliwy, dosyć szczęśliwy)*	65,8	84,8
Pragnienie życia (wskazania powyżej środka skali 1–10)**	87,3	93,8

U w a g a: * różnica istotna statystycznie (V Cramera dla $p < 0,01$); ** różnica istotna statystycznie (test t dla $p < 0,01$).

Ź r ó d ł o: jak do tab. 1.

Czy kapitał społeczny może pomóc osobom niepełnosprawnym w poprawie jakości ich życia, w tym zdrowia fizycznego i psychicznego? Jeśli uznać, że czynniki te są pochodną jego oddziaływania w wymiarze emocjonalnym, to takiej zależności można się spodziewać. Implikuje to potrzebę weryfikacji tak postawionej hipotezy. Pierwszy ogląd wartości zmiennych dla spajającej i pomostowej formy kapitału społecznego ujawnia istotne różnice pomiędzy osobami niepełnosprawnymi i sprawnymi. Ci pierwsi funkcjonują w mniejszych sieciach społecznych, tworzonych dzięki bezpośrednim powiązaniom pomiędzy ich członkami (mierzonymi liczbą przyjaciół), istotnie rzadziej też niż osoby sprawne utrzymują regularne kontakty z bliskimi – członkami rodziny, przyjaciółmi czy znajomymi. Niepełnosprawni relatywnie rzadziej (choć nie są to różnice diametralne) uzyskują dostęp do osób z innych kręgów społecznych (wyjątek stanowią kontakty z osobami ze zróżnicowanych kohort wiekowych), stąd można wnioskować o niższym w ich przypadku potencjale kreowania pomostowej formy kapitału społecznego (tab. 4).

Tabela 4. Spajająca i pomostowa forma kapitału społecznego u osób niepełnosprawnych i sprawnych

Elementy kapitału społecznego		Osoby niepełnosprawne	Osoby sprawne
Kapitał spajający (średnia)	liczba przyjaciół**	5,8	6,3
	regularność kontaktów: rodzina**	7,1	8,2
	regularność kontaktów: przyjaciele**	4,0	5,2
	regularność kontaktów: znajomi**	4,7	7,0
Kapitał pomostowy – kontakt z osobami (%)	znacznie starszymi lub młodszymi	65,7	64,4
	o innych poglądach politycznych*	60,7	64,8
	uboższymi lub bogatszymi*	57,6	60,5
	preferującymi inny rodzaj muzyki, literatury, rozrywki*	60,1	66,6
	o innych gustach kulinarnych*	60,4	66,3

U w a g a: * różnica istotna statystycznie (ϕ dla $p < 0,01$); ** różnica istotna statystycznie (test t dla $p < 0,01$).

Ź r ó d ł o: jak do tab. 1.

Analizując związek pomiędzy wielkością kapitału społecznego i jego wpływem na możliwość utrzymywania wartościowych zasobów w wymiarze emocjonalnym (zdrowia fizycznego i psychicznego oraz zadowolenia z życia), nie sposób abstrahować od faktu, że ocena życia w tych wymiarach może być determinowana czynnikami statutowymi, zarówno przypisanymi (płeć, wiek), jak i osiągniętymi (wykształcenie, dochód, miejsce zamieszkania czy status społeczno-zawodowy). Dla osób niepełnosprawnych bez wątpienia ma znaczenie również uciążliwość dysfunkcji, mierzona stopniem niepełnosprawności. Biorąc te zmienne pod uwagę, skonstruowane zostały modele regresji liniowej, których zadaniem był pomiar netto (przy wyłączeniu wpływu pozostałych zmiennych) wpływu kapitału społecznego w dwóch analizowanych formach na trojako rozumianą jakość życia. Innymi słowy, testowano założenie o tym, czy kapitał społeczny – niezależnie od czynników demograficzno-społecznych – wpływa w sposób pozytywny na ocenę zdrowia fizycznego, psychicznego i satysfakcji z życia. W tym celu wykorzystano modele regresji liniowej skonstruowane dla każdego aspektu emocjonalnego z osobna, porównując ze sobą osoby niepełnosprawne i sprawne (tab. 5).

