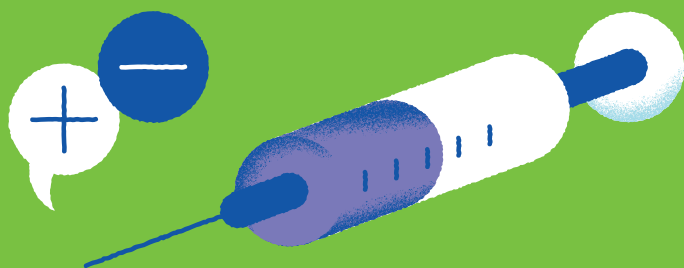


PSYCHOLOGICZNE konteksty SZCZEPIENÍ

Badania i rekomendacje



Wojciech Kulesza Dariusz Doliński Tomasz Grzyb

PSYCHOLOGICZNE
konteksty
SZCZEPIENÍ

Wojciech Kulesza Dariusz Doliński Tomasz Grzyb

PSYCHOLOGICZNE konteksty SZCZEPIENÍ

Badania i rekomendacje

Smak Słowa

Recenzje wydawnicze:
prof. dr hab. Wiesław Łukaszewski
dr hab. Wojciech Cwalina

Copyright by Wojciech Kulesza, Dariusz Doliński, Tomasz Grzyb
Copyright for Polish edition © 2024 by Wydawnictwo Smak Słowa

**Projekt finansowany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju
w ramach programu GOSPOSTRATEG**



Wszystkie prawa zastrzeżone.
Książka ani żadna jej część nie może być publikowana ani powielana w formie elektronicznej
oraz mechanicznej bez zgody wydawcy.

Opracowanie redakcyjne: Anna Mackiewicz
Korekta: Anna Mackiewicz
Opracowanie graficzne i skład: Piotr Geisler
Okładka i strony tytułowe: & visual

ISBN 978-83-67709-21-7

Wydanie pierwsze

Druk: Drukarnia Abedik

Wydawnictwo Smak Słowa
ul. Bohaterów Monte Cassino 6a
81-805 Sopot
tel. 507-030-045
www.smakslowa.pl

SPIS TREŚCI

<i>Wojciech Kulesza, Tomasz Grzyb, Dariusz Doliński</i> Wprowadzenie	7
ROZDZIAŁ 1 <i>Anna Rędzio</i> Inokulacja – zaszczepienie przeciwko argumentom antyszczepionkowym	15
ROZDZIAŁ 2 <i>Agnieszka Kozłowska</i> Symulacja dialogu online: aplikacja FLORA jako narzędzie wpływu społecznego w przeciwdziałaniu dezinformacji i wspieraniu zdrowia publicznego	35
ROZDZIAŁ 3 <i>Michał Parzuchowski, Olga Białobrzeska</i> Krótki kurs krytycznego myślenia jako metoda osłabiania postawy sceptycyzmu wobec szczepień ochronnych	53
ROZDZIAŁ 4 <i>Kamil Lzydorczak</i> Szukanie dróg porozumienia w warunkach niepewności. O roli zaufania (nie tylko nauce) w dyskusjach na temat szczepień	67
ROZDZIAŁ 5 <i>Przemysław Marcowski, Jakub Krawiec, Maksymilian Pyrkowski, Wojciech Białaszek</i> Rola atrybutów decyzji zależnych i niezależnych od polityki społecznej oraz interwencji behawioralnych w wyborach dotyczących szczepień	85
ROZDZIAŁ 6 <i>Karina Stasiuk-Krajewska</i> Kto i do kogo mówi o szczepionkach? Konstrukcja aktora w dyskursie antyszczepionkowym	109
ROZDZIAŁ 7 <i>Paweł Muniak</i> Zastosowanie mimikry w promocji szczepień ochronnych	135
ROZDZIAŁ 8 <i>Anna Rędzio</i> Zdemaskowanie źródła dezinformacji jako sposób na walkę z antyszczepionkową propagandą	143
ROZDZIAŁ 9 <i>Dariusz Doliński</i> Autorytet i perswazja	159

ROZDZIAŁ 10

Dariusz Doliński, Wojciech Kulesza

Biasy poznawcze – zrozumieć antyszczepionkowca 177

ROZDZIAŁ 11

Maria Babińska, Wiktor Soral, Michał Bilewicz

**Polityczna psychologia szczepień: ideologia, poczucie kontroli
oraz teorie spiskowe w obszarze zdrowia publicznego..... 219**

ROZDZIAŁ 12

Konrad Bocian

Moralność i szczepienia..... 239

Wojciech Kulesza, Tomasz Grzyb, Dariusz Doliński

Zakończenie 261

Bibliografia 271

WPROWADZENIE

Wojciech Kulesza, Tomasz Grzyb, Dariusz Doliński
Uniwersytet SWPS

Ta książka napisana jest przez psycholożki i psychologów. Psychologowie o szczepieniach?! Jak to, przecież to problem medyczny?! Czujemy się w obowiązku od razu wyjaśnić, że napisaliśmy tę książkę nie dlatego, że nie mamy zaufania do lekarzy i farmaceutów, ani tym bardziej aby się pod te osoby podszywać. Przeciwnie, napisaliśmy ją właśnie dlatego, że mamy zaufanie do ludzi z tego środowiska, a szczepionki uważamy za jedno z najbardziej doniosłych odkryć nauki, odkryć, które przyniosło wiele dobrego całej ludzkości. (Niestety, co przyznajemy z żalem, wprowadzie całej, ale nie w sposób równomierny, bo w geograficznych obszarach biedy szczepionki są trudniej dostępne niż w obszarach bogactwa). Problem w tym, że z różnych powodów nie wszyscy, którzy mogą to zrobić, chcą się szczepić, czym stwarzają wielkie zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Zaznaczyć należy, że choć sam problem istniał już od momentu, gdy pojawiły się pierwsze szczepionki, to jednak początkowo dotyczył bardzo niewielkiej grupy osób, które w różny sposób wyrażały swój sceptycyzm. Sytuacja zaczęła się radykalnie pogarszać pod koniec ubiegłego stulecia. W roku 1998 na łamach renomowanego czasopisma naukowego „The Lancet” ukazał się artykuł (jak się potem okazało, jednego z największych oszustów w historii nauki) Andrew Wakefielda oraz 12 innych lekarzy, w którym przedstawiono tezę, że istnieje powiązanie między szczepieniem MMR (przeciwko odrze, śwince i różyczce) a występowaniem u dzieci autyzmu. Dość szybko jednak okazało się, że w tej pracy z premedytacją zaprezentowano sfałszowane, wręcz sfabrykowane, dane medyczne. Doprowadziło to do wycofania się z autorstwa artykułu 10 spośród 12 współautorów, a także do usunięcia tekstu z czasopisma, co w świecie nauki zdarza się nadzwyczaj rzadko (Deer, 2020).

Oczywiście sensacyjna teza Wakefielda nie została przez medycynę zignorowana. Przeciwnie, naukowcy z całego świata przeprowadzili ogromną

liczbę badań poświęconych ewentualnej relacji między szczepieniem MMR a pojawiającymi się zaburzeniami ze spektrum autyzmu. Wyniki tych badań w sposób absolutnie jednoznaczny pokazały, że takiego związku przyczynowo-skutkowego nie ma (zob. np.: Taylor, Swerdfeger i Eslick, 2014; Gindegil i wsp., 2021).

Dlaczego zatem niektórzy ludzie wciąż są o takiej relacji przekonani? Problem polega na tym, że immunizacja przeciwko odrze, śwince i różyczce przypada na początek drugiego roku życia dziecka. Wkrótce potem normalnie rozwijające się dziecko powinno mówić coraz więcej słów i dynamicznie wzbogacać swoje kontakty społeczne z otoczeniem. Jeżeli jednak dziecko przejawia zaburzenia ze spektrum autyzmu, to tak się nie dzieje i takich prawidłowych zmian rozwojowych się nie obserwuje. Nic dziwnego, że ludzie, widząc, iż dziecko zaczyna się dziwnie zachowywać, zadają sobie pytanie o przyczynę tego stanu rzeczy. Co się właściwie stało, przecież do tej pory dziecko rozwijało się normalnie, nie wykazywało żadnych zaburzeń...? Czy coś się w jego życiu ostatnio zmieniło? Czy miało miejsce jakieś nietypowe zdarzenie? Oczywiście! Przecież kilka tygodni wcześniej dziecko zostało zaszczepione! I zaniepokojeni rodzice od razu znajdują w internecie (a dziś, gdy szukamy odpowiedzi na jakiegokolwiek pytania, wpisujemy po prostu pewne słowa w wyszukiwarkę internetową) potwierdzenie swoich domysłów: szczepionka MMR wywołuje autyzm!

W jaki sposób można się przekonać, czy szczepionka MMR rzeczywiście ma związek z częstością występowania zaburzeń ze spektrum autyzmu? Zaczniemy od tego, że zaburzenia takie obserwowano u dzieci od bardzo dawna, zanim jeszcze w ogóle pojawiły się jakiegokolwiek szczepionki. Oznacza to, że szczepionka MMR z całą pewnością nie jest niezbędna do ich pojawienia się. A może zwiększa ona prawdopodobieństwo wystąpienia takich zaburzeń? Współcześnie liczba dzieci nieszczepionych przeciwko odrze, śwince i różyczce na całym świecie jest już niestety na tyle duża, że można dokładnie obliczyć, jaki odsetek z nich wykazuje zaburzenia ze spektrum autyzmu, i porównać ten wskaźnik z liczbą dzieci, które także wykazują takie zaburzenia, a zostały wcześniej zaszczepione. Otóż badania takie pokazują całkowicie jednoznacznie, że odsetki dzieci wykazujących zaburzenia ze spektrum autyzmu są w obu grupach jednakowe (zob. np.: Bedford i Elliman, 2010; Smeeth i wsp., 2004). Oznacza to, że występowanie autyzmu jest notowane

w identycznym stopniu w grupie dzieci zaszczepionych szczepionką MMR oraz w drugiej, niezaszczepionej grupie: to nie szczepionka (ani ta, ani jakakolwiek inna) powoduje autyzm. Podkreślmy to raz jeszcze: teza, że szczepionka MMR wywołuje autyzm, lub choćby w najmniejszym stopniu przyczynia się do jego wystąpienia, została w sposób niebudzący wątpliwości obalona.

Niektórzy ludzie wolą jednak wierzyć (oszustowi) Wakefieldowi i jego epigonom niż obiektywnym, rzetelnym (w odróżnieniu od omawianej tu pracy) i jednoznacznym liczbom. Jest to, z perspektywy psychologicznej, całkowicie zrozumiałe w odniesieniu do rodziców dzieci, którzy najpierw niepokoją się tym, że ich pociecha nie rozwija się prawidłowo, a potem słyszą oficjalną diagnozę lekarską zaburzeń ze spektrum autyzmu. Etiologia tych zaburzeń nie jest *de facto* w pełni i dobrze przez naukę poznana, nic więc dziwnego, że zrozpaczeni rodzice usiłują zrozumieć, dlaczego ich to spotkało i jak można było temu zapobiec.

Przyjęcie tej prawdy, że świat jest nieprzewidywalny i nie wiadomo, skąd się biorą nieszczęścia, jest dla każdego człowieka psychologicznie trudne. Ludzie, których spotykają różnego rodzaju traumatyczne zdarzenia, zwykle zadają sobie pytanie: „Dlaczego właśnie mnie to spotkało, czym sobie na to zasłużyłem, jakie błędy popełniłem?”. W przypadku, gdy rodzic dowiaduje się o chorobie swojego dziecka, nie jest inaczej. Niektórzy obwiniają siebie (od razu wyjaśnijmy, że całkowicie niesłusznie), sądząc, że być może niezbyt troskliwie opiekowali się dzieckiem albo popełnili jakieś błędy wychowawcze. Innym łatwiej jest przyjąć, że wszystkiemu winna szczepionka albo że zawiniły inne działania medyczne. Bo przecież dziecko rozwijało się doskonale, a wkrótce po szczepieniu wszystko się popsło – takie uzasadnienie zdejmuje poczucie winy z rodzica. Łatwiej jest żyć z przekonaniem, że przynajmniej rozumie się przyczynę zaistniałego nieszczęścia, niż z poczuciem, że świat wokół nas jest niezrozumiały albo – co najtrudniejsze (i, powtórzmy, w tym przypadku niesłuszne) – że nieszczęście zostało spowodowane naszym działaniem.

Prawdziwy problem polega jednak na tym, że nie tylko (niektórzy) rodzice dzieci dotkniętych spektrum autyzmu wierzą, że to szczepionki wywołały choroby i zaburzenia. Za sprawą Wakefielda i jego celowych kłamstw pojawił się – i szybko rozprzestrzenił – strach przed szczepieniami MMR także wśród ludzi, którzy nie doświadczyli żadnej traumy. Co gorsza, został on następnie

zgeneralizowany na właściwie wszystkie szczepionki, i to nie tylko dla dzieci. W ślad za strachem, czy choćby obawami, pojawiły się odmowy szczepienia siebie i swoich dzieci. Zrazu pojedyncze, potem coraz częstsze, czego obrazem jest poziom wyszczepialności populacji przeciwko COVID-19.

Bez badań poświęconych temu, jak odwrócić ten niebezpieczny trend, ludzkość sama, na własne życzenie, może utracić jedną z największych zdobyczy cywilizacyjnych naszego gatunku (i zarazem najtańszą ochronę zdrowia). W wielu rejonach świata powszechność szczepień spadła już bowiem na tyle, że pojawiła się realna groźba powrotu chorób zakaźnych znanych większości z nas jedynie z kart – często zamierzchłej – historii medycyny. Zachowujemy się jednak jako gatunek ludzki tak, jakby nie było przeszłości, kiedy to dziesiątkowały nas nie wojny, lecz choroby zakaźne; jakbyśmy nie wiedzieli, że w XIV wieku dżuma spowodowała śmierć niemal jednej trzeciej mieszkańców Europy, a w wieku XX, bezpośrednio po zakończeniu pierwszej wojny światowej, grypa hiszpanka zabiła na naszym kontynencie w ciągu zaledwie trzech lat od kilkudziesięciu do ponad 100 milionów ludzi (zależnie od źródła), czyli tyle co najkrwawszy konflikt zbrojny. A nie były to przecież jedyne epidemie czy pandemie boleśnie dotykające ludzkość.

Osób sceptycznych wobec szczepień jest coraz więcej i w konsekwencji już nie tylko one narażone są na zachorowania, ale rośnie także ryzyko wśród tych, którzy z powodów zdrowotnych zaszczepić się nie mogą, choć chcieliby to zrobić (mówimy tu o odpowiedzialności zbiorowej takiej samej, jak przestrzeganie ruchu prawostronnego przy jednoczesnym zakazie prowadzenia pod wpływem alkoholu). W dodatku szczepienia, choć zmniejszają – czasem nawet zdecydowanie – ryzyko zachorowania bądź śmierci, jednak nie eliminują takiej możliwości w stu procentach. Tym samym rosnąca liczba ludzi niezaszczepionych zwiększa ryzyko rozprzestrzeniania się chorób, a wskutek tego rośnie też prawdopodobieństwo zachorowań wśród osób, które się zaszczepiły, i wśród tych, które zaszczepić się nie mogą.

Przeciwnicy szczepień szermują często hasłami wolności. Mają przecież – jak twierdzą – prawo do decydowania o swoim zdrowiu, mają prawo do decydowania o tym, czy zaszczepią siebie i swoje dzieci. Nie mamy wątpliwości, że wolność jest ogromną wartością, wręcz podstawą naszej cywilizacji. Sami stajemy po stronie wolności zawsze wtedy, gdy nie ogranicza ona praw i wolności innych ludzi (czyli inaczej niż w przypadku przytoczonego wyżej nakazu

ruchu prawostronnego i zakazu prowadzenia pojazdu pod wpływem alkoholu). Jeżeli jednak chodzi o szczepienia, to z całą pewnością mamy do czynienia z takim właśnie ograniczeniem: nie szczepiąc się, narażasz bowiem na zachorowanie nie tylko siebie, ale i innych (którzy czasem nie mają możliwości przyjęcia szczepionki). Nie jest to więc li tylko kwestia wolności człowieka, który chce mieć prawo decydowania o tym, czy się zaszczepić. Można z niewielką przesadą powiedzieć, że jest to sytuacja podobna do wspomnianego już dwukrotnie prowadzenia samochodu przez pijanego kierowcę. Gdyby swoim postępowaniem narażał on wyłącznie własne życie i zdrowie, można by dyskutować, czy ma do tego prawo. Powszechna społeczna aprobata karania takich kierowców i odbierania im prawa jazdy wynika jednak stąd, że dla wszystkich jest oczywiste, iż takie zachowanie stanowi zagrożenie także dla innych użytkowników dróg. Niestety nie ma jeszcze powszechnej świadomości, że ci, którzy odmawiają szczepienia, również narażają w ten sposób nie tylko siebie, ale i innych.

Napisaliśmy tę książkę dla wszystkich ludzi, którym bliskie są idee popularyzacji szczepień, programów edukacyjnych i zahamowania rozpowszechniania kłamstw mówiących o szkodliwości lub zbędności szczepionek. Dla tych wszystkich, którym zależy na powstrzymaniu szaleństwa kryjącego się za demagogicznymi hasłami osobistej wolności. Napisaliśmy ją dla osób, które chcą zrozumieć psychologiczne mechanizmy leżące u podstaw sceptycyzmu wobec szczepień i – przede wszystkim – mechanizmy pozwalające zwiększyć skuteczność argumentacji na rzecz szczepień. Nie ukrywamy, że chcemy w ten sposób wpłynąć na ludzkie postawy i zachowania, aby w przyszłości takie książki nie musiały powstawać. Chcemy, żeby szczepienia były bardziej powszechne.

Jesteśmy głęboko przekonani, że w osiągnięciu tych celów środowisku lekarskiemu (które narzędzia do walki z wieloma chorobami ma już opracowane) mogą pomóc właśnie psychologowie (głównie) społeczni. Ponieważ psychologia, wbrew rozpowszechnionym poglądom, nie jest tym samym co psychoterapia. Jest to nauka o mechanizmach rządzących ludzkimi zachowaniami. Mamy w związku z tym nadzieję, że po książkę tę sięgną nie tylko lekarze, specjaliści z zakresu zdrowia psychicznego oraz farmaceuci. Chcielibyśmy, aby przeczytali ją dziennikarze i nauczyciele, influencerzy i celebryci, politycy i działacze samorządowi wszystkich szczebli. Mówiąc najkrócej: chcielibyśmy, aby przeczytali ją wszyscy rozsądni i krytycznie myślący ludzie, którzy mogą wpływać na innych. Jeśli bowiem zdołasz przekonać do szczepień

trzy osoby, to niewykluczone, że każda z nich przekona do tego kolejne trzy, te zaś wpłyną na jeszcze kolejne i tak dalej. Czas najwyższy uruchomić lawinę konsekwentnych i racjonalnych działań, dzięki którym ludzkość nie zmarnuje swoich własnych osiągnięć. Jeżeli nie zrobimy nic, to jedna nieszczepiąca się osoba przekona być może trzy kolejne osoby, a te wpłyną na jeszcze następne i tak dalej.

Trzy nazwiska, które Czytelnik znajdzie na okładce książki, należą do redaktorów tej pracy zbiorowej. Jest ona wspólnym dziełem grupy polskich psycholożek i psychologów, którym na sercu leży upowszechnianie idei szczepień. Poszczególne rozdziały dotyczą różnych kwestii związanych z tym zagadnieniem.

W pierwszym rozdziale zajmujemy się zjawiskiem inokulacji – wielce obiecującym, gdyż wcześniejsze badania sugerowały, że „szczepienie na treści antyszczepionkowe” powinno być skutecznym zabiegiem uodparniającym na wszelkiego rodzaju dezinformacje związane ze szczepieniami czy szerzej: medycyną. Okazuje się jednak, że sprawa nie jest taka prosta i relacje te są nieco bardziej złożone.

Kolejny rozdział dotyczy zapośredniczonego dialogu. O ile wiele badań nad wpływem społecznym jasno dowodzi, że technika (a raczej metatechnika) dialogu jest skutecznym narzędziem perswazyjnym, o tyle nie jest do końca pewne, czy wykaże się ona równą skutecznością wówczas, gdy „dialogującym” nie będzie żywy człowiek, lecz awatar. Pokazujemy jednak, że nawet taka „postać” może skutecznie zachęcać do szczepienia się.

Trzeci rozdział poświęcamy ważnym działaniom profilaktycznym, a ściślej: skuteczności lekcji szkolnych opartych na specjalnie przygotowanych scenariuszach. Scenariusze te dotyczą krytycznego myślenia, historii szczepień, szacowania prawdopodobieństwa (na przykład niepożądanych odczynów poszczepiennych). W tym rozdziale zastanawiamy się nad korzyściami wynikającymi z ich zastosowania w polskich szkołach.

Kolejny, czwarty, rozdział to rozważania na temat komunikacji osób o nastawieniu proszczepionkowym i antyszczepionkowym, choć w odniesieniu do tych drugich zapewne lepiej byłoby napisać o osobach nieprzekonanych, mających wątpliwości, szukających dodatkowych argumentów. Próbujemy odpowiedzieć na pytania, jak rozmawiać z osobami sceptycznymi wobec szczepień, jakie dane i wyniki badań pokazywać im, by nawiązać z nimi kontakt.

Rozdział piąty jest dość szczególny – zajmujemy się w nim szacowaniem ryzyka, analizą procesów decyzyjnych, jakie podejmują osoby decydujące się na zaszczepienie (lub odmawiające zaszczepienia). To rozdział nieco trudniejszy w odbiorze, wymagający pewnego namysłu i chłodnej analizy, jednak wyniki, które przynosi, są niezwykle ciekawe.

W szóstym rozdziale przyglądamy się zjawisku dezinformacji – skąd się bierze, jak można go sklasyfikować, czy są jakieś wyznaczniki, które go identyfikują. Ponieważ cały ruch antyszczepionkowy opiera się w znaczącej mierze właśnie na dezinformacji, rozdział ten jest wyjątkowo istotny. Pozwala lepiej zrozumieć, z jakimi mechanizmami mamy do czynienia.

Następny, siódmy już, rozdział poświęcamy niezwykle ciekawemu fenomenowi, jakim jest mimikra, polegająca na mimowolnym (choć, jak zobaczymy, nie zawsze) naśladowaniu ludzkiego zachowania. Przyglądamy się skuteczności zastosowania mimikry w promocji szczepień ochronnych.

Rozdział ósmy dotyczy kwestii „wojennego” wykorzystania dezinformacji antyszczepionkowej. W tej części opisujemy wyniki badań analizujących wpływ przekazywania wiadomości o dezinformacyjnym charakterze propagandy antyszczepionkowej. Zastanawiamy się, w jaki sposób informacja o tym, że autorami danych treści są rosyjskie trolle, wpływa na postrzeganie tychże treści – zwłaszcza w sytuacji inwazji Rosji na Ukrainę oraz zagrożenia Polski.

Rozdział dziewiąty analizuje skuteczność jednej z technik wpływu społecznego w kontekście promowania szczepień. Technika ta, zwana „but-you-are-free” (BYAF), a w języku polskim „ale wybór należy do ciebie”, wydawała się (a w każdym razie wskazywały na to wcześniejsze badania) skutecznym kandydatem na technikę sensownie promującą szczepionki i zachęcającą ludzi do skorzystania z nich. Jednak badania empiryczne pokazały, że w świecie technik wpływu społecznego nic nie może być używane schematycznie i zawsze wskazana jest daleko posunięta ostrożność.

Następny rozdział, dziesiąty, jest najdłuższy w całym zbiorze. Ale też cel, który sobie stawia, jest niezwykle ambitny – jego autorzy chcą „zrozumieć antyszczepionkowca”. Zrozumieć, a zatem poznać skrzywienia poznawcze, błędy w sposobie patrzenia na świat i powody, dla których osoby przeciwne szczepieniom tak silnie bronią swoich przekonań pomimo ewidentnych dowodów na błędy w ich myśleniu.

Rozdział jedenasty dotyczy kolejnego ważnego obszaru ruchów antyszczepionkowych, jakim jest myślenie spiskowe. Skąd się bierze? Jakie pełni funkcje? Czy stanowi naturalną ludzką skłonność, czy też podsycają je ruchy, których celem jest dezinformacja? A także – co bardzo ważne, nie tylko w polskiej rzeczywistości – jak bardzo kwestia szczepień stała się polityczna i wpisuje się w podziały światopoglądowe między prawicowcami i lewicowcami.

Ostatni, dwunasty, rozdział odnosi się do kwestii moralności. Rozważamy w nim, do jakiego stopnia sam akt zaszczepienia się (lub odmowy przyjęcia szczepionki) może być częścią składową myślenia ludzi o własnej kondycji moralno-etycznej. Czy jestem osobą moralną, przyjmując szczepionkę (choćby zdając sobie sprawę z minimalnego ryzyka, jakie może to ze sobą nieść) i dzięki temu chroniąc innych? Czy przeciwnie – moralne jest odmawianie szczepień, bo w ten sposób odmawia się „napychania kieszeni koncernom żerującym na ludzkim strachu”?

Drodzy Czytelnicy, książka, którą trzymacie w rękach, jest dziełem wielu autorek i autorów – chcemy jednak podkreślić, że na jej kształt wpłynęło więcej osób niż te, które widnieją na karcie tytułowej czy w spisie treści. Chcemy serdecznie podziękować recenzentom naukowym – profesorom Wojciechowi Cwalinie i Wiesławowi Łukaszewskiemu. Ich wnikliwa lektura, krytyczne, ale niepozbawione życzliwości uwagi pozwoliły nam uniknąć wielu błędów i potknięć. Jesteśmy wdzięczni także wydawnictwu Smak Słowa za staranne i profesjonalne przygotowanie tekstu do druku. Dziękujemy również Monice Mikołajczak z Uniwersytetu SWPS – dzięki jej sprawnemu zarządzaniu wieloma procesami badawczymi, które w tej książce opisujemy, znaczna część prezentowanych badań mogła się w ogóle urzeczywistnić.

Choć oczywiście zachęcamy Czytelnika do przeczytania całej książki, czujemy się w obowiązku zaznaczyć, że nie jest to konieczne. Każdy rozdział bowiem stanowi autonomiczną całość, dotyczy jednego, wybranego problemu związanego ze szczepieniami. Jeżeli więc jakaś kwestia Ciebie, Czytelniku, nie zainteresuje, to zapraszamy Cię do lektury innych rozdziałów. Mamy nadzieję, że każda i każdy znajdzie w tej książce coś dla siebie. Wszystkim życzymy intelektualnej satysfakcji z lektury i wykorzystania płynących z niej wniosków w swoim życiu.

ROZDZIAŁ 1

Inokulacja – zaszczepienie przeciwko argumentom antyszczepionkowym

Anna Rędzio
Uniwersytet Warszawski

Wprowadzenie

Termin „inokulacja” jest stosowany m.in. w medycynie oraz w botanice i oznacza wprowadzenie do organizmu patogenu (wirusa, bakterii lub grzyba). Inokulację wykorzystywano np. w celu zaszczepienia ludzi – dzięki podaniu osłabionego wirusa organizm mógł „nauczyć się” walki z nim, na wypadek gdyby w przyszłości został przez tego typu wirus zaatakowany. Uchroniło to wielu ludzi przed śmiercią w wyniku chorób. W psychologii termin ten oznacza, *per analogiam*, „zaszczepienie” ludzi przeciw działaniom, które mogłyby zniszczyć lub osłabić ich wiarę w uznawane prawdy. Owo „zaszczepienie” odbywa się poprzez podanie słabszej wersji argumentów, jakimi posługują się krytycy takich prawd. Dzięki temu człowiek uświadamia sobie, że jego poglądy mogą kiedyś zostać podważone, i wie, w jaki sposób może to nastąpić. Ma też szansę na zastanowienie się nad argumentami, których może użyć, by obronić się przed takimi „atakami”. Inokulacja nie służy zatem do zmiany postaw (na przykład do tego, aby zagorzałego antyszczepionkowca skłonić do regularnych szczepień), lecz ma na celu uodparnianie ludzi na zmiany aktualnie prezentowanych postaw (na przykład, aby ktoś wierzący w skuteczność, bezpieczeństwo i konieczność szczepień nie stał się, pod wpływem argumentów antyszczepionkowców, osobą sceptyczną wobec szczepień).

Pierwsze badanie nad inokulacją dotyczyło kilku powszechnie uznanych truizmów na temat zdrowia – np. tego, że powinno się raz do roku prześwietlać klatkę piersiową lub w miarę możliwości myć zęby po każdym posiłku (McGuire i Papageorgis, 1961). Dla wielu ludzi jest to coś oczywistego – nawet

jeśli tego nie robią, to uznają, że powinno się regularnie wykonywać te czynności – i nie zastanawiają się nad słusznością tych przekonań. Dlatego, gdy ktoś przedstawi im kontrargumenty – np. że prześwietlanie płuc jest szkodliwe dla zdrowia albo że nie jest skuteczne w wykrywaniu chorób – nie potrafią bronić własnych przekonań i niekiedy zaczynają wierzyć w argumentację swoich oponentów (w tym wypadku przeciwników regularnego prześwietlania płuc). Zgodnie z przyjętym założeniem, że inokulacja w psychologii zadziała tak samo jak w biologii, zapoznanie ludzi ze słabszą wersją argumentacji przeciwników badań RTG powinno przynieść taki efekt, że gdy ludzie ci naprawdę się z nimi zetkną, będą potrafili bronić swojego poglądu skuteczniej niż ludzie, którzy w ogóle nie zostali zapoznani z argumentami dotyczącymi regularnego prześwietlania się, bądź tacy, którzy zostali zapoznani tylko z argumentami wspierającymi tezę, że dobrze jest regularnie prześwietlać płuca.

W badaniu, o którym mowa, uczestnicy zostali przydzieleni do kilku warunków eksperymentalnych. Część została poddana inokulacji – a zatem zaprezentowano im możliwe argumenty przeciwników regularnego wykonywania RTG, po czym wyjaśniono, na czym polega nieprawdziwość takich argumentów, lub nakazano to zrobić samym uczestnikom. Druga część zapoznała się z argumentami wspierającymi tezę, że dobrze jest regularnie prześwietlać płuca (lub miała te argumenty wymyślić), lecz nie z możliwymi kontrargumentami (można by to porównać do zwiększania odporności organizmu poprzez stosowanie diety bogatej w witaminy lub suplementów diety). Trzecia grupa osób biorących udział w badaniu ani nie została poddana inokulacji, ani nie otrzymała argumentów wspierających ich przekonania (warunek kontrolny). Po dwóch dniach wszystkim uczestnikom zaprezentowano silne argumenty przeciwników badań RTG.

Na wstępie uczestnicy badania McGuire'a i Papageorgisa (1961) w dużym stopniu zgadzali się z tezą, że powinno się raz do roku wykonywać RTG klatki piersiowej – w skali od 1 do 15 (gdzie 1 oznaczało całkowitą niezgodę, a 15 – zdecydowaną zgodę) osiągnęli średni wynik 13,02. Jednakże ten pogląd okazał się bardzo podatny na kontrargumentację – w warunkach kontrolnym uczestnicy eksperymentu po „ataku”, czyli po zaprezentowaniu silnych argumentów przeciw badaniom RTG, osiągnęli średnio tylko 6,46 punktu na tej samej skali. Ci, którzy mieli do czynienia jedynie z argumentami wspierającymi tezę, wypadli podobnie – osiągnęli średnie wyniki 5,11–6,33. Natomiast

osoby poddane inokulacji skuteczniej broniły się przed kontrargumentacją – osiągnęły wyniki 10,29–11,40. Podobnie było z innymi truizmami dotyczącymi zdrowia w badaniu McGuire’a i Papageorgisa. Reasumując, inokulacja nie uodporniła na atak kontrargumentów całkowicie, ale okazała się znacznie skuteczniejsza zarówno od zwyczajnego podania argumentów wspierających jakąś tezę, jak i od całkowitego braku prób wzmocnienia przekonań uczestników. Warto tutaj zaznaczyć, że brak jakiegokolwiek efektu argumentacji wspierającej daną tezę nie jest typowy – zwykle taka argumentacja w jakimś stopniu uodparnia na zmianę postaw, choć słabiej niż inokulacja. Metaanalizy (Banas i Rains, 2010) wykazują, że współczynnik siły efektu inokulacji (*d* Cohena) w porównaniu z argumentacją wspierającą przekonanie wynosi 0,22, natomiast w porównaniu z całkowitym brakiem podania argumentów dotyczących tego przekonania współczynnik ten osiąga wartość 0,44. Zatem inokulacja jest skuteczniejsza od zwykłej argumentacji wspierającej poglądy uczestnika, co nie oznacza, że argumentacja pro zupełnie nie działa.

Początkowo sądzono, że efekty inokulacji są na ogół krótkotrwałe (McGuire, 1962; Pryor i Steinfatt, 1978). Pogląd ten został jednak przynajmniej częściowo zakwestionowany (Pfau i Burgoon, 1988). Swoje badanie Pfau i Burgoon przeprowadzili podczas kampanii wyborczej w USA, a jego celem było sprawdzenie, czy inokulacja uchroni potencjalnych wyborców od zmiany sympatii politycznych i od zagłosowania na kandydata z przeciwnej strony politycznej. Pfau i Burgoon wykazali, że efekt „ataków” (czyli prób przeciągnięcia demokratów na stronę republikanów i *vice versa*) był dość silny, zwłaszcza w przypadku ludzi niezbyt mocno identyfikujących się z konkretną opcją polityczną i niezdecydowanych, na kogo chcą głosować. Inokulacja wyraźnie zmniejszyła siłę efektu takich ataków – u osób, które zostały jej poddane, wzrost sympatii wobec polityka promowanego w „ataku” (czyli z przeciwnej dla nich strony politycznej) był niższy niż u osób, które nie zostały „zaszczepione”. Osoby po inokulacji deklarowały również niższe intencje zagłosowania na tego kandydata. Wprawdzie po upływie dwóch tygodni jej efekty słabły, jeśli chodzi o postawy wobec kandydata z przeciwnej strony politycznej (a zatem po dwóch tygodniach od inokulacji ludzie poddani „atakowi” mieli bardziej pozytywne opinie na temat takiego kandydata, podobnie do tych, którzy nie zostali poddani inokulacji), lecz – co ważniejsze – intencje zagłosowania na owego kandydata pozostały w tej grupie osób tak samo

niskie jak bezpośrednio po inokulacji, zdecydowanie niższe niż wśród osób niepoddanych jej działaniu.

Inne badania nad inokulacją (Pfau i wsp., 1992; Pfau i Bockern, 1994) wykazały, że technika ta może być pomocna w zapobieganiu paleniu papierosów przez nastolatków – co prawda okazała się skuteczna tylko w przypadku nastolatków o niskiej samoocenie, lecz to właśnie oni są najbardziej narażeni na sięgnięcie po papierosa pod presją rówieśników. Co więcej, w tym przypadku jej skuteczność była wciąż istotna nawet po upływie kilku miesięcy od manipulacji, która polegała na zaprezentowaniu filmu „inokulacyjnego”. Film ten przestrzegał, że choć teraz widzowie są pewni, że nie zaczną palić, to jednak może się to zmienić pod wpływem presji rówieśników. Przedstawiał także argumenty za paleniem, jakie zwykle padają z ust nastolatków, oraz rozprawiał się z tymi argumentami. Nie zawsze jest więc tak, że efekty inokulacji są krótkoterminowe, choć zazwyczaj słabną z upływem czasu. Metaanalizy (Banas i Rains, 2010) wykazują, że współczynnik siły efektu tej techniki (*d* Cohena) w porównaniu z brakiem jakiegokolwiek uodparniania na „atak” wynosi 0,44, a po upływie dwóch tygodni: 0,35. Efekt ten po czasie może być nawet silniejszy, jeśli inokulacja jest wzmacniana (Ivanov i wsp., 2018) – podobnie jak wiele szczepionek działa lepiej po kilku dawkach niż po jednej dawce lub jeśli szczepienie jest powtarzane w odpowiednich odstępach czasu.

Przeprowadzono wiele badań nad inokulacją i dotyczyły one różnych wątków, np. kwestii zdrowotnych (Ivanov i wsp., 2018; McGuire i Papageorgis, 1961; Pfau i wsp., 1992; Pfau i Bockern, 1994), politycznych (Pfau i Burgoon, 1988) oraz klimatycznych (Maertens i wsp., 2020). Czytelnikom zainteresowanym tą tematyką można polecić metaanalizy (Banas i Rains, 2010).

Inokulacja a postawy wobec szczepień

Badania nad działaniem inokulacji w kontekście chronienia przed wpływami antyszczepionkowymi przeprowadzili Jolley i Douglas (2017). Sprawdzali oni, czy kolejność prezentowania argumentów spiskowych (antyszczepionkowych) i antyspiskowych (proszczepionkowych) ma znaczenie dla intencji zaszczepienia przez ludzi dorosłych hipotetycznego dziecka. Swoich badanych przydzielili do pięciu warunków eksperymentalnych: 1) prezentacja wyłącznie argumentów proszczepionkowych; 2) prezentacja wyłącznie argumentów

antyszczepionkowych; 3) prezentacja najpierw argumentów antyszczepionkowych, a następnie proszczepionkowych; 4) prezentacja najpierw argumentów proszczepionkowych, a następnie antyszczepionkowych; 5) warunek kontrolny, bez prezentacji jakichkolwiek argumentów. Najwyższa chęć zaszczepienia hipotetycznego dziecka była w grupie, której zaprezentowano wyłącznie argumenty proszczepionkowe, oraz w grupie kontrolnej, najniższa – w grupie, której zaprezentowano tylko argumenty antyszczepionkowe. Jeśli chodzi o grupy, w których zaprezentowano zarówno pro-, jak i antyszczepionkowe argumenty, wyższa intencja zaszczepienia hipotetycznego dziecka i niższa wiara w spiskowe, antyszczepionkowe teorie wystąpiły w grupie, w której najpierw przedstawiono argumenty pro-, a dopiero potem antyszczepionkowe. Jednak i w tej grupie intencje zaszczepienia dziecka były niższe niż w grupie kontrolnej oraz w tej, której zaprezentowano wyłącznie argumenty proszczepionkowe. Wyniki badania sugerują, że prezentowanie spiskowych teorii i argumentów antyszczepionkowych (nawet jeśli zostało poprzedzone argumentami proszczepionkowymi) jest w każdym wypadku niekorzystne – pogarsza postawy wobec szczepień. Jeżeli jednak te argumenty mają się pojawić, to lepiej przygotować na nie ludzi poprzez argumenty proszczepionkowe.

Inne badanie z wykorzystaniem techniki inokulacyjnej w kontekście szczepień dotyczyło szczepionki przeciw wirusowi HPV (Wong, 2014; 2016). W eksperymencie wzięły udział nastolatki, które były pozytywnie nastawione do tej szczepionki, ale jeszcze się nie zaszczepiły. Badanie miało na celu sprawdzenie, czy technika inokulacyjna pozwoli uchronić je przed zniechęceniem do szczepienia. Uczestniczki trzech eksperymentów zostały podzielone na trzy grupy. Pierwszej z nich zaprezentowano argumenty kwestionujące bezpieczeństwo i skuteczność szczepionek w ogóle, a następnie wykazano niesłuszność tych argumentów; drugiej grupie przedstawiono argumenty kwestionujące bezpieczeństwo i skuteczność szczepionek przeciw wirusowi HPV i również w tym wypadku wykazano ich niesłuszność; grupie kontrolnej nie zaprezentowano żadnych argumentów. Po tygodniu wszystkie uczestniczki zostały poddane „atakowi”, a mianowicie zaprezentowano im silne argumenty przeciw szczepieniu na wirusa HPV. Okazało się, że uczestniczki poddane wcześniej inokulacji – niezależnie, czy w odniesieniu do szczepionek w ogóle, czy też konkretnie do szczepionki przeciw wirusowi HPV – miały wyraźnie bardziej pozytywne postawy wobec szczepienia na HPV niż uczestniczki z grupy kontrolnej.

Oznacza to, że interwencja polegająca na inokulacji zwiększyła odporność na antyszczepionkowy atak w porównaniu z jej brakiem.

Wykorzystanie gry komputerowej jako techniki inokulacyjnej

Naukowcy Roozenbeek i van der Linden (2019a; 2019b) postanowili zastosować technikę inokulacyjną w nieco przewrotny i humorystyczny sposób – z wykorzystaniem gry komputerowej. W grze Bad News, powstałej na potrzeby tego badania, później zaś rozpowszechnionej w wielu krajach, gracz wciela się w redaktora strony internetowej, na której rozpowszechnia fake newsy i teorie spiskowe, zdobywając coraz więcej followersów i wywołując poważne rozruchy społeczne. W eksperymencie brali udział młodzi ludzie: uczniowie i studenci. Uczestnicy najpierw zaznaczali, w jakim stopniu zgadzają się z różnymi fałszywymi informacjami znajdującymi się w internecie (podczas trwania badań), a następnie część z nich grała w Bad News, grupa kontrolna zaś – w Tetrisa. Później wszyscy ponownie zaznaczali, w jakim stopniu zgadzają się z tymi samymi co poprzednio stwierdzeniami. Skuteczność gry okazała się wysoka – ci, którzy w nią zagraли, wierzyli w fake newsy w znacznie mniejszym stopniu niż ci, którzy zagraли w Tetrisa (przed manipulacją eksperymentalną nie było różnic między grupami). Największe efekty zaobserwowano wśród osób, które przed interwencją były najbardziej podatne na fake newsy. Współczynnik *d* Cohena siły efektu inokulacji wynosił w tym przypadku 0,52. Badania przeprowadzone na uczestnikach po kilku tygodniach (po jednym, po czterech i po ośmiu w pierwszym eksperymencie oraz po dziewięciu w drugim) wykazały, że po upływie czasu efekt ten wciąż był istotny, choć osłabł (Maertens i wsp., 2021).

Badania własne

Inspirując się pomysłem Roozenbeeka i van der Lindena, postanowiliśmy przeprowadzić podobne badanie, ale z wykorzystaniem innej gry – skoncentrowanej na pandemii COVID-19 i szczepieniach przeciwko tej chorobie. Na potrzeby badania została stworzona nowa gra, polegająca, podobnie jak Bad News, na zabawie w tworzenie fake newsów w internecie, jednak wszystkie

memy, tweety, artykuły, dialogi, historie i teorie spiskowe dotyczyły COVID-19. Gra została nazwana COVID-19 Bad News.

Zgodnie z naszymi hipotezami, sformułowanymi na podstawie wniosków, do jakich doszli Roozenbeek i van der Linden, badani, którzy zagrają w COVID-19 Bad News, powinni wykazywać bardziej pozytywne postawy wobec szczepień i trafniej oceniać prawdziwość oraz obiektywność stwierdzeń dotyczących szczepień i pandemii po zagraniu w COVID-19 Bad News niż przed grą. Natomiast u tych uczestników, którzy zagrają w Tetrisa, owe postawy i oceny powinny być podobne w preteście i w postteście, czyli nie powinny się zmienić.

Zmienną niezależną w badaniu była gra w COVID-19 Bad News bądź w Tetrisa, natomiast pierwszą zmienną zależną była gotowość do szczepień, mierzona za pomocą polskiej wersji skali 7C Readiness to Vaccinate Geigera (Geiger i wsp., 2022), skonstruowanej przez Sorala i współpracowników (Soral i wsp., 2022). Skala składa się z 21 stwierdzeń, z którymi osoby badane mogą się zgadzać w różnym stopniu w siedmiostopniowej skali od 1 – całkowicie się nie zgadzam, do 7 – całkowicie się zgadzam. Przykładowe stwierdzenia to: „Skutki uboczne szczepień występują rzadko i nie byłyby dla mnie poważne”; „Szczepionki są mi niepotrzebne, ponieważ i tak rzadko choruję”; „Postrzegam szczepienia jako wspólne działanie przeciwko rozprzestrzenianiu się chorób”. Skala ta nazywa się 7C, gdyż składa się na nią siedem podskal (Confidence, Complacency, Constraints, Calculation, Collective Responsibility, Compliance, Conspiracy), lecz w badaniu ocenialiśmy gotowość do szczepień ogólnie.

Drugą zmienną zależną była ocena wiarygodności lub obiektywności przekazu rozmaitych stwierdzeń dotyczących pandemii i szczepień, skonstruowanych w taki sposób, że mogłyby to być nagłówki artykułów internetowych. Wszystkich stwierdzeń było 20, w tym 12 fałszywych (np. „Szczepionki na COVID-19 mogą zmieniać DNA!”), 4 prawdziwe (np. „Szczepienia jedynie w pewnym stopniu chronią przed zachorowaniem na COVID-19”), a 4 takie, że mogły być zarówno prawdziwe, jak i fałszywe (np. „Wolontariusz z Oksfordu, który brał udział w eksperymencie szczepionkowym, nie żyje...”, co mogło być prawdą – mógł na przykład zginąć w wypadku samochodowym – lecz przekazaną w sposób nieobiektywny i jawnie zniechęcający do szczepień). Interesowało nas, jak uczestnicy oceniają wiarygodność stwierdzeń fałszywych

oraz prawdziwych, natomiast w przypadku stwierdzeń, które mogły być albo takie, albo takie, kluczowa była ocena nie ich wiarygodności, lecz obiektywności przekazu.

Badanie pilotażowe

Przed badaniem właściwym zostało przeprowadzone badanie pilotażowe, w którym sprawdzono (jeszcze bez udziału gry COVID-19 Bad News), czy dla ludzi niezwiązanych z medycyną i niekoniecznie interesujących się na co dzień szczepieniami na COVID-19 oraz pandemią ocena wiarygodności tych stwierdzeń nie jest ani zbyt łatwa, ani zbyt trudna – a zatem sprawdzano, czy stwierdzenia fałszywe nie brzmią tak jawnie fałszywie, że prawie wszyscy ocenią je w taki sposób, albo odwrotnie – bardzo niewielu respondentów trafnie oceni, że są fałszywe (tak samo zweryfikowano stwierdzenia prawdziwe). Wyniki okazały się zadowalające – w siedmiostopniowej skali (1 – zdecydowanie fałszywe, 7 – zdecydowanie prawdziwe) stwierdzenia fałszywe uzyskały średnio 3,78 (SD = 1,27), prawdziwe zaś 4,64 (SD = 1,11; $t = 9,20$; $p < 0,001$). Zatem badani wyżej ocenili wiarygodność stwierdzeń prawdziwych (P) niż fałszywych (F), lecz jednocześnie żadne z tych stwierdzeń nie było zbyt jawnie fałszywe ani zbyt jawnie prawdziwe. Co ciekawe, wiarygodność stwierdzeń o nieokreślonej prawdziwości (P lub F) została oceniona równie nisko jak wiarygodność stwierdzeń fałszywych ($M = 3,62$, SD = 1,15; różnica między oceną wiarygodności stwierdzeń F oraz P lub F była nieistotna: $t = 1,61$; $p = 0,330$). Zadowalająco wypadła także ocena obiektywności stwierdzeń P lub F: w siedmiostopniowej skali (1 – zdecydowanie nieobiektywne, 7 – zdecydowanie obiektywne) stwierdzenia te uzyskały wynik 3,49 (SD = 1,32). Był to istotnie niższy wynik niż ocena obiektywności stwierdzeń prawdziwych ($M = 4,36$; SD = 1,15; $t = 9,93$, $p < 0,001$), lecz nie różnił się od oceny obiektywności stwierdzeń fałszywych ($M = 3,51$; SD = 1,37). Jednocześnie badani nie ocenili obiektywności żadnego typu stwierdzeń ani zbyt wysoko, ani zbyt nisko, zatem nie brzmiały one dla nich ani zbyt jawnie obiektywnie, ani w oczywistym stopniu nieobiektywnie.

Badanie 1

Procedura. Badanie z udziałem gry COVID-19 Bad News zostało przeprowadzone online w grudniu 2021 roku i było podzielone na dwa etapy. W pierwszym

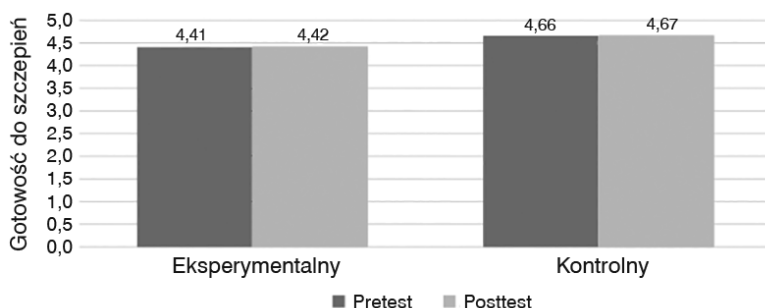
etapie uczestnicy (N = 569) wypełnili krótką ankietę personalną (pytania o wiek; płeć; miejsce zamieszkania – wieś, miasto do 100 tys. mieszkańców, miasto powyżej 100 tys. mieszkańców; wykształcenie; status zawodowy), a następnie kwestionariusz 7C Gotowość do szczepień, po czym ocenili wiarygodność i obiektywność przekazu dziesięciu wybranych stwierdzeń (sześciu fałszywych, dwóch prawdziwych i dwóch nieokreślonych). W dalszej kolejności zostali przydzieleni losowo do jednego z dwóch warunków eksperymentalnych: część (296 osób) grała w COVID-19 Bad News (warunek eksperymentalny), druga część zaś (273 osoby) w Tetrisa (warunek kontrolny). Osoby, które grały w COVID-19 Bad News, musiały po zakończeniu gry podać wyświetlony kod, aby przejść do następnego etapu badania – było to konieczne, gdyż w badaniach internetowych zdarzają się uczestnicy, którzy chcą jak najprędzej zakończyć swój udział i zdobyć punkty kredytowe, w związku z czym część mogłaby w ogóle nie zagrać, a wtedy wyniki byłyby nieważne. Na tym zakończył się pierwszy etap badania.

W drugim etapie, który odbywał się po upływie 7–21 dni po pierwszym (taka rozpiętość czasowa nie była założeniem, lecz wynikała z tego, że w tym okresie wypadały święta, więc część uczestników mogła wziąć udział w drugiej części badania z opóźnieniem), osoby badane ponownie wypełniały kwestionariusz 7C Gotowość do szczepień i ponownie oceniały wiarygodność oraz obiektywność przekazu dziesięciu stwierdzeń – tym razem były to inne stwierdzenia niż w pierwszym etapie, ale też sześć z nich było fałszywych, dwa prawdziwe i dwa nieokreślone.

Wyniki. W analizach uwzględniono wyniki 442 osób, które wzięły udział w obydwu częściach badania.

Postawy wobec szczepień. Ku naszemu zaskoczeniu okazało się, że gra w COVID-19 Bad News nie poprawiła postaw wobec szczepień – w postteście pozostały one na niemal tym samym poziomie co w preteście. Podobnie było w grupie, która grała w Tetrisa – tu również postawy wobec szczepień w postteście nie zmieniły się w stosunku do pretestu. Ogólnie badani w warunku kontrolnym deklarowali wyższą gotowość do szczepień ($M = 4,67$; $SE = 0,09$) niż badani w warunku eksperymentalnym ($M = 4,42$; $SE = 0,09$; $t = 2,02$; $p = 0,044$), nie wynikało to jednak z faktu, że gra w Tetrisa poprawia bądź gra w COVID-19 Bad News pogarsza postawy wobec szczepień, lecz z tego,

że – mimo losowego przydziału do warunków eksperymentalnych – do warunku kontrolnego trafiły osoby o generalnie wyższej gotowości do szczepień (zob. Rysunek 1.1).

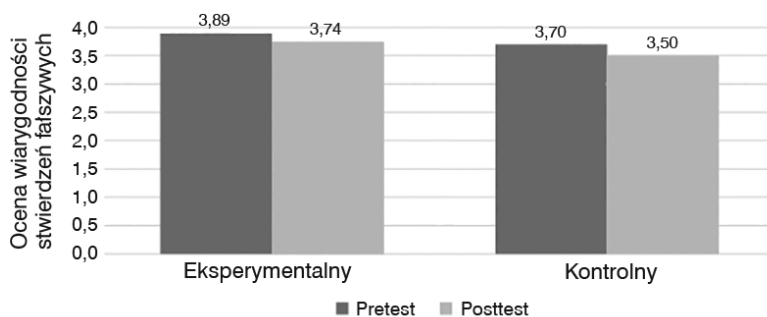


Rysunek 1.1

Gotowość do szczepień w preteście i w postteście w warunku eksperymentalnym i w warunku kontrolnym (Badanie 1)

Ocena wiarygodności stwierdzeń fałszywych. Jeszcze większym zaskoczeniem były dla nas wyniki drugiej zmiennej zależnej. Okazało się, że w postteście ($M = 3,79$; $SD = 1,28$) badani oceniali wiarygodność stwierdzeń fałszywych niżej niż w preteście ($M = 3,62$; $SD = 1,28$; $t = 3,79$; $p < 0,001$), ale wynikało to wyłącznie ze zmiany, jaka zaszła w warunku kontrolnym, nie zaś w eksperymentalnym: osoby, które grały w Tetrisa, niżej oceniały wiarygodność stwierdzeń fałszywych w postteście ($M = 3,50$; $SD = 1,40$) niż w preteście ($M = 3,70$; $SD = 1,31$; $t = 3,10$; $p = 0,012$). Natomiast w warunku eksperymentalnym taka zmiana nie nastąpiła: uczestnicy wprawdzie oceniali wiarygodność stwierdzeń fałszywych nieco niżej w postteście ($M = 3,74$; $SD = 1,36$) niż w preteście ($M = 3,89$; $SD = 1,24$), lecz różnica ta była nieistotna statystycznie ($p = 0,143$; zob. Rysunek 1.2). Wyniki okazały się zatem odwrotne do hipotezy, zakładającej, że to badani w warunku eksperymentalnym będą oceniać wiarygodność stwierdzeń fałszywych niżej w postteście niż w preteście, natomiast w warunku kontrolnym nie dojdzie do zmiany.

Ocena obiektywności przekazu stwierdzeń nieokreślonych (P lub F). Badani oceniali także obiektywność przekazu stwierdzeń nieokreślonych, czyli takich, które mogły być prawdziwe lub fałszywe. W tym przypadku zarówno badani w warunku eksperymentalnym, jak i badani w warunku kontrolnym

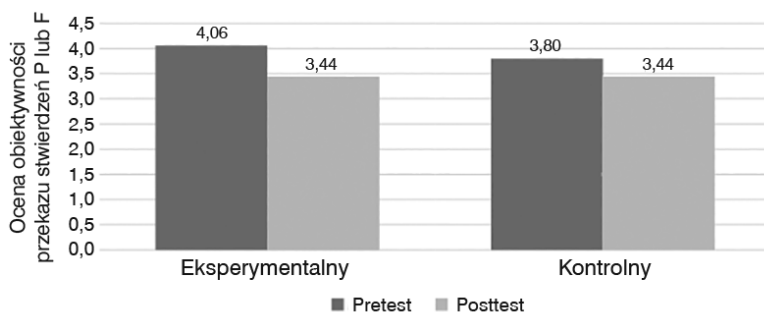


Rysunek 1.2

Ocena wiarygodności stwierdzeń fałszywych w preteście i w postteście w warunku eksperymetalnym i w warunku kontrolnym (Badanie 1)

ocenili obiektywność stwierdzeń P lub F niżej w postteście niż w preteście. W warunku kontrolnym w preteście średnia ocena obiektywności takich stwierdzeń wyniosła 3,80 (SD = 1,54), w postteście zaś 3,44 (SD = 1,54). Ta różnica była istotna statystycznie ($t = 3,68$; $p = 0,002$). Natomiast w warunku eksperymetalnym ocena w preteście wynosiła 4,06 (SD = 1,36), a w postteście 3,44 (SD = 1,28; $t = 6,27$; $p < 0,001$; zob. Rysunek 1.3). Ogółem w preteście ocena obiektywności stwierdzeń P lub F wynosiła 3,93 (SD = 1,46), w postteście zaś: 3,44 (SD = 1,36; $t = 7,06$; $p < 0,001$).

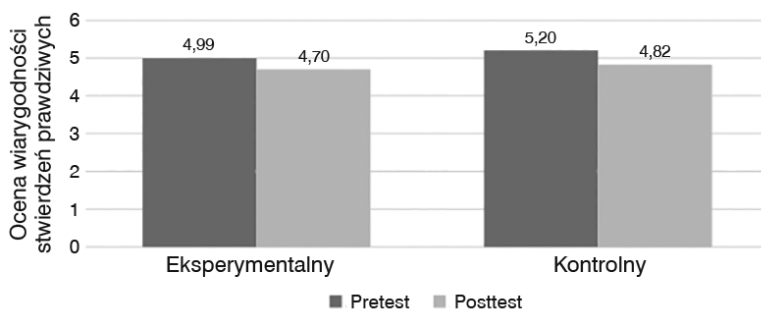
Ocena wiarygodności stwierdzeń prawdziwych. W przypadku stwierdzeń prawdziwych również okazało się – co mogło w pewnym stopniu zaskakiwać – że ich wiarygodność została oceniona niżej w postteście ($M = 4,76$;



Rysunek 1.3

Ocena obiektywności przekazu stwierdzeń nieokreślonych (P lub F) w preteście i w postteście w warunku eksperymetalnym i w warunku kontrolnym (Badanie 1)

SD = 1,27) niż w preteście (M = 4,99; SD = 1,30; $t = 4,20$, $p < 0,001$). Podobnie jak w odniesieniu do stwierdzeń fałszywych, istotna zmiana nastąpiła jedynie w warunku kontrolnym: badani ocenili wiarygodność stwierdzeń prawdziwych wyżej w preteście (M = 5,20; SD = 1,28) niż w postteście (M = 4,82; SD = 1,29; $t = 3,47$, $p = 0,003$). W warunku eksperymentalnym średnia również była nieco wyższa w preteście niż w postteście, lecz różnica ta nie była istotna statystycznie ($p = 0,081$; zob. Rysunek 1.4).



Rysunek 1.4

Ocena wiarygodności stwierdzeń prawdziwych w preteście i w postteście w warunku eksperymentalnym i w warunku kontrolnym (Badanie 1)

Podsumowanie Badania 1. Uzyskane wyniki nie potwierdziły hipotez. Gra w COVID-19 Bad News ani nie poprawiła postaw wobec szczepień, ani nie zwiększyła trafności oceny wiarygodności i obiektywności stwierdzeń w porównaniu z grą w Tetrisa. Wyniki badania mogłyby wręcz sugerować, że uczestnicy, którzy grali w Tetrisa, z większą podejrzliwością podchodzili do wszelkiego rodzaju stwierdzeń, zarówno prawdziwych, jak i fałszywych, podczas gdy wśród uczestników grających w COVID-19 Bad News ocena wiarygodności obydwu rodzajów stwierdzeń pozostała na niezmiennym poziomie. Nie ma powodów sądzić, że takie zmiany wywołała gra w Tetrisa, można raczej przypuszczać, że w czasie między pierwszym a drugim etapem badania wydarzyło się coś, co generalnie zwiększało podejrzliwość ludzi wobec wszelkich stwierdzeń związanych ze szczepieniami i pandemią COVID-19, zarówno prawdziwych, jak i fałszywych, lecz gra w COVID-19 Bad News sprawiła, że taki efekt nie zaszedł, czyli że ludzie pozostali wierni swoim przekonaniom. Notabene taki właśnie jest cel inokulacji, lecz w przypadku gry w Bad News

tak nie było – ludzie, którzy wcześniej wierzyli w fake newsy, pod wpływem zagrania w tę grę podchodzili do nich dużo bardziej sceptycznie. Zatem wyniki badania nie były zgodne nie tylko z naszymi hipotezami, lecz również z wcześniejszymi badaniami.

Badanie to miało jedną poważną wadę – otóż, jak wspomniano wcześniej, mimo losowego przydziału do grup, uczestnicy w warunku kontrolnym byli starsi ($M = 47,46$; $SD = 14,85$) niż w warunku eksperymentalnym ($M = 37,88$; $SD = 14,71$), a dodatkowo byli także nieco lepiej wykształceni. Tymczasem, jak wynikało z badania, wiek i wykształcenie były jeszcze przed manipulacją pozytywnie skorelowane z postawami wobec szczepień ($r = 0,32$; $p < 0,001$), a negatywnie z oceną wiarygodności stwierdzeń fałszywych ($r = -0,21$; $p < 0,001$). Nie były to korelacje silne, lecz istotne. To mogło mieć wpływ na wynik badania. Postanowiliśmy więc przeprowadzić drugie badanie, w którym przydział do warunków eksperymentalnych miał nie być po prostu losowy, ale kwotowo-losowy.

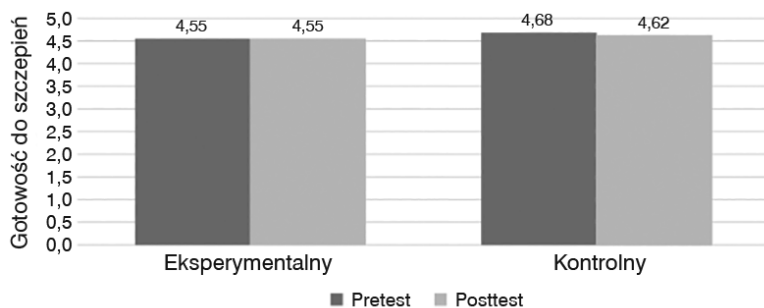
Badanie 2

Zmienne, ich wskaźniki i sposób manipulacji pozostały takie same jak w Badaniu 1. Hipotezy również. Badanie to, podobnie jak poprzednie, zostało przeprowadzone online, na przełomie lutego i marca 2022 roku. Udział w nim wzięło 426 osób. Procedura była identyczna z procedurą w Badaniu 1.

Wyniki. Z analiz wykluczono 75 osób, które nie przystąpiły do drugiej części badania lub w części pierwszej nie odpowiedziały na pytania ważne dla całego badania. Zostało zatem 351 uczestników.

Postawy wobec szczepień. Także w badaniu drugim nie wystąpiły żadne różnice w gotowości do szczepień między pretestem a posttestem – ani w warunku eksperymentalnym, ani w kontrolnym (zob. Rysunek 1.5).

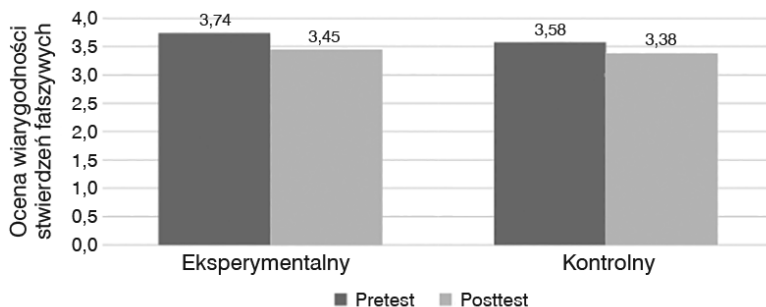
Ocena wiarygodności stwierdzeń fałszywych. Podobnie jak w Badaniu 1, w tym również uczestnicy generalnie oceniali wiarygodność stwierdzeń fałszywych wyżej w preteście ($M = 3,66$; $SD = 1,16$) niż w postteście ($M = 3,41$; $SD = 1,28$; $t = 4,89$; $p < 0,001$). Tym razem jednak istotne różnice między pretestem a posttestem pojawiły się zarówno w warunku eksperymentalnym, jak i w warunku kontrolnym. W warunku eksperymentalnym średnia w preteście wyniosła 3,74 ($SD = 1,14$), w postteście zaś 3,45 ($SD = 1,28$;



Rysunek 1.5

Gotowość do szczepień w preteście i w postteście w warunku eksperymentalnym i w warunku kontrolnym (Badanie 2)

$t = 4,09$; $p < 0,001$). W warunku kontrolnym średnia w preteście wynosiła 3,58 (SD = 1,78), natomiast w postteście obniżyła się do 3,38 (SD = 1,27; $t = 2,81$; $p = 0,032$). Zostało to zilustrowane na Rysunku 1.6.

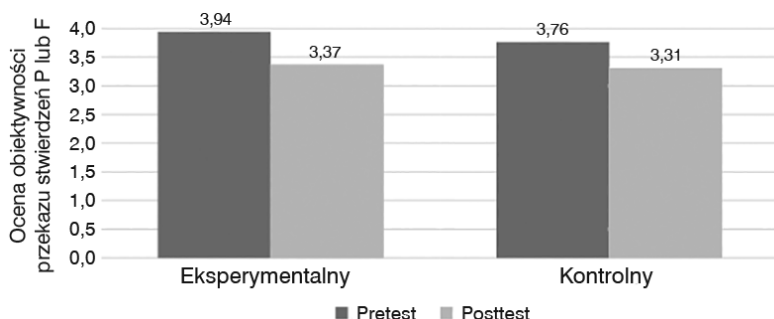


Rysunek 1.6

Ocena wiarygodności stwierdzeń fałszywych w preteście i w postteście w warunku eksperymentalnym i w warunku kontrolnym (Badanie 2)

Ocena obiektywności przekazu stwierdzeń nieokreślonych (P lub F). Analizy wykazały, że generalnie uczestnicy wyżej ocenili obiektywność przekazu takich stwierdzeń w preteście ($M = 3,85$; $SD = 1,36$) niż w postteście ($M = 3,33$; $SD = 1,46$; $t = 6,26$, $p < 0,001$). Również w tym przypadku istotne różnice między pretestem a posttestem pojawiły się zarówno w warunku eksperymentalnym, jak i kontrolnym. W warunku eksperymentalnym średnia w preteście wynosiła 3,94 (SD = 1,34), natomiast w postteście 3,37 (SD = 1,45;

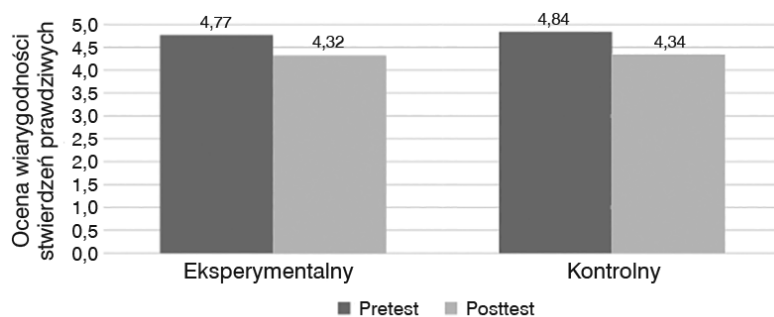
$t = 4,88$; $p < 0,001$). W warunku kontrolnym uczestnicy ocenili obiektywność przekazu stwierdzeń nieokreślonych średnio na 3,76 (SD = 1,38) w preteście i 3,31 w postteście (SD = 1,47; $t = 3,97$; $p < 0,001$; zob. Rysunek 1.7).



Rysunek 1.7

Ocena obiektywności przekazu stwierdzeń nieokreślonych (P lub F) w preteście i w postteście w warunku eksperymentalnym i w warunku kontrolnym (Badanie 2)

Ocena wiarygodności stwierdzeń prawdziwych. Badani wyżej ocenili wiarygodność stwierdzeń prawdziwych w preteście ($M = 4,80$, $SD = 1,14$) niż w postteście ($M = 4,33$; $SD = 1,24$; $t = 5,41$; $p < 0,001$). Również i tutaj różnice między pretestem a posttestem pojawiły się w obydwu warunkach. W warunku eksperymentalnym uczestnicy ocenili wiarygodność stwierdzeń prawdziwych na 4,77 ($SD = 1,11$) w preteście i 4,32 w postteście ($SD = 1,26$; $t = 3,59$,



Rysunek 1.8

Ocena wiarygodności stwierdzeń prawdziwych w preteście i w postteście w warunku eksperymentalnym i w warunku kontrolnym (Badanie 2)

$p = 0,002$). W warunku kontrolnym średnia w preteście wynosiła 4,84 ($SD = 1,16$), natomiast w postteście 4,34 ($SD = 1,22$; $t = 4,07$; $p = 0,032$; zob. Rysunek 1.8).

Dyskusja

Badania z udziałem gry COVID-19 Bad News nie potwierdziły hipotezy, że zagranie w taką grę zapobiega szerzeniu się wiary w fake news dotyczące pandemii i szczepień. Zabawa taka nie poprawia również gotowości do szczepień. Badanie 2 wykluczyło możliwość, że gra tego rodzaju działa jak klasyczna inokulacja, a zatem ogólnie wzmacnia poglądy, które uczestnicy wyznają przed przystąpieniem do niej, bez względu na to, czy są pro- czy antyszczepionkowe.

Naturalnie, należy brać pod uwagę fakt, że badania zostały przeprowadzone w późnej fazie pandemii, kiedy zainteresowanie nią i strach przed wirusem były znacznie słabsze niż na początku czy w fazie środkowej – w momencie rozpoczęcia badań dominował wariant Omikron, powszechnie uznawany za bardziej zaraźliwy, lecz znacznie mniej groźny od poprzednich wariantów. Ludzie mogli już być zmęczeni mówieniem o tych rzeczach. Dodatkowo Badanie 2 zostało przeprowadzone w dniach, kiedy oczy całego świata zwrócone były na Ukrainę, gdzie wybuchła wojna, i zainteresowanie pandemią oraz szczepieniami zeszło na dalszy plan. Badanie 1 natomiast wykonano w okresie przedświątecznym, kiedy ludzie na ogół wolą myśleć o innych sprawach.

Wyniki mogą sugerować jeszcze jedno: otóż w Badaniu 2, tak w warunku eksperymentalnym, jak i kontrolnym, w postteście zaobserwowano wzrost sceptycyzmu wobec wszelkich stwierdzeń dotyczących pandemii i szczepień, zarówno tych prawdziwych, jak i fałszywych czy nieokreślonych. Podobnie było w Badaniu 1, choć dotyczyło to jedynie warunku kontrolnego. W badaniu pilotażowym, kiedy ludzie oceniali wszystkie 20 stwierdzeń zaraz po sobie, bez odstępu kilku czy kilkunastu dni, nie zaobserwowano różnic między szacowaną wiarygodnością stwierdzeń, które później zostały przydzielone do pierwszej bądź do drugiej części badania, a zatem nie było tak, że po prostu stwierdzenia w części drugiej brzmiały generalnie mniej wiarygodnie od tych z części pierwszej. Może z tego wynikać, że sama metodologia badania zadziałała jak inokulacja, chroniąca przed fake newsami. Być może po oceniu wiarygodności kilku stwierdzeń dotyczących pandemii i szczepień, z których większość była fałszywa, ludzie zaczęli się trochę nad tym

zastanawiać i podchodzić sceptycznie do wszelkiego rodzaju stwierdzeń na temat pandemii. To już jednak jest pomysł na zupełnie inne badanie.

Rekomendacje

Badania dotyczące inokulacji dostarczają wiedzy, którą można wykorzystać w praktyce nie tyle do zmiany postawy wobec szczepień – wśród obecnych i wśród przyszłych rodziców w zakresie szczepienia niemowląt i małych dzieci, a także wśród nastolatków oraz dorosłych, którzy powinni szczepić się na COVID-19, grypę i choroby, na które są szczególnie narażeni (na przykład z racji wykonywanego zawodu lub planowanego wyjazdu za granicę) – ile raczej po to, by utrwalac już istniejące, pozytywne postawy.

Badania, które przeprowadzili Jolley i Douglas (2017), sugerują, że postawy te mogą być chwiejne, a przypuszczenia te potwierdza powoli, lecz stale rosnąca liczba antyszczepionkowców wśród rodziców. Regularnie spada liczba zaszczepionych dzieci w wieku od 1 roku do 3 lat – dla przykładu, w roku 2011 ponad 95% dzieci w wieku 1–3 lata było zaszczepionych na błonnicę i tężec, a w roku 2020 odsetek ten wynosił już poniżej 90%; podobnie wyglądają odsetki jeszcze kilku innych szczepień, np. na krztusiec czy polio (Czarkowski i wsp., 2021).

Wciąż jednak zdecydowana większość ludzi wierzy w bezpieczeństwo i skuteczność szczepionek (przynajmniej jeśli chodzi o szczepionki dla niemowląt i małych dzieci), a także w konieczność masowych szczepień. Wciąż, mimo wszystko, około 90% ludzi decyduje się na zaszczepienie swoich dzieci. To jest właśnie pole do działań inokulacyjnych, które, jak przypominamy, powinny służyć nie zmianie postaw, lecz ochronie pożądaných postaw i zachowań przed zmianą na niekorzystne. Dobrze by było przynajmniej utrzymać obecny poziom wyszczepienia (85–90%), choć najlepiej byłoby, rzecz jasna, powrócić do stanu z początku wieku.

Wiele możliwości działania mają nauczyciele, szczególnie nauczyciele biologii oraz wychowawcy – w kilku badaniach wykazano, że nastolatki są podatne na inokulację, przynajmniej jeśli chodzi o zachowania prozdrowotne (Wong, 2014; Pfau i wsp., 1992; Pfau i Bockern, 1994; Wong, 2016). Nauczyciele biologii mogą na lekcjach informować uczniów o tym, jak powstają i jak działają szczepionki, wspominając najpierw o pokutujących mitach na

ten temat, np. o szkodliwych środkach chemicznych stosowanych jako środki konserwujące lub o tym, że mogą one zmieniać ludzkie DNA, a następnie wykazując niestusznosc takiego myślenia. Można też przeprowadzić pogadankę, pytając najpierw uczniów, jakie złe rzeczy słyszeli o szczepionkach, i ewentualnie dodając kilka od siebie (na końcu rozdziału Czytelnicy znajdą najczęściej stosowane przez antyszczepionkowców argumenty). Wychowawcy także mają szerokie pole działania – mogą na przykład podczas godzin wychowawczych mówić uczniom o dezinformacji w internecie, podając konkretne przykłady, oraz udzielać im wskazówek, w jaki sposób są w stanie się przed nią bronić. Mogą uświadamiać uczniom, dlaczego nie należy rozpowszechniać w internecie niesprawdzonych informacji, co jest, niestety, bardzo powszechną praktyką – znane są badania, z których wynika, że fałszywe informacje rozprzestrzeniają się szybciej niż prawdziwe (Vosoughi i wsp., 2018). Przepuszczalnie ma to związek z tym, że takie informacje budzą zazwyczaj emocje, przez co wydają się ciekawsze niż informacje prawdziwe (przynajmniej jeśli chodzi o szczepienia). Nie trzeba przy tym koncentrować się wyłącznie na szczepionkach, można mówić także o innych kwestiach zdrowotnych lub o zmianach klimatu. Mówiąc o rozpowszechnianiu fałszywych informacji, można zadać pytanie retoryczne, czy ktoś chciałby w ten sposób stać się narzędziem w rękach ludzi siejących dezinformację dla własnych korzyści.

Ważną rolę do odegrania mają także lekarze pierwszego kontaktu, pediatrzy i wirusolodzy. Informowanie pacjentów o konieczności szczepień jest niezwykle istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego (Wang i wsp., 2020). Niestety wielu lekarzy nie wie, jak skutecznie rozmawiać z rodzicami – większość koncentruje się na danych statystycznych, które nie przemawiają do przekonania tak bardzo jak „prawdziwa” historia z mediów społecznościowych, opisująca dziecko, które zachorowało po przyjęciu szczepionki (Shelby i Ernst, 2013). Niektórzy, mimo woli, wręcz zniechęcają rodziców do szczepień, na przykład lekceważąc ich obawy, zamiast merytorycznie o nich porozmawiać. Wynika to często z braku czasu, ale może też być skutkiem nieprzygotowania lub zaskoczenia i związanego z tym braku szybkiej reakcji na jakiś argument. Dlatego warto zawczasu zastanowić się nad najczęstszymi argumentami antyszczepionkowców, by być gotowym na ewentualną rozmowę z wahającymi się rodzicami (sami lekarze mogliby zatem poddać się swego rodzaju inokulacji). W takiej sytuacji bowiem niechęć do posługiwania

się argumentami merytorycznymi może zostać przez rodziców potraktowana jako przesłanka, że lekarz sam ma wątpliwości co do szczepień lub nie ma dostatecznej wiedzy na ten temat. Od tego zaś już tylko krok do myślenia spiskowego („Skoro każe szczepić dzieci, nie mając wiedzy na ten temat, być może po prostu musi to robić”). Rodziców wahających się, czy zaszczepić dziecko, warto zapytać o ich obawy i je rozwiać, a jeśli czas na to pozwala, to przygotować ich na inne argumenty używane przez antyszczepionkowców.

Podobnie mogą działać lekarze ginekolodzy i położne opiekujące się kobietami w ciąży. Warto uświadamiać im, że czas przyjścia dziecka na świat obfituje w emocje i lęki, a w takich chwilach człowiek jest szczególnie podatny na fałszywe informacje (Fernández-López i Perea, 2020; Martel i wsp., 2020). Oprócz przedstawienia argumentów wymienianych przez antyszczepionkowców warto przeciwstawić im rzetelną wiedzę.

Wreszcie dziennikarze, redaktorzy zajmujący się problematyką zdrowotną i osoby projektujące ulotki dotyczące szczepień – wszyscy oni powinni stosować formułę „Mit – Prawda”. Zgodnie z badaniami dotyczącymi inokulacji jest to bardziej skuteczne niż zwykłe podawanie faktów o bezpieczeństwie, skuteczności oraz kluczowej roli szczepień.

Najczęstsze argumenty antyszczepionkowców

1. Szczepienia nie są konieczne, gdyż skutki uboczne szczepień są bardziej prawdopodobne niż choroba.
2. Lepiej, jeśli ktoś rozwija swój system immunologiczny przez naturalną styczność z wirusami niż w sposób sztuczny.
3. To nieprawda, że masowe szczepienia uchroniły tysiące osób przed śmiercią lub kalectwem – przyczyniły się do tego lepszy dostęp do zdrowej żywności i rozwój higieny.
4. Obowiązkowe szczepienia są ograniczeniem wolności.
5. Obowiązkowe szczepienia leżą w interesie firm farmaceutycznych, które zarabiają na nich mnóstwo pieniędzy.
6. Szczepionki zawierają szkodliwe substancje.
7. Szczepionki powodują autyzm i zespół nagłej śmierci łóżeczkowej.

ROZDZIAŁ 2

Symulacja dialogu online: aplikacja FLORA jako narzędzie wpływu społecznego w przeciwdziałaniu dezinformacji i wspieraniu zdrowia publicznego

Agnieszka Kozłowska
Uniwersytet SWPS

Pandemia kontra infodemia

- *Jak wytłumaczyć sytuację, w której praktycznie każdy naukowiec na świecie się z tobą nie zgadza?*
- *To zaskakująco proste! Powiedz, że światowi naukowcy są wplątani w globalny spisek!*

Ta ironiczna wypowiedź, będąca swoistą demystyfikacją spiskowego myślenia, pochodzi z gry o pomysłowej nazwie *Zręczliwy Wujek (Cranky Uncle)* autorstwa Johna Cooka z Uniwersytetu w Melbourne (2021). W grze tytułowy bohater rzuca światło na różnorodne techniki, jakimi posługują się twórcy teorii spiskowych, ucząc jednocześnie, jak sprawnie rozpoznawać te manipulacje. Poprzez wykorzystanie elementów grywalizacji i humoru autor stawia sobie za cel rozwijanie w odbiorcach krytycznego myślenia oraz namawia ich do przyjęcia racjonalnej, naukowej perspektywy.

We współczesnym świecie, zdominowanym przez natychmiastową wymianę treści i nieograniczony dostęp do informacji (często sprzecznych i niezwyfikowanych), jedną z kluczowych umiejętności wydaje się precyzyjne odróżnianie faktów od fikcji. To, jak niebezpieczna potrafi być dezinformacja, doskonale obrazuje rosnący wpływ ruchów antyszczepionkowych, które rozpowszechniając fałszywe doniesienia, wzbudzają nieuzasadnione obawy

i wątpliwości dotyczące bezpieczeństwa i sensowności szczepień (Loomba i wsp., 2021). Sytuację tę dodatkowo pogarszają działania konkretnych osób, grup i organizacji, których celem jest wywołanie zamieszania i dezorientacji, często motywowane względami ekonomicznymi lub politycznymi (Bruns i wsp., 2020). W tym kontekście walka ze spiskowym myśleniem i szerzeniem nieprawdy nabiera szczególnego znaczenia. Jej wpływ nie ogranicza się bowiem wyłącznie do kształtowania postaw wobec nauki, ale walka ta oddziałuje bezpośrednio na zdrowie i bezpieczeństwo nas wszystkich.

We wrześniu 2020 roku UNESCO, międzynarodowa agencja ONZ, której misją jest promowanie nauki, kultury i globalnego rozwoju edukacji, rozpoczęło kampanię #ThinkBeforeSharing. Akcja ta była odpowiedzią na nasilone działanie ruchów antyszczepionkowych, na systematyczne kwestionowanie naukowego konsensusu dotyczącego szczepień, a także na niespotykaną dotąd skalę dezinformacji, jaka pojawiła się wraz z wybuchem pandemii COVID-19. Dokładnie tak jak w przypadku gry *Cranky Unkle*, jej głównym celem była nauka skutecznego rozpoznawania narracji charakterystycznych dla teorii spiskowych. W ramach inicjatywy udostępniono zestaw infografik prezentujący w przystępny sposób, czym cechują się pseudonaukowe opowieści, jak się przed nimi chronić oraz jak przeciwdziałać ich dalszemu rozprzestrzenianiu się.

UNESCO wyszło więc z założenia, że kluczowymi elementami zniechęcającymi przeciwników szczepień do przyjęcia racjonalnej, naukowej perspektywy (i jednocześnie do zaszczepienia się) jest ich brak wiedzy oraz niewystarczająca zdolność do posługiwania się krytycznym myśleniem. Jednakże po wnikliwej analizie tego zagadnienia staje się jasne, że problem jest bardziej złożony, niż mogłoby się początkowo wydawać, a przekonania i obawy związane ze szczepieniami mają korzenie znacznie głębiej i nie wynikają jedynie z braku wiedzy i antynaukowego podejścia.

Przeciwnicy szczepień – zrozumieć wątpliwości

Ruchy antyszczepionkowe nie są bynajmniej zjawiskiem nowym. Mimo że świat medyczno-naukowy uznał szczepienia za jedno z najdonioślejszych osiągnięć ludzkości, praktyce tej od zawsze towarzyszyły protesty oparte na różnorodnych przesłankach (Krawczyk, 2021). Jednak w ostatnich latach

aktywność środowisk antyszczepionkowych przybiera na sile, powodując alarmujący spadek wskaźników szczepień na całym świecie, co skutkuje powrotem chorób, które dawno już uznaliśmy za wyeliminowane (Kiełbik i wsp., 2019).

Badania pokazują, że po wybuchu pandemii COVID-19 większość komunikatów antyszczepionkowych w obrębie mediów społecznościowych pochodziła od wąskiej grupy osób na szczycie tej „piramidy” – to właśnie tam kształtowała się i rozpowszechniała niebezpieczna antyszczepionkowa retoryka (Nogara i wsp., 2022). Jednak w rzeczywistości tylko niewielki odsetek osób manifestuje tak radykalne stanowisko. Istnieje znaczna grupa osób o ambiwalentnym podejściu do szczepień, przejawiająca niepewność i wahanie, czy zaszczepić siebie i swoich bliskich. Ze względu na tak szerokie spektrum nastawienia do szczepień konieczne jest opracowanie bardziej precyzyjnych strategii przekonywania, biorących pod uwagę różnorodność motywacji i opinii na ten temat.

Efektywność działań każdej kampanii edukacyjnej jest ściśle związana z gotowością odbiorców do przyswojenia przekazywanych informacji i do ewentualnej zmiany prezentowanego stanowiska. Może się więc okazać, że to właśnie grupa osób o ambiwalentnym, nieradykalnym podejściu jest tą, do której powinniśmy nauczyć się trafiać w pierwszej kolejności.

Rzut światła na sceptycyzm: rozmowy o szczepieniach

W 2022 roku nasz zespół przeprowadził pogłębione wywiady z rodzicami nastawionymi ambiwalentnie do programu szczepień obowiązkowych. Badania miały charakter eksploracyjny – naszą główną motywacją było uzyskanie odpowiedzi na pytania, skąd bierze się sceptycyzm wobec powszechnego programu szczepień, jak wyglądają osobiste doświadczenia rodziców w tym zakresie oraz jakie odczuwają w związku z tym emocje. W rozmowie poruszyliśmy również kwestię relacji z lekarzami i zaufania do medycyny jako całości oraz postrzegania i oceny pandemii COVID-19 i wszystkich działań, które były w tym obszarze publicznie podejmowane.

Najważniejszym wnioskiem z przeprowadzonych wywiadów jest jednoznaczna potrzeba otwartej rozmowy na temat szczepień z lekarzem. Większość respondentów zwracała uwagę na to, że lekarze rzadko angażują się w dialog dotyczący szczepień: „To się tak strasznie narzuca (...) nikt nikogo

nie pyta i nie informuje (...) tutaj podpisać, tutaj to, tutaj tamto (...) weźcie mi trochę opowiedzcie o tych szczepieniach!”. Brakuje nie tylko przestrzeni na rozwianie wątpliwości i zadanie nurtujących pytań, ale również wspólnego przeanalizowania wszystkich „za” i „przeciw” w każdym konkretnym przypadku: „Właściwie nie mogę pójść do lekarza i powiedzieć mu: tu mamy badania genetyczne, ona [córka] ma takie i takie schorzenia, mamy taką i taką historię, i teraz liczymy według wzoru, czy bezpieczniej jest ją zaszczepić, czy nie”. Rodzice podkreślali, że zostają sami z trudnym dla nich wyborem: „Jakby takie poczucie, że człowiek zostaje z tym sam, z tą decyzją; strasznie jest przytłaczająca taka odpowiedzialność”.

Dodatkowo osoby badane wyraziły przekonanie, że w większości przypadków są oceniane przez lekarzy pochopnie i niesprawiedliwie. Wątpliwości rodziców oraz brak automatycznej zgody na wszystkie szczepienia obowiązkowe ich dzieci spotykają się bowiem z szybką i jednoznaczną oceną lekarzy, że mają oto do czynienia z gorliwymi przeciwnikami szczepień. To, co okazało się dla nas najistotniejsze, to fakt, że część respondentów otwarcie przyznawała, że długa i kompleksowa rozmowa z lekarzem mogłaby wpłynąć pozytywnie na zmianę ich postawy wobec szczepień.

Pełny raport z opisywanych badań jakościowych dostępny jest pod linkiem: <https://osf.io/wk4cg/files/osfstorage/654aa2d1d45f5a058de2fa61>

Dialog jako technika wpływu społecznego

Podjęcie decyzji o szczepieniu jest dla niektórych ludzi procesem trudnym i skomplikowanym. Fakt, że osoby badane, które wzięły udział w naszych badaniach eksploracyjnych, wyrażają przekonanie, że wyczerpująca rozmowa o szczepieniach mogłaby wpłynąć na ich postawę, napawa optymizmem tym bardziej, że znajduje potwierdzenie teoretyczne. Dialog jest bowiem jedną ze skuteczniejszych i powszechnie stosowanych form wpływu społecznego.

Istnieje co najmniej kilka teorii w obszarze psychologii społecznej, które odwołują się do roli dialogu. Jednym z istotnych podejść jest technika „Uwikłanie w dialog”, sformułowana przez psychologa społecznego Dariusza Dolińskiego w 2001 roku. Zgodnie z wnioskami płynącymi z jego badań dowolna interakcja spełniająca kryteria dialogu wywołuje u ludzi skojarzenia z rozmową ze znajomym. To szczególne poczucie zaangażowania sprawia, że

jednostki stają się bardziej podatne na wpływ społeczny i skłonne do ulegania prośbom kierowanym do nich pod sam koniec tego rodzaju rozmowy.

Kilka lat później Eric Knowles z New York University badał problem perswazji w nieco szerszym ujęciu i zauważył, że strategie pomocne przy nakłanianiu drugiego człowieka do podjęcia pożądanego zachowania lub do jego zmiany można podzielić na dwie grupy. Do pierwszej z nich należą strategie Alpha, mające na celu zwiększenie tak zwanej siły dążenia poprzez konkretny sposób perswazji stosowanej przez nadawcę (m.in. dostarczenie racjonalnych argumentów stojących za działaniem, które jest przedmiotem negocjacji). Drugą grupę stanowią natomiast strategie Omega, mające na celu próbę usunięcia lub obniżenia oporu przed podjęciem docelowego zachowania. Jednym z podejść w ramach tej drugiej grupy strategii jest właśnie zaniechanie tradycyjnej perswazji i stworzenie warunków przypominających rozmowę (dialog).

W obliczu nasilających się ruchów antyszczepionkowych i wobec potrzeby rozmowy z lekarzami na temat szczepień, a także mając na uwadze efektywność dialogu jako kluczowego narzędzia wpływu społecznego, warto zastanowić się nad tym, jak sprawnie wspomóc lekarzy i pracowników sektora edukacji publicznej, aby byli oni w stanie zaspokoić oczekiwania pacjentów, a jednocześnie jak skutecznie przeciwdziałać aktualnym wyzwaniom społecznym, takim jak dezinformacja i kryzys wiary w naukę.

FLORA – dialogowy interfejs

W kontekście pandemii COVID-19, która przeniosła znaczną część naszego życia do przestrzeni wirtualnej, wykorzystanie internetu w interwencyjnych działaniach związanych ze szczepieniami jawi się nie tylko jako jedna z dostępnych możliwości, lecz przede wszystkim jako krok strategiczny, pozwalający sprawnie docierać do różnych grup społecznych i tworzyć pozytywną narrację wokół szczepień. Internet nie jest bowiem jedynie miejscem, gdzie spędzamy dużą część naszego życia, ale stał się on również platformą, na której kształtują się nasze opinie na różne społecznie istotne tematy.

Przeważająca część stron internetowych oraz dostępnych online materiałów dotyczących szczepień skupia się na dostarczeniu odbiorcy rzeczowych argumentów, kompleksowej wiedzy i racjonalnych przesłanek stojących za sensownością przyjęcia szczepienia. Takie podejście jest zgodne ze strategiami

Alpha. Może się jednak okazać, że ze względu na ograniczone zasoby poznawcze ludzie nie są w stanie przetworzyć tak wielu informacji naraz, szczególnie w tak trudnym i skomplikowanym obszarze jak medycyna. Zgodnie z tym, co piszą Byrka i Wójcik (2016), odbiorcy komunikatów perswazyjnych, zwłaszcza tych zawierających dużą liczbę informacji, nie są w stanie już po chwili skupić się na prezentowanej treści. Zaczynają przetwarzać komunikat w tzw. trybie peryferyjnym, który jest uruchamiany w sytuacji wyczerpania zasobów poznawczych. Dodatkowo użycie perswazji opartej wyłącznie na argumentach merytorycznych może być nieskuteczne i okazać się niecelne w przypadku obszaru, który wywołuje często skrajne emocje (takiego jak szczepienia).

Jeżeli więc dominujące w przestrzeni online strategie perswazji typu Alpha nie zawsze są w pełni skuteczne, to nasuwa się pytanie, czy perswazja typu Omega może stanowić dla nich alternatywę. Wprawdzie dialog w sieci występuje, lecz przede wszystkim pomiędzy nami, czyli użytkownikami korzystającymi z różnych platform, takich jak media społecznościowe, komunikatory czy fora. Prowadzone w ten sposób rozmowy są zazwyczaj spontaniczne i oparte na indywidualnych doświadczeniach oraz opiniach. Brakowało dotychczas podejścia, które wykorzystywałoby dialog online jako narzędzie interwencji z zakresu zdrowia publicznego. To właśnie z powodu tej luki narodził się pomysł na nasze badania, czyli na powołanie do życia dialogowego interfejsu.

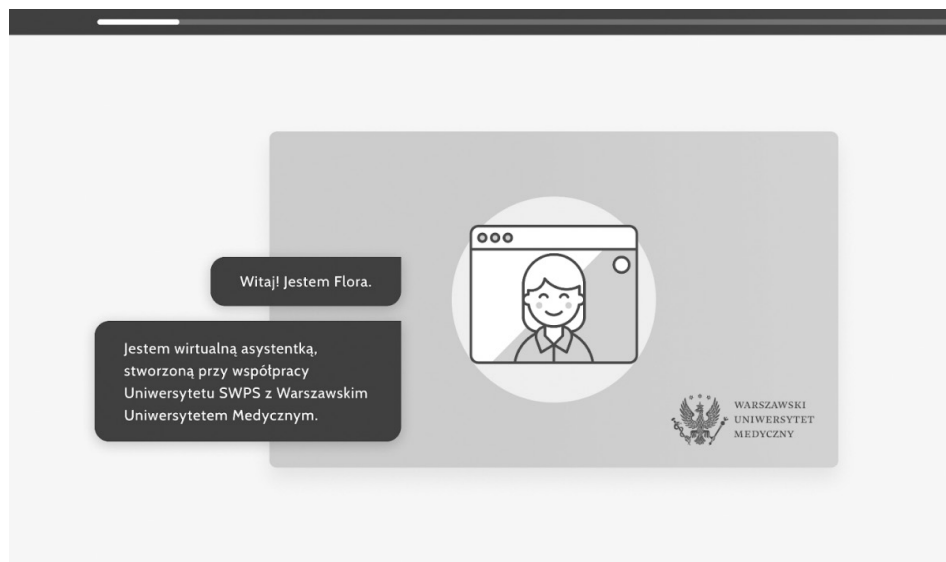
FLORA – bo tak nazwaliśmy stworzoną przez nas aplikację internetową – została zaprojektowana w taki sposób, by rozmawiać z użytkownikami na temat ich zdrowia i dostępnej profilaktyki. Tym samym pełni zarówno funkcję informacyjną, jak i doradczą. Głównym celem naszych badań było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy tego rodzaju wirtualny dialog (pomiędzy interfejsem i użytkownikiem) może wpływać na nastawienie badanych do szczepień i na rzeczywistą decyzję o zaszczepieniu się. Jednocześnie chcieliśmy sprawdzić, czy nasza aplikacja ma potencjał rozwoju i mogłaby przyczynić się do wsparcia sektora publicznego w przeciwdziałaniu dezinformacji i w odbudowaniu zaufania do szczepień.

Porozmawiajmy o grypie

Zagadnieniem, które wybraliśmy jako temat rozmowy pomiędzy FLORĄ a uczestnikami badania, była grypa. Choroba ta występuje we wszystkich

grupach wiekowych i jest istotnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego. Mimo to wciąż niewielki jest odsetek osób, które decydują się na szczepienie, chociaż jest ono powszechnie dostępne i charakteryzuje się wysokim profilem bezpieczeństwa (Majewska i Szydłowska, 2021). Szczepionka przeciw grypie stanowi nie tylko ważny element profilaktyki, będąc najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zachorowaniu na tę ostrą chorobę zakaźną, ale zapobiega również ciężkim następstwom, mogącym pojawić się po zachorowaniu (występującym zdecydowanie rzadziej po zwykłych przeziębieniach). Ryzyko powikłań pogrypowych może się wahać u poszczególnych osób w zależności od różnych czynników zdrowotnych. Postanowiliśmy zatem za pomocą FLORY odbyć z osobami badanymi rozmowę na temat stanu ich zdrowia i kondycji fizycznej, aby oszacować to ryzyko.

Szczegółowe pytania w ramach interakcji dotyczyły między innymi wieku osób badanych, oceny ich kondycji fizycznej, a także chorób przewlekłych i przyjmowanych leków. Po każdej rozmowie FLORA przedstawiała osobom badanym spersonalizowaną ocenę ryzyka powikłań, które mogą wystąpić po ewentualnym zachorowaniu na grypę. Warto podkreślić, że warstwa informacyjna aplikacji powstała w ścisłej konsultacji z Warszawskim Uniwersytetem



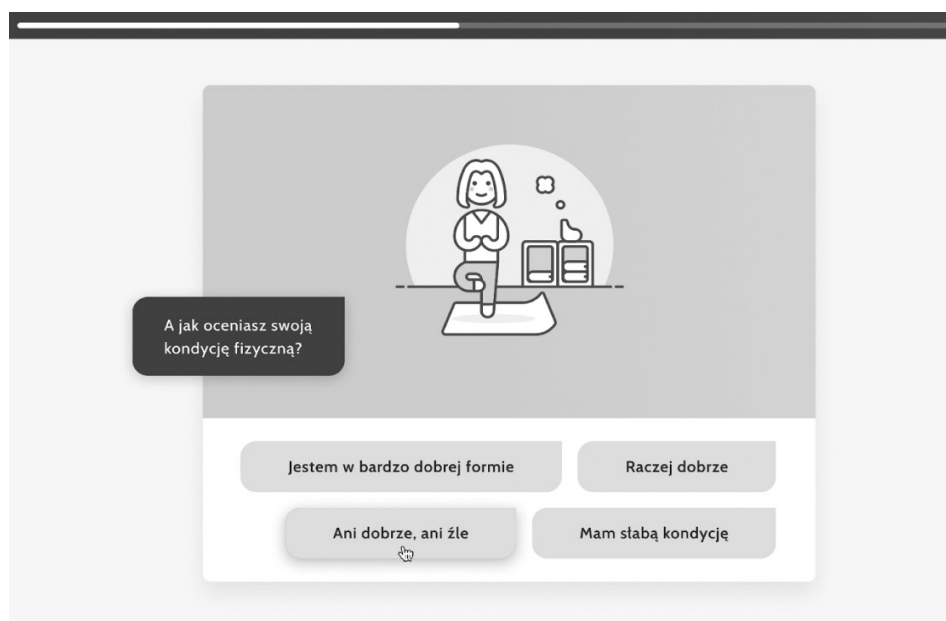
Rysunek 2.1
Ekran powitalny aplikacji

Medycznym, co powinno dodatkowo zwiększać wiarygodność narzędzia, gdyż – jak pokazują przeprowadzone przez nas wywiady – dla jednostek o niepewnym podejściu do szczepień kluczowe jest przedyskutowanie swoich obaw i zadanie nurtujących pytań właśnie lekarzowi, czyli autorytetowi w dziedzinie profilaktyki zdrowia.

Jak ożywić wirtualny dialog?

Podczas projektowania FLORY konieczne było precyzyjne określenie scenariusza rozmowy, ponieważ zaoferowanie użytkownikowi dowolności tematu i kierunku rozmowy wiązałoby się z ogromnym wysiłkiem implementacyjnym. Jednym słowem – dialog musiał przebiegać według ściśle zaplanowanego schematu: interfejs kierował rozmową, zadając konkretne pytania, a użytkownik odpowiadał, korzystając z przygotowanych, różnorodnych odpowiedzi.

Mimo powyższych ograniczeń technologicznych staraliśmy się zadbać o to, by FLORA nie tylko wypełniała swoje zadanie zgodnie z planem, ale



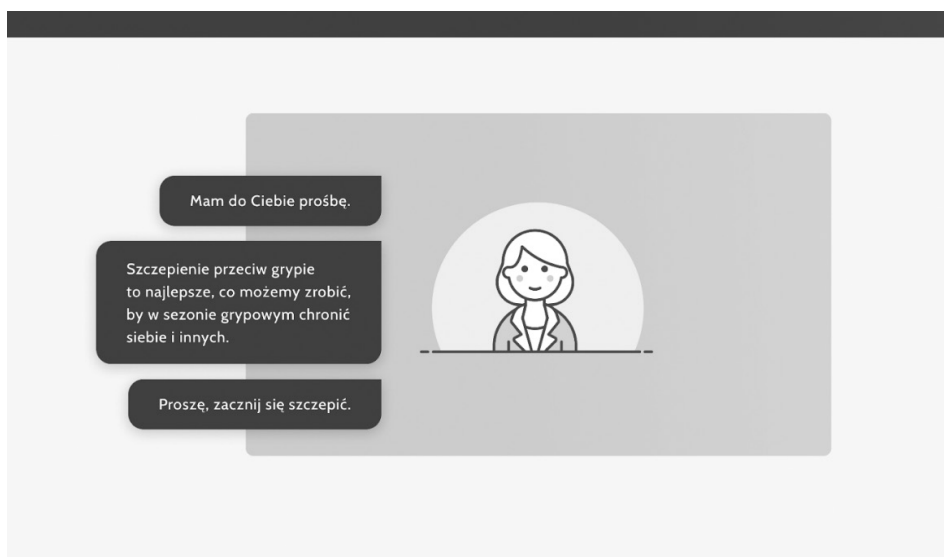
Rysunek 2.2

Pytanie o kondycję fizyczną. Po zaznaczeniu przez użytkownika jednej z odpowiedzi z dolnego wiersza FLORA odpowiadała: „No cóż, u mnie też z tym bywa różnie...”

także była przyjazna i naturalna w oferowanej interakcji. Naszym celem było stworzenie interfejsu, który nie ograniczałby się jedynie do roli „odpytywacza” czy źródła suchych informacji. Zamiast tego FLORA miała funkcjonować jak pełnoprawny uczestnik rozmowy, dzieląc się własną perspektywą i wprowadzając czasami odrobinę humoru, aby nadać interakcji bardziej „ludzki” i przystępny charakter.

Badając wpływ społeczny, nie sposób pominąć roli wymiany informacji niewerbalnych, spośród których, jak wskazuje Schilbach (2015), kluczową rolę odgrywa kontakt wzrokowy. Jak jednak przełożyć to na kontekst interakcji z interfejsem strony www? Wydaje się, że cechy takie jak estetyka interfejsu oraz przyjemna nawigacja mogą pełnić analogiczną funkcję w kontakcie z aplikacją internetową, wpływając na poziom zaufania i na zaangażowanie użytkownika w interakcję. Postanowiliśmy więc zadbać o atrakcyjność wizualną FLORY, wprowadzając przyjemne dla oka, graficzne elementy, ale także płynne animacje w obrębie narzędzia.

Zgodnie z techniką „Uwikłanie w dialog” prośby umieszczone na końcu dialogu charakteryzują się większym potencjałem spełnienia. Dlatego też na



Rysunek 2.3

*Ekran końcowy – zakończenie interakcji wyraźnie sformułowaną prośbą:
„Proszę, zacznij się szczepić”*

jednym z końcowych ekranów FLORA apelowała: „Proszę, zacznij się szczepić”. Komunikat ten wyświetlał się każdej osobie badanej, niezależnie od wyliczonej w trakcie badania indywidualnej oceny ryzyka wystąpienia powikłań po ewentualnym zachorowaniu na grypę. Nasza decyzja o dodaniu prośby wynikała z dążenia do maksymalizacji skuteczności przekazu dialogowego oraz uwzględnienia w aplikacji dwóch teorii, które stanowiły punkt wyjścia naszych rozważań.

Dialog online – badania eksperymentalne

Skuteczność perswazji aplikacji FLORA sprawdziliśmy w badaniach o charakterze eksperymentalnym. Naszym głównym celem badawczym było dowiedzenie się, jak doświadczenie tego specyficznego rodzaju interakcji online będzie wpływać na nastawienie osób badanych do szczepień i na ich deklarowaną chęć zaszczepienia się. Interfejs FLORY reprezentował, rzecz jasna, dialogowy wariant badania (zgodny ze strategiami Omega). Planowaliśmy przeciwstawić go warunkowi, który przypominałby monolog, a więc sytuację pozbawioną zaangażowanej, dwustronnej interakcji. Zdecydowaliśmy się na zaprojektowanie ulotki zawierającej dokładnie te same informacje, które przekazywała FLORA w trakcie rozmowy z uczestnikami badania. W ulotce podaliśmy szczegółowe informacje na temat grypy, profilaktyki i możliwych powikłań występujących po ewentualnym zachorowaniu (perswazja zgodna ze strategiami Alpha). Opiliśmy również wszystkie czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia powikłań. Ten wariant badawczy, w odróżnieniu od FLORY, nie oferował indywidualnej oceny takiego ryzyka, chociaż każdy uczestnik badania mógł, dzięki przedstawionym w ulotce informacjom, dokonać oceny samodzielnie.

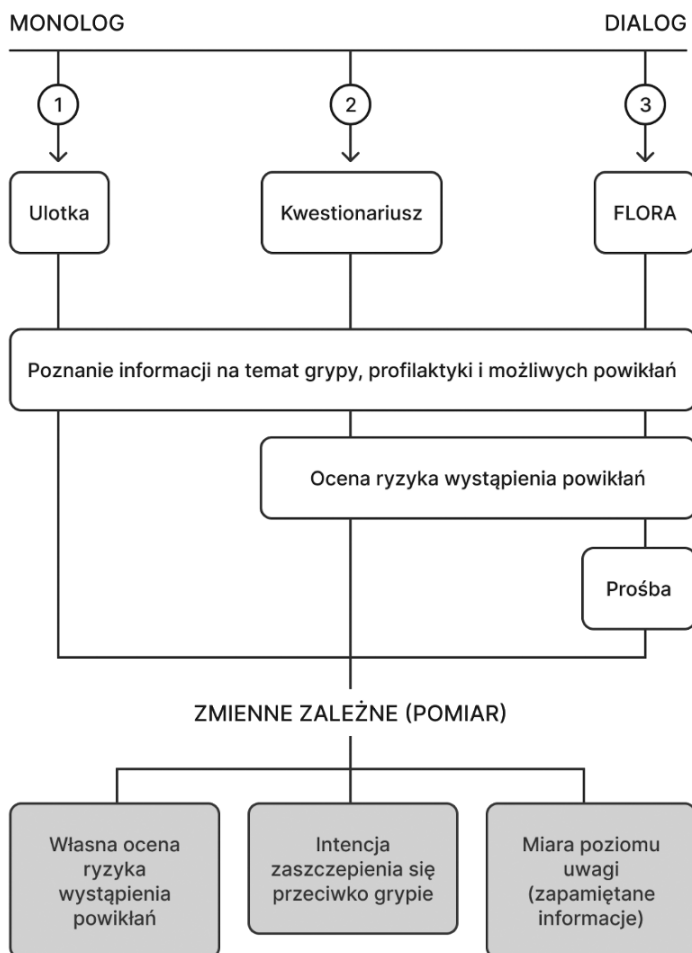
Stworzenie interaktywnego interfejsu, który wchodzi z użytkownikiem w dialog, reprezentuje dość niekonwencjonalne podejście do projektowania aplikacji internetowych. Przeciwnie rzecz ma się z warunkiem ulotki – zawierającej mnóstwo informacji do samodzielnego przeczytania – który dobrze ilustruje dominujący trend w dostarczaniu online treści o charakterze edukacyjnym. Do badania postanowiliśmy jednak wprowadzić jeszcze jeden warunek – kwestionariusz, stanowiący niejako wariant pośredni między dialogiem i monologiem. Był to standardowy, mało atrakcyjny formularz, zawierający te

same pytania co FLORA i generujący ocenę ryzyka wystąpienia powikłań. Naszym celem było ustalenie, który z aspektów interakcji – w kontekście otrzymania indywidualnej oceny ryzyka powikłań – przyczynia się w większym stopniu do tego, by wpływ społeczny wystąpił. Czy będzie to interaktywny dialog, czy też personalizacja?

Wszystkie warunki badawcze były jednakowe pod względem przekazywanej treści na temat grypy, profilaktyki i możliwych powikłań. Tym, co je różniło, był sposób przekazania informacji – od najbardziej statycznego, monologicznego (ulotka), do najbardziej interaktywnego, dialogowego (FLORA). Osoby badane były przydzielane do każdej z grup losowo. Po tym, jak zapoznały się one z ulotką lub wypełniły kwestionariusz, lub też porozmawiały z dialogowym interfejsem, następowała część, w której dokonywaliśmy pomiaru interesujących nas zmiennych zależnych. Zawierały się w niej:

1. Pytanie o własną ocenę ryzyka wystąpienia powikłań, ocenianą na skali od 0 do 100, gdzie 0 oznaczało absolutnie niemożliwe, a 100 – pewne: „Jak oceniasz prawdopodobieństwo wystąpienia u Ciebie powikłań po ewentualnym zachorowaniu na grype?”. W warunkach kwestionariuszowym oraz dialogowym ta ocena następowała po otrzymaniu diagnozy, którą obydwa warunki wyliczały na podstawie udzielonych odpowiedzi.
2. Pytanie o intencję zaszczepienia się, ocenianą na takiej samej skali, od 0 do 100: „Jak bardzo prawdopodobne jest, że zaszczepisz się w przyszłych sezonach przeciw grypie?”.
3. 5 pytań oceniających zapamiętaną wiedzę na temat grypy, możliwych powikłań oraz profilaktyki – informacji dostępnych w ramach każdego wariantu badania.

W badaniu wzięło udział łącznie 870 osób, co stanowi solidną podstawę do analizy wpływu różnych form interakcji online na postawy i decyzje związane ze szczepieniami. Należy podkreślić, że badanie obejmowało wyłącznie osoby, u których nie występowały przeciwwskazania do przyjęcia szczepienia przeciw grypie. Możemy zatem przypuszczać, że deklarowana chęć zaszczepienia się wynikała z ochoty i motywacji uczestników badania i nie była zakłócona żadnymi przeszkodami zdrowotnymi.

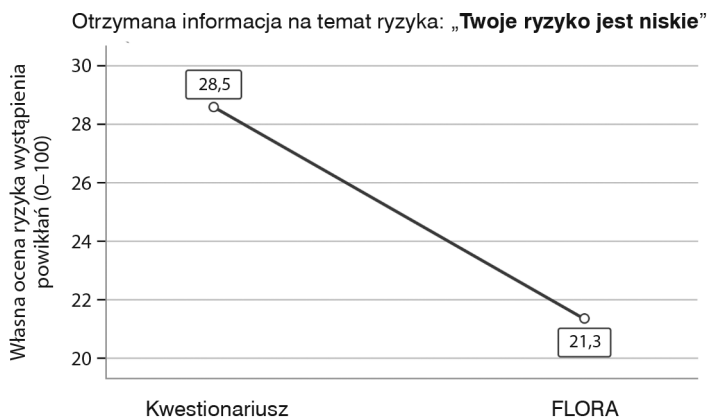


Rysunek 2.4
Schemat badania

Szacowane ryzyko wystąpienia powikłań

Analiza wyników badania pokazuje, że osoby badane mają tendencję do stosunkowo niskiej oceny ryzyka wystąpienia powikłań związanych z grypą, szacując je średnio na zaledwie nieco ponad 25 punktów w skali od 0 do 100. Istotne różnice zaczynają się jednak pojawiać w odniesieniu do rodzaju informacji na temat ryzyka, które uczestnicy badania otrzymywali w wariancie kwestionariuszowym oraz dialogowym. Szczególnie interesujące są one

w przypadku informacji o niskim ryzyku. Otrzymanie od FLORY diagnozy niskiego ryzyka wystąpienia powikłań przekłada się istotnie na niższą własną ocenę możliwości wystąpienia tych powikłań (średnia 21,3) niż w przypadku otrzymania identycznej diagnozy w wariancie kwestionariuszowym (średnia 28,5). A zatem – im bardziej interaktywny sposób przekazywania korzystnych informacji, tym większe zaufanie respondentów do usłyszanych treści.



Rysunek 2.5

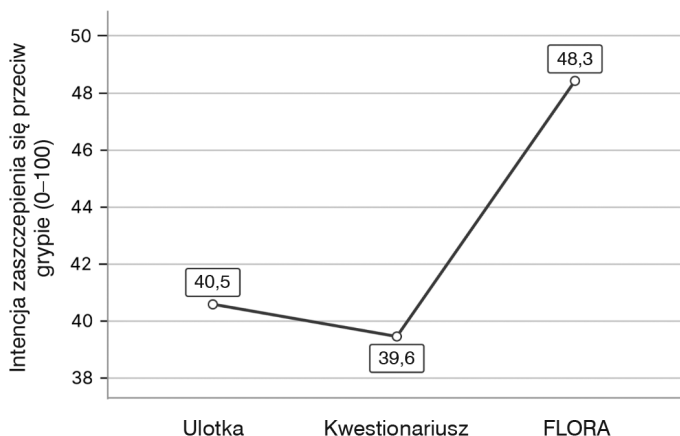
Niskie ryzyko wystąpienia powikłań – otrzymana diagnoza a ocena własna

Taka zależność nie występuje jednak w przypadku dostarczenia informacji o wysokim ryzyku. Mimo że w tej grupie ogólna średnia jest znacznie wyższa i wynosi prawie 38 punktów w skali od 0 do 100, nie zauważa się tu istotnych różnic między grupami. Zatem w przypadku informacji negatywnych większa lub mniejsza interaktywność nie ma wpływu na stopień akceptacji komunikatu. Jako jedno z możliwych wyjaśnień tego zjawiska można przyjąć, że informacje dotyczące wysokiego ryzyka mogą być przez uczestników badania odczytywane jako jasne i bezsporne i jednocześnie wywoływać w nich silniejsze emocje. Być może dlatego odbiorcy takich treści skupiają się bardziej na samych faktach niż na różnicach w formie przekazu.

Intencja zaszczepienia się

Najbardziej interesujący wniosek płynący z powyższych badań dotyczy kluczowego dla nas zagadnienia: intencji zaszczepienia się. W świetle zebranych

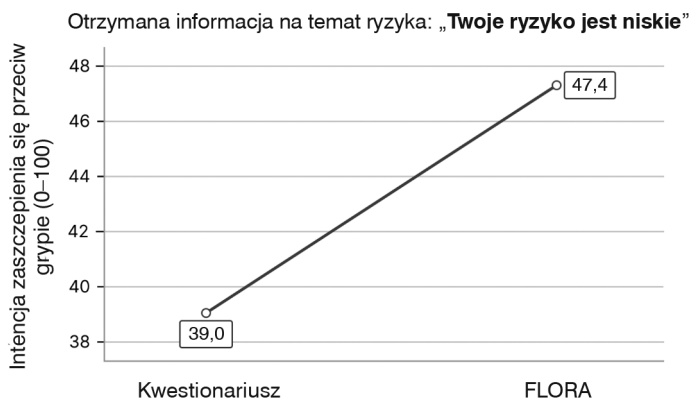
danych widać, że interakcja z aplikacją FLORA skutkuje największą gotowością do poddania się szczepieniu w porównaniu z warunkiem ulotki i z warunkiem kwestionariusza.



Rysunek 2.6

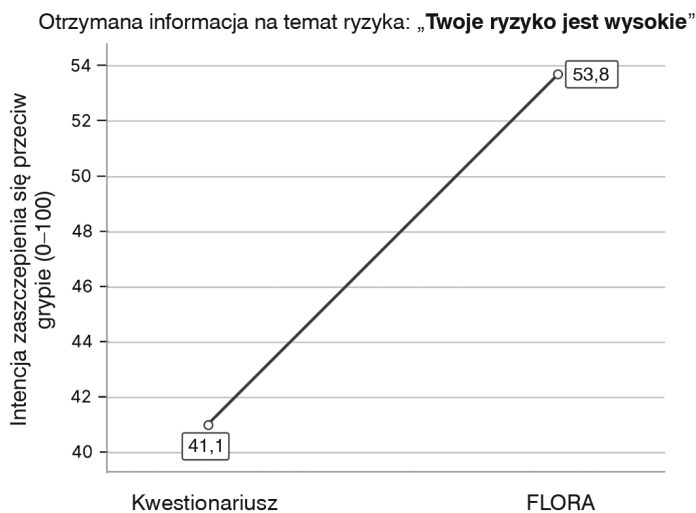
Intencja zaszczepienia się – porównanie między grupami

Ponadto intencja zaszczepienia się w grupie mającej do czynienia z dialogiem jest większa, i to niezależnie od przekazanej w badaniu diagnozy ryzyka wystąpienia powikłań. Co ważne, w przypadku osób uznanych za bardziej narażone na wystąpienie powikłań ta gotowość jest jeszcze większa. Szczególnie zaskakujące jest porównanie tego wyniku z wynikiem dotyczącym zaufania do otrzymanej diagnozy. Interakcja dialogowa obniża bowiem własną ocenę wystąpienia powikłań (w przypadku otrzymania diagnozy niskiego ryzyka), lecz jednocześnie prowadzi do zwiększenia chęci zaszczepienia się. Ten nietypowy wynik może być rezultatem wyjątkowego mechanizmu działania prośby, sformułowanej wyłącznie w wariancie dialogowym. Prośba ta, stanowiąc element zakończenia interakcji, wprowadza subtelny, acz efektywny aspekt zobowiązania, ugruntowanego w trakcie zaangażowanej rozmowy. Prośba działa więc niczym swoista umowa zawarta z „rozmówcą”, która może wpływać na proces podejmowania decyzji o zaszczepieniu się. Choć uczestnicy doświadczają obniżonej percepcji ryzyka, wpływ dialogu może sprawić, że są bardziej skłonni do dostosowania swoich intencji do przedstawionej prośby.



Rysunek 2.7

Diagnoza niskiego ryzyka a intencja zaszczepienia się

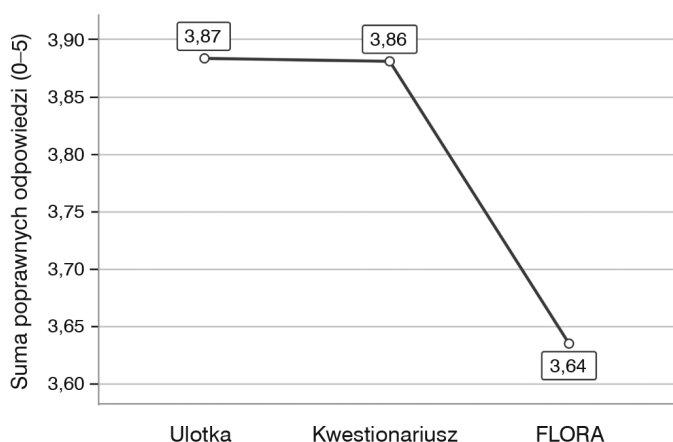


Rysunek 2.8

Diagnoza wysokiego ryzyka a intencja zaszczepienia się

Przeanalizowaliśmy również to, w jakim stopniu uczestnicy skutecznie zapamiętują informacje przekazane w różnych formach. Wydawało się, że przekazywanie dużej ilości trudnych informacji w formie nieinteraktywnej (ulotka, kwestionariusz) może wprowadzać znaczne obciążenie poznawcze i potencjalnie mieć negatywny wpływ na proces zapamiętywania. Wyniki uzyskane w naszym badaniu nie potwierdziły jednak tych przewidywań. Okazało

się, że grupa, która wchodziła w interakcję z FLORĄ, najmniej skutecznie zapamiętywała przekazane informacje na temat grypy, jej powikłań oraz możliwej profilaktyki. Chociaż różnice w stopniu zapamiętywania między grupami nie są duże, są istotne statystycznie. To dość zaskakujące odkrycie, zwłaszcza w świetle obserwowanego wcześniej wzrostu chęci do zaszczepienia się w wariancie dialogowym. Czy to oznacza, że osoby badane (być może nieświadomie) odczuwały większe zaufanie do FLORY, nawet jeśli ich uwaga nie była skupiona w pełni na przekazywanych informacjach? To intrygujące zagadnienie, które zachęca do dalszych badań i eksploracji skuteczności interakcji dialogowych w środowisku cyfrowym.



Rysunek 2.9

Miara poziomu uwagi – porównanie między grupami

Przyszłość edukacji zdrowotnej online

Zaprezentowane badania rzucają nowe światło na skomplikowaną kwestię nastawienia do szczepień, proponując innowacyjne podejście do walki z nasilającą się dezinformacją i z osobistymi wątpliwościami przejawianymi w tym zakresie szczególnie przez osoby ambiwalentnie nastawione do szczepień. Wychodząc od spostrzeżenia, że obecne strategie edukacji online mogą okazać się niewystarczające, postanowiliśmy zasymulować dialog między interfejsem a użytkownikiem i zweryfikować potencjalną skuteczność takiego rozwiązania.

Najważniejszym rezultatem naszych badań jest potwierdzenie skuteczności dialogu w kształtowaniu postaw i decyzji związanych ze szczepieniami. FLORA, jako interfejs oparty na dwustronnej interakcji, wykazała zdolność do zwiększania gotowości do zaszczepienia się, niezależnie od przekazywanej diagnozy ryzyka. To odkrycie jest szczególnie istotne w obliczu aktualnych wyzwań związanych z niskimi wskaźnikami szczepień (zwłaszcza przeciw grypie), wzrostem ruchów antyszczepionkowych i malejącym zaufaniem do nauki. W epoce cyfrowej rewolucji wykorzystanie interaktywnego dialogu online może okazać się kluczowe nie tylko w kontekście promocji szczepień, lecz również jako wsparcie dla innych obszarów społecznych, wymagających skoordynowanych działań edukacyjnych.

Rekomendacje wdrożeniowe

Choć FLORA może stanowić znaczący krok w kierunku wdrażania dialogowych interfejsów ukierunkowanych społecznie, to warto podkreślić, że jej obecny kształt niesie za sobą pewne ograniczenia, przede wszystkim dotyczące elastyczności narzędzia. Towarzyszące nam ograniczenia technologiczne wymusiły stworzenie w pełni ustrukturyzowanego i z góry zdefiniowanego scenariusza rozmowy. Aby lepiej wykorzystać potencjał dialogu online, przyszłe inicjatywy powinny koncentrować się na rozwoju narzędzi w sposób, który umożliwiłby bardziej elastyczne dostosowanie się do indywidualnych potrzeb użytkowników.

To, co może przyjść z pomocą, to implementacja rozwiązań uzupełnionych o integrację ze sztuczną inteligencją. Taka innowacja oznaczałaby, że dialog prowadzony przez interfejs mógłby dostosowywać się do emocji, tonu wypowiedzi i specyficznych pytań użytkowników w czasie rzeczywistym, co z pewnością uczyniłoby komunikację bardziej naturalną i skuteczną. Do znacznego podniesienia efektywności edukacji i skuteczności działań interwencyjnych w obszarze szeroko pojętego zdrowia publicznego mogłyby się dodatkowo przyczynić większa personalizacja przekazu i dostosowanie go do historii medycznej poszczególnych pacjentów.

Wnioski z naszych badań niosą istotne implikacje dla środowiska medycznego. Wprowadzenie innowacyjnych rozwiązań dialogu online może przyczynić się do bardziej efektywnego przekazywania rzetelnych informacji,

budując tym samym zaufanie społeczeństwa do naukowych faktów dotyczących zdrowia. W dłuższej perspektywie integracja dialogu online ze sztuczną inteligencją może się stać obiecującym narzędziem w walce z dezinformacją. To rozwiązanie mogłoby również stanowić wsparcie dla lekarzy i profesjonalistów w obszarze zdrowia w prowadzeniu skutecznej komunikacji z pacjentami oraz w kształtowaniu pozytywnych postaw, zwłaszcza w kontekście szczepień.

ROZDZIAŁ 3

Krótki kurs krytycznego myślenia jako metoda osłabiania postawy sceptycyzmu wobec szczepień ochronnych

Michał Parzuchowski

Uniwersytet SWPS, Wydział Psychologii w Sopocie

Olga Białobrzeska

Uniwersytet SWPS, Wydział Psychologii w Warszawie

Podziękowania: Dziękujemy Pani Wiceprezydent Miasta Gdańska Monice Chabior, Dyrektorowi Wydziału Edukacji Miasta Gdańska Grzegorzowi Krygerowi oraz Dyrektorom szkół, które przystąpiły do programu naszej interwencji: Małgorzacie Mroczkowskiej, Annie Meller, Dorocie Suchacz, Adamowi Mańkowskiemu, Wojciechowi Władzińskiemu, Marzenie Majerowskiej oraz Marcie Duszczy. Dziękujemy również uczennicom i uczniom biorącym udział w naszej interwencji oraz lokalnym koordynatorom: Katarzynie Kuźmie-Giorewie, Agnieszce Jaśkiewicz, Annie Juścińskiej, Emilii Kaczmarek, Sławomirze Taratuta, Marzenie Majerowskiej i Małgorzacie Fijas. Dziękujemy też Marii Parzuchowskiej i Tomaszowi Grzybowi za uwagi do pierwszej wersji rozdziału.

Motywacja vs. wiedza jako źródło postaw antyszczepionkowych

Większość Czytelników zapewne zgodzi się z tezą, że ludzie wokół nas najczęściej pragną „mieć rację”. Żaden poważny człowiek nie chce być uznany za niemądrego. Nie wypada nam więc zbyt często publicznie mylić się w ważnych sprawach. W wieloznacznym i skomplikowanym świecie preferujemy poczucie pewności i kontroli nad napływającymi do nas komunikatami.

Chcemy też ograniczać subiektywne ryzyko niezrozumienia otaczającego nas świata. Nie lubimy przesadnego skomplikowania informacji wokół nas, szczególnie w ważnych kwestiach, dlatego też wolimy być pewni naszych postaw i umieć je wystarczająco szybko i łatwo dopasować do tego, co już wiemy.

Niestety, każdy z nas jest kompetentny tylko w pewnym, zazwyczaj dość wąskim, zakresie wiedzy (Dunning i wsp., 2003). Często jednak mylimy się w rozpoznawaniu rozmiaru własnej niekompetencji. Gdy dysponujemy niekompletną lub fałszywą wiedzą, to jednocześnie ten sam zakres kompetencji wymagany jest do rozpoznania, że posiadane przez nas informacje są fałszywe lub niekompletne (Kruger i Dunning, 1999). W rezultacie bardzo często dochodzi do przeceniania zakresu własnej wiedzy (*overconfidence*). Ludzie posiadający nikłą wiedzę z danego obszaru mają zazwyczaj niskie umiejętności metapoznania, a zatem również rozpoznania granic własnej niekompetencji. W konsekwencji osoby niekompetentne nie tylko nie potrafią przyznać, że się mylą, ale też nie widzą przewagi osoby, która daną specjalistyczną wiedzę posiada. Ponieważ nie mają narzędzi do porównania jakości dowodów przedstawianych przez ekspertów, nie widzą też zysku z posiadania specjalistycznej wiedzy.

Dla przykładu: zakres wiedzy członków ruchu antyszczepionkowego dotyczący np. szczegółowych danych medycznych i epidemiologicznych na temat konsekwencji szczepień ochronnych i powiązania tychże z występowaniem autyzmu jest znacznie przeszacowany – w badaniach Motty, Callaghana i Sylvestera (2018) ponad jedna trzecia antyszczepionkowców uważała, że wiedzą na ten temat więcej niż naukowcy i lekarze. Podobnie dzieje się w przypadku innych zagadnień budzących silny sprzeciw – skrajni oponenti GMO wiedzieli na ten temat obiektywnie najmniej (Fernbach i wsp., 2019). Wyniki badań zespołu Katarzyny Stasiuk sugerują, że silne postawy antyszczepionkowe nie są jedynie wypadkową braku wiedzy, ale wiążą się raczej z silnym lękiem i obawami o bezpieczeństwo stosowania szczepionek (np. z osobistym lub zaobserwowanym u innych doświadczeniem niepożądanych odczynów poszczepiennych; Stasiuk i wsp., 2021).

Powyższe mechanizmy epistemologiczne ujawniają się szczególnie mocno w przypadku, gdy analizujemy postawy dotyczące szczepień ochronnych, ponieważ odnoszą się do spraw skomplikowanych, mocno ugruntowanych i budzących silne emocje (w tym lęk o zdrowie własne i najbliższych; Brewer i wsp., 2017).

Co wynika z faktu, że nasze postawy mogą być mylne?

W dyskusji, która toczy się między kulturalnymi ludźmi, zanim będziemy zmuszeni zmienić zdanie na dowolny temat (np. „najnowsza książka Mikołaja Łozińskiego zasługuje na nominację do nagrody Nike”), domagamy się od naszego rozmówcy podania kilku dobrych argumentów. Wiedzę leżącą u podłoża naszych postaw możemy budować za pomocą dwóch procesów: analitycznie lub heurystycznie. Teorie dwuprocesualne (np. Epstein, 1994; Sloman, 1996) zakładają, że wnioskowanie o prawdziwości dowolnej tezy przebiega z użyciem dwóch odmiennych trybów przetwarzania informacji. Pierwszy z trybów jest procesem analitycznym i wymagającym skupienia – świadomy i kontrolowany, opiera się na wnioskowaniu z zebranych informacji i na zdolnościach jednostki do wyciągania logicznych wniosków. Drugi charakteryzuje się szybkością, heurystyczną, bezwysiłkową i konfirmacyjną analizą informacji, prowadzącą do wygenerowania przekonań zgodnych z uprzednimi założeniami.

Niestety tryb analityczny wcale nie jest wolny od błędów – dogłębnej analizy dowodów możemy używać z powodzeniem do tego, aby podważać rzetelność napływających informacji i uzasadniać konieczność utrzymania swoich uprzednich postaw. Jeśli tylko nasza motywacja epistemologiczna do utrzymania poglądu jest wystarczająco silna, to albo unikamy informacji, albo uznajemy je za niewiele wnoszące (Kruglanski i wsp., 2020). Parafrazując słynne powiedzenie Karla Poppera, żadna liczba racjonalnych dowodów nie doprowadzi do racjonalnego wniosku kogoś, kto nie chce przyjąć racjonalnej postawy. Badania Paula Klaczynskiego (Klaczynski i wsp., 1997; Klaczynski i Narasimham, 1998) dowodzą, że już od najmłodszych lat motywowani jesteśmy do tego, aby napływające informacje częściej asymilować, to znaczy dopasowywać do posiadanych wcześniej założeń i postaw. Zgodnie z teorią motywowanego myślenia Klaczynskiego proces analityczny uruchamiamy właśnie wtedy, gdy napływające informacje nie pasują do posiadanej postawy i chcemy nowe informacje krytycznie podważyć i zabezpieczyć się przed koniecznością zmiany postawy.

W swoim modelu teoretycznym Arie Kruglanski, Katarzyna Jaśko i Karl Friston (2020) sugerują, że każdy rodzaj analizy nowych informacji jest dodatkowo „wzbogacany” o motywację postrzegającego. Każdy spór o temperaturę we współdzielonym pomieszczeniu kończy się ostatecznie wnioskiem, że

nie jest to obiektywny wskaźnik. Nie ustalimy wspólnie, co to znaczy „dobra temperatura” pomieszczenia. Podobnie głośność muzyki czy tempo poruszania się kierowców wokół nas nie są obiektywnie złe lub dobre, lecz podlegają jedynie naszej subiektywnej ocenie. Ludzie nie widzą rzeczywistości (taką, jaka ona jest), lecz dążą jedynie do ustalenia „subiektywnej prawdy”. Zgodnie z modelem Kruglanskiego i współpracowników (2020) ludzie aktualizują swoje poglądy za pomocą wnioskowania statystycznego Bayesa (*active inference*) – częściej zmieniają swoje postawy, gdy: 1) napływające nowe informacje postrzegane są jako szczególnie rzetelne (precyzyjne, silne i wiążące) oraz 2) mają subiektywnie niską pewność swojej uprzedniej postawy (*prior belief*). Czy członkowie ruchów antyszczepionkowych skłonni są aktualizować swoje postawy, opierając się na nowych, przekonujących informacjach? Logicznym wnioskiem płynącym z powyższego modelu jest wniosek, że to zależy od siły (skrajności) początkowej postawy.

W świecie idealnym podstawą naszych silnych, subiektywnych przekonań i postaw winna być wiarygodna i dobrze udokumentowana wiedza o naturze zjawisk, których dana postawa dotyczy. Przykładowo, od skrajnie lewicowych lub skrajnie prawicowych polityków żądamy na ogół merytorycznego uzasadnienia ich poglądów i jeśli odkrywamy, że źródłem takich radykalnych postaw nie jest ich rzetelna wiedza czy wewnętrzny kompas wyznawanych wartości, ale cyniczny egoizm bądź motywacja polityczna, budzi to nasze głębokie rozczarowanie. Jednocześnie każdy z nas zachowuje się niekiedy dokładnie tak jak cyniczny polityk. Motywowani chęcią utrzymania swoich postaw, nie jesteśmy ani trochę otwarci na napływające informacje, jeśli wiemy, że mogłyby one pozostawać z nimi w sprzeczności. Jest to przykład tzw. efektu potwierdzania (*confirmation bias*), czyli chęci poszukiwania, selekcjonowania lub interpretacji informacji w taki sposób, by tylko i wyłącznie potwierdzały one nasze zdanie. W istocie mało kto z nas będzie z własnej woli oglądał serwis informacyjny przeciwnego obozu politycznego (np. wyborcy PiS raczej unikają oglądania Faktów w TVN). Co ciekawe, takie działanie nie jest wcale skuteczną strategią redukcji uprzedzeń politycznych. Skutki takiej ekspozycji na argumenty drugiej strony były sprawdzane empirycznie i okazało się, że argumenty przeciwników raczej utwierdzają nas w naszych wyjściowych przekonaniach. W eksperymencie naturalnym przeprowadzonym za pomocą Twittera na ponad 1600 użytkowników, u konserwatystów

śledzących liberalnego bota publikującego losowe wypowiedzi ich przeciwników politycznych (polityków demokratycznych) odnotowano istotny wzrost siły uprzednich poglądów – po miesiącu oddziaływania deklarowali bardziej konserwatywne poglądy (Bail i wsp., 2018). Demokraci śledzący konserwatywnego bota również stawali się nieco bardziej liberalni, choć efekt ten nie był statystycznie istotny.

Wniosek z powyższych informacji jest następujący: członkowie grup antyszczepionkowych, którzy w sposób radykalny odrzucają ideę bezpiecznej i skutecznej ochrony za pomocą szczepionek, najprawdopodobniej nie zostaną skutecznie przekonani w wyniku oddziaływań perswazyjnych. Statystyki skuteczności i bezpieczeństwa szczepień nie są interpretowane jednoznacznie pozytywnie przez osoby posiadające wyjściową postawę sceptyczną (*vaccine-ambiguous*) lub antyszczepionkową (*vacince deniers*). Publiczna debata nad tym zagadnieniem jest dla osób o przekonaniach szczególnie skrajnych prawdopodobnie zbyt zagrażająca (Kofta i Szustrowa, 2009). Analogicznie osoby odrzucające ideę antropocenu i niedostrzegające skutków globalnego ocieplenia są pomijane w działaniach klimatycznych aktywistów (Aron, 2019). W przypadku członków grup radykalnie antyszczepionkowych zmiana tak skrajnej i grupowo podzielanej postawy tożsamościowej powinna następować w wyniku własnej pracy umysłowej, w zaciszu własnego sumienia, aby nie narażać tych osób na publiczną utratę twarzy (Cameron i Nickerson, 2009; Maciuszek i wsp., 2021). Prawdopodobnie najskuteczniejszym sposobem zmiany tak głęboko podzielanych opinii jest niezagrażająca, kulturalna rozmowa i spotkanie z bliskimi osobami o podobnym statusie, lecz mającymi odmienne postawy (Brewer i Kramer, 1985). Podczas gdy antyszczepionkowcy będą debatować z mniej skrajnymi członkami swoich rodzin, nasze wysiłki skoncentrujemy na osobach o mniej radykalnych postawach – zaledwie sceptycznych wobec szczepień.

Czy ludzie nie wiedzą, że szczepienia są skuteczne?

Jednym z największych osiągnięć współczesnej medycyny jest profilaktyka chorób wirusowych oraz łagodzenie ich skutków poprzez stosowanie szczepień ochronnych. Choroby zakaźne takie jak cholera, tyfus, ospa, syfilis czy

trać pochłonęły miliony istnień ludzkich. Zanim opisano etiologię każdej z tych chorób, a także sposoby zapobiegania im, ograniczania rozprzestrzeniania się wirusa (poprzez izolowanie chorych i poddawanie kwarantannie), później zaś zaszczepiania populacji, zarówno kapłani, uczeni czy lekarze, jak i niewykształceni obywatele umierali po równo, będąc przekonanymi, że ich choroba jest skutkiem np. złego powietrza, spisku trzymających władzę, krzyżowania się planet i Słońca czy gniewu Bożego (Krajewska, 2021). Niestety współczesny rozwój wiedzy z zakresu epidemiologii, wirusologii czy genetyki nie jest przedmiotem sporu na gruncie faktów i wiedzy, lecz na gruncie interpretacji faktów i postaw. Taka dyskusja bardzo szybko schodzi na poziom osobisty i częściej dotyczy porównywania dowodów anegdotycznych.

Starsi z czytelników (urodzeni przed 1980 rokiem) być może jeszcze pamiętają z lat szkolnych kolegów i koleżanki częściowo sparaliżowanych po przebyciu choroby Heinego-Medina wywołanej wirusem polio. Dzięki szczepieniom ochronnym w Polsce od 40 lat nie odnotowano ani jednego przypadku zachorowania i to zagrożenie udało się wyeliminować w całości. Właśnie dzięki skuteczności szczepień publiczna świadomość zagrożenia płynącego z kontaktu z wirusami takimi jak ospa czy różyczka jest dzisiaj dla większości z nas czymś odległym i abstrakcyjnym, co niestety tylko napędza argumenty ruchów antyszczepionkowych (Mnookin, 2020; Thompson i Tebbens, 2006).

Medialny wyścig zbrojeń, jakiego doświadczyliśmy w okresie pandemii COVID-19, gdy śledziliśmy codzienne postępy w wyplaszczaniu krzywej zachorowań i postępy w tworzeniu szczepionki przeciwko wirusowi SARS-CoV-2, doprowadził jedynie do eskalacji postaw odrzucających zaufanie do naukowców. Liczba osób o poglądach otwarcie antyszczepionkowych po pandemii COVID-19 nie zmalała, lecz wzrosła (w grudniu 2023 roku organizacja STOP NOP liczy na Facebooku już ponad 160 tysięcy członków). W większości stanów w USA można odmówić zaszczepienia dziecka ze względów religijnych czy z powodu przekonań filozoficznych. Liczba uchyleń od szczepień obowiązkowych (np. przeciwko ospie i odrze) zwiększyła się w Polsce z 40 tysięcy w 2018 roku do prawie 73 tysięcy w 2022 roku (Kaur i wsp., 2023). W grudniu 2023 w Rumunii wybuchła epidemia dawno zapomnianej odry (odnotowano ponad 2000 zachorowań wśród niezaszczepionych dzieci).

Czy uświadomienie błędu w myśleniu może doprowadzić do zmiany postawy?

Cała niniejsza książka dokumentuje to, jak skomplikowanym wyzwaniem psychologicznym jest próba ograniczania postaw antyszczepionkowych. Nie jest to na ogół wyłącznie problem braku wiedzy, którego uzupełnienie zwiększyłoby przychylność wobec szczepień wśród osób sceptycznych lub otwarcie przeciwnych szczepieniom. Nawet najbardziej przekonująca, kompetentna i przystępna wypowiedź lubianego lekarza, influencera lub psychologa nie jest wystarczająca do zmiany opinii. Co ważne, ludzie lepiej wykształceni i rozumiejący logikę metody naukowej wcale nie mają mniej skrajnych poglądów w wielu kwestiach – wiedza naukowa może im jedynie ułatwiać obronę uprzednich postaw motywowanych względami pozanaukowymi (Drummond i Fischhoff, 2017). Dobre rozumienie danej tematyki nie jest predyktorem siły postawy (co jednoznacznie wskazuje, że skrajne postawy mają również osoby nieposiadające na dany temat żadnej wiedzy; Cook i wsp., 2017; Ecker i wsp., 2022). Częściej niż dogłębne rozumienie procesu znaczenie ma dla nas autorytet epistemiczny („znam pewnego eksperta w tym zakresie”, „mój hydraulik/stolarz będzie wiedział, co z tym zrobić”) lub już sam dostęp do wyszukiwarki internetowej. Co ciekawe, ludziom zdarza się mylić własną wiedzę z wiedzą dostępną w sieci. W ośmiu badaniach Andrew Ward (2021) wykazał, że osoby, które korzystają z Google’a w celu uzyskania odpowiedzi na pytania z zakresu wiedzy ogólnej, są pewniejsze nie tylko swoich umiejętności zdobywania informacji z zewnątrz, ale także swoich umiejętności myślenia i zapamiętywania w ogóle (nawet gdy dostęp do internetu w kolejnej próbie nie będzie już możliwy). Jak się okazuje, ludzie, którzy często używają Google’a do poszukiwania informacji, nie potrafią dokładnie odróżnić wiedzy przechowywanej w ich własnej pamięci od wiedzy dostępnej w internecie.

Podsumowując, wysiłki nakierowane na próbę zaprojektowania interwencji poprzez dostarczenie informacji (uzupełnienie luk w wiedzy) nie zmieniają postaw osób o wyjściowo silnych przekonaniach antyszczepionkowych (*vaccine deniers*). Z perspektywy współczesnej psychologii ograniczenie skrajnej postawy nie odbywa się poprzez uzupełnianie brakujących faktów. Żadne nowe informacje nie zmieniają tak silnej postawy opartej (w mniemaniu

tychże osób) na wiedzy rzetelnej, wiarygodnej, a często również subiektywnie wyjątkowej – ukrywanej przed innymi. W projektowanej interwencji chcemy jednak przyjrzeć się zmienności postaw u osób, którym dostarczymy informacji o popularnych błędach w myśleniu. Czy będzie to skuteczna metoda zmiany postawy u osób, które są jedynie niepewne swojej wiedzy i sceptyczne wobec szczepień (*vaccine hesitant*)? Poszukiwanie właśnie w tej grupie skutecznych interwencji psychologicznych ograniczających rozprzestrzenianie się postaw antyszczepionkowych jest według nas niezwykle ważnym celem badawczym.

Interwencja „Tylko pomyśl!”

W omawianej w tym rozdziale interwencji szukaliśmy odpowiedzi na pytanie, czy uświadomienie badanym, że ich postawa może mieć źródło w błędach poznawczych (być rezultatem subiektywnej motywacji do utrzymania poglądu), osłabi pewność takiej postawy. Czy metapoznawczy trening krytycznego myślenia (Meltzoff i Cooper, 2018) pomoże ograniczyć pewność postaw sceptycznych wobec szczepień? Aby to sprawdzić, przygotowaliśmy siedem lekcji krytycznego myślenia oraz scenariusze dla nauczyciela(-ki) do każdej lekcji. Podczas kursu „Tylko pomyśl!” uczniowie i uczennice mieli za zadanie przećwiczyć następujące umiejętności:

1. podejmowanie decyzji na podstawie danych, a nie poglądów,
2. powstrzymanie się przed nieuprawnionymi konkluzjami,
3. racjonalne szacowanie ryzyka,
4. obiektywne podejście do wyszukiwania, analizowania i oceniania informacji,
5. analizowanie wiarygodności źródła informacji,
6. rozpoznawanie powszechnie popełnianych błędów poznawczych,
7. czytanie ze zrozumieniem,
8. oddzielanie emocji i intuicji od faktów i dowodów.

Przy okazji chcieliśmy też sprawdzić, czy ma znaczenie kontekst, w którym trenowane są powyższe umiejętności krytycznego myślenia. W tym celu połowa badanych uczniów otrzymała przykłady dotyczące skutków szczepień,

a połowa badanych rozwiązywała przykłady związane z ryzykiem innych zdarzeń, np. działań niepożądanych popularnych leków lub wypadków komunikacyjnych.

Treść niniejszego programu edukacyjnego została skonsultowana z Dyrektorem Wydziału Edukacji Miasta Gdańska i następnie zaprezentowana dyrektorom szkół ponadpodstawowych w Gdańsku (czerwiec 2023). Do udziału w programie edukacyjnym „Tylko pomysły” zgłosili się dyrektorzy 12 takich placówek. Ostatecznie interwencję przeprowadzono (październik–grudzień 2023) w 7 szkołach (5 liceach publicznych, jednym liceum prywatnym i jednym technikum). Otrzymaliśmy zgody na wykonanie badania od 592 rodziców uczniów i uczennic z 7 szkół. Lekcje (w dowolnej kolejności) prowadzili nauczyciele podczas godzin wychowawczych. Lekcje niewykorzystane podczas zajęć w klasie można było zadać jako pracę domową. Program był realizowany w ciągu 4 kolejnych lekcji (miesiąc). Zmierzyliśmy postawy proszczepionkowe oraz deklarowane umiejętności krytycznego myślenia przed interwencją (t1), tuż po interwencji (t2) oraz w miesiąc po zakończeniu interwencji (t3). W ramach zaplanowanej interwencji materiały dla nauczycieli i uczniów zostały wydrukowane i rozdzielone pomiędzy nauczycieli prowadzących zajęcia wychowawcze w zgłoszonych szkołach. Aktualnie trwają prace nad analizą postaw pro- i antyszczepionkowych w badaniu podłużnym – wśród osób, które wzięły udział w trzech falach pomiaru: przed rozpoczęciem zajęć edukacyjnych (N = 512), tuż po zakończeniu interwencji (N = 124) oraz w miesiąc po zakończeniu interwencji (N = 107). Wyniki naszych analiz zostały udostępnione w repozytorium pod adresem <https://osf.io/rjwav/> po zakończeniu semestru (luty–marzec 2024).

Treść programu

Lekcja 1: Samodzielne szacowanie ryzyka

Celem lekcji jest trenowanie samodzielnego wyciągania wniosków i szacowania ryzyka na podstawie danych. Inaczej niż w przypadku przekazów perswazyjnych uczestnik nie jest przekonywany, że zakażenie COVID-19 jest niebezpieczne, a szczepienie bezpieczne, lecz samodzielnie analizