

Studia Socialia Cracoviensia



Uniwersytet Papieski
Jana Pawła II
w Krakowie

Hajnalka Lipcseiné Fényes, Ildikó Pető
*The present and future vision of siblings
of adults with intellectual disabilities*

5

Rev. Janusz Mariański
*Catholic marital and family morality
in the assessment
of school youth in 2017–2024*

21

Paulina Niemyska

*The process of building a sense of agency
in parents of newborns with disabilities
in neonatal pathology wards
on the example of Poland and Sweden*

51

Studia Socialia Cracoviensia



RODZINA JAKO ŚRODOWISKO WSPARCIA I ROZWOJU

Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie
Wydział Nauk Społecznych

Studia Socialia Cracoviensia
Czasopismo Wydziału Nauk Społecznych
Uniwersytetu Jana Pawła II w Krakowie

REDAKTOR NACZELNY

Grzegorz Godawa (Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie)

SEKRETARZ REDAKCJI

Katarzyna Wojtanowicz (Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie)

Ten utwór jest dostępny na licencji Creative Commons
Uznanie autorstwa 4.0 Międzynarodowe (CC BY 4.0)



Copyright © 2025 by Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

ISSN 2080-6604 (wersja drukowana) • ISSN 2391-6710 (wersja online)

Publikacja finansowana przez Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

Adres redakcji: 31-002 Kraków, ul. Grodzka 40

Wydawca: Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie

E-mail: ssc@upjp2.edu.pl • Telefon: +48 12 422 10 83

Online: <https://czasopisma.upjp2.edu.pl/studiasocialiacracoviensia>

Contents

- 5 HAJNALKA LIPCSEINÉ FÉNYES, ILDIKÓ PETŐ
The present and future vision of siblings of adults with intellectual disabilities
- 21 KS. JANUSZ MARIAŃSKI
Katolicka moralność małżeńsko-rodzinna
w ocenie młodzieży szkolnej w latach 2017–2024
- 51 PAULINA NIEMYSKA
Proces budowania poczucia sprawczości u rodziców noworodków
z niepełnosprawnością na oddziałach patologii noworodka
na przykładzie Polski i Szwecji

Hajnalka Lipcseiné Fényes

 <https://orcid.org/0009-0008-0672-5172>

 lipcseinehajni@gmail.com

Ildikó Pető

 <https://orcid.org/0000-0003-0549-0216>

 peto.ildiko@ped.unideb.hu

University of Debrecen

 <https://ror.org/02xf66n48>

The present and future vision of siblings of adults with intellectual disabilities

 <https://doi.org/10.15633/ssc.13201>

ABSTRACT*The present and future vision of siblings of adults with intellectual disabilities*

Siblings play an important role in the lives of individuals with intellectual disabilities, as typically developing children can serve as role models and have a positive influence on everyday functioning. As they reach adulthood, non-disabled siblings may become caregivers for their intellectually disabled siblings, taking part in decision-making and assuming increased – or even sole – responsibility for siblings who require support due to the ageing, illness, or death of their parents. This study presents the findings of a semi-structured interview survey conducted in Hungary on the experiences of siblings in adulthood, at a time when their roles within the family are changing or are expected to change. One aim of the broader survey was to explore the responses of 11 siblings in order to understand how they perceive the future: the care of their intellectually disabled sibling and, importantly, the impact of this responsibility on their own personalities. One of the most important findings, which may offer a lesson for the social care system, is that – due to negative societal attitudes and the characteristics of the institutional system – siblings do not view institutional care as an opportunity to support independent living. According to the participants, the influence of their intellectually disabled siblings on their own personality development was positive, making them more accepting and more supportive of other people's difficulties.

KEYWORDS: adulthood; intellectual disability; siblings; relationships; vision for the future

The relationship between people with intellectual disabilities and their siblings

Throughout our lives, our relationship with our siblings is among the most complex and longest-lasting bonds, in which a shared past plays an important role. The sibling relationship is normally accompanied by ambivalent feelings arising from conflicting personality traits, jealousy, alliances, and quarrels, but also from happy and precious moments. After gaining some distance as a result of adult responsibilities, siblings may provide support for one another when caring for aging parents and, later, when facing their own challenges associated with old age (Armbrust, 2013).

The relationship between parents and their non-disabled children is shaped by the multitude of tasks related to the disabled child, concerns about the disabled child's development, and other responsibilities; therefore, parents generally have less quality time with their typically developing children. In connection with this idea, Kálmán and Könczei (2002) emphasize that the difficulties

associated with raising a disabled child can lead to the healthy child developing an adult-like attitude and being expected to be understanding, empathetic, and willing to make sacrifices. According to Radványi (2013), typically developing siblings may develop feelings of jealousy and fear of being different during childhood, a desire for information during the school years, and then, during adolescence, they may become a source of support for their parents in caring for and providing for their sibling with special needs.

Experts agree that one of the important elements of the family relationship system is the relationship between the disabled person and their non-disabled sibling(s). Within the family, all relationships have multiple reciprocal effects on one another: actions and reactions shape expressions and emotions between siblings, forming the basis for cohesion or estrangement in adulthood (Gallagher and Bristol, 1989, cited in Radványi, 2013).

Factors influencing sibling relationships

The factors determining sibling relationships can basically be divided into two types. From the perspective of personality development, biological characteristics and genes play an important role in determining gender, appearance, phenotype, and the individual's physical and mental health (Cole and Cole, 2006), as well as birth order, age differences between siblings, and gender. On the other hand, personality development and the formation of social relationships are influenced by experiences within the family, interpersonal models, and experiences gained in a more immediate socialization environment (Stipkovits, 2017; Leman, 2019).

Families raising children with disabilities may, because of an imbalance in family functioning, neglect their typically developing children and spend little time with them. This can result in various behavioral symptoms or school-related problems as children try to draw attention to themselves, expressing accumulated tension and feelings of exclusion. In fortunate cases, recognizing inappropriate parenting attitudes can shift the family's balance toward positive change (Kálmán, 2004).

Family relationship patterns undergo constant and regular transformation and mutually shape one another, much like changes in family life cycles, when parents are forced to take on new roles as their children develop and grow (Kálmán, 2004; Radványi, 2013). Based on psychological and social studies of siblings of persons with disabilities, the prevailing view in the 1970s (Farber,

Gath, cited in Rossiter and Sharpe, 2001) was that the diversion of parents' attention away from the personality development of their typically developing children was clearly detrimental, leading to narrower social relationships and isolation from peers. Later research (Bagenholm and Gillberg; Cuskelly and Gunn; McHale and Gamble; Rodrigue, Geffken, and Morgan, cited in Rossiter and Sharpe, 2001) identified several negative factors; for example, higher rates of depression, more behavioral disorders, and lower perceived acceptance by the environment – findings that were more typical among sisters. Regardless of gender, healthy siblings spent more time doing household chores and were assigned more caregiving tasks, which may explain their less frequent participation in community activities.

In the early 2000's, several research findings were published (McHale, Updegraff, and Feinberg, cited in Shivers and Dykens, 2017) describing similar characteristics among typically developing siblings of children with intellectual disabilities, most prominently in social-emotional competencies. According to these studies, siblings of children with disabilities are more empathetic and understanding, more helpful with household chores, more caring, and better at adapting to different situations; however, depending on social, environmental, and family patterns, they may also be more prone to deeper feelings of unhappiness and sadness. During social interactions and shared activities, conflicts between siblings are less common, and siblings of children with disabilities tend to handle them more flexibly. In most cases, they treat their siblings with higher support needs in a protective, caring, and loving manner, but they may suppress negative feelings – mainly toward their parents – and this can influence their personality development (Kálmán and Könczei, 2002). Typically, at the beginning of the sibling relationship, they treat their sibling with higher support needs lovingly and gently, even though jealousy and fear of illness and difference may develop during childhood (Hannam, 1985, cited in Radványi, 2013).

Characteristics of sibling relationships in adulthood

In the case of siblings with intellectual disabilities, a different developmental trajectory may alter personality development during adolescence, which can manifest as delays in planning, partnering, and career choice. Often remaining in a childlike role, the parents make decisions about their disabled child's life after school, including employment, the possibility of forming and/or maintaining social relationships, and placement in an institution (Hatos, 2012).

Because of inequality in abilities and opportunities, the competition that typically develops may not occur; instead, growing responsibility and the desire to care for the sibling, as well as maternal and paternal behavior, become decisive factors in the sibling relationship (Kálmán and Könczei, 2002).

In the non-disabled population, sibling support is strongest in older age; because of changes in memory, childhood events may be easier to recall. Even in the context of narrowed social relationships, siblings can represent the most secure point and the closest bond (Hammer, 2016). According to Petri (2015), not only loneliness but also an increased need for reconciliation and closure of past grievances and disputes can bring siblings closer during a period marked by loss and farewells. Successfully resolving earlier conflicts and reconnecting after reconciliation can provide strong emotional support, and a peaceful, loving relationship and mutual support can bring siblings closer.

Researchers have found mixed results when examining the emotional bond between siblings with intellectual disabilities and their typically developing siblings. Some findings (White and Riedmann, cited in Doody, Hastings, O'Neill, and Grey, 2010) suggest that physical closeness and genetic similarity strengthen emotional bonds, while other experts (Floyd, cited in Doody, Hastings, O'Neill, and Grey, 2010) conclude that the degree of contact and family changes – such as parental loss or the birth of a child – determine emotional bonds. A survey conducted around the millennium (Orsmond and Seltzer; Pruchno, Patrick, and Burant, cited in Doody, Hastings, O'Neill, and Grey, 2010) found that adults generally have strong bonds with their siblings with intellectual disabilities; this bond tends to be stronger among female siblings due to close emotional ties during adolescence and supportive parental behavior. In contrast, high support needs and challenging behavior can weaken the bond between siblings. Notably, in typical sibling relationships, intellectual disability does not significantly affect the frequency of communication or the degree of emotional closeness in everyday life. The number of conflicts increases with age, although in the case of individuals with intellectual disabilities, the level of intellectual functioning must be taken into account (Doody, Hastings, O'Neill, & Grey, 2010).

The issue of sibling care

Due to higher living standards, life expectancy at birth for people with intellectual disabilities doubled from 33 years in the first third of the 19th century

to the turn of the millennium, creating serious challenges for care systems. As they age, their health may deteriorate more rapidly than that of the general population, and their mental and cognitive abilities may decline; this, on the one hand, makes access to health services more difficult and, on the other hand, given shortcomings in health and social services, increases the need for intensive care (Pető, 2021).

When parents can no longer provide care, siblings most often assume daily responsibilities associated with increased support needs. The decision between caring in the home environment or institutional placement depends on a number of factors, such as childhood experiences, parental attitudes, and the degree of disability. The extent of care provided for a disabled sibling is influenced by the financial situation of the non-disabled sibling, their career opportunities, emotional relationships within their own family, and geographical distance (Pető, 2021).

Higher support needs among siblings with intellectual disabilities encourage (or force) their typically developing adult siblings to assume greater responsibility for caregiving or administrative matters. The extent of these additional duties – whether voluntary or imposed – can be reduced by a family support network; if someone can help with daily care, responsibilities are less likely to be experienced as burdensome. However, substantial time spent on physical care, challenging behavior, and communication difficulties can weaken emotional bonds and make it harder to experience closeness and affection. Adults caring for siblings with intellectual disabilities face new role demands, often taking a more hierarchical position as substitutes for parents who previously performed caregiving tasks. In addition to their traditional, emotionally based sibling role, they may now be responsible for daily care, support, decision-making, and guidance for personal development. Nearly all siblings caring for adults with intellectual disabilities must navigate multiple role expectations across all areas of life. Most report satisfaction and a balanced, loving relationship with their disabled sibling, but many would welcome delegating some tasks to a professional, a parent, or another relative (Dorsman, Waninge, Schans, Luijkx, & Putten, 2023).

The survey

Purpose and method of the survey

The aim of the survey was to assess the relationship between siblings of adults with disabilities and their disabled siblings, focusing on the quality of their relationship in terms of how they organize their daily lives, how they shape or have shaped their living conditions, and how they feel about caring for their siblings in the future.

The survey was conducted using semi-structured interviews and addressed several questions. It was structured around seven topics: (1) the interviewees' personal data, (2) data, characteristics, and abilities related to their siblings with disabilities, (3) childhood experiences, feelings, and memories related to siblings and parents, (4) current living conditions, (5) relationship quality, (6) questions about the future, and (7) the impact of the disabled sibling on the interviewees' personalities and lives. This study focuses on the "present" and reports experiences related to the current situation of siblings (topics 4–7).

Participants

The survey involved 11 adults (7 women and 4 men) living in settlements in one of Hungary's eastern counties who have siblings with intellectual disabilities. The average age of the respondents was 39.5 years; the youngest was 25 and the oldest 58 at the time of the interview. The average age difference between the disabled and non-disabled siblings was seven years, with a minimum of two and a maximum of 18 years between the births of the two siblings.

Among the disabled siblings of the respondents, eight were male and three were female. The youngest was 25 and the oldest 62, and their average age was 40 at the time of the interview. Based on expert committee opinions, medical documents identified intellectual disability as moderate in six cases, severe in three cases, and mild in two cases. In one case, mobility impairment and hearing loss, and in another case, visual impairment, complicate the condition. Five individuals were in good general health, while six have various chronic illnesses (epilepsy, diabetes, heart problems, thyroid disease, orthopedic abnormalities, and skin disease).

Four of the respondents' siblings with disabilities require only minor assistance with self-care (personal hygiene, dressing, eating), while seven require more assistance with activities (e.g., serving food, using buttons and zippers, and personal hygiene).

Presentation of survey results

Assessment of current living conditions

The quality and "content" of the sibling relationship was influenced by current living conditions, as living in the same household and the distance between residences could affect both the quality and quantity of care provided. The number of participants living together with their sibling was almost equal to the number living separately.

The family arrangements of participants living together (five people) were mixed, with most living with one or both parents and non-disabled siblings. Three young adult respondents are not yet married, do not have children, and live in their parents' house, but plan to start a family and move out. One respondent moved back to her parents' home with her young daughter after a divorce, partly for financial reasons and partly to help her aging mother care for herself and her sibling. One man assumed care of his younger disabled brother after the death of their parents, which was an obvious solution for him because he was the only one of the three typically developing siblings who had not yet started a family and he lived closest to his younger disabled brother. In only two cases was co-residence in adulthood motivated primarily by a desire to care for the disabled sibling; for three people, it was driven mainly by developments in their private lives. One person living in the same household does not participate in the care and supervision of his severely disabled brother, as their mother still performs all caregiving tasks. Four people supervise or care for their disabled sibling depending on the sibling's level of self-sufficiency. Official matters are handled by the parents, and the siblings interviewed merely express their opinions or accompany their siblings on outings.

All respondents living in separate households (six people) are married or in a relationship, and their residence is no more than 40 km from their parents. One respondent lives with his children in a separate household but in the same building as his mother and disabled sibling. Five respondents sought accommodation close enough to their parents and disabled sibling to be able to help

if necessary. However, according to their responses, those living in separate households (except for one person) do not participate in the care and supervision of their siblings. The choice of residence was not influenced by the need to care for a disabled sibling in only one respondent's life.

Respondents were asked whether the severely limited income opportunities of disabled family members affected their financial situation. The responses indicate that caring for a disabled person does not represent, or represents only to a small extent, a financial disadvantage. However, those living in shared households are more affected by the allocation of available financial resources. Based on their experiences, they are at a slight financial disadvantage because their sibling with special needs requires assistive devices and more medication. They also pointed out that the caregiver parent's inactive labor market status causes financial difficulties. Having a sibling with different developmental abilities does not affect the financial situation of those living in separate households.

Half of the respondents (six people) believe it is necessary or desirable to contribute to expenses related to their disabled sibling. One respondent contributes to regular daily/weekly/monthly expenses (housing and maintenance costs), two prefer to buy vitamins, fruit, or clothing to promote well-being and health, and three contribute in both ways.

Family relationships among the survey participants

When mapping relationships, the survey focused primarily on the quality of bonds and how they change.

Nearly half of the surveyed adults (five people) reported that their feelings toward their disabled sibling had not changed and described strong attachment, love, and acceptance. According to five respondents, their feelings have changed in a positive direction: they have learned to accept the disability, and negative feelings such as shame and guilt have disappeared. One female respondent is concerned about her younger brother's increasingly frequent behavioral problems, which is new compared to earlier periods, but her sisterly love remains unbroken. In addition to a positive, accepting attitude, five respondents reported the emergence of "responsible thinking" and a sense of "dependency." One respondent described the current relationship with her younger brother as distant, which she associated with moving out of the parental home and spending less time together.

Six people meet their disabled sibling in person or online every day; two of these respondents live separately. One female respondent visits her family several times a week, while three visit once or twice a week. Five respondents stated that they have no specific joint activities, which they attributed to their sibling's condition, while one respondent reported having no need for joint activities due to emotional distance. Three respondents aim to spend quality time together; because of the sibling's condition, this usually means simply being together, talking, and watching television. Only one respondent reported going on trips or to the movies, and one mentioned discussing tasks related to their baby, which they consider a pleasant, adult-like pastime. Comparing responses from participants living together versus separately, no clear relationship emerged between co-residence and the frequency or quality of joint activities.

Sibling relationships can also be characterized by conflict frequency and outcomes. According to responses, arguments and quarrels do not occur or occur very rarely in seven sibling relationships; given earlier responses, this is not necessarily a positive indicator. Relationships without disagreements are typically those in which the respondent does not participate in caregiving; they spend less time together and usually do not have joint activities. Living in the same household – especially when there is a power imbalance due to caregiving needs – creates many opportunities for minor or major conflicts, as reported in the interviews. Disagreements occur more often in co-residing sibling relationships than between siblings living at different addresses, but conflicts are resolved quickly and the disabled person ultimately understands and accepts the sibling's perspective.

In addition to disagreements, problems may arise from the physical and mental condition of the disabled person, which can become more common with age. Eight of the disabled siblings of the survey participants showed physical and/or mental deterioration as early as their thirties. These negative changes affect both parents and siblings, as it can be difficult to face age-related decline. However, the sister of a 25-year-old woman with severe intellectual disabilities reported psychological improvement, increased activity, and greater independence, which she attributed to changes in institutional care and a new environment.

Respondents were also asked to describe their role in the life of their disabled sibling. Three described their relationship as that of surrogate parents. One respondent described it as a dependency relationship. All respondents living in the same household mentioned hierarchy, dependence, and assuming a parental role, whereas those living further away more often retained a sibling role.

Respondents generally described their current relationship with their parents as good and improved compared to childhood, with fewer arguments and greater mutual acceptance. This was attributed to changes in mindset and understanding of the reasons underlying behavior. Moving into separate households, starting their own families, and spending less time together also reduces friction and contributes to a more peaceful relationship. In two cases, respondents reported a poor relationship with one parent rooted in childhood experiences: one involved divorce followed by estrangement from the father; the other involved persistent distance from the mother, reinforced by a distressing statement remembered from childhood.

The siblings participating in the survey did not report negative experiences among peers. Four said they kept their sibling a secret at school or work and chose friends who could accept the disability. A romantic partner's attitude was identified as an important factor. One respondent's relationship ended because of his disabled brother, but he maintained that acceptance of his brother was essential for long-term plans.

Regarding having children, respondents typically reported only as much fear and anxiety as is usual, which they explained by stating that their sibling's disability is not genetic. One respondent decided not to have children in her twenties because of caregiving responsibilities related to an injured sibling who is 12 years younger.

Future issues in caring for a sibling with a disability

Planning for the future – where and how the family member with a disability will live and with whom they will spend adulthood and old age – requires consideration of multiple factors.

All survey participants had discussed their disabled sibling's future with their parents. With two exceptions, families with multiple siblings plan together and discuss the future regularly. The exceptions occurred because, in one case, the respondent already lived with the disabled sibling, while in the other, the healthy sister was too young for such discussions to be relevant.

Information about social services can be important in everyday life and future planning. Nine participants reported limited information and lack of awareness of nearby options, while two were unfamiliar with social institutions because a decision had already been made about their sibling's future. This lack of information may be partly explained by parental attitudes: four respondents

reported that their parents – especially their mothers – were determined to keep the disabled child at home and opposed institutional placement. One interviewee reported visiting a residential institution and having a negative view of the care conditions. Respondents were also largely uninformed about day services: only one knew of work opportunities for people with reduced work capacity, three were familiar with some forms of employment, and seven did not consider their disabled sibling suitable for work.

Seven respondents had specific plans for the future, while four were uncertain and had only vague ideas about later circumstances. Those who were uncertain were around 30 years old and had not yet started their own families. Among those with definite plans (seven people), four preferred caring for their disabled sibling at home, while three would choose institutional care due to behavioral problems or high care needs. Decision-making factors included love and responsibility and a desire to ensure adequate living conditions.

Respondents considered the death of their parents a likely milestone for their disabled sibling, bringing major financial changes and changes in their relationship. Two respondents believed such changes would negatively affect the dynamics of friendships and family relationships.

The impact of a disabled sibling on the respondents' lives and personalities

Respondents summarized how growing up with a disabled sibling affected their lives and personalities. Some described their sibling's disability as natural and not experienced as negative, while others regarded it as a defining factor in their personal development. Most respondents (10 people) described the impact as positive, and six highlighted increased acceptance of and sensitivity toward people with disabilities, noting that their sibling made them more open toward people with different developmental abilities.

Four respondents emphasized caregiving, early assumption of a parental role, and learning caregiving skills early in life. One respondent noted that, alongside positive experiences, having a disabled sibling also created excessive pressure to conform. Respondents repeatedly mentioned empathy, acceptance, patience, tolerance, sensitivity, helpfulness, interpersonal skills, child-centeredness, thoughtfulness, responsibility, independence, attentiveness, and flexibility as influences. Two respondents emphasized that in adolescence and young adulthood they might have behaved differently if their sibling had

developed typically, but a desire to please their parents overshadowed their personal desires and limited their own behavior.

Summary

International and domestic experts agree that people with intellectual disabilities share characteristics such as below-average intelligence and adaptive behavior difficulties, but their cognitive abilities, communication skills, and behavior vary widely. Because support needs differ, individualized development and care are essential in childhood, while in adulthood individualized pedagogical guidance remains important.

The living conditions, opportunities for developing abilities, and quality of life of people with intellectual disabilities are strongly influenced by their immediate and broader social environment. The family is the primary environment; dynamically changing relationships among family members have a powerful impact on personality formation and life trajectories. Within the family relationship system, multidirectional, continuous interactions mean that the disabled child affects others, while the parents' marriage, their relationship with the non-disabled child, and sibling relationships may also promote or hinder development.

One of the main objectives of disability policies today is to create a legal environment that ensures the possibility of autonomous living for people with disabilities. Adults with intellectual disabilities may use supported housing, residential homes, or institutional care that provides full care and support, resembling a family home while enabling more independent living.

Families often know best the needs and abilities of persons with disabilities, but as parents age and have less energy to devote to their disabled child, their role is often assumed by typically developing siblings. It has been confirmed that a large age difference reduces the likelihood of forming an intimate, close bond, but in the case of siblings with high care needs, this did not prevent the development of a close, loving, caring relationship.

Five individuals (out of 11) currently live in the same household as their disabled sibling; however, conclusions are limited because three of them are still young adults with many unanswered questions and no concrete plans. For two individuals (aged 45–53), co-residence appears permanent. A hierarchical

relationship has developed in these cases: they play a decisive role in care and support, and the relationship resembles a parent–child relationship more than an equal sibling bond.

Financial resources and their allocation have a greater impact on those living in shared households, who share their income with their disabled sibling to varying degrees. The financial situation of those living separately is less affected, although they are willing to cover certain costs. No connection was found between residence and leisure activities or joint programs; instead, the severity of disability was the determining factor. Respondents living in the same household assumed more tasks related to care, supervision, and administrative matters, but also reported more conflicts due to friction arising from co-residence.

The present state of sibling relationships is largely determined by the disabled person's condition, intellectual functioning, behavioral problems, and communication skills. While relationships with mildly intellectually disabled individuals who have good communication skills can be described as more equal, more severe impairments and greater communication difficulties tend to produce a subordinate relationship in which love becomes more caring and controlling.

Planning the disabled sibling's future poses a major challenge, but all respondents reported acceptance of responsibility and caregiving duties. Younger respondents around 30 years of age had more uncertain ideas about the future, while older respondents expressed firmer views based on experience and knowledge of the family's circumstances. Those whose disabled siblings had lower care needs and fewer behavioral problems were more willing to provide care in their own homes, often citing negative beliefs about institutional care. Those who anticipated excessive strain on daily life, negative effects on social relationships, or barriers to employment were more likely to plan for long-term residential social care.

Overall, the survey results align with expert findings that gender, birth order, and childhood family experiences influence respondents' relationships with their disabled siblings. The disabled sibling's condition, level of intellectual functioning, communication skills, and behavioral difficulties strongly affect relationship quality, caregiving involvement, and future planning. Among those surveyed, negative social attitudes may prevent institutional care from being seen as an opportunity to support independent living. Finally, the reported impact of having a sibling with intellectual disabilities is consistent with

recent research indicating that acceptance, tolerance, empathy, and sensitivity may be shaped by such sibling relationships.

References

- Armbrust, J. (2013). *Testvérvizsály: Konfliktuskezelő stratégiák szülőknek*. Saxum Könyvkiadó.
- Cole, M., & Cole, S. R. (2006). *Fejlődéslélektan*. Osiris Kiadó.
- Doody, M., Hastings, R., O'Neill, S. & Grey, I. (2010). Sibling relationships in adults who have siblings with or without intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 31(1), 224–231. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.09.007>
- Dorsman, N. I., Waninge, A., van der Schans, C. P., Luijckx, J., & van der Putten, A. A. J. (2023). The roles of adult siblings of individuals with a profound intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 36(6), 1308–1318. <https://doi.org/10.1111/jar.13149>
- Hammer, Z. (2016). Tanúk és résztvevők. Változó testvércapcsolataink. *HVG Extra Pszichológia*, 4, 16–19.
- Hatos, G. (2012). *Életkilátás-életkísérés az értelmi akadályozottsággal élők körében*. Eötvös Lóránt Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.
- Kálmán, Z. (2004). *Bánatkő Sérült gyermek a családban*. Bliss Alapítvány.
- Kálmán, Z., & Könczei, G. (2002). *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*. Osiris Kiadó.
- Pető, I. (2021). Testvérgondozás – felnőtt értelmi fogyatékosokat gondozó testvérek. *Különleges Bánásmód – Interdiszciplináris folyóirat*, 7(2), 111–121. <https://doi.org/10.18458/KB.2021.2.111>
- Petri, H. (2015). *Testvérek: Szeretet és versengés. Életünk leghosszabb kapcsolata*. Dialóg Campus Kiadó.
- Radványi, K. (2013). *A legbelső kör: A család*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Rossiter, L., & Sharpe, D. (2001). The siblings of individuals with mental retardation: A quantitative integration of the literature. *Journal of Child and Family Studies*, 10(1), 65–84. <https://doi.org/10.1023/A:1016629500708>
- Shivers, C. M., & Dykens, E. M. (2017). Adolescent siblings of individuals with and without intellectual and developmental disabilities: Self-reported empathy and feelings about their brothers and sisters. *American Jour-*

nal on Intellectual and Developmental Disabilities, 122(1), 62–77. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-122.1.62>

Stipkovits, E. (2017). *Ölelni és öltre menni Testvérekről, nem csak szülőknek*. HVG Kiadó.

ks. Janusz Mariański

 <https://orcid.org/0000-0002-0620-8000>

 januszm@kul.lublin.pl

Wyższa Szkoła Nauk Społecznych z siedzibą w Lublinie

 <https://ror.org/05gjxaj47>

Katolicka moralność małżeńsko- rodzinna w ocenie młodzieży szkolnej w latach 2017–2024

 <https://doi.org/10.15633/ssc.13202>

ABSTRACT

Katolicka moralność małżeńsko-rodzinna w ocenie młodzieży szkolnej w latach 2017–2024

Artykuł analizuje przemiany postaw moralnych polskiej młodzieży wobec norm katolickiej etyki małżeńsko-rodzinnej w warunkach ponowoczesności i postępującej sekularyzacji. Autor wychodzi od założenia, że identyfikacje religijne i moralne nie muszą się wzajemnie warunkować, a rosnące rozbieżności między religijnością a moralnością można opisywać jako selektywność norm, relatywizm moralny oraz osłabienie autorytetu instytucjonalnych systemów etycznych. Rdzeń opracowania stanowi empiryczna interpretacja wyników ogólnopolskich badań socjologicznych z lat 2017, 2022 i 2024 oraz danych porównawczych z badań maturzystów w Puławach (2021). Przedmiotem analiz są oceny pięciu zachowań ocenianych w katolickiej doktrynie moralnej: współżycia seksualnego przed ślubem kościelnym, zdrady małżeńskiej, rozwodów, stosowania środków antykoncepcyjnych oraz przerywania ciąży. Dane wskazują na silną liberalizację w obszarach dotyczących seksualności i prokreacji (wzrost akceptacji współżycia przedmałżeńskiego, antykoncepcji i aborcji), przy jednoczesnym utrzymaniu wysokiej dezaprobaty dla zdrady małżeńskiej. Opracowanie ma charakter diagnostyczny i porządkujący, dostarczając materiału do dyskusji nad kondycją moralności prorodzinnej w Polsce oraz nad relacją między religijnością a praktykami moralnymi młodzieży.

KEYWORDS: moralność, małżeństwo, rodzina, młodzież, sekularyzacja

ABSTRACT

Catholic marital and family morality in the assessment of school youth in 2017–2024

The article analyses changes in Polish adolescents' moral attitudes toward norms of Catholic marital and family ethics under conditions of late modernity and advancing secularization. The author argues that religious and moral identifications do not necessarily coincide, and that widening discrepancies can be described in terms of selective norm acceptance, moral relativism, and the weakening authority of institutional ethical systems. The empirical core of the study is an interpretation of results from nationwide sociological surveys conducted in 2017, 2022, and 2024, complemented by comparative data from a study of secondary-school graduates in Puławy (2021). The analyses focus on moral evaluations of five behaviors treated in Catholic doctrine as key elements of marital and family morality: premarital sexual intercourse before a church wedding, marital infidelity, divorce, the use of contraceptives, and abortion. The data indicate pronounced liberalization in domains related to sexuality and procreation (growing acceptance of premarital sex, contraception, and abortion), while moral disapproval of marital infidelity remains very high. The article is diagnostic and systematizing in character, providing a structured basis for further debate on the condition of profamily morality in Poland and on the relationship between religiosity and everyday moral practice among youth.

KEYWORDS: morality, marriage, family, school youth, secularization

Religia katolicka dostarcza wartości i norm moralnych oraz typowych dla niej wzorów zachowań. Moralność oparta na systemie religijnym, traktowana jako zbiór wartości, norm i zasad, wywołuje u jednostek dyspozycję do występowania takiego stosunku, który wyraża się w kategoriach pozytywnych, negatywnych lub neutralnych. Teoretycznie można założyć, że osoba identyfikująca się z wiarą religijną będzie w pełni akceptowała normy, które ta religia proponuje czy wręcz narzuca swoim wyznawcom. Badania socjologiczne pokazują jednak, że identyfikacje religijne i moralne nie muszą się wzajemnie warunkować. Zaznaczające się rozbieżności między religijnością a moralnością określa się jako kryzys postaw, brak spójności, relatywizm moralny, dylematy moralne. Kreowana jest niejako odmienna świadomość moralna, z jednej strony uwarunkowana społecznie, z drugiej zaś konstruowana przez człowieka, który nie musi być autorem wszystkich wartości i norm moralnych (Mariański, 2018a, s. 44–47; Prüfer, 2011, s. 373–382; Yinger, 1998, s. 297–315; Zaręba, 2005, s. 113–119).

Nakazy i zakazy religijne odnoszą się nie tylko do relacji człowieka z Bogiem i zobowiązań człowieka wobec Kościoła, ale i wobec człowieka jako takiego i jego stosunków z innymi ludźmi. Według ujęcia teologicznego porządek normatywny obejmuje nakazy i zakazy ustanowione mocą Bożą i tym samym są one włączone w porządek *sacrum*. Naruszenie tego porządku jest traktowane jako podważenie ładu religijnego i określane jako grzech. Bóg prawodawca jest źródłem zasad moralnych; przyjęcie zaś tezy, że kodeksy moralne są wyłącznie dziełem człowieka, jest – według tego stanowiska – dość niebezpieczne (Baniak, 2022, s. 747–871; Domalewski, 2013, s. 6–24; Mariański, 2021, s. 13–29). Religia jest ważną siłą integrującą społeczeństwo.

W przekazie wartości związanych z rodziną ważne miejsce przypada normom odnoszącym się do życia małżeńskiego. Kościół katolicki głosi nie tylko ogólne zasady etyczne, których potrzebuje każde społeczeństwo, ale także wchodzi w konkrety życia, m.in. małżeńsko-rodzinnego, opierając swoje rozwiązania na ewangelicznej wierze. Naruszenie normy moralnej jest tu traktowane jako podważenie porządku religijnego. Dla chrześcijaństwa rodzina stanowi ważną część niemal Boskiego porządku. Kościół katolicki podkreśla współcześnie z dużym naciskiem wartość ludzkiego życia („kultura życia”). W życiu społecznym rzeczywista moralność małżeńsko-rodzinna jest poddana różnorodnym prądom liberalnym i permissywnym. Wydaje się, że współczesne trendy kulturowe, zorientowane bardziej na wzorzec indywidualnej samorealizacji i osobistej pomyślności (z prawem do swobodnej ekspresji seksualnej

włącznie) niż na umocnienie wspólnoty rodzinnej, zaczynają się coraz wyraźniej ujawniać w społeczeństwie polskim, zwłaszcza w młodym pokoleniu (Mariański, 2023b, s. 50–54; Mariański, 2023c, s. 267–318).

W warunkach ponowoczesności każdy ma prawo do eksperymentowania w swoim życiu, także w dziedzinie wyborów moralnych, nie tylko według zasady „albo – albo”, lecz według zasady „nie tylko – lecz także”. Czasy ponowoczesne wiążą się z konstruowaniem własnej tożsamości osobowej i społecznej. Taka osobowość nie jest dana „raz na zawsze”, odgórnie, lecz musi być ustawicznie tworzona. W działaniach ludzi współczesnych trudno dostrzec bezpośredni związek z wartościami i normami bezwzględными (Mariański, 2011, s. 21–43; Slany, 2007, s. 237–268). Współczesny kontekst społeczno-kulturowy nie sprzyja kształtowaniu się wyraźnej świadomości w zakresie fundamentalnych zagadnień moralnych, nie ułatwia recepcji moralnego przesłania Kościoła katolickiego w świadomości ludzi wierzących. Ogólny kierunek przemian w moralności małżeńsko-rodzinnej można określić jako powolne przechodzenie od moralności bezwzględnego zakazu do moralności indywidualnego osądu. Kryterium oceny jest często redukowane do sytuacji korzyści i indywidualnej użyteczności.

We współczesnych ponowoczesnych społeczeństwach Kościół traci stopniowo monopol w kwestiach moralnych i swoją ofertę aksjologiczną musi konfrontować z innymi. Doktryna moralna Kościoła katolickiego napotyka znaczny opór w dzisiejszym świecie, a niektóre jej elementy odnoszące się do moralności małżeńsko-rodzinnej wzbudzają kontrowersje, nawet wśród katolików praktykujących. Już w latach osiemdziesiątych ubiegłego wieku Kościół katolicki w Europie Zachodniej utracił w znacznym stopniu swoją wiarygodność w odniesieniu do norm moralności seksualnej, zwłaszcza w środowiskach młodzieżowych. Jeżeli nawet w krajach zachodnich autorytet moralny Kościoła stracił na znaczeniu, a jego sytuację opisuje się często w kategoriach kryzysu, a niekiedy nawet i „zapaści”, to jednak zsekularyzowane społeczeństwa współczesne potrzebują wartości i norm, których same nie ustanawiają i nie są w stanie ustanowić. Być może autorytet moralny Kościoła nie jest tak osłabiony, jak go zazwyczaj przedstawiają socjologowie. W badaniach socjologicznych zrealizowanych w 2024 roku na Pomorzu Zachodnim wśród dorosłej ludności 50,1 proc. ankietowanych deklaroowało, że małżeństwo jest nierozzerwalne, 82,4 proc. – rozwody powinny być uznawane przez Kościół, 27,1 proc. – para żyjąca bez ślubu powinna zachować wstrzemięźliwość seksualną, 72,2 proc. – Kościół nie powinien ingerować w takie kwestie jak aborcja

czy zapłodnienie *in vitro*, 66,1 proc. – aborcja powinna być dopuszczalna i pozostawiona wyłącznie sumieniu kobiety, 67,1 proc. – zarodek ludzki jest człowiekiem (Szauer, 2025).

W społeczeństwie polskim moralność małżeńska i rodzinna kształtuje się częściowo jakby niezależnie od religii, a postawy selektywne wobec religii ujawniają się najbardziej w dziedzinie moralności seksualnej. Zjawisko to może świadczyć o pewnym kryzysie etyki instytucjonalnej rozumianej jako zespół nakazów i zakazów. W efekcie tego mówi się zarówno o ewolucji uznawanych wartości prorodzinnych, o zmianie instytucjonalnych form małżeństwa i rodziny, o kryzysie pewnej formy rodziny, jak i o daleko idącym kryzysie rodziny w ogóle. Codzienna moralność młodzieży daleko jest od tego, co niekiedy nazywa się świętością moralną czy ludzką doskonałością (Holt, 2021, s. 419–429). O sekularyzowaniu się moralności małżeńsko-rodzinnej świadczy rosnące przyzwolenie dla postaw i zachowań potępianych przez Kościół katolicki, takich jak współżycie seksualne przed zawarciem małżeństwa, rozwody, przerywanie ciąży, stosowanie środków antykoncepcyjnych, aborcja. Wielu ludzi współczesnych, w tym i katolików, nie uznaje „definitywnych norm” w sprawach moralnych, a niektórzy traktują rozwiązania podawane przez Kościół katolicki jako nie do przyjęcia (Giddens, 2014, s. 174–178; Urbanik, Hajdukiewicz & Żwierzeło, 2022, s. 240–242). Część spośród tych, którzy odrzucają nauczanie moralne Kościoła katolickiego w tych kwestiach, nie definiują swoich poglądów i działań jako należących do kategorii grzechu i zapewne nie odczuwają potrzeby spowiadania się z tego zakresu (Szauer, 2015, s. 221–242). W polu zagrożenia znajduje się nie tylko sakramentalna instytucja małżeństwa, ale także swoistość i stabilność rodziny. Związki partnerskie przed ślubem, jeżeli nawet nie są jeszcze powszechnie praktykowane, to są już powszechnie akceptowane. Upowszechnia się klimat swobody seksualnej, dla której kościelne zakazy i nakazy nie są już dostatecznym hamulcem. Religia usiłuje czynić człowieka mniej lub bardziej odpowiedzialnym za jego działania w tej dziedzinie, ideologie laickie wiele mu wybaczą, a nawet na wiele pozwalają (Budzyńska, 2021, s. 528–547; Zemło, 2017, s. 9–31).

W niniejszym opracowaniu zwrócimy uwagę na katolicką moralność małżeńsko-rodziną. Badana w latach 2017–2022 młodzież polska ustosunkowała się do kilku zachowań zakazanych w katolickiej etyce małżeńsko-rodzinnej, jak współżycie seksualne przed ślubem kościelnym, stosowanie środków antykoncepcyjnych, niewierność małżeńska, rozwody i przerywanie ciąży. Zmiany, które dokonały się i dokonują w sferze moralnej, wskazują na przyspieszoną

sekularyzację świadomości moralnej młodzieży polskiej, mające nie tyle charakter ewolucyjny, co rewolucyjny (Kozak, 2014, s. 420–434; Mariański, 2024b, s. 220–244; Smyczek, 2002, s. 332–339).

W interpretacjach wyników badań socjologicznych nad moralnością pro-rodzinną stosujemy model instytucjonalny moralności związany z doktryną katolicką. Jeżeli odwołujemy się do tego modelu, wówczas interesuje nas jedynie zgodność lub niezgodność rzeczywistych postaw i zachowań moralnych badanych osób z tym systemem etycznym, nie zaś jego wartość obiektywna. Potwierdza się rozbieżność pomiędzy wartościami „odświętnymi” i codziennymi, a zwłaszcza wynikającymi z wartości normami postępowania w życiu małżeńsko-rodzinnym. Rodzina jako ogólna wartość jest powszechnie uznawana (na płaszczyźnie symbolicznej) i akceptowana jako wartość podstawowa. Szczegółowe i bardziej konkretne wartości i normy związane z życiem małżeńsko-rodzinnym odznaczają się niższą aprobatą. Wielu młodych ludzi nie chce poświęcać osobistego szczęścia dla nieudanej rodziny, ani własnego rozwoju dla dobra swoich dzieci, wielu nie jest w stanie naśladować i przyjąć wzorów kulturowych pokolenia rodziców (Tułowicki, 2012, s. 359–380; Zaręba, 2012, s. 121–139).

Ocena współżycia seksualnego przed ślubem kościelnym

Swoista dekompozycja moralności religijnej ma swoje widoczne skutki w odniesieniu do małżeństwa i rodziny. Wielu wierzących w warunkach silnie zsekularyzowanego klimatu kulturowego i politeizmu wartości jest gotowych porzucić dotychczasowy „bagaż” tradycyjnych wartości i norm jako przestarzały i dostosować się do aktualnie panujących na „arenie” (po)nowoczesności. Sekularyzacja religijności i moralności dotyka nie tylko jednostki, ale i rodziny. W warunkach sekularyzacji rodzina zaczyna tracić swój religijny charakter, zarówno w zakresie zewnętrznych działań, zachowań oraz wpływu na swoich członków, jak i wyobrażeń odnośnie do jej nadprzyrodzonego powołania (Mariański, 1996, s. 115–119; Štefaňák, 2013, s. 71–79). Rodzina traci powoli na znaczeniu jako konieczna wartość dla zachowania moralnej tożsamości. W społeczeństwie polskim moralność małżeńska i rodzinna kształtuje się także częściowo jakby niezależnie od religii, a tzw. postawy selektywne (wybiórcze) wobec religii ujawniają się najbardziej w dziedzinie moralności

seksualnej. Postawy katolików rozpatrujemy w świetle doktryny moralnej Kościoła katolickiego.

Badanej młodzieży szkolnej postawiono pytanie dotyczące oceny współżycia małżeńskiego przed ślubem kościelnym. Kościół katolicki sprzeciwia się stosunkom przedmałżeńskim. W *Katechizmie Kościoła katolickiego dla młodych* czytamy:

Wielu traktuje poważnie swój związek i oczekuje akceptacji dla stosunków przedmałżeńskich. Jednak zgoda jest niemożliwa z dwóch powodów: brak nieodwołalnego, sakramentalnego «Tak», które jest konsekwencją odpowiedzialnej miłości, oraz brak podstaw do przyjęcia daru płodności – dziecka, co wiąże się z odpowiedzialnym rodzicielstwem. Ponieważ miłość jest tak wielka i tak święta, Kościół żarliwie prosi młodych ludzi, aby wstrzymali się od aktywnego życia seksualnego do chwili, kiedy się pobiorą (nr 407).

Ankietowani ze szkół średnich określali swoje stanowisko wobec czystości przedmałżeńskiej według czterech zasugerowanych odpowiedzi: dopuszczalne, to zależy, niedopuszczalne, trudno powiedzieć. Mogli także powstrzymać się od udzielenia odpowiedzi lub nawet jej odmówić. Zebrane odpowiedzi są zamieszczone w tabeli 1, która zawiera wyniki trzech ogólnopolskich badań socjologicznych oraz wyniki z badań socjologicznych zrealizowanych w Puławach w 2021 roku. Badania socjologiczne w 2017 roku zostały przeprowadzone przez konsorcjum badawcze Katedry Socjologii Religii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego wraz z Instytutem Statystyki Kościoła Katolickiego SAC (Mariański 2018b, s. 248–266). Drugie badanie ogólnopolskie zostało zrealizowane w 2022 roku przez Pracownię Doradczo-Badawczą EDBAD na zlecenie Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II (Ślotwińska i in., 2024, s. 193–195; Mariański i in., 2024, s. 140–143). Trzecie badanie ogólnopolskie zrealizowane zostało przez Centrum Badania Opinii Społecznej na zlecenie Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II. W 2021 roku zostały przeprowadzone badania socjologiczne wśród maturzystów puławskich (Mariański, 2022, s. 298–301).

Teza o znaczących zmianach w obyczajowości przedmałżeńskiej i upowszechnianiu się poglądów przyzwalających na większą swobodę seksualną znajduje potwierdzenie w zebranych materiałach empirycznych dotyczących poglądów młodzieży szkolnej na temat współżycia seksualnego przed ślubem kościelnym. W 2017 roku współżycie seksualne przed ślubem kościelnym

uznawało za dozwolone 66,5 proc. badanych. Uzależniało ocenę od okoliczności („to zależy”) 16,1 proc. ankietowanych, uznawało za niedozwolone 6,6 proc. i nie miało zdania 5,5 proc. Ślub kościelny stanowi najwyżej dla co siedemnastego ankietowanego warunek konieczny do podjęcia współżycia seksualnego. Norma kościelna zakazująca współżycia seksualnego przed ślubem kościelnym mieści się pod względem aprobaty moralnej w ramach tego, co w socjologii empirycznej określa się jako negatywną oczywistość kulturową (poniżej 20 proc. aprobaty).

Tabela 1. Współżycie seksualne przed ślubem kościelnym w opinii młodzieży szkół średnich

Kategorie odpowiedzi	2017 [%]	2022 [%]	2024 [%]	Puławy 2021 [%]
Dopuszczalne	66,5	75,0	81,9	72,2
To zależy	16,1	11,2	9,3	11,0
Niedopuszczalne	6,6	5,1	4,1	1,1
Trudno powiedzieć	5,5	8,7	4,6	13,2
Brak odpowiedzi	5,4	–	–	2,5
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0

W 2017 roku współżycie seksualne przed ślubem kościelnym uznawało za zdecydowanie lub warunkowo dozwolone („to zależy”) 82,6 proc. badanych, uznawało za niedozwolone – 6,6 proc. i nie miało zdania lub nie udzieliło odpowiedzi – 10,9 proc.; w 2022 roku (odpowiednio) – 86,2 proc., 5,1 proc., 8,7 proc.; w 2024 roku – 91,2 proc., 4,1 proc., 4,6 proc.; maturzyści w Puławach w 2021 roku – 83,2 proc., 1,1 proc., 15,7 proc. W latach 2017–2024 wskaźnik aprobujących przedmażeńskie współżycie seksualne zwiększył się o 8,6 proc. Wydaje się, że w tej kwestii zdecydowana większość młodzieży szkolnej kieruje się własną logiką, a nie wskazaniem Kościoła katolickiego, i to zarówno w małych, jak i wielkich miastach, a nawet w środowiskach wiejskich.

Kobiety-uczenice w 2024 roku częściej niż mężczyźni-uczniowie akceptowały („dozwolone”) współżycie seksualne przed ślubem (87,5 proc. wobec 77,3 proc.); osoby w wieku 18 lat – 79,8 proc., w wieku 19 lat – 80,8 proc., w wieku 20 lat i więcej – 84,1 proc.; uczący się w szkołach branżowych – 74,9 proc., w publicznych liceach ogólnokształcących – 80,4 proc., w niepublicznych

liceach ogólnokształcących – 82,3 proc. i w technikach – 85,2 proc.; mieszkający na wsi – 78,9 proc., w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców – 80,9 proc., w miastach od 20 do 100 tys. mieszkańców – 84,0 proc., w miastach od 101 do 500 tys. mieszkańców – 84,7 proc., w miastach 501 tys. mieszkańców i więcej – 89,3 proc.; określający warunki materialne w swojej rodzinie jako złe – 93,2 proc., jako średnie – 79,8 proc., jako dobre – 83,7 proc.; głęboko wierzący – 53,9 proc., wierzący – 78,0 proc., niezdecydowany ale przywiązany do tradycji religijnej – 80,3 proc., obojętny w sprawach wiary – 87,0 proc., niewierzący – 93,9 proc.; uczestniczący we mszy świętej kilka razy w tygodniu – 67,7 proc., raz w tygodniu – 71,8 proc., jeden lub dwa razy w miesiącu – 82,0 proc., kilka razy w roku – 87,3 proc., w ogóle nieuczestniczący – 86,0 proc.; biorący udział w lekcjach religii w szkole – 78,7 proc., niebiorący udziału w lekcjach religii w szkole – 85,3 proc.; należący do wspólnot religijnych – 62,8 proc., nienależący do wspólnot religijnych – 82,7 proc.

Cechy demograficzne i społeczne (z wyjątkiem cechy „warunki materialne rodziny”) różnicowały oceny w sprawie podejmowania współżycia seksualnego przed ślubem kościelnym: kobiety częściej niż mężczyźni, młodszy wiekiem rzadziej niż starsi, uczący się w szkołach branżowych rzadziej niż w liceach i technikach, mieszkający na wsi rzadziej niż w miastach, zwłaszcza w wielkich miastach. Różnice między poszczególnymi kategoriami badanych osób nie były znaczące i rzadko przekraczały 10 proc. Cechy religijne wyraźniej różnicowały oceny współżycia seksualnego przed ślubem. W miarę przechodzenia od osób bardzo religijnych do niereligijnych zwiększały się odsetki tych, którzy akceptowali współżycie seksualne przed ślubem kościelnym. Proces liberalizacji moralnej pogłębił się w latach 2017–2024 zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, młodzieży uczęszczającej do różnych typów szkół ponadpodstawowych, młodzieży mieszkającej na wsi i w miastach różnej wielkości, a także wśród młodzieży o odmiennych postawach wobec religii. Wydaje się, że pozytywna ocena stosunków przedmałżeńskich należy już do młodzieńczego etosu.

Omówione dane empiryczne wskazują, że liberalizacja w sferze stosunków seksualnych dotyczy nie tylko zachowań rzeczywistych, ale i świadomości moralnej. Młodzi ludzie odchodzą od norm propagowanych przez Kościół katolicki i przestają traktować czystość przedmałżeńską jako wartość. Powstrzymywanie się od współżycia seksualnego przed ślubem jako bezwzględną wartość traktuje mniej niż co dziesiąty badany, dla większości zachowanie czystości przedmałżeńskiej nie stanowi szczególnej wartości, o którą warto zabiegać. Prawdopodobnie niewielu ludzi młodych traktuje współżycie seksualne przed

ślubem w kategoriach grzechu, a jeszcze mniej zapewne spodziewa się za takie działania kary Bożej. Małżeństwo jako instytucja utraciło monopol w zakresie legitymizowania seksualności.

Dziedzina norm i wzorów zachowań w dziedzinie seksualności najwyraźniej poddaje się trendom sekularyzacyjnym i indywidualizacyjnym. Katolicka etyka przedmałżeńska ze swoimi restrykcyjnymi nakazami i zakazami podlega daleko idącemu zakwestionowaniu w świadomości młodych Polaków, można by nawet mówić o swoistej rewolucji obyczajowej (Dubiś, 2013, s. 138). Wyrażne odchylenia od katolickiej moralności małżeńsko-rodzinnej zaznaczają się w ocenie współżycia seksualnego przed ślubem kościelnym wbrew nauczaniu Kościoła, który zobowiązuje młodych do zachowania czystości aż do ślubu kościelnego. Tzw. wolne związki małżeńskie, małżeństwa na próbę, akty seksualne przed lub poza małżeństwem Kościół określa jako wykroczenia przeciw godności małżeństwa. W środowiskach młodzieżowych utrzymuje się wysoki poziom przyzwolenia na tego typu zachowania, postawy skrajnie restrykcyjne w sprawach seksu prezentuje tylko zdecydowana mniejszość młodzieży szkolnej (Baniak, 2008, s. 110–134; Rola, 2013, s. 203–206; Zemło, 2017, s. 11).

Ocena moralna zdrady małżeńskiej

Ważną normą moralną dotyczącą małżeństwa, silnie akcentowaną w nauczaniu moralnym Kościoła katolickiego, jest wierność małżeńska. Zaangażowanie się osoby wobec osoby zakłada wyłączność i wierność, wykluczającą możliwość współżycia seksualnego poza ramami własnego małżeństwa. W nauczaniu Kościoła na temat małżeństwa i rodziny wierność małżeńska wiąże się z sakramentalnym charakterem tego związku.

Miłość małżeńska – według Katechizmu Kościoła katolickiego z 1992 roku – ze swej natury wymaga od małżonków nienaruszalnej wierności. Wypływa to z wzajemnego daru, jaki składają sobie małżonkowie. Miłość chce być trwała; nie może być «tymczasowa». To głębokie zjednoczenie będące wzajemnym oddaniem się sobie dwóch osób, jak również dobro dzieci, wymagają pełnej wierności małżonków i nieprzerwanej jedności ich współżycia. Najgłębszy motyw wynika z wierności Boga wobec swego przymierza i z wierności Chrystusa wobec swego Kościoła. Przez sakrament małżeństwa małżonkowie są uzdolnieni do życia tą wiernością i do świadczenia o niej. Przez ten sakrament i nierozzerwalność małżeństwa zyskuje nowy i głębszy sens (nr 1646–1647).

W społeczeństwie polskim wierność małżeńska jest wartością cenioną, a niewierność jest jeszcze dość często potępiana. Wskazują na to wyniki sondaży opinii publicznej i badania socjologiczne. O ile jednak w społeczeństwach tradycyjnych seksualność zakorzeniała się i rozwijała w małżeństwie i rodzinie, to dzisiaj często wychodzi poza rodzinę, pojawia się dość często w okresie przedmałżeńskim, a w okresie trwania małżeństwa i rodziny przejawia się w relacjach seksualnych pozamałżeńskich. Wysokie wskaźniki aprobaty wierności i dezaprobaty zdrady małżeńskiej, także w społeczeństwach nowoczesnych, dowodzą znaczącej pozycji wartości prorodzinnej, jaką jest wierność w małżeństwie. Zdecydowana większość badanych Polaków negatywnie ocenia niewierność małżeńską. Naruszenie wierności małżeńskiej prowadzi niejednokrotnie do rozpadu małżeństwa, jest czynnikiem silnie destabilizującym rodzinę, często prowadzi do obniżenia jakości życia małżeńskiego i rodzinnego.

Współcześnie, nawet w tych środowiskach, w których kwestionuje się chrześcijańskie ideały małżeństwa i rodziny i dąży się do „życia bez związku”, ceni się ideał stabilnego partnerstwa, a wierność jest wysoko ceniona, jednakże bez oficjalnych legitymizacji i przymusów ze strony prawa państwowego czy moralności kościelnej. W relacjonowanych badaniach socjologicznych zapytaliśmy wprost młodzież szkolną o jej ocenę moralną zdrady małżeńskiej. Badana młodzież szkolna oceniała zdradę małżeńską według czterech kryteriów: dopuszczalne, to zależy, niedopuszczalne i trudno powiedzieć. Uzyskane wyniki empiryczne przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Ocena moralna zdrady małżeńskiej

Kategorie odpowiedzi	2017 [%]	2022 [%]	2024 [%]	Puławy 2021 [%]
Dopuszczalne	3,1	3,8	4,1	4,3
To zależy	11,9	10,0	1,7	13,2
Niedopuszczalne	75,5	78,3	91,7	68,0
Trudno powiedzieć	4,2	8,0	2,5	12,1
Brak odpowiedzi	5,3	–	–	2,5
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0

W całej zbiorowości młodzieży szkolnej w 2017 roku 75,5 proc. ankietowanych uznawało zdradę małżeńską za czyn moralnie niedozwolony, w 2022

roku – 78,3 proc., w 2024 roku – 91,7 proc., wśród maturzystów puławskich w 2021 roku – 68,0 proc. Tylko nieliczni respondenci uznawali zdradę małżeńską za dozwoloną lub dozwoloną pod pewnymi warunkami (odpowiednio) – 15,0 proc., 13,8 proc., 5,8 proc., 17,5 proc. W latach 2017–2024 zaznaczył się lekki wzrost aprobaty wierności małżeńskiej i traktowanie zdrady małżeńskiej jako moralnie niedozwolonej (wzrost o 16,2 pkt. proc.). Ten wzrost aprobaty normy etycznej zobowiązującej do wierności małżeńskiej jest trudny do wyjaśnienia.

W 2024 roku wśród młodzieży szkolnej kobiety-uczenice częściej niż mężczyźni-uczniowie oceniali zdradę małżeńską jako moralnie niedozwoloną (95,4 proc. wobec 88,7 proc.); osoby w wieku 18 lat – 86,9 proc., w wieku 19 lat – 91,3 proc., w wieku 20 lat i więcej – 94,0 proc.; uczący się w szkołach branżowych – 72,0 proc., w publicznych liceach ogólnokształcących – 93,2 proc., w niepublicznych liceach ogólnokształcących – 92,0 proc. i w technikach – 95,3 proc.; mieszkający na wsi – 91,6 proc., w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców – 87,6 proc., w miastach od 20 do 100 tys. mieszkańców – 93,0 proc., w miastach od 101 do 500 tys. mieszkańców – 95,1 proc., w miastach 501 tys. mieszkańców i więcej – 89,2 proc.; określający warunki materialne w swojej rodzinie jako złe – 85,0 proc., jako średnie – 89,2 proc., jako dobre – 93,0 proc.; głęboko wierzący – 96,8 proc., wierzący – 94,2 proc., niezdecydowany ale przywiązany do tradycji religijnej – 90,6 proc., obojętny w sprawach wiary – 92,9 proc., niewierzący – 92,7 proc.; uczestniczący we mszy świętej kilka razy w tygodniu – 93,2 proc.; raz w tygodniu – 89,8 proc., jeden lub dwa razy w miesiącu – 90,7 proc., kilka razy w roku – 92,6 proc., w ogóle nieuczestniczący – 91,4 proc.; biorący udział w lekcjach religii w szkole – 94,4 proc., niebiorący udziału w lekcjach religii w szkole – 89,4 proc.; należący do wspólnot religijnych – 96,1 proc., nienależący do wspólnot religijnych – 91,6 proc.

Zdrada małżeńska jest dezaprobowana w wysokim stopniu, niezależnie do pewnego stopnia od cech demograficznych i społecznych, a nawet religijnych. Jedynie nieco wyższym stopniem dezaprobaty zdrady małżeńskiej odznaczały się kobiety, osoby w wieku 20 lat i więcej, uczący się w technikach, mieszkający na wsi i w miastach od 101 do 500 tys. mieszkańców, głęboko wierzący, praktykujący kilka razy w tygodniu, uczęszczający na lekcje religii w szkole i należący do wspólnot religijnych. Potępienie zdrady małżeńskiej jako antywartości przez zdecydowaną większość młodzieży szkolnej wskazuje – przynajmniej pośrednio – na wierność małżeńską jako na szczególnie ważną wartość w małżeństwie. Zdrada małżeńska spotyka się z daleko idącą dezaprobatą młodzieży

szkolnej, a w latach 2017–2024 nawet nieco wzrosła, mimo że zdradzający się małżonkowie nie są tak społecznie i moralnie piętnowani jak dawniej (Każmierska, 2018, s. 69; Urbanik, Hajdukiewicz & Żwieręło, 2022, s. 151).

Ocena moralna rozwodów

Rozwód jest dezaprobowany w doktrynie moralnej Kościoła katolickiego. Małżeństwo zawarte między ochrzczonymi i dopełnione nie może być rozwiązane żadną ludzką władzą i z żadnej przyczyny oprócz śmierci. Ważnie zawarte małżeństwo nie może być rozwiązane przez papieża ani przez Sąd Kościelny, ani przez jakąkolwiek inną instancję. Sakramentalny charakter małżeństwa sprawia, że jest ono – według doktryny Kościoła katolickiego – nierozzerwalne. Etyczny osąd Kościoła katolickiego co do rozwodu jest jednoznaczny. Jest to poważne przewinienie, które w różnym stopniu i przy różnej subiektywnej odpowiedzialności godzi w godność człowieka, jest aktem wielkiej niesprawiedliwości w relacjach międzyludzkich i społecznych, a także obraża samego Boga, który jest gwarantem przymierza małżeńskiego i dawcą życia (Benedykt XVI do uczestników kongresu poświęconego pładze aborcji i rozwodów, 5 kwietnia 2008).

Kościół katolicki wypowiada się jednoznacznie przeciw rozwodom. W *Katechizmie Kościoła katolickiego dla młodych* z 2011 roku czytamy:

Zachęcająca obietnica zawarta w orędziu Jezusa brzmi: «Jako dzieci waszego niebieskiego Ojca potraficie kochać przez całe życie!». Mimo to nie jest sprawą prostą wytrwać w wierności jednemu partnerowi. Nie wolno potępiać tych, którzy się rozwodzą. Chrześcijanie, którzy lekkomyślnie doprowadzają do rozwodu, biorą winę na siebie. Grzeszą przeciw miłości Bożej, która w ich małżeństwie staje się widzialna. Grzeszą względem opuszczonego partnera i porzucanych dzieci. Jednak wierny partner może wyprowadzić się ze wspólnego mieszkania. Aby nie doszło do nadzwyczaj trudnej sytuacji, może okazać się konieczny rozwód cywilny. W uzasadnionych przypadkach Kościół może zgodnie z prawem kanonicznym stwierdzić, że małżeństwo nie było ważnie zawarte (nr 424).

W życiu społecznym norma nierozzerwalności małżeństwa jest traktowana w różnicowany sposób. Często małżeństwo nierozzerwalne przestaje być obowiązującą normą, a ewentualność jego niepowodzenia jest brana pod uwagę

przez wielu decydujących się na takie rozwiązanie jako realna możliwość. Według ideologii liberalnej bezwzględna trwałość małżeństwa stoi często w sprzeczności z dobrem samych małżonków i rodziny jako całości. Szerzący się indywidualizm preferuje sukces osobisty małżonków nad dobro wspólne rodziny. Norma nierozzerwalności małżeństwa wydaje się dość często kwestionowana we współczesnym świecie. Wzrastająca akceptacja rozwodów może być uznawana za osłabienie indywidualnego i społecznego poczucia powinności trwania w nieudanym związku małżeńskim. Jeżeli nawet trwałość małżeństwa jest uznawane za pewną wartość, to nie podtrzymuje się go za wszelką cenę, ważniejsza jest jakość współżycia i emocjonalność. Czysto intymno-ekspresyjne relacje, zaspokojenie emocjonalne partnerów zyskują na znaczeniu. Małżeństwo oparte tylko na uczuciach nie może być trwałe, uczucia bowiem przyływają i odpływają jak obłoki.

Rozwód jest poprzedzany zazwyczaj okresem dysharmonii i dezintegracji życia małżeńskiego i rodzinnego. Rozwód pociąga za sobą wiele bezpośrednich i pośrednich skutków, zarówno religijnych i moralnych, jak i społecznych, a nawet gospodarczych. Dość rozpowszechniony jest pogląd, że jeżeli odbudowa osłabionej czy zerwanej więzi małżeńskiej i rodzinnej jest niemożliwa, a małżeństwo znalazło się w rozkładzie, to ten stan rzeczy należy usankcjonować i stworzyć szansę powstania nowych, lepszych węzłów małżeńskich. Etyka religijna optująca za bezwzględną trwałością małżeństwa traci na znaczeniu na rzecz etyki świeckiej, pozytywnie wartościującej rozwody i opowiadającej się za warunkową trwałością małżeństwa.

Jak więc młodzież szkolna ocenia rozwód? Czy jako przejaw dezintegracji rodziny i ucieczkę przed trudnościami? Czy ocenia go w kategoriach negatywnych, czy raczej przyzwala na niego jako wyraz swoistego przyznania się do porażki w sytuacji, gdy obydwie strony starały się osiągnąć sukces? Można przypuszczać, że w warunkach narastającej spirali rozwodów będzie wzrastać przyzwolenie społeczne na tego typu zachowania. Jest jednak wątpliwe z metodologicznego punktu widzenia, czy dopuszczanie rozwodów jest jednoznaczne z ich pełną aprobatą, łącznie z prawem do zawierania nowych związków małżeńskich (tzw. małżeństwa zrekonstruowane). Postawy młodzieży szkolnej wobec rozwodów przedstawia tabela 3.

Ocena moralna rozwodów w 2017 roku była dość zróżnicowana. Niemal jedna trzecia badanych uważała rozwody za działanie moralnie dopuszczalne (29,0 proc.). Prawie połowa ankietowanych uzależniała ocenę od okoliczności i sytuacji (44,5 proc.) i tylko co siódmy respondent uznawał rozwody

za działanie niedopuszczalne (13,0 proc.). Najwięcej opinii o rozwodach było wyrażanych w formie słabszej („to zależy”). Być może swoje stanowisko uzależniali od faktu posiadania przez małżonków małych dzieci, od zgody obojga małżonków lub od faktycznego rozkładu życia małżeńskiego i rodzinnego. Stanowisko Kościoła katolickiego w kwestii rozwodów popiera wyraźna mniejszość młodych Polaków uczęszczających do szkół średnich.

Tabela 3. Ocena moralna rozwodów

Kategorie odpowiedzi	2017 [%]	2022 [%]	2024 [%]	Puławy 2021 [%]
Dopuszczalne	29,0	53,0	55,0	46,6
To zależy	44,5	33,7	18,2	32,4
Niedopuszczalne	13,0	6,1	19,2	8,9
Trudno powiedzieć	7,2	7,2	7,6	9,6
Brak odpowiedzi	6,3	–	–	2,5
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0

Łącząc dwie pierwsze odpowiedzi: „dopuszczalne” i „to zależy”, otrzymujemy wskaźniki aprobowanych rozwodów w zdecydowany lub umiarkowany sposób: w 2017 roku – 73,5 proc., w 2022 roku – 86,7 proc., w 2024 roku – 73,2 proc. i wśród maturzystów puławskich w 2021 roku – 77,0 proc. Wzrost aprobaty rozwodów w latach 2017–2022 wynosił 13,2 proc., a spadek tej aprobaty w latach następnych o 13,5 pkt. proc. jest bardzo zastanawiający, trudny do wyjaśnienia. W każdym razie około trzech czwartych badanej młodzieży szkolnej dopuszcza rozwody, ci zaś, którzy są im przeciwni stanowią wyraźną mniejszość.

Kobiety-uczenice częściej niż mężczyźni-uczniowie akceptowały („dopuszczalne”) w 2024 roku rozwody (66,9 proc. wobec 44,7 proc.); osoby w wieku 18 lat – 56,2 proc., w wieku 19 lat – 57,7 proc., w wieku 20 lat i więcej – 51,2 proc.; uczący się w szkołach branżowych – 44,9 proc., w publicznych liceach ogólnokształcących – 59,1 proc., w niepublicznych liceach ogólnokształcących – 70,8 proc. i w technikach – 51,2 proc.; mieszkający na wsi – 49,1 proc., w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców – 60,1 proc., w miastach od 20 do 100 tys. mieszkańców – 57,5 proc., w miastach od 101 do 500 tys. mieszkańców – 58,2 proc., w miastach 501 tys. mieszkańców i więcej – 66,4 proc.; określający warunki materialne w swojej rodzinie jako złe – 37,2 proc., jako średnie – 55,5 proc., jako

dobrze – 56,9 proc.; głęboko wierzący – 29,1 proc., wierzący – 40,3 proc., niezdecydowany ale przywiązany do tradycji religijnej – 52,0 proc., obojętny w sprawach wiary – 68,0 proc., niewierzący – 77,6 proc.; uczestniczący we mszy świętej kilka razy w tygodniu – 27,3 proc.; raz w tygodniu – 38,5 proc., jeden lub dwa razy w miesiącu – 45,9 proc., kilka razy w roku – 53,1 proc., w ogóle nieuczestniczący – 66,9 proc.; biorący udział w lekcjach religii w szkole – 44,3 proc., niebiorący udziału w lekcjach religii w szkole – 65,5 proc.; należący do wspólnot religijnych – 45,7 proc., nienależący do wspólnot religijnych – 55,3 proc.

Płeć badanych, miejsce zamieszkania, warunki materialne rodziny oraz cechy religijne różnicowały opinie młodzieży szkolnej dotyczące rozwodów: kobiety bardziej niż mężczyźni akceptowały rozwody (różnica 22,2 pkt. proc.); mieszkający na wsi rzadziej niż mieszkający w miastach 501 tys. mieszkańców i więcej (różnica 17,3 pkt. proc.); oceniający warunki materialne swojej rodziny jako złe rzadziej niż oceniający je jako dobre (różnica 19,7 pkt. proc.); głęboko wierzący rzadziej niż niewierzący (różnica 48,5 pkt. proc.); praktykujący kilka razy w tygodniu rzadziej niż w ogóle niepraktykujący (różnica 39,6 pkt. proc.); biorący udział w lekcjach religii w szkole rzadziej niż niebiorący w nich udziału (różnica 21,2 pkt. proc.); należący do wspólnot religijnych rzadziej niż nienależący do nich (różnica 9,6 pkt. proc.). Wiek badanych i typ szkoły nie różnicowały opinii wypowiedzianych przez młodzież szkolną w sprawie rozwodów.

Większość młodzieży szkolnej nie jest za tym, że należy utrzymywać małżeństwo za wszelką cenę, opowiada się za rozwiązaniem nieudanego małżeństwa. Rozwód w ocenie większości badanych nie jest traktowany jako przejaw patologii społecznej, jest czymś normalnym, a małżeństwo należy tak długo podtrzymywać, jak długo trwają harmonijne stosunki partnerskie. Badania socjologiczne wskazują na osłabienie uznania tej wartości prorodzinnej, jaką jest nierozzerwalność małżeństwa, także – chociaż wyraźnie w mniejszym zakresie – wśród osób deklarujących się jako głęboko wierzące lub wierzące, a także tych wypełniających podstawowe praktyki religijne (Mariański, 2024c, s. 264–265).

Moralna ocena stosowania środków antykoncepcyjnych

Z życiem małżeńskim i rodzinnym wiąże się problem antykoncepcji. Antykoncepcja należy do podstawowych problemów etyki seksualnej. Negatywne

stanowisko Kościoła w sprawie sztucznej regulacji poczęć jest często kwestionowane, a nawet odrzucane przez część katolików. Wiele ludzi nie przekonuje rozróżnianie „naturalnej” i „sztucznej” metody, inni uważają stosowanie antykoncepcji za przejaw postępu i zdobycz wolności. Antykoncepcja, jeżeli jest bezpieczna i dostępna dla wszystkich – twierdzi się – stanowi najbardziej skuteczny środek przeciw aborcji. Stanowisko Kościoła jest poddawane ostrej krytyce przez różne ośrodki laickie, propagujące środki antykoncepcyjne jako moralnie dopuszczalne, a nawet konieczne jako zabezpieczenie przed wirusem HIV i chorobą AIDS. Stosowanie środków antykoncepcyjnych reklamuje się jako tzw. bezpieczny czy bezpieczniejszy seks lub jako przejaw koniecznej modernizacji społecznej. Upowszechnienie antykoncepcji zerwało więź między przeżyciem seksualnym a reprodukcją.

Kościółowi nie udaje się uczynić swojej etyki seksualnej zrozumiałą i akceptowaną, zwłaszcza w dziedzinie antykoncepcji. Zarzuca się Kościołowi katolickiemu, że w rzeczywistości sprzyja rozpowszechnianiu przerywania ciąży, ponieważ uparcie obstaje przy swojej nauce o moralnej niegodziwości antykoncepcji.

Taka argumentacja okazuje się w rzeczywistości zwodnicza. Być może wielu ludzi rzeczywiście stosuje środki antykoncepcyjne po to, aby nie narażać się później na pokusę aborcji. Jednakże antywartości wszczepione w «mentalność antykoncepcyjną» – która jest czymś zupełnie odmiennym od odpowiedzialnego ojcostwa i macierzyństwa, przeżywanego w poszanowaniu pełnej prawdy aktu małżeńskiego – sprawiają, że ta właśnie pokusa staje się jeszcze silniejsza, jeśli dojdzie do poczęcia «niechcianego» życia. W istocie kultura proaborcyjna jest najbardziej rozpowszechniona właśnie w środowiskach, które odrzucają nauczanie Kościoła o antykoncepcji. Z pewnością antykoncepcja i przerywanie ciąży, z moralnego punktu widzenia, to dwa zasadniczo różne rodzaje zła: jedno jest sprzeczne z pełną prawdą aktu płciowego jako właściwego wyrazu miłości małżeńskiej, drugie niszczy życie ludzkiej istoty; pierwsze sprzeciwia się cnocie czystości małżeńskiej, drugie zaś jest sprzeczne z cnotą sprawiedliwości i bezpośrednio łamie Boże przykazanie «nie zabijaj» (Jan Paweł II, *Evangelium vitae*, 13).

W ostatnich kilku dekadach upowszechniła się aprobata stosowania środków antykoncepcyjnych w społeczeństwie polskim, szczególnie w środowiskach młodzieżowych. Wiele katolików, nawet praktykujących, nie zgadza się z nauczaniem papieskim, że każdorazowe, jakiegokolwiek zastosowanie antykoncepcji jest działaniem istotnie złym. Poglądy badanej młodzieży szkolnej na temat

stosowania środków antykoncepcyjnych badaliśmy w ramach jednego pytania kwestionariusza ankiety. Uzyskane wyniki empiryczne prezentuje tabela 4.

W 2017 roku w całej zbiorowości młodzieży szkolnej prawie dwie trzecie badanych wyrażało aprobatę stosowania środków antykoncepcyjnych (65,5 proc.), co siódmy ankietowany uzależniał ocenę takich zachowań od okoliczności i sytuacji (15,9 proc.), co piętnasty wyrażał dezaprobatę stosowania środków antykoncepcyjnych (7,0 proc.) i co dwudziesty nie zajął stanowiska w omawianej sprawie (5,5 proc.). W latach 1988–2017 zaznaczyły się wyraźne zmiany w postawach młodzieży szkolnej wobec antykoncepcji. Wskaźnik pełnej aprobaty antykoncepcji zwiększył się od 37,1 proc. do 65,5 proc. (różnica 28,4 pkt. proc.), zmniejszył się wskaźnik aprobaty częściowej od 25,3 proc. do 15,9 proc. (różnica 9,4 pkt. proc.) oraz pełnej dezaprobaty od 21,6 proc. do 7,0 proc. (różnica 14,6 pkt. proc.) (Mariański, 2024c, s. 268–269; Zemło, 2023, s. 37–47).

Tabela 4. Moralna ocena stosowania środków antykoncepcyjnych

Kategorie odpowiedzi	2017 [%]	2022 [%]	2024 [%]	Puławy 2021 [%]
Dopuszczalne	65,5	75,5	83,8	72,6
To zależy	15,9	10,4	7,9	12,5
Niedopuszczalne	7,0	6,0	4,0	2,1
Trudno powiedzieć	5,5	8,0	4,4	10,3
Brak odpowiedzi	6,1	–	–	2,5
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0

Łącząc dwie pierwsze odpowiedzi: „dopuszczalne” i „to zależy”, otrzymujemy wskaźnik aprobujących stosowanie środków antykoncepcyjnych w zdecydowany lub umiarkowany sposób: w 2017 roku – 81,4 proc., w 2022 roku – 85,9 proc., w 2024 roku – 91,7 proc. i wśród maturzystów puławskich w 2021 roku – 85,1 proc. W latach 2017–2024 wzrost aprobaty stosowania środków antykoncepcyjnych wynosił 10,3 pkt. proc. W 2024 roku ponad 90 proc. młodzieży szkolnej dopuszczało – w zdecydowany lub umiarkowany sposób – stosowanie środków antykoncepcyjnych, a ci, którzy byli temu przeciwni lub nie wypowiedzieli jednoznacznych ocen, stanowili wyraźną mniejszość (około 10 proc.).

Kobiety-uczenice częściej niż mężczyźni-uczniowie akceptowały stosowanie środków antykoncepcyjnych (84,7 proc. wobec 55,7 proc.); osoby

w wieku 18 lat – 64,0 proc., w wieku 19 lat – 73,1 proc., w wieku 20 lat i więcej – 66,0 proc.; uczący się w szkołach branżowych – 47,4 proc., w publicznych liceach ogólnokształcących – 75,3 proc., w niepublicznych liceach ogólnokształcących – 79,2 proc. i w technikach – 67,0 proc.; mieszkający na wsi – 63,6 proc., w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców – 68,0 proc., w miastach od 20 do 100 tys. mieszkańców – 71,0 proc., w miastach od 101 do 500 tys. mieszkańców – 77,9 proc., w miastach 501 tys. mieszkańców i więcej – 80,2 proc.; określający warunki materialne w swojej rodzinie jako złe – 68,6 proc., jako średnie – 60,4 proc., jako dobre – 71,3 proc.; głęboko wierzący – 43,2 proc., wierzący – 53,8 proc., niezdecydowany ale przywiązany do tradycji religijnej – 71,3 proc., obojętny w sprawach wiary – 78,7 proc., niewierzący – 92,5 proc.; uczestniczący we mszy świętej kilka razy w tygodniu – 45,6 proc.; raz w tygodniu – 47,3 proc., jeden lub dwa razy w miesiącu – 60,1 proc., kilka razy w roku – 74,2 proc., w ogóle nieuczestniczący – 80,4 proc.; biorący udział w lekcjach religii w szkole – 58,8 proc., niebiorący udziału w lekcjach religii w szkole – 79,3 proc.; należący do wspólnot religijnych – 46,0 proc., nienależący do wspólnot religijnych – 70,0 proc.

Cechy demograficzne i społeczne (z wyjątkiem dwóch cech: „wiek badanych” i „ocena warunków materialnych rodziny”) różnicowały oceny dotyczące stosowania środków antykoncepcyjnych: kobiety częściej niż mężczyźni akceptowały stosowanie środków antykoncepcyjnych, uczący się w liceach ogólnokształcących częściej niż w technikach i szkołach branżowych, mieszkający na wsi rzadziej niż w wielkich miastach. Różnice pomiędzy poszczególnymi kategoriami badanych osób nie były znaczące i rzadko przekraczały 10 pkt. proc. Zastanawiający jest wysoki poziom aprobaty stosowania środków antykoncepcyjnych przez kobiety-uczenice. W miarę przechodzenia od kategorii osób bardzo religijnych (wiara religijna, praktyki religijne, przynależność do wspólnot religijnych i uczęszczanie na lekcje religii w szkole) do kategorii osób niereligijnych zwiększały się odsetki tych, którzy akceptowali stosowanie środków antykoncepcyjnych.

Proces liberalizacji moralnej pogłębił się w latach 2017–2024 zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn, młodzieży uczęszczającej do różnych typów szkół ponadpodstawowych, młodzieży mieszkającej na wsi i w wielkich miastach, a także wśród młodzieży o odmiennych postawach wobec religii. Pozytywna ocena stosowania środków antykoncepcyjnych należy już do młodzieżowego etosu. Stanowisko Kościoła katolickiego w tej sprawie popiera mniej niż 10 proc. młodzieży szkolnej. Dość rozpowszechnionej aprobaty stosowania środków

antykonceptyjnych towarzyszy oczekiwanie, że Kościół katolicki pozwoli na stosowanie tych środków (37 proc. – zdecydowanie tak, 35 proc. – raczej tak, 11 proc. – raczej nie, 8 proc. – zdecydowanie nie i 9 proc. – trudno powiedzieć) (Boguszewski, 2015, s. 37).

Ocena moralna przerywania ciąży

Jednym z największych zagrożeń życia we współczesnej rodzinie jest aborcja. W nauczaniu moralnym Kościoła podkreśla się, że istota ludzka powinna być szanowana i traktowana jako osoba od momentu swego poczęcia. Od tego momentu należy jej przyznać prawa osoby, wśród nich przede wszystkim nienaruszalne prawo do życia – od pierwszej chwili istnienia i przez całą fazę prenatalną. Każdy człowiek posiada niezbywalne prawo do ochrony życia nie z nadania konstytucji czy innych aktów ustawodawczych władzy państwowej, lecz z prawa natury – od poczęcia aż do naturalnej śmierci – jako istota ludzka. W encyklice *Humanae vitae* papież Paweł VI z naciskiem podkreślił, że należy bezwarunkowo odrzucić jako moralnie niedopuszczalny sposób ograniczania liczby potomstwa przez bezpośrednie przerywanie ciąży, choćby dokonywane ze względów leczniczych (nr 14).

Aborcja jest uznawana przez Kościół za działanie głęboko sprzeczne z prawem moralnym (grzech ciężki). „Bezpośrednie przerywanie ciąży” zamierzone jako cel lub środek, jak również współdziałanie w przerywaniu ciąży, powoduje nałożenie kary ekskomuniki, ponieważ życie ludzkie od chwili swego poczęcia powinno być szanowane i chronione w sposób absolutny w całej swej rozciągłości (*Katechizm Kościoła katolickiego*, 154). Nikt nie może rościć sobie prawa do bezpośredniego zadawania śmierci niewinnej istocie ludzkiej (życie jako świętość). Norma chroniąca każde poczęte życie i konsekwentnie przeciwstawiająca się wszelkim zabiegom przerywania ciąży należy do bardzo akcentowanych norm w katolickiej moralności małżeńskiej i rodzinnej. Odchylenie od niej jest traktowane jako grzech zabójstwa i obwarowane sankcjami kościelnymi. To, co niektórzy przedstawiają jako słuszne prawo i oznakę cywilizacji, według stanowiska Kościoła katolickiego jest wynaturzeniem i zbrodnią przeciwko najbardziej bezbronnym istotom ludzkim.

Zwolennicy aborcji negują to, że życie ludzkie zaczyna się w chwili poczęcia, i wskazują na jakiś inny moment, w którym ich zdaniem zaczyna istnieć nowa istota ludzka. Podkreśla się często konieczność respektowania podmiotowości

kobiety (tzw. prawo kobiety do aborcji), a Kościołowi katolickiemu zarzuca się zbyt pryncypialny sprzeciw wobec aborcji i antykoncepcji oraz to, że próbuje narzucić swoje wyznaniowe zasady moralne pluralistycznemu społeczeństwu. Kontrowersje między obrońcami życia (*pro-life*) a zwolennikami prawa wyboru (*pro-choice*) trwają. U podstaw tego sporu leży zasadniczy konflikt wartości, który będzie trudno rozwiązać. W ciągu kilku dziesięcioleci zalegalizowano jednak aborcję w całej Europie Zachodniej.

Od wielu lat w Polsce trwają dyskusje polityczne na temat warunków prawnej dopuszczalności aborcji; podejmowane decyzje kilkakrotnie zmieniano. Dyskusje te i postanowienia prawne znajdują odbicie w świadomości zbiorowej Polaków. Sondaże opinii publicznej i badania socjologiczne dotyczące postaw społeczeństwa polskiego wobec aborcji nie są w pełni konkluzyjne. Wynika z nich jednak wniosek, że znaczna część Polaków opowiada się za moralną dopuszczalnością aborcji, a jeszcze większa część za jej legalną dopuszczalnością. Podział opinii w społeczeństwie w odniesieniu do aborcji ujawnia się szczególnie jaskrawo. Każda strona konfliktu uważa, że to ona ma rację. Aprobata lub dezaprobata usuwania ciąży jest problemem dużej wagi, związanym z istotnymi kwestiami natury etycznej. Ze społecznego punktu widzenia należy podkreślić, że ludzie na ogół potrzebują potwierdzenia dla swoich przekonań moralnych – stają się one łatwiej bądź trudniej możliwe do przyjęcia w określonych warunkach społecznych. Związek pomiędzy kontekstem społecznym a świadomością moralną nie jest – oczywiście – bezwzględny czy deterministyczny.

Poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie, jak dalece przemiany społeczno-kulturowe społeczeństwa polskiego w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku i w pierwszej dekadzie XXI wieku wpłynęły na postawy badanej młodzieży, czy życie ludzkie stanowi dla niej wartość nienaruszalną przez żadną sytuację oraz jak młodzież ocenia aborcję, będą poświęcone dalsze rozważania. Podstawowe pytanie dotyczące aborcji miało charakter bardzo ogólny i dotyczyło jej moralnej oceny według czterech kategorii: dopuszczalne, to zależy, niedopuszczalne, nie umiem powiedzieć. Uzyskane dane empiryczne przedstawia tabela 5.

W całej zbiorowości młodzieży szkolnej w 2017 roku prawie co siódmy badany uznał przerywanie ciąży za całkowicie dozwolone (14,9 proc.), co trzeci – za dozwolone w pewnych okolicznościach (33,5 proc.), ponad co trzeci – za niedozwolone (37,2 proc.) i co czternasty nie wypowiedział jednoznacznie swojej opinii (7,5 proc.). Jeżeli połączymy odpowiedzi: „dopuszczalne”, „to zależy” i „trudno powiedzieć”, to liczba zwolenników aborcji przewyższa liczbę jej przeciwników (55,9 proc. wobec 37,2 proc.). W latach 1988–2017, po

chwilowym zahamowaniu spadku wskaźnika zwolenników aborcji w latach 1998–2005, wzrosła aprobatą aborcji w zdecydowany lub umiarkowany sposób od 24,0 proc. do 48,4 proc. (różnica 24,4 pkt. proc.) i zmniejszyła się jej dezaprobatą od 67,9 proc. do 37,2 proc. (różnica 30,7 pkt. proc.). Jest to zmiana dość istotna, wskazująca na przyspieszoną dynamikę rozwoju sekularyzacyjnego w latach 2005–2017 (Mariański, 2024c, s. 278–279; Stepulak, 2019, s. 220–221).

Tabela 5. Moralna ocena przerywania ciąży (dane w procentach)

Kategorie odpowiedzi	2017 [%]	2022 [%]	2024 [%]	Puławy 2021 [%]
Dopuszczalne	14,9	40,3	59,6	39,1
To zależy	33,5	33,3	8,7	32,0
Niedopuszczalne	37,2	17,3	21,9	14,9
Trudno powiedzieć	7,5	9,1	9,8	11,4
Brak odpowiedzi	6,9	–	–	2,5
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0

Łącząc dwie pierwsze odpowiedzi: „dopuszczalne” i „to zależy”, otrzymujemy następujące wskaźniki aprobaty przerywania ciąży w zdecydowany lub umiarkowany sposób: w 2017 roku – 48,4 proc., w 2022 roku – 73,6 proc., w 2024 roku – 68,3 proc. i wśród maturzystów puławskich w 2021 roku – 71,1 proc. W latach 2017–2024 wzrost aprobaty aborcji wynosił 19,9 pkt proc. W 2024 roku ponad dwie trzecie badanej młodzieży szkolnej dopuszczało – w zdecydowany lub umiarkowany sposób – przerywanie ciąży. Ci, którzy byli temu przeciwni lub nie wypowiedzieli jednoznacznych opinii, stanowili wyraźną mniejszość (31,7 proc.).

Kobiety-ucennice częściej niż mężczyźni-uczniowie akceptowały („dopuszczalne”) w 2024 roku przerywanie ciąży (75,9 proc. wobec 45,8 proc.); osoby w wieku 18 lat – 53,4 proc., w wieku 19 lat – 61,5 proc., w wieku 20 lat i więcej – 59,5 proc.; uczący się w szkołach branżowych – 38,6 proc., w publicznych liceach ogólnokształcących – 61,7 proc., w niepublicznych liceach ogólnokształcących – 81,5 proc. i w technikach – 59,8 proc.; mieszkający na wsi – 51,7 proc., w miastach poniżej 20 tys. mieszkańców – 57,2 proc., w miastach od 20 do 100 tys. mieszkańców – 66,2 proc., w miastach od 101 do 500 tys.

mieszkańców – 69,0 proc., w miastach 501 tys. mieszkańców i więcej – 71,5 proc.; określający warunki materialne w swojej rodzinie jako złe – 71,4 proc., jako średnie – 60,0 proc., jako dobre – 60,4 proc.; głęboko wierzący – 32,1 proc., wierzący – 37,0 proc., niezdecydowany ale przywiązany do tradycji religijnej – 57,4 proc., obojętny w sprawach wiary – 81,5 proc., niewierzący – 88,5 proc.; uczestniczący we mszy świętej kilka razy w tygodniu – 26,2 proc.; raz w tygodniu – 38,5 proc., jeden lub dwa razy w miesiącu – 41,0 proc., kilka razy w roku – 64,0 proc., w ogóle nieuczestniczący – 77,5 proc.; biorący udział w lekcjach religii w szkole – 44,4 proc., niebiorący udziału w lekcjach religii w szkole – 74,6 proc.; należący do wspólnot religijnych – 38,4 proc., nienależący do wspólnot religijnych – 60,5 proc.

Cechy demograficzne i społeczne (z wyjątkiem cechy „wiek badanych” i „ocena warunków materialnych rodziny”) różnicowały oceny dotyczące przerywania ciąży: kobiety częściej niż mężczyźni akceptowały aborcję, uczący się w liceach ogólnokształcących częściej niż w technikach i szkołach branżowych, mieszkający na wsi rzadziej niż mieszkający w miastach (zwłaszcza w wielkich miastach). Różnice pomiędzy poszczególnymi kategoriami badanych osób nie były znaczące i z reguły nie przekraczały 10 pkt. proc. Zastanawiający jest wysoki poziom aprobaty aborcji przez kobiety-uczenice. Cechy religijne bardziej różnicowały oceny dotyczące przerywania ciąży niż cechy demograficzne i społeczne. W miarę przechodzenia od kategorii osób bardzo religijnych do niereligijnych zwiększały się odsetki tych, którzy akceptowali aborcję. Proces liberalizacji moralnej pogłębił się w latach 2017–2024 we wszystkich wyróżnionych kategoriach badanej młodzieży szkolnej. W świadomości młodzieży aborcja jest o wiele bardziej akceptowana niż dezaprobowana (Kawalec, 2022, s. 158–165).

Badania socjologiczne w naszym kraju wskazują na silne w młodym pokoleniu tendencje permissywistyczne i relatywistyczne. Potwierdzają one hipotezę, że negatywne przemiany w społecznej akceptacji moralności opartej na nauczaniu Kościoła katolickiego dotyczą szczególnie moralności małżeńskiej i rodzinnej, zwłaszcza zasad odnoszących się do życia seksualnego. Na ogół akceptowana jest norma nakazująca wierność małżeńską, w mniejszym stopniu norma stojąca na straży życia nienarodzonych dzieci, w wyraźnym kryzysie są normy związane z nierozzerwalnością małżeństwa, czystością przedmałżeńską i regulacją poczęć. W ostatnich dwóch dekadach mieliśmy do czynienia w środowiskach młodzieżowych z wyraźną zmianą kierunkową w świadomości moralnej (Bożewicz, 2024a, Bożewicz, 2024b, Szyndler, 2023).

Uwagi końcowe

Rozdzielenie seksu i prokreacji, współżycie przedmałżeńskie, aprobaty stosowania środków antykoncepcyjnych, aborcja, rozwody, kohabitacja – to tylko hasła wywoławcze. Wśród młodzieży szkolnej upowszechnia się tendencja do permissywnego postrzegania życia erotycznego. Kościół katolicki chce rozwiązywać wielkie problemy moralne związane z małżeństwem i rodziną, nawołując do etycznego stylu życia. Wielu katolików nie dostrzega w tych kwestiach optyki religijnej. Kryzys moralny jest rozumiany jako proces dezintytucjonalizacji moralności chrześcijańskiej i przejawia się najdobitniej w wybiórczym traktowaniu oferty moralnej Kościoła katolickiego – aż po jej całkowite odrzucenie. Wielu Polaków czuje się bardziej „producentami” niż adresatami wartości i norm moralnych (Adamczyk, 2008, s. 253–260; Kwak, 2022, s. 311–334).

Przeciętny wskaźnik przyzwolenia (aprobaty) na pięć analizowanych spraw („dopuszczalne”) kształtował się w 2017 roku na poziomie 35,8 proc., przyzwolenia częściowego („to zależy”) – 24,4 proc., dezaprobaty („niedopuszczalne”) – 27,9 proc. oraz niezdecydowania lub braku odpowiedzi – 12,0 proc. W 2022 roku (odpowiednio) – 49,5 proc., 19,7 proc., 22,6 proc., 8,2 proc.; w 2024 roku – 56,9 proc., 9,2 proc., 28,2 proc., 5,8 proc.; maturzyści w Puławach w 2021 roku – 47,0 proc., 20,2 proc., 19,0 proc., 13,8 proc. Łącząc dwie pierwsze odpowiedzi, otrzymujemy wskaźnik aprobaty – zdecydowanej lub umiarkowanej – pięciu kategorii norm moralności małżeńsko-rodzinnej: w 2017 roku – 60,2 proc., w 2022 roku – 69,2 proc., w 2024 roku – 66,1 proc., maturzyści puławscy w 2021 roku – 67,2 proc. W latach 2017–2024 wskaźnik tej aprobaty – zdecydowanej lub umiarkowanej – zwiększył się o 5,9 proc. Wskaźnik akceptacji norm katolickiej moralności małżeńsko-rodzinnej pozostawał na zbliżonym poziomie: od 27,9 proc. do 28,2 proc. (Słotwińska i in., 2024, s. 188–204; Szauer, 2019, s. 229–252; Zaręba, 2010, s. 140–144; Zemło, 2021, s. 203–208).

Aprobata katolickich norm moralności małżeńsko-rodzinnej („niedopuszczalne”) kształtowała się w 2024 roku na poziomie 28,2 proc. i była niższa u kobiet niż mężczyzn, nieco niższa u osób w wieku 18 lat niż w wieku 20 lat i więcej, nieco wyższa u młodzieży mieszkającej na wsi niż w miastach. Typ szkoły i warunki materialne w rodzinie nie różnicowały poziomu akceptacji katolickich norm moralności małżeńsko-rodzinnej. W miarę przechodzenia od kategorii badanych o wyższej religijności do kategorii osób mniej religijnych lub niereligijnych zmniejszały się odsetki tych, którzy akceptowali normy

katolickiej moralności małżeńsko-rodzinnej: od deklarowanej głębokiej wiary do niewiary – od 49,6 proc. do 21,9 proc. (różnica 27,7 pkt. proc.), od deklarowanych praktyk religijnych kilka razy w tygodniu do w ogóle niepraktykujących – od 45,4 proc. do 23,5 proc. (różnica 21,9 pkt. proc.). Cechy religijne wyraźniej różnicowały aprobatę norm katolickiej moralności małżeńsko-rodzinnej niż cechy demograficzne i społeczne.

Badania socjologiczne potwierdzają dokonywanie się przemian w świadomości młodzieży polskiej w zakresie problemów związanych z moralnością małżeńsko-rodziną. Aborcja, stosowanie środków antykoncepcyjnych, rozwody, wolna miłość itp. nie są już zjawiskami piętnowanymi społecznie i moralnie w takiej mierze jak dawniej. Tworzenie się miłości między mężczyzną i kobietą, doznawanie przyjemności, odczucia emocjonalne są równie ważne, a dla wielu może nawet ważniejsze niż wymiar prokreacji w małżeństwie. Często egoistyczne „ja” staje się podstawowym źródłem wartości związanych z małżeństwem i rodziną. Tradycyjne wartości prorodzinne są zagrożone w świadomości części młodego pokolenia Polaków. Trzeba jednak podkreślić, że socjologowie o orientacji empirycznej częściej interesują się przekraczaniem norm moralnych niż ich treścią czy uznaniem społecznym (Dudziak, 2011, s. 69–84; Szafraniec, 2011, s. 196–199; Zaręba, 2012, s. 142–165).

Powiedzenie: „Polacy są religijni, ale mało moralni” lub „młodzież jest religijna, ale ma swoją moralność” – nawet jeżeli nie do końca jest prawdziwe – pokazuje kierunek przemian w mentalności Polaków, czyli znaczący „rozziew” pomiędzy powszechnie deklarowanymi postawami proreligijnymi a postawami i zachowaniami moralnymi ludzi wierzących na co dzień. Złudzeniem okazało się pragnienie, że uda się nagle po 1989 roku upowszechnić wartości etyki chrześcijańskiej w szerokim obiegu publicznym. Wiele wskazuje na to, że te wartości nie stały się dominującymi w społeczno-kulturowym obiegu, nie weszły do praktycznego dyskursu politycznego, a próbuje się je eliminować z życia publicznego. Moralność w swoich wymiarach społecznych nabiera coraz bardziej swoistego, kalejdoskopowego zróżnicowania, daleko idącej płynności i nieokreśloności. Wielu katolików w Polsce traktuje w sposób peryferyjny doktrynę moralną Kościoła, zwłaszcza w sprawach małżeńskich i rodzinnych. Nie opuszczają oni swojego Kościoła, ale go sekularyzują od wewnątrz (Kowalczyk, 2017, s. 179–188; Zaręba, Klimski & Sroczyńska, 2020, s. 46–47; Zemło, 2023, s. 37–47; Zemło, 2024, s. 73–94).

Ukazany świat postaw moralnych młodzieży polskiej jest z pewnością niepełny i z wieloma niewiadomymi. „Portret” ten wymaga jeszcze dodatkowych

uzupełnień. Przedstawia on w zasadzie procesy odchodzenia od katolickiej moralności, pomija zaś problemy kształtowania się „nowej” moralności w miejsce kwestionowanych wartości i norm katolickich. W świetle zarysowanych tendencji relatywistycznych młodzieży polskiej można wyrazić obawę, że ten stan rzeczy będzie rzutować na stosunek do wartości i norm moralnych w przyszłości, a przynajmniej może prowadzić do usprawiedliwiania rozdzwiewu między teoretycznie uznawanymi wartościami i normami o charakterze „odświętnym” a faktycznym postępowaniem sterowanym nastawieniami noszącymi znamiona relatywizmu moralnego. Wartościowanie moralne dokonuje się w praktyce życia psychospołecznego w różnej formie i pod różnymi kątami widzenia. Młodzież współczesna wykazuje znaczną skłonność do relatywizmu, z jednoczesną niechęcią do rygoryzmu moralnego. Wiele wartości i norm moralnych podlega w świadomości moralnej daleko idącej reinterpretacji, ale tylko niekiedy zmierzającej w kierunku nihilizmu moralnego. Opisywane przejawy relatywizmu i permissywizmu moralnego wskazują na istniejące rozdzwiewy między oficjalną nauką moralną Kościoła katolickiego a codziennością życia indywidualnego i społecznego młodzieży szkolnej, zwłaszcza w ocenach odnoszących się do praktycznych wymiarów ludzkiej egzystencji (Dyczewski, 2009, s. 75–126; Grygiel, Humenny & Grzesik, 2010, s. 264–291; Mariański, 2023a, s. 143–165; Mariański, 2024a, s. 131–177; Romanowicz, 2012; Ryk, 2004, s. 98–105).

Bibliografia

- Baniak, J. (2022). *Religijność i moralność młodzieży polskiej w latach 1956–2018 na tle przemian cywilizacyjnych i społecznych. Studium socjologiczne*. Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Boguszewski, R. (2015). Religia a życie codzienne, czyli m.in. o wyzwaniach dla Kościoła katolickiego w Polsce. *Colloquium Wydziału Nauk Historycznych i Społecznych*, (4), 37.
- Bożewicz, M. (2024a). Stosunek Polaków do aborcji i pigułki „dzień po”. *Komunikat z badań CBOS*, (20), 1–6.
- Bożewicz, M. (2024b). Elektoraty o prawie do przerywania ciąży. *Komunikat z badań CBOS*, (29), 1–7.
- Budzyńska, E. (2021). Rodzina – pomiędzy tradycją, religią a ideologią. Szkic socjologiczny. W A. Górny, J. Kijonka, & Z. Zagała (red.), *Pejzaże kultury*,

- religii, regionu i rodziny. *Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Święt-kiewiczowi* (s. 528–547). Studio Noa & Ireneusz Olsza.
- Domalewski, J. (2013). *System wartości młodzieży gimnazjalnej. Raport z badań przeprowadzonych wśród uczniów klas III gimnazjów województwa kujawsko-pomorskiego*. Kuratorium Oświaty w Bydgoszczy.
- Dubiś, M. (2013). *Świat wartości i plany życiowe licealistów*. Innovatio Press, Wydawnictwo Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Innowacji.
- Dyczewski, L. (2009). *Wyobrażenia młodzieży o małżeństwie i rodzinie pomiędzy tradycją a nowoczesnością*. Wydawnictwo KUL.
- Giddens, A., & Sutton, P. W. (2014). *Socjologia. Kluczowe pojęcia* (O. Siara & P. Tomanek, tłum.). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Grygiel, P., Humenny, G., & Grzesik, A. (2010). Etyka życia seksualnego w świadomości mieszkańców Podkarpacia. W J. Baniak (red.), *W poszukiwaniu sensu. O religii, moralności i społeczeństwie* (s. 264–291). Zakład Wydawniczy NOMOS.
- Holt, J. (2021). *Idee, które zmieniły świat. Od Einsteina i Gödla po Turinga i Dawkinsa* (T. Lanczewski, tłum.). Copernicus Center Press.
- Kaźmierska, K. (2018). *Młodzież archidiecezji łódzkiej. Szkic do portretu*. Archidiecezjalne Wydawnictwo Łódzkie.
- Kawalec, I. (2022). Stosunek do aborcji. W M. Grabowska & M. Gwiazda (red.), *Młodzież 2021. Diagnozy i Opinie* (nr 49, s. 158–165). CBOS.
- Kowalczyk, S. (2017). *Elementy społecznej nauki Kościoła*. Norbertinum.
- Kozak, J. (2014). *Dzieci postmoderny? Studium socjologiczne nad religijnością studentów*. Wydawnictwo Diecezjalne i Drukarnia w Sandomierzu.
- Kwak, A. (2022). Rodzina z perspektywy zmian w ponowoczesności. W S. Janeczek & A. Starościc (red.), *Filozofia społeczna* (cz. 3: *Realia społeczno-gospodarcze*, s. 311–334). Wydawnictwo KUL.
- Mariański, J. (1996). Kościół a religijność młodzieży. W I. Borowik & W. Zdanie-wicz (red.), *Od Kościoła ludu do Kościoła wyboru. Religia a przemiany społeczne w Polsce* (s. 115–119). Zakład Wydawniczy NOMOS.
- Mariański, J. (2011). Religijne i społeczne zaufanie do Kościoła katolickiego w Polsce. Analiza socjologiczna. W P. Prüfer & J. Mariański (red.), *Zawiro-wania wokół zaufania. Wyobrażenia i rzeczywistość* (s. 21–43). Oficyna Wy-dawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Mariański, J. (2018a). Religijność młodzieży polskiej w procesie przemian – ana-lizy socjologiczne. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis*, (2), 44–47.

- Mariański, J. (2018b). *Kondycja religijna i moralna młodzieży szkół średnich w latach 1988–1998–2005–2017 (raport z ogólnopolskich badań socjologicznych)*. Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Mariański, J. (2021). Wartości prorodzinne w świadomości młodzieży polskiej. Analiza socjologiczna. *Sociológia a spoločnosť*, (2), 13–29.
- Mariański, J. (2022). *Wartości moralne w świadomości maturzystów puławskich. Raport z badań socjologicznych zrealizowanych w latach 1994–2021*. Wyższa Szkoła Nauk Społecznych z siedzibą w Lublinie.
- Mariański, J. (2023a). Katolicka moralność małżeńsko-rodzinna w ocenie młodzieży akademickiej, *Polish Journal of Critical Realism*, (1), s. 143–165.
- Mariański, J. (2023b). Procesy indywidualizacyjne w rodzinie. *Viae Educationis. Studies of Education and Didactics*, (3), 40–54.
- Mariański, J. (2023c). *Religijność młodzieży polskiej w procesie przemian w XXI wieku (analizy socjologiczne)*. Akademia Nauk Społecznych i Medycznych w Lublinie. Akademia Nauk Stosowanych.
- Mariański, J. (2024a). Rodzina – co się z nią dzieje? Opinie i poglądy polskiej młodzieży. *Studium socjologiczne*. Akademia Nauk Społecznych i Medycznych w Lublinie Akademia Nauk Stosowanych.
- Mariański, J. (2024b). *Religious identities in Polish society: A sociological study*. Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Mariański, J. (2024c). *Religious and moral condition of upper secondary school students throughout the years 1988–1998–2005–2017: Report on Polish nationwide sociological studies*. Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Mariański, J., Słotwińska, H., Mąkosa, P., & Buk-Cegiełka, M. (2024). Młodzież wobec katolickiej moralności małżeńsko-rodzinnej. Analiza ilościowa w kontekście przemian religijności. *Teologia i Moralność*, (1), 140–143.
- Prüfer, P. (2011). Religia ponowoczesności – między zaufaniem a nieufnością. Refleksje wokół książki Janusza Mariańskiego. W P. Prüfer & J. Mariański (red.), *Zawierowania wokół zaufania. Wyobrażenia i rzeczywistość* (s. 373–382). Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego.
- Rola, M. (2013). Świadomość moralna maturzystów lubelskich. W H. Mielicka-Pawłowska (red.), *Religijne wymiary życia społecznego* (s. 203–206). Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach.
- Romanowicz, W. (2012). *Religijność wyznawców prawosławia w Polsce. Raport z badań socjologicznych*. Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II.

- Ryk, A. (2004). *Pokolenie zmiany. Studium porównawcze wartości i perspektyw życiowych młodzieży włoskiej i polskiej*. Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.
- Slany, K. (2007). Alternatywne formy życia małżeńsko-rodzinnego. W A. Kojder (red.), *Jedna Polska? Dawne i nowe zróżnicowania społeczne* (s. 237–268). Wydawnictwo WAM, Komitet Socjologii PAN.
- Słotwińska, H., Mariański, J., Mąkosa, P., Buk-Cegiełka, M., & Rybariski, R. (2024). *Edukacja religijna młodzieży polskiej – stan obecny, szanse i wyzwania*. Wydawnictwo Archidiecezji Lubelskiej „Gaudium”.
- Smyczek, L. (2002). *Dynamika przemian wartości moralnych w świadomości młodzieży licealnej. Studium panelowe*. Towarzystwo Naukowe KUL.
- Stepulak, M. Z. (2019). Postawy studentów wobec wybranych zagadnień nauczania Kościoła katolickiego w Polsce. W J. Kaczmarek (red.), *Między socjologią a filozofią i teologią. Księga jubileuszowa dla Profesora Józefa Baniaka z okazji siedemdziesięciolecia urodzin oraz czterdziestolecia pracy naukowo-badawczej* (s. 220–221). Wydawnictwo Nauk Społecznych i Humanistycznych Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu.
- Stefańak, O. (2013). *Úvod do katolíckej sociálnej náuky*. VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku.
- Szauer, R. (2015). Syndrom 191 – fenomen rekolekcji halowych. Natura i specyfika rekolekcji halowych dla młodzieży szkół średnich w Koszalinie. Socjologiczna analiza zjawiska. *Colloquium Wydziału Nauk Humanistycznych i Społecznych*, (4), 221–242.
- Szauer, R. (2025). *W co wierzy Pomorze? Religijność jako kontinuum na Pomorzu Zachodnim i Pomorzu Gdańskim. Studium socjologiczne*.
- Szyndler, K. (2023). *Znajomość i akceptacja wartości religijnych i moralnych. Studium katechetyczno-socjologiczne w świetle badań maturzystów archidiecezji przemyskiej*. <https://hdl.handle.net/20.500.12153/5733>
- Tułowicki, D. (2012). *Bez Boga, Kościoła i zasad? Studium socjologiczne nad religijnością młodzieży*. Wydawnictwo PETRUS.
- Urbanik, W., Hajdukiewicz, M., & Żwieręło, A. (Red.). (2022). *Młodzież 4.0. Raport z badań pilotażowych projektu badawczo-rozwojowego*. Akademia Nauk Stosowanych TWP w Szczecinie.
- Yinger, M. J. (1998). Religia, kultura, społeczeństwo (B. Kruppik, tłum.). W W. Piwowarski (red.), *Socjologia religii. Antologia tekstów* (s. 297–315). Zakład Wydawniczy NOMOS.

- Zaręba, S. H. (2005). Empiryczny obraz moralnych opinii młodzieży Warszawy. W W. Zdaniewicz & S. H. Zaręba (red.), *Młodzież Warszawy – pokolenie pontyfikatu Jana Pawła II* (s. 113–119). Wydawnictwo Archidiecezji Warszawskiej.
- Zaręba, S. H. (2012). *Religijność młodzieży w środowisku zurbanizowanym. Socjologiczne studium teoretyczno-empiryczne*. Pobitno Oficyna.
- Zaręba, S. H., Klimski, W., & Sroczyńska, M. (2020). *Wolność wyboru czy przymus zwyczaju?* (vol. 2: *Młodzież akademicka w dobie pandemii o religii, duchowości i moralności*). Wydawnictwo Rys.
- Zemło, M. (2017). Moralność małżeńsko-rodzinna w opinii uczniów szkół ponadpodstawowych. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Nauk Społecznych z siedzibą w Lublinie*, (1), 9–31.
- Zemło, M. (2023). Opinie uczniów szkół białostockich na temat wybranych norm społecznych. W J. Mantur (red.), *Styl życia młodzieży Białegostoku* (s. 37–47). Centrum Kształcenia Ustawicznego w Białymstoku.
- Zemło, M. (2024). *Socjologiczny portret młodzieży szkolnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.

Paulina Niemyska

 <https://orcid.org/0009-0003-8828-0974>

 paulina.niemyska@gmail.com

Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

 <https://ror.org/05sdyjv16>

Proces budowania poczucia sprawczości u rodziców noworodków z niepełnosprawnością na oddziałach patologii noworodka na przykładzie Polski i Szwecji

 <https://doi.org/10.15633/ssc.13203>

ABSTRACT

Proces budowania poczucia sprawczości u rodziców noworodków z niepełnosprawnością na oddziałach patologii noworodka na przykładzie Polski i Szwecji

Artykuł podejmuje problematykę kształtowania się sprawczości rodzicielskiej w warunkach hospitalizacji dziecka na oddziałach neonatologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów patologii noworodka. Autorka wskazuje, że sytuacja pobytu dziecka w środowisku wyspospecjalistycznej opieki medycznej wiąże się u rodziców z intensywnym stresem, poczuciem bezradności i utratą kontroli, a jednocześnie może stać się przestrzenią nabywania kompetencji oraz wzmacniania roli rodzica jako aktywnego uczestnika procesu opieki. Celem publikacji jest analiza porównawcza sposobów wspierania sprawczości rodziców noworodków z niepełnosprawnością w Polsce i Szwecji oraz identyfikacja praktyk klinicznych sprzyjających temu procesowi. W tekście opisano podstawy teoretyczne pojęcia sprawczości oraz znaczenie sprawczości dla zdrowia psychicznego rodziców i jakości ich współpracy z personelem medycznym. Autorka identyfikuje czynniki wzmacniające sprawczość, takie jak partnerska komunikacja, możliwość aktywnego udziału w opiece, zapewnienie warunków stałej obecności przy dziecku oraz dostęp do wsparcia psychologicznego i edukacyjnego. W części dotyczącej Polski zaakcentowano utrzymywanie się hierarchicznego modelu relacji oraz nierówny dostęp do opieki skoncentrowanej na rodzinie i do pomocy psychologicznej, zależny od zasobów i rozwiązań lokalnych. W odniesieniu do Szwecji przedstawiono model konsekwentnie rodzinocentryczny, w którym rodzice pełnią rolę głównych opiekunów, a infrastruktura oddziałów oraz praktyki komunikacyjne wspierają autonomię rodziny. Wnioski wskazują, że wzmacnianie sprawczości rodziców powinno stanowić cel organizacyjny opieki neonatologicznej, a adaptacja rozwiązań szwedzkich wymagałaby zmian infrastrukturalnych, transformacji kultury organizacyjnej oraz systemowego wzmocnienia wsparcia psychologicznego. Artykuł podkreśla także znaczenie zapewnienia ciągłości opieki po wypisie ze szpitala.

KEYWORDS: niepełnosprawność, poczucie sprawczości, noworodek, rodzina, opieka neonatologiczna

ABSTRACT

The process of building a sense of agency in parents of newborns with disabilities in neonatal pathology wards on the example of Poland and Sweden

This article addresses the development of parental agency in the context of a child's hospitalization in neonatal units, with a particular focus on neonatal pathology wards. The author points out that while the environment of highly specialized medical care is associated with intense stress, a sense of helplessness, and a loss of control for parents, it can simultaneously become a space for acquiring competence and strengthening the parental role as an active participant in the care process. The aim of this publication is to provide a comparative analysis of the methods used to support the agency of parents of newborns with disabilities in Poland and Sweden, and to identify clinical practices that facilitate this process. The text outlines the theoretical foundations of the concept of agency and its significance for parents' mental health and the quality of their collaboration with medical staff. The author identifies key factors that strengthen agency, such as partnership-based communication, opportunities for active participation in care, ensuring conditions for a constant presence with the child, and access to psychological and educational support. Regarding Poland, the article highlights the persistence of a hierarchical relationship model and unequal access to family-centered care and psychological assistance, which often depends on local resources and solutions. In the case of

Sweden, a consistently family-centered model is presented, in which parents serve as the primary caregivers, and the ward infrastructure and communication practices support family autonomy. The conclusions indicate that strengthening parental agency should be an organizational goal in neonatal care, and that adapting Swedish solutions would require infrastructural changes, a transformation of organizational culture, and a systemic reinforcement of psychological support. The article also emphasizes the importance of ensuring continuity of care following hospital discharge.

KEYWORDS: disability, sense of agency, newborn, family, neonatal care

Artykuł skupia się na analizie procesu kształtowania poczucia sprawczości u rodziców noworodków, które urodziły się z jakąś formą niepełnosprawności, hospitalizowanych na oddziale patologii noworodka. Jako punkt odniesienia przyjęto dwa różne modele organizacji opieki neonatologicznej: polski oraz szwedzki. W artykule omówiono psychospołeczne mechanizmy budowania sprawczości rodzicielskiej oraz rolę personelu oddziału w tym procesie. Przedstawiono także formy wsparcia systemowego oraz praktyki wpływające na aktywizację bądź bierność rodziców w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem z niepełnosprawnością.

Rodzic noworodka z niepełnosprawnością, przebywającego na oddziale patologii noworodka, doświadcza poczucia lęku, stresu, zagubienia i bezradności. Proces kształtowania się u niego poczucia sprawczości jest w tych warunkach znacząco utrudniony, a jednocześnie wyjątkowo istotny. Dla rodzica, stojącego przed nową sytuacją niepełnosprawności dziecka, poczucie sprawczości jest kluczowe zarówno dla jego zdrowia psychicznego, jak i dla jakości opieki, jaką będzie sprawował nad dzieckiem.

Artykuł ukazuje, że mimo podobnych celów terapeutycznych w obu omawianych krajach widoczne są różnice pod względem sposobów angażowania rodziców, systemów wsparcia oraz paradygmatów komunikacji klinicznej.

Narodziny dziecka to wydarzenie wpływające na życie całej rodziny – przede wszystkim młodych rodziców, ale i pozostałych jej członków. Przystosowanie się rodziców do nowych realiów życia częściowo jest procesem naturalnym, częściowo zaś wymaga wprowadzenia pewnych świadomych zmian. W sytuacji narodzin dziecka z niepełnosprawnością proces osvajania się z nową rzeczywistością jest dla rodziców jeszcze trudniejszy. Zważywszy na fakt, że pierwsze dni, tygodnie, a czasem nawet miesiące rodzice spędzają z dzieckiem w szpitalu, brak ich naturalnego środowiska jest dodatkowym czynnikiem obciążającym.

Oddziały neonatologii, patologii noworodka czy intensywnej terapii noworodka stanowią specyficzne środowisko, w którym rozpoczęcie drogi rodzicielskiej jest o wiele trudniejsze niż w warunkach domowych. Z racji obserwowanych przez rodziców skomplikowanych procedur medycznych, którym poddawane jest ich dziecko, niepewności co do stanu zdrowia dziecka i jego przyszłości, a także ograniczonego dostępu do kontaktu fizycznego z dzieckiem w rodzicu potęguje się poczucie bezradności i zagubienia. Stan ten wpływa na proces kształtowania się poczucia rodzicielskiej sprawczości, co w przypadku nowonarodzonego dziecka z niepełnosprawnością jest procesem wyjątkowo trudnym, ale i szczególnie ważnym.

Często przedłużająca się hospitalizacja dziecka na oddziale patologii noworodka dodatkowo wzmacnia u rodziców poczucie zagrożenia, bezradności oraz utraty kontroli nad sytuacją. To zaś znacząco zmniejsza szanse na budowanie u nich poczucia sprawczości, rozumianego jako przekonanie, że ich działania mają wpływ na stan i rozwój dziecka. W literaturze psychologii zdrowia podkreśla się, że jest ono jednym z kluczowych czynników chroniących zdrowie psychiczne rodziców (Meyer, 2003).

Poczucie sprawczości jest zatem ważne nie tylko w kontekście zadowolenia rodziców z jakości pełnionej przez nich funkcji rodzicielskiej, ale wpływa też na ich stan psychiczny, przekładając się tym samym na jakość ich funkcjonowania (także w roli rodziców). W przypadku rodziców dziecka z niepełnosprawnością obszar ten ma jeszcze większe znaczenie. Ta silna zależność pomiędzy poczuciem wpływu na rzeczywistość a jakością pełnienia roli rodzicielskiej ukazuje, jak ważne jest wspieranie rodziców w procesie budowania poczucia sprawczości.

W ostatnich dekadach w obszarze opieki medycznej nad noworodkiem obserwuje się przesunięcie od modelu autorytarnego ku podejściu *family-centered care* (FCC) (ang.), *familjecentrerad vård* (sv.), zakładającemu aktywne uczestnictwo rodziców w procesie opieki nad noworodkiem (Pukas, Suda, Kwiatkowska-Gruca, Behrendt, Godula-Stuglik, 2010). Szczególnie wyraźnie zjawisko to jest widoczne w systemach opieki medycznej krajów skandynawskich. Nacisk na partnerską relację pomiędzy personelem medycznym szpitala a rodziną pacjenta jest w tych krajach elementem niejako wbudowanym w organizację opieki neonatologicznej (Griffin, 2013).

Pojęcie sprawczości w kontekście rodzicielstwa dziecka z niepełnosprawnością

Terminem „sprawczość” (ang. *agency*) określa się zdolność jednostki do wpływania na otoczenie poprzez celowe działania (Linnér, Thernström Blomqvist, Jonsson, Lilliesköld, Norman, 2024). W teorii A. Bandury poczucie samoskuteczności i sprawczości wiąże się z koncepcją *self-efficacy*, czyli przekonaniem o własnych kompetencjach w radzeniu sobie z wyzwaniami (Bandura, 1997). Poczucie sprawstwa definiowane jest jako „przekonanie o wpływie na bieg wydarzeń” (Kalisiewicz, 1999) oraz „wyraża się w poczuciu kontroli (przekonaniu człowieka, że występowanie pozytywnych i negatywnych zdarzeń w jego życiu zależy od tego, co robi), poczuciu własnej skuteczności (przekonaniu, że jest się w stanie osiągnąć cele, do których się zmierza), poczuciu wolności (przeświadczeniu, że wybór stojących przed nami możliwości życiowych zależy od nas samych) [...], jest składnikiem pozytywnego obrazu własnej osoby i ma znaczenie przystosowawcze: podnosi atrakcyjność obranych celów, zwiększa energię i wytrwałość w działaniu, czyni go bardziej odpornym na sytuacje stresowe” (Góral, 1996).

Jak podają Bishop, Woll i Arango (1993), terminem „opieka skoncentrowana na rodzinie” (ang. *family-centered care* – FCC) określa się „opiekę zorientowaną na rodzinę, która zapewnia zdrowie i dobre samopoczucie dzieci i ich rodzin poprzez pełne szacunku partnerstwo między rodziną a profesjonalistami. Podejście to szanuje kulturę, tradycje i doświadczenie, które każdy wnosi do tej relacji. Opieka zorientowana na rodzinę to standard praktyki, który zapewnia wysoką jakość usług”.

Rodzicielstwo dziecka z niepełnosprawnością stanowi szczególny kontekst, w którym poczucie sprawczości i własnej skuteczności może być zaburzone. Przyczynami tego stanu rzeczy mogą być: nagły kryzys rodzica związany z diagnozą dziecka i informacją o jego niepełnosprawności, brak wiedzy o stanie zdrowia dziecka (co często ma miejsce zwłaszcza tuż po urodzeniu, gdy dziecko jest w trakcie diagnostyki), dominacja personelu medycznego (rzeczywista lub subiektywnie odbierana przez rodzica), ograniczony kontakt fizyczny z dzieckiem, wysoki poziom stresu i poczucie utraty kontroli w niespodziewanej sytuacji (Kręcisiz-Plis, 2016).

Znaczenie poczucia sprawczości dla zdrowia psychicznego rodziców

Jak wskazują badania, rodzice wykazujący wyższy poziom poczucia sprawczości szybciej przechodzą proces adaptacji do diagnozy (Chen, 2017), są bardziej zaangażowani w opiekę nad dzieckiem (Fenwick, Barclay, Schmied, 2001), chętniej i efektywniej współpracują z zespołem terapeutycznym, stosując się do zaleceń specjalistów (Mendoza, Lewis, Garver, Koegst, 2025), rzadziej doświadczają depresji okołoporodowej (Alfayumi-Zeadna, Masarwe, Findling, Erel, O'Rourke, 2025), częściej postrzegają sytuację, w której się znaleźli, w kategoriach wyzwań, a nie zagrożeń (Folkman, 2013). Jak wynika z powyższych danych, wsparcie w procesie budowania poczucia sprawczości u rodziców to nie tylko aspekt wsparcia psychicznego, ale również czynnik bezpośrednio oddziałujący na leczenie i rehabilitację dziecka.

Oddział patologii noworodka jako środowisko kształtowania lub ograniczania poczucia sprawczości u rodzica

Oddział patologii noworodka to miejsce wysokospecjalistycznej opieki medycznej, w którym nowonarodzone dziecko z niepełnosprawnością często poddawane jest intensywnej terapii (Kozłowska-Rup, Gabryel, Świetliński, 2023). Taka struktura organizacyjna generuje istotne konsekwencje psychologiczne dla rodzica. Obecność specjalistycznej aparatury medycznej, często o niejawnym dla rodzica przeznaczeniu, podwyższony poziom hałasu stanowiący dodatkowy negatywny bodziec dla układu nerwowego, ograniczenia w zakresie kontaktu fizycznego z dzieckiem, poczucie uzależnienia zdrowia i życia dziecka od personelu medycznego oraz brak kontroli nad sytuacją mogą znacząco intensyfikować poczucie bezradności (Pukas, Suda, Kwiatkowska-Gruca, Behrendt, Godula-Stuglik, 2010).

Czynniki wzmacniające sprawczość rodzicielską

Jak wskazują badania, do kluczowych elementów wspierających poczucie sprawczości rodzicielskiej należą: otwarta i partnerska komunikacja ze strony

personelu medycznego (Shirazi, Sharif, Rakhshan, Pishva, Jahanpour, 2015), możliwość aktywnego udziału w opiece nad noworodkiem (karmieniu, kąpielowaniu, codziennej pielęgnacji) (Griffiths, Spence, Loughran-Fowlds, Westrup, 2019), dostęp do pomocy psychologa szpitalnego oraz pedagogów lub edukatorów rodzicielskich (Fowlie, McHaffie, 2004), a także warunki umożliwiające obecność rodzica przy dziecku przez całą dobę (Raiskila, Axelin, Toome, Caballero, Tandberg, 2017).

Czynniki ograniczające sprawczość rodzicielską

W literaturze jako najczęstsze czynniki ograniczające poczucie sprawczości u rodziców wskazuje się: brak czasu personelu medycznego na rozmowę z rodzicem na temat stanu zdrowia dziecka i podejmowanych procedur medycznych, rotację personelu medycznego, co wpływa na proces budowania zaufania do osób opiekujących się dzieckiem (Spruill, Heaton, 2015), restrykcyjne zasady odwiedzin i przebywania rodzica na oddziale, barierę językową w obszarze specjalistycznego słownictwa medycznego stosowanego przez personel medyczny bądź w opisach stanu zdrowia dziecka lub procedur medycznych, którym jest ono poddawane (Mackley, Winter, Guillen, Paul, Locke, 2016), a także przeciążenie rodziców informacjami medycznymi.

Model budowania sprawczości rodziców na oddziałach patologii noworodka w Polsce

Organizacja opieki neonatologicznej

Mimo że ostatnie lata przyniosły zmiany w obszarze współpracy personelu medycznego z rodzicem dziecka przebywającego na oddziale patologii noworodka, polski system opieki neonatologicznej nadal jest systemem silnie zmedyalizowanym i zhierarchizowanym. Nadzieję na coraz większe otwarcie się szpitali na współpracę z rodzicem najmłodszego pacjenta niosą obserwacje wdrażanych elementów opieki zorientowanej na rodzinę, zwłaszcza zmian w zakresie możliwości obecności rodzica na oddziale wraz z dzieckiem. Nadal jednak stan faktyczny w tym obszarze jest zróżnicowany pomiędzy poszczególnymi placówkami.

Relacje personelu medycznego z rodzicami

Badania wskazują na dominację modelu eksperckiego, w którym decyzje o wszelkich działaniach dotyczących noworodka – także tych okołomedycznych (jak na przykład korzystanie z kontaktu „skóra do skóry” czy sposób dokarmiania dziecka) – podejmowane są przede wszystkim przez lekarzy i personel medyczny (Sak, 2023). Rodzice deklarują wdzięczność wobec personelu opiekującego się ich dziećmi, wspominają jednak także o strachu przed zadawaniem pytań i przejmowaniem odpowiedzialności. Taki stan rzeczy może ograniczać poczucie sprawczości rodziców.

Uczestnictwo rodziców w opiece nad dzieckiem

W Polsce na części oddziałów patologii noworodka rodzice mogą brać udział w opiece nad dzieckiem, mając realny wpływ na jego stan emocjonalny i zdrowotny. Możliwości te są – z oczywistych przyczyn – uzależnione od stanu klinicznego dziecka. Zdarza się jednak, że praktyki takie jak kangurowanie czy udział w wybranych czynnościach pielęgnacyjnych dziecka – nawet przy dobrym stanie klinicznym – nie są możliwe do wdrożenia. Najczęściej zależy to od dostępności personelu i innych czynników niezależnych od rodzica. Sprawczość rodzicielska w systemie polskim bywa wzmacniana głównie przez edukację pielęgnarską, ale nie zawsze ma charakter partnerski (Łuczak-Wawrzyniak, Czarnecka, Konofalska, Bukowska, Gadzinowski, 2010).

W polskich szpitalach odczuwalne jest asekuracyjne podejście personelu medycznego do rodziców pacjentów oddziałów patologii noworodka. Choć rodzic coraz częściej ma prawo do realnego bycia (a także, na ile to możliwe w warunkach szpitalnych, życia) ze swoim dzieckiem na terenie oddziału, wciąż odczuwalne jest niepełne zaufanie personelu medycznego do rodzica. Jest to zjawisko o niejasnym źródle. Rodzic – jako osoba najbliższa pacjentowi przebywającemu na oddziale, a zatem mająca na uwadze jego dobro – jawi się jako naturalny partner współpracy i opieki nad pacjentem z niepełnosprawnością. Może też być realnym wsparciem, a nawet odciążeniem, dla zespołu medycznego. Pozostający na oddziale i pod opieką lekarzy oraz pozostałego personelu rodzic może być niezastąpionym ogniwem w procesie diagnozy i leczenia dziecka. Przy uwzględnieniu korzyści emocjonalnych, psychicznych i zdrowotnych dla rodzica, a przede wszystkim dla dziecka, trudno w pełni

wyjaśnić obserwowaną ograniczoną gotowość personelu do budowania partnerskich relacji z rodzicami pacjentów.

W obserwacji szwedzkiego podejścia do współpracy oddziałów neonatologicznych z rodzicami pacjentów widoczna jest odmienność względem modelu polskiego. Szwedzkie podejście opiera się na niewypowiedzianym, lecz odczuwalnym na każdym kroku i przy każdej procedurze zaufaniu szpitala i personelu do rodzica. Spokój, z jakim personel przekazuje rodzicom sprawowanie opieki nad dzieckiem, zdaje się wynikać z przekonania, że rodzic intuicyjnie odpowie na aktualne potrzeby dziecka. Widoczne jest też społeczne zrozumienie dla faktu, że poza procedurami medycznymi – niekiedy ratującymi życie – dla rozwoju dziecka istotna jest także jego więź emocjonalna z rodzicem.

Obserwuje się również świadomość, że nie tylko dziecko, ale i rodzic korzysta z zaufania, jakim jest obdarzany przez personel. Przyzwolenie rodzicowi na obcowanie z własnym dzieckiem – tym bardziej w sytuacji, gdy przyszło ono na świat z niepełnosprawnością – jest dla rodzica komunikatem: „dasz radę”. Komunikat ten płynie nie tylko od personelu oddziałowego czy szpitala jako instytucji; ma też wymiar społeczny.

Dostęp do wsparcia psychologicznego

W warunkach polskich oddziałów patologii noworodka dostęp do pomocy psychologa jest ograniczony. Nie każdy oddział o tym profilu oferuje wsparcie specjalisty. Psycholog często działa interwencyjnie, a nie systemowo, wzywany w razie potrzeby do konkretnego rodzica. Stan ten wpływa na jakość oferowanej pomocy psychologicznej, co w efekcie może zaburzać proces budowania długofalowego poczucia sprawczości u rodzica.

Model budowania sprawczości rodziców na oddziałach patologii noworodka w Szwecji

Paradygmat opieki

Szwedzki system opieki neonatologicznej już od lat 80. przyjmuje model *family-centered developmental care* (ang.), *familjecentrerad utvecklingsvård* (sv.), czyli formę opieki skoncentrowanej na rodzinie. W podejściu tym to rodzice

pełnią rolę głównych opiekunów dziecka, a personel stanowi wsparcie specjalistyczne. Podejście to opiera się na założeniu, że rodzina jest podstawową jednostką terapeutyczną. Skutkiem takiego modelu jest takie zorganizowanie oddziałów neonatologicznych, aby możliwe było sprawowanie przez rodziców opieki nad dzieckiem w całodobowym wymiarze.

Infrastruktura umożliwiająca obecność rodziców przy dziecku

Oddziały neonatologii w Szwecji projektowane są w sposób umożliwiający całodobową obecność rodziców. Pokoje rodzinne, tzw. *family rooms* (ang.), *familjerum* (sv.), oferowane rodzicom, dostępne są bezpośrednio przy stanowiskach intensywnej terapii noworodka (Johnson, Abraham, Parrish, 2004). Badania wskazują, że regularny kontakt fizyczny z dzieckiem (kanguruwanie nawet przez kilka godzin dziennie) wpływa nie tylko na poprawę jego stanu psychofizycznego, ale ma też kluczowe znaczenie dla odbudowy poczucia sprawczości u rodziców.

Komunikacja personelu medycznego z rodzicem i współdecydowanie

W Szwecji standardem jest wieloaspektowa komunikacja, w której rodzice traktowani są jako partnerzy terapeutyczni. Nadaje im się niejako status „specjalistów” czy „znawców” własnego dziecka, mogących dać mu to, czego nie jest w stanie zrobić nikt inny. Lekarze, pielęgniarki oraz personel okołomedyczny są szkoleni w zakresie komunikacji empatycznej z rodzicem oraz wspierania rodzicielskiej autonomii. Rodzice uczestniczą w tzw. *family rounds* (ang.), *familjerundor* (sv.), podczas których omawiane są bieżące decyzje medyczne (Petersson, Persson, Massoudi, Benzein, Wählin, 2021). W części przypadków nie mają oni wpływu na decyzje dotyczące planowanego leczenia. Jednak w sytuacjach, gdy jest to możliwe, dzielą się z zespołem medycznym obserwacjami i preferencjami, spotykając się ze zrozumieniem oraz wysłuchaniem.

Dostęp do wsparcia psychologicznego i edukacyjnego

W szwedzkim modelu opieki nad noworodkiem z niepełnosprawnością praca psychologa klinicznego jest powiązana z codziennym funkcjonowaniem oddziału. Wsparcie dla rodziców jest ogólnodostępne, a nawet aktywnie

promowane, obejmując konsultacje, psychoedukację, warsztaty, a także programy wczesnej interwencji dla rodziców dzieci z niepełnosprawnością (Baraldi, Westling Allodi, Smedler, Westrup, Löwing, 2020). W Szwecji prężnie działają również organizacje pozarządowe wspierające dzieci z niepełnosprawnością i ich rodziny.

W Szwecji funkcjonuje zawód pracownika socjalnego (sv. *socialarbetare*), który nie jest tożsamy z polskim zawodem o tej samej nazwie. W ramach kompetencji łączy on zadania z obszaru pomocy psychologicznej, terapii, wsparcia socjalnego i pedagogicznego, a częściowo także prawnego (m.in. w zakresie organizowania spraw socjalnych i formalnych). Obserwując jego pracę z rodzicami, można porównać tę rolę do przyjaznego drogowskazu, gotowego wysłuchać i wesprzeć – zarówno na poziomie psychologicznym, jak i organizacyjnym oraz merytorycznym.

Porównanie uwarunkowań kształtowania poczucia sprawczości u rodziców w Polsce i w Szwecji

Podobieństwa

Oba przedstawione w artykule systemy opieki nad noworodkiem z niepełnosprawnością deklarują stosowanie opieki skoncentrowanej na rodzinie.

W polskim systemie opieki medycznej nad noworodkiem z niepełnosprawnością trwa proces budowania ogólnej świadomości na temat korzystnego wpływu kontaktu rodzica z dzieckiem już od pierwszych chwil po narodzinach. Środowiska rodziców i specjalistów pracujących z rodzinami dzieci z niepełnosprawnością propagują wiedzę na temat znaczenia poczucia sprawczości u rodzica oraz jego wpływu na proces opieki nad dzieckiem i dobrostan rodziny.

Różnice

W Szwecji, dzięki organizacji infrastrukturalnej szpitali, możliwy jest ciągły pobyt rodziców przy dziecku. W Polsce warunki lokalowe są bardzo zróżnicowane, a możliwość pobytu rodziców (a nawet jednego z nich) przy dziecku nadal nie stanowi standardu.

W systemie szwedzkim opieka socjalna nad rodziną, w której rodzic lub rodzice sprawują opiekę nad dzieckiem z niepełnosprawnością, zwykle umożliwia skoncentrowanie się na opiece w początkowym okresie życia dziecka. W Polsce świadczenia socjalne bywają niewystarczające, aby oboje rodzice mogli całodobowo zajmować się dzieckiem podczas pobytu na oddziale neonatologicznym.

Podejście do rodzica w szwedzkiej opiece nad noworodkiem opiera się na modelu partnerskim, w którym rodzic traktowany jest jako współuczestnik procesu terapeutycznego. W Polsce model obserwowany w relacji personelu medycznego z rodzicami częściej ma charakter „ekspercki”. Lekarze, a także personel okołomedyczny, przyjmują pozycję ostatecznych decydentów nie tylko w obszarze przebiegu leczenia, ale nierzadko również sposobu opieki nad dzieckiem oraz formy jego kontaktu z rodzicem.

W Szwecji stałe wsparcie psychologiczne na oddziałach neonatologii jest standardem, w Polsce zaś – wyjątkiem.

Szwedzki program opieki nad noworodkiem wymagającym wsparcia opiera się na formalnych zasadach współdecydowania personelu medycznego i rodziców o przebiegu oraz formule opieki nad dzieckiem podczas pobytu w szpitalu, podczas gdy w Polsce proces ten bywa niejednolity.

Wnioski

Poczucie sprawczości rodziców noworodków z niepełnosprawnością jest jednym z kluczowych czynników wpływających na powodzenie rodzicielskiego wdrożenia w nową, niełatwą sytuację. Jest też nierzadko gwarantem skutecznego wdrażania procedur diagnostycznych, terapeutycznych i leczniczych. Od stanu psychicznego rodzica i jego przekonania o wpływie na sytuację, w której się znalazł, zależy jakość relacji z dzieckiem oraz gotowość do wsparcia i towarzyszenia mu w utrudnionym rozwoju.

W przypadku dziecka z niepełnosprawnością zdobywanie pewności siebie w roli rodzica nie zawsze jest procesem naturalnym. Czynniki takie jak: możliwość bycia przy dziecku, szansa na czynny udział w opiece już od pierwszych chwil życia, towarzyszenie personelowi medycznemu podczas badań lub procedur (jeśli czynny udział nie jest możliwy), a także możliwość obserwowania specjalistów podczas czynności pielęgnacyjnych bezpośrednio wpływają na to, jak kształtuje się pewność rodzica w kontekście opieki nad dzieckiem

wymagającym specjalistycznego wsparcia. W systemie szwedzkim proces ten jest konsekwentnie wspierany. W Polsce wsparcie zależy od praktyk lokalnych, zasobów kadrowych oraz zaangażowania konkretnych zespołów placówek, a także indywidualnego podejścia personelu.

Obecnie Polska znajduje się w procesie transformacji ku modelowi opieki bardziej zorientowanej na rodzinę. Mimo to bariery systemowe, finansowe, a także kulturowe nadal ograniczają możliwość pełnego uczestnictwa rodziców w opiece nad noworodkiem z niepełnosprawnością w warunkach szpitalnych.

Szwecja bazuje na modelu kompleksowym, w którym budowanie poczucia sprawczości rodzicielskiej jest celem organizacyjnym, a nie jedynie dodatkiem do opieki medycznej. W polskim podejściu obserwuje się natomiast, że niekiedy poczucie sprawczości u rodzica nie jest wręcz oczekiwane – rodzic sprawczy bywa bowiem rodzicem bardziej świadomym i wymagającym.

To, co jawi się w systemie szwedzkim jako podstawa budowania poczucia sprawczości u rodziców, to jakość i sposób komunikacji personelu medycznego z rodzicem, fizyczna dostępność rodzica dla dziecka, edukacja społeczna oraz dostępność wsparcia psychologicznego. Wdrożenie rozwiązań funkcjonujących w Szwecji do praktyk polskich oddziałów patologii noworodka wymagałoby nie tylko zmian infrastruktury szpitalnej i okołoszpitalnej, ale przede wszystkim transformacji kultury organizacyjnej i komunikacyjnej w danych ośrodkach.

Istotnym zagadnieniem jest także kontynuacja wielospecjalistycznej opieki nad dzieckiem rozpoczętej w trakcie hospitalizacji, która w obu krajach przebiega odmiennie. Model szwedzki uznaje za oczywiste i konieczne kontynuowanie opieki nad pacjentem z niepełnosprawnością po opuszczeniu oddziału neonatologii, zapewniając rodzicom czas i możliwości odnalezienia się w warunkach domowych. Model polski, choć oferuje opiekę powypisową (np. w ramach placówek wczesnej interwencji), w mniejszym stopniu obejmuje całościowo dalszy przebieg wsparcia. Obserwacje te mogą stać się bodźcem do podejmowania zmian i czerpania z doświadczeń szwedzkiego systemu opieki zdrowotnej i społecznej, aby wpływać na jakość życia osób z niepełnosprawnością i ich rodzin w Polsce.

Bibliografia

- Alfayumi-Zeadna, S., Masarwe, S., Findling, Y., Erel, A., & O'Rourke, N. (2025). The impact of postpartum depression on infant development in the first year of life. *Journal of Affective Disorders*, 388, 119558. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119558>
- Bałańda-Bałdyga, A., Pilewska-Kozak, A. B., & Kanadys, K. M. (2025). *Opieka nad noworodkiem. Ujęcie interprofesjonalne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Baraldi, E., Westling Allodi, M., Löwing, K., Smedler, A.-C., Westrup, B., & Ådén, U. (2020). Stockholm preterm interaction-based intervention (SPIBI) – study protocol for an RCT of a 12-month parallel-group post-discharge program for extremely preterm infants and their parents. *BMC Pediatrics*, 20, 49. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-1934-4>
- Bishop, K. K., Woll, J., & Arango, P. (1993). *Family/professional collaboration for children with special health care needs and their families*. University of Vermont, Department of Social Work.
- Chen, D. (2017). Znaczenie relacji w procesie wczesnej interwencji dla małych dzieci i ich rodzin. W J. Głodkowska, I. Konieczna, R. Piotrowicz, & G. Walczak (red.), *Interdyscyplinarne konteksty wczesnej interwencji, wczesnego wspomagania rozwoju dziecka*. Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.
- Fenwick, J., Barclay, L., & Schmied, V. (2001). Struggling to mother: A consequence of inhibitive nursing interactions in the neonatal nursery. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 15(2).
- Folkman, S. (2013). Stress, appraisal and coping. W M. D. Gellman & J. R. Turner (red.), *Encyclopedia of behavioral medicine*. Springer.
- Fowlie, P. W., & McHaffie, H. (2004). Supporting parents in the neonatal unit. *BMJ*, 329.
- Góral, E. (red.). (1996). *Nowa encyklopedia powszechna PWN* (t. 5). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Griffin, T. (2013). Family-centered care in the NICU. *Journal of Perinatal Nursing*.
- Griffiths, N., Spence, K., Loughran-Fowlds, A. S., & Westrup, B. (2019). Individualised developmental care for babies and parents in the NICU: Evidence-

- based best practice guideline recommendations. *Early Human Development*, 139, 104840.
- Johnson, B. H., Abraham, M. R., & Parrish, R. N. (2004). Designing the neonatal intensive care unit for optimal family involvement. *Clinics in Perinatology*, 31.
- Kalisiewicz, D. (red.). (1999). *Encyklopedia PWN* (t. 3). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Kopeć, A., Aftyka, A., Humeniuk, E., Rybojad, B., & Rozalska-Walaszek, I. (2016). Hospitalizacja dziecka w oddziale intensywnej terapii noworodka – doświadczenia rodziców. *Current Problems of Psychiatry*.
- Kozłowska-Rup, D., Gabryel, E., & Świetliński, J. (2023). *Neonatologia praktyczna dla pielęgniarek* (t. 1). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Kręcis�-Plis, E. (2016). Doświadczenia rodziców w sytuacji diagnozy niepełnosprawności dziecka. W *Przepis na rehabilitację. Dzieci i młodzież z niepełnosprawnością*. Harmonia Universalis.
- Linnér, A., Thernström Blomqvist, Y., Jonsson, K., Lilliesköld, S., & Norman, M. (2024). Parental experiences of neonatal care: A nationwide study on determinants of excellence. *Neonatology*, 121(1), 46–55. <https://doi.org/10.1159/000533900>
- Łuczak-Wawrzyniak, J., Czarnecka, M., Konofalska, N., Bukowska, A., & Gądzinowski, J. (2010). Holistyczna koncepcja opieki nad wcześniakiem lub (i) chorym dzieckiem – pacjentem Oddziału Intensywnej Terapii Noworodka i jego rodzicami. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 3(1).
- Mackley, A., Winter, M., Guillen, U., Paul, D. A., & Locke, R. (2016). Health literacy among parents of newborn infants. *Advances in Neonatal Care*, 16(4).
- Mendoza, K. N. D., Lewis, H. G., Garver, L., Koegst, L. J., Kong, E. V., Roberts, M. H., Shirley, J. M., Stoklosa, D. E., Tryon, C. E., White, T. M., & Day, C. L. (2025). Improving involvement of families of small babies through family education, family integration, and multidisciplinary teamwork: A quality improvement initiative. *Pediatric Quality & Safety*, 10(4), e828. <https://doi.org/10.1097/PQ9.0000000000000828>
- Meyer, R. (2003). *Psychopatologia*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Petersson, M. Å., Persson, C., Massoudi, P., Benzein, E., & Wåhlin, I. (2021). Parents' experiences of family health conversations after having a child in need of neonatal intensive care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 35(4), 1269–1277. <https://doi.org/10.1111/scs.12945>
- Pukas, A., Suda, W., Kwiatkowska-Gruca, M., Behrendt, J., & Godula-Stuglik, U. (2010). Poziom lęku u rodziców noworodków leczonych w oddziale inten-

- sywnej terapii a wsparcie ze strony rodziny i personelu medycznego. *Pediatrica Polska*, 85(4).
- Raiskila, S., Axelin, A., Toome, L., Caballero, S., & Tandberg, B. (2017). Parents' presence and parent-infant closeness in 11 neonatal intensive care units in six European countries vary between and within the countries. *Acta Paediatrica*, 106(6).
- Sak, P. (2023). Procedury stosowane u noworodka urodzonego przedwcześnie w oparciu o standard organizacyjny opieki okołoporodowej. W *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 8(4).
- Shirazi, Z. H., Sharif, F., Rakhshan, M., Pishva, N., & Jahanpour, F. (2015). The obstacles against nurse-family communication in family-centered care in neonatal intensive care unit: A qualitative study. *Journal of Caring Sciences*, 4(3).
- Spruill, C., & Heaton, A. (2015). The challenge of continuity of care: Evolution of a nursing care model in NICU. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 15(2).