Tabela 5. Wpływ zmiennych socjodemograficznych i kapitału społecznego na zdrowie fizyczne, psychiczne i zadowolenie z życia (współczynniki regresji liniowej *Beta*)

Zmienne	Zdrowie fizyczne		Zdrowie psychiczne		Zadowolenie z życia	
	os. niepełno-sprawne	os. sprawne	os. niepełno-sprawne	os. sprawne	os. niepełno-sprawne	os. sprawne
1	2	3	4	5	6	7
Płeć (ref. kobieta)	0,131*	0,115*	0,092*	0,092*	0,015	-0,001
Wiek (ref. 16-24 lat)	0,052	0,049*	0,056	0,057*	0,020	0,053*
	0,110*	0,090*	0,140*	0,129*	0,049	0,104*
	0,296*	0,168*	0,362*	0,255*	0,111**	0,138*
	0,436*	0,216*	0,600*	0,364*	0,126	0,168*
	0,533*	0,332*	0,752*	0,607*	0,128	0,208*
	-0,005	-0,036*	-0,074*	-0,126*	-0,077*	-0,068*
Wykształcenie (ref. podstawowe lub niższe)	0,024	-0,045*	-0,113*	-0,159*	-0,109*	-0,132*
	-0,018	-0,049*	-0,086*	-0,155*	-0,079*	-0,170*
	0,036	-0,025*	0,022	-0,026*	0,026	-0,017
Dochód (ref. poniżej 1 kwartyła)	-0,011	-0,053*	-0,056**	-0,057*	-0,069*	-0,059*
	-0,044	-0,094*	-0,084*	-0,089*	-0,087*	-0,134*
	0,017	0,031*	-0,020	0,022*	0,045**	0,027*
	0,048**	0,031*	0,006	0,016**	0,030	0,044*
Miejsce zamieszkania (ref. wieś)	0,039	0,028*	-0,024	0,003	-0,021	0,017**
	0,009	0,017**	-0,003	0,012	0,040	0,032*
	-0,002	0,005	0,009	-0,005	-0,012	-0,014

Tabela 5 (cd.)

1	2	3	4	5	6	7	
Status społeczno-zawodowy (ref. pracownicy sektora publicznego)	pracownicy sektora prywatnego	0,012	-0,006	-0,002	-0,010	-0,059	-0,002
	prywatni przedsiębiorcy	0,017	-0,003	0,020	-0,010	-0,025	-0,018**
	rolnicy	0,017	-0,033*	-0,006	-0,004	0,011	-0,012
	renciści	0,097	0,014	0,168*	0,050*	0,064	0,034*
	emeryci	0,028	0,014	0,141**	0,060*	-0,004	-0,038*
	uczniowie i studenci	-0,001	-0,044*	0,030	-0,013	-0,004	-0,045*
	bezrobotni	0,062**	-0,022**	0,061**	0,002	0,069*	0,087*
	inni bierni zawodowo	0,052	-0,024**	0,056	-0,004	0,044	0,003
	Kapitał spajający	0,050**	0,029*	-0,106*	-0,052*	-0,153*	-0,138*
	Kapitał pomostowy	0,012	0,030*	-0,010	-0,002	-0,056*	-0,003
Stopień niepełnosprawności (ref. lekki)	znaczny	0,092*		0,203*		0,040	
	umiarkowany	0,051**		0,050*		0,017	
R^2	0,106	0,132	0,310	0,440	0,101	0,118	

U w a g a: * dla $p < 0,01$, ** dla $p < 0,05$.

Źródło: jak do tab. 1.

Tabela 1 (cd.)

1	2	3
Dreszcze lub drgawki*	12,0	6,0
Uczucie parcia na pęcherz i częstsze oddawanie moczu*	35,9	19,1
Uczucie zmęczenia niezwiązanego z pracą*	58,2	36,9
Zaparcia*	21,8	13,5
Krwawienie z nosa*	6,3	4,9
Gwałtowne skoki ciśnienia krwi*	44,4	22,1

U w a g a: * różnica istotna statystycznie (V Cramera dla $p < 0,01$).

Źródło: opracowanie własne na podstawie Diagnozy Społecznej (2015).

Porównując osoby niepełnosprawne i sprawne, można również zaobserwować statystycznie istotne różnice pomiędzy oceną każdego aspektu wchodzącego w zakres indeksu zdrowia psychicznego. Ogólnie rzecz biorąc, osoby niepełnosprawne odznaczają się wyższym stopniem depresyjności (tab. 2). Tylko w odczuciu 6,4% osób niepełnosprawnych żadna z ocenianych kwestii w ich przypadku nie uległa pogorszeniu w ciągu „ostatniego czasu”. Takich osób sprawnych było natomiast 27,6%.

Tabela 2. Zdrowie psychiczne. Symptomy depresji u osób niepełnosprawnych i sprawnych. Odsetek osób negatywnie oceniających dany aspekt w odniesieniu do przeszłości

Oceniany aspekt	Osoby niepełnosprawne	Osoby sprawne
Ocena wyglądu*	58,7	34,9
Zapał do pracy*	68,7	33,5
Jakość snu*	70,8	43,5
Poczucie zmęczenia*	84,6	57,0
Apetyt*	48,2	25,7
Martwienie się o zdrowie*	60,9	26,9
Zainteresowanie seksem*	81,5	51,2

U w a g a: * różnica istotna statystycznie (V Cramera dla $p < 0,01$).

Źródło: jak do tab. 1.

przypadku działa podobny mechanizm jak u osób niepełnosprawnych. Dolegliwości zdrowotne skutkują obecnością większej liczby „zatroskanych” osób, co wpływa na wielkość sieci społecznych, w których funkcjonuje dana jednostka.

5. Zdrowie psychiczne

Modele, w których zmienną wyjaśniającą było zdrowie psychiczne, charakteryzowały się najwyższą wartością predykcijną zarówno w przypadku osób niepełnosprawnych, jak i sprawnych (R^2 równe odpowiednio 0,310 i 0,440). Oznacza to, że zmienność oceny zdrowia psychicznego niepełnosprawnych w jednej trzeciej wyjaśniają zmienne uwzględnione w modelu, a osób sprawnych – w blisko połowie. Uzyskany efekt jest skutkiem istotnego wpływu relatywnie dużej liczby analizowanych zmiennych. Niższym poziomem depresyjności, a zarazem lepszą kondycją psychiczną odznaczają się niepełnosprawni mężczyźni w porównaniu z kobietami. W przypadku tej kategorii osób częstość występowania symptomów depresyjnych zwiększa się z wiekiem. Podobnie jak poprzednio, wiek jest bardzo silnym predyktorem problemów natury psychicznej. Istotne znaczenie ma również poziom uzyskanego wykształcenia. W porównaniu z tymi, którzy skończyli edukację na poziomie podstawowym każdy inny poziom wykształcenia gwarantuje mniejsze natężenie symptomów depresyjnych. Swoje zdrowie psychiczne lepiej oceniają osoby o wyższych dochodach – niepełnosprawni o zarobkach pomiędzy 2 i 3 kwartylem oraz zarabiający najwięcej (powyżej 3 kwartyła) istotnie lepiej oceniają zdrowie psychiczne w porównaniu z reprezentantami dwóch najniższych kategorii dochodowych. W obrębie statusu społeczno-zawodowego istotnie gorzej, w porównaniu z pracownikami sektora publicznego, pod względem zdrowia psychicznego wypadają renciści, emeryci oraz bezrobotni. W przypadku pozostałych kategorii statutowych nie zarejestrowano istotnych różnic w porównaniu z kategorią referencyjną. Miejsce zamieszkania nie wpływa na ocenę zdrowia psychicznego. Problemy natury psychicznej dotyczą mocniej osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (w porównaniu z kategorią referencyjną). Ten wpływ widoczny jest także u osób o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, ale u tych pierwszych siła tej zależności jest znacznie większa. Również i w tym modelu ujawnia się niezależny, istotny wpływ kapitału spajającego. Uczestnictwo w szerszych i bardziej aktywnych sieciach społecznych pociąga za sobą lepszą kondycję psychiczną. Podobnie jak w przypadku zdrowia fizycznego, nie zarejestrowano wpływu kapitału pomostowego.

W wymiarze zdrowia psychicznego u osób sprawnych uwidacznia się podobny wzór zależności. W zbiorze zmiennych socjodemograficznych kluczowe znaczenie ma wiek. Z każdą kolejną kategorią wiekową siła jego negatywnego wpływu rośnie. Lepiej swoje zdrowie psychiczne oceniają mężczyźni w porównaniu z kobietami oraz osoby z wykształceniem co najmniej gimnazjalnym. Wyższe

zarobki, przynajmniej na poziomie 1–2 kwartyła, gwarantują lepsze samopoczucie psychiczne w porównaniu z zarabiającymi najmniej. Na swoje zdrowie psychiczne częściej skarżą się również mieszkańcy miast największych (ponad 500 tys.) i dużych (200–500 tys.) w porównaniu z mieszkańcami wsi. Fakt zamieszkiwania w mniejszych miastach nie ujawnia takich różnic w porównaniu z kategorią referencyjną. Istotnie gorsze zdrowie psychiczne deklarowali też renciści i emeryci. Wśród innych kategorii statusu społeczno-zawodowego oceny te są zbliżone. W przypadku osób sprawnych kapitał spajający odgrywa istotną rolę. Im rozleglejsze sieci społeczne i większa częstotliwość kontaktów z osobami, które je tworzą, tym mniej dolegliwości natury psychicznej. Kapitał pomostowy w tym wypadku nie zaznaczył swojego wpływu.

6. Zadowolenie z życia

Jak zaznaczono powyżej, zadowolenie z życia koreluje dodatnio ze zdrowiem fizycznym, jednak dla ogółu badanych większa siła zależności ujawnia się pomiędzy zadowoleniem z życia a zdrowiem psychicznym ($r = 0,452$ dla $p < 0,01$).

Siła predykcyjna modeli wyjaśniających zmienność oceny zadowolenia z życia jest porównywalna do siły predykcyjnej modeli „zdrowia fizycznego” (R^2 dla osób niepełnosprawnych równe 0,101, a dla sprawnych 0,118).

Inaczej niż poprzednio, dla osób niepełnosprawnych zadowolenie z życia nie zależy od wieku czy płci. Jedynie osoby z kategorii wiekowej 45–55 lat charakteryzują się istotnie niższym poziomem życiowej satysfakcji w porównaniu z kategorią referencyjną, reprezentowaną przez najmłodszych uczestników badania. Zadowolenie z życia jest jednak pochodną „życiowych osiągnięć”, jeśli za takie uznać wykształcenie i wysokość indywidualnych dochodów. Każdy poziom wykształcenia inny niż „podstawowy” skutkuje wyższym stopniem satysfakcji. Jest ona większa także w przypadku przedstawicieli dwóch ostatnich kategorii dochodowych. Istotnie mniejszym zadowoleniem z życia odznaczają się niepełnosprawni mieszkańcy największych miast (powyżej 500 tys.). W pozostałych kategoriach, w porównaniu z mieszkańcami wsi, nie odnotowano istotnej różnicy. Skonfrontowanie pod względem satysfakcji z życia reprezentantów różnych kategorii statusu społeczno-zawodowego ujawnia brak istotnych różnic. Jedynie bezrobotni odznaczają się istotnie bardziej negatywną oceną w porównaniu z pracownikami sektora publicznego. Interesującym spostrzeżeniem jest to, iż zadowolenie z życia nie zależy od stopnia niepełnosprawności. Nie ma znaczenia głębokość dysfunkcji, jeśli wyłączone zostanie oddziaływanie innych zmiennych. Istotny jest natomiast wpływ zarówno kapitału spajającego, jak i pomostowego. Większe i bardziej aktywne sieci społeczne, z większą liczbą pomostów łączących sieci ze sobą, wpływają pozytywnie (i co najważniejsze – niezależnie) na zadowolenie z życia.

U osób sprawnych charakter zależności jest odmienny. U nich zadowolenie z życia jest bowiem pochodną wieku – im starsza osoba, tym deklarowana niższa satysfakcja. Znaczenie ma też wykształcenie oraz dochód (o analogicznym wzorze oddziaływania jak u osób niepełnosprawnych). Dane pokazują ponadto, że najbardziej zadowoleni z życia są mieszkańcy wsi oraz najmniejszych miast. Pod tym względem zyskują przewagę nad mieszkańcami wszystkich pozostałych miejscowości. Istotne zróżnicowanie ujawnia się także w obrębie statusu społeczno-zawodowego. W porównaniu z reprezentantami kategorii referencyjnej bardziej zadowoleni z życia są prywatni przedsiębiorcy, uczniowie i studenci oraz – co może zaskakiwać – emeryci. Wpływ na zadowolenie z życia wśród osób sprawnych ma również kapitał spajający. Im większa zasobność tej formy kapitału, tym większa życiowa satysfakcja. Nie odnotowano natomiast istotnego wpływu kapitału pomostowego w tym aspekcie.

7. Podsumowanie

Na podstawie wyników przeprowadzonej analizy można sformułować trywialny wniosek, od którego rozpoczyna się większość analiz dotyczących osób niepełnosprawnych: niepełnosprawność determinuje jakość życia nie tylko wskutek dysfunkcyjnych ograniczeń z nią związanych, lecz także poprzez fakt, że jest nierozzerwalnie związana z pewnymi cechami socjodemograficznymi (przede wszystkim wiekiem), które dodatkowo wzmacniają czynniki odpowiedzialne za działanie mechanizmu wykluczenia społecznego. Poszukując skutecznego remedium, które pozwoliłoby osobom niepełnosprawnym włączyć się w główny nurt życia społecznego (w wymiarze osobistym, edukacyjnym czy zawodowym), sięga się po rozwiązania instytucjonalne, które w zamierzeniu mają skutkować zmianą utrwalonych wzorców myślenia i praktyk społecznych wpływających w sposób niekorzystny na postawy wobec niepełnosprawności (Gąciarz, Rudnicki [red.] 2014). Jednakże, aby możliwe stało się podejmowanie działań o charakterze instrumentalnym w celu pozyskania dodatkowych zasobów (zdobycia wykształcenia, zatrudnienia, szacunku społecznego, itp.), konieczne jest utrzymanie zasobów emocjonalnych pod postacią zdrowia fizycznego, psychicznego czy zadowolenia z życia. Są one dużo bardziej istotne od tych pierwszych – ich brak prowadzi do fizycznego i mentalnego zagrożenia dla czyjegoś istnienia (Lin 2004: 46). Kapitał społeczny w jego spajającej formie ma szansę stać się skutecznym wsparciem dla działań o charakterze emocjonalnym. Dane poddane analizie dowodzą, że osoby niepełnosprawne w porównaniu osobami sprawnymi charakteryzują się, co oczywiste, nie tylko gorszym zdrowiem fizycznym, ale i psychicznym oraz idącym z nimi w parze mniejszym zadowoleniem z życia. Charakteryzuje je również niższy zasób kapitału społecznego. Funkcjonują w mniejszych sieciach społecznych opartych na przyjacielskich relacjach, co obniża szanse na utrzymywanie

regularnych kontaktów z bliskimi, przyjaciółmi i znajomymi. Szanse na czerpanie z zasobów umiejscowionych w innych sieciach społecznych są relatywnie niższe – niepełnosprawni odznaczają się względnie mniejszą liczbą kontaktów pomocowych, które łączyłyby ich z reprezentantami innych, niż ich własne, kręgów społecznych. Niemniej jednak, niezależnie od obserwowanych deficytów, kapitał społeczny u osób niepełnosprawnych (szczególnie w jego spajającej postaci), niezależnie od ich charakterystyk społeczno-demograficznych i stopnia niepełnosprawności, wpływa istotnie na ocenę zdrowia fizycznego, psychicznego oraz satysfakcji z życia. Co zostało podkreślone wcześniej, wpływ ten w przypadku zdrowia fizycznego może być zaskoczeniem – im wyższy zasób kapitału spajającego, tym niższa ocena zdrowia. Zależność tę, jak sugerowano, można wyjaśnić przyczynowością odwrotną od założonej – słaba kondycja zdrowotna osoby niepełnosprawnej skutkuje większą troską osób bliskich i większą częstotliwością kontaktów, które są z nią utrzymywane. Wśród wszystkich trzech testowanych modeli ten dotyczący zdrowia psychicznego odznacza się największą wartością predykcijną – skłonność do depresji bardzo mocno warunkowana jest cechami socjodemograficznymi (szczególnie wiekiem, wykształceniem i poziomem dochodów), ale także kapitałem spajającym. W przypadku osób niepełnosprawnych znaczenie ma zarówno ich miejsce w strukturze społecznej, jak i charakter sieci społecznych, w których funkcjonują. Podobnie jest z zadowoleniem z życia – tutaj swoją niezależną rolę odgrywa nie tylko kapitał spajający, lecz także pomostowy. Ocena życia i pragnienie życia to pochodna zarówno szeroko rozumianego statusu społecznego, jak i wsparcia społecznego bliskich oraz dostępności do zasobów pozostających w posiadaniu osób z innych kręgów społecznych. Dostrzeganie tych zależności może pomóc w odejściu od prób interpretowania niepełnosprawności głównie przez pryzmat dysfunkcji zdrowotnych (medykalizacji niepełnosprawności) (Sieglar, Osmond 1974; Zola 1983; Conrad 1992) i koncentracji na społecznym modelu niepełnosprawności (Finkelstein 1980; Oliver 1981, 1990; Barnes 2012). Kwestie zdrowotne to nie tylko twarde wskaźniki medyczne i próba ich poprawy poprzez leczenie czy rehabilitację, ale też trudniej mierzalne relacje z innymi, wsparcie społeczne, poczucie przynależności oraz bycia potrzebnym i kochanym. Zaspokojenie opisanych potrzeb jest warunkiem koniecznym dla budowania własnej podmiotowości i pokonywania ograniczeń zarówno fizycznych, jak i powiązanych ze stygmatyzowaniem niepełnosprawności.

Bibliografia

- Adler P. S., Kwon S.-W. (2002), *Social capital: Prospects for a new concept*, "Academy of Management Review", No. 27, s. 17–40.
- Arrow K. J. (1999), *Observation on social capital*, [w:] P. Dasgupta, I. Serageldin (eds.), *Social Capital. Multifaceted Perspective*, The World Bank, Washington D.C., s. 3–5.

- Barnes C. (2012), *Understanding the social model of disability: past, present and future*, [w:] N. Watson, A. Roulstone, C. Thomas (eds.), *Routledge Handbook of Disability Studies*, Routledge, London–New York, s. 12–29.
- Burt R. S. (1982), *Toward Structural Theory of Action. Network Models of Social Structure, Perception, and Action*, Academic Press, New York.
- Conrad P. (1992), *Medicalization and social control*, “Annual Review of Sociology”, No. 18, s. 209–232.
- Czapiński J. (2013), *Jakość życia w Polsce – wygrani i przegrani*, [w:] J. Czapiński, T. Panek (red.), *Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa.
- Diagnoza Społeczna. Zintegrowana baza danych (2015), <http://www.diagnoza.com> [dostęp: 18.07.2015].
- Field J. (2008), *Social Capital*, Routledge, New York.
- Fine B. (2010), *Theories of Social Capital. Researchers Behaving Badly*, Pluto Press, London–New York.
- Finkelstein V. (1980), *Attitudes and Disabled People*, World Rehabilitation Fund, New York.
- Fujiwara T., Kawachi I. (2008), *Social capital and health. A study of adult twins in the U.S.*, “American Journal of Preventive Medicine”, No. 2, s. 139–144.
- Gąciarz B., Rudnicki S. (red.) (2014), *Polscy niepełnosprawni. Od kompleksowej diagnozy do nowego modelu polityki społecznej*, Wydawnictwa Akademii Górniczo-Hutniczej, Kraków.
- Granovetter M. (1973), *The strength of weak ties*, “American Journal of Sociology”, No. 78, s. 1360–1380.
- Kawachi I., Kennedy B. P., Glass R. (1999), *Social capital and self-rated health: Contextual analysis*, “American Journal of Public Health”, No. 8, s. 1187–1193.
- Kawachi I., Kennedy B. P., Lochner K., Prothrow-Stith D. (1997), *Social capital, income inequality, and mortality*, “American Journal of Public Health”, No. 9, s. 1491–1498.
- Lin N. (1986), *Conceptualizing Social Support*, [w:] N. Lin, A. Dean, W. M. Ensel (eds.), *Social Support, Life Events, and Depression*, Academic Press, Orlando, s. 17–30.
- Lin N. (1999), *Building a network theory of social capital*, “Connections”, No. 22, s. 28–51.
- Lin N. (2000), *Inequality in social capital*, “Contemporary Sociology”, No. 29, s. 785–795.
- Lin N. (2001), *Building a network theory of social capital*, [w:] N. Lin, K. Cook, R. S. Burt (eds.), *Social Capital. Theory and Research*, Aldine de Gruyter, New York, s. 3–29.
- Lin N. (2004), *Social Capital. A Theory of Social Structure and Action*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Lin N. (2008), *A network theory of social capital*, [w:] D. Castiglione, J. W. van Deth, G. Wolleb (eds.), *The Handbook of Social Capital*, Oxford University Press, New York, s. 50–69.
- Lin N., Ao D. (2008), *The invisible hand of social capital. An exploratory study*, [w:] N. Lin, B. H. Erickson (eds.), *Social Capital. An International Research Program*, Oxford University Press, New York, s. 107–132.
- Masłyk T., Migaczewska E. (2014), *Charakter użytkowania Internetu przez osoby niepełnosprawne i sprawne w perspektywie cyfrowego wykluczenia – analiza porównawcza*, „Studia Socjologiczne”, nr 2, s. 175–201.
- Mithen J., Aitken Z., Ziersch A., Kavanagh A. M. (2015), *Inequalities in social capital and health between people with and without disabilities*, “Social Science & Medicine”, No. 126, s. 26–35.
- Newton K. (1997), *Social Capital and Democracy*, “American Behavioral Scientist”, No. 40, s. 575–586.

- Oliver M. (1981), *A New Model of the Social Work Role in Relation to Disability*, [w:] J. C. Campling (ed.), *The handicapped person: A new perspective for social workers?*, Radar, London, s. 19–32.
- Oliver M. (1990), *The Politics of Disablement*, Macmillan, Basingstoke.
- Ostrom E., Ahn T. K. (2009), *The meaning of social capital and its link to collective action*, [w:] G. T. Svendsen, G. L. H. Svendsen (eds.), *Handbook of Social Capital. The Troika of Sociology, Political Science and Economics*, Edward Elgar, Cheltenham–Northampton, s. 17–35.
- Pająk K. (2006), *A Tool for Measuring Bridging Social Capital*, Paper presented at the Conference of the ESA Research Network for the Sociology of Culture, 15–17 November 2006, Ghent (Belgium).
- Portes A. (1998), *Social capital: Its origins and applications in modern sociology*, “Annual Review of Sociology”, No. 24, s. 1–24.
- Portes A., Landolt P. (1996), *The downside of social capital*, “The American Prospect”, No. 26, s. 18–22.
- Putnam R. D. (2008), *Samotna gra w kręgle. Upadek i odrodzenie wspólnot lokalnych w Stanach Zjednoczonych*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- Putnam R. D., Goss K. A. (2004), *Introduction*, [w:] R. Putnam (ed.), *Democracies in Flux: The Evolution of Social Capital in Contemporary Society*, Oxford University Press, New York, s. 3–18.
- Sieglar M., Osmond H. (1974), *Models of Madness: Models of Medicine*, Macmillan, New York.
- Solow R. M. (1999), *Notes on social capital and economic performance*, [w:] P. Dasgupta, I. Serageldin (eds.), *Social Capital. Multifaceted Perspective*, The World Bank, Washington D.C., s. 6–10.
- Zola I. K. (1983), *Socio-Medical Inquiries. Recollections, Reflections, and Reconsiderations*, Temple University Press, Philadelphia.

Tomasz Maslyk

SOCIAL CAPITAL OF PEOPLE WITH DISABILITIES AS A BASE FOR THE EXPRESSIVE ACTION AND ITS EFFECTS ON PHYSICAL HEALTH, MENTAL HEALTH AND LIFE SATISFACTION

Abstract. The aim of the article was to present the relationship between social capital, taking into account its two forms: bonding and bridging capital, and emotional benefits achieved by people with disabilities as a result of its impact. At the stage of analysis we distinguish three types of benefits: physical health, mental health and life satisfaction. Conceptual framework is based on the guidelines proposed by Nan Lin in his structural theory of social capital. The empirical analysis is based on data from studies of the Social Diagnosis 2015. The main conclusion according to the results of the analysis was that social capital in an independent manner, during control of the influence of sociodemographic variables and the degree of disability, affects the quality of life of people with disabilities. In the case of physical health it was observed its negative impact, but in relation to mental health and life satisfaction the impact was positive.

Keywords: disability, health, social capital, Social Diagnosis.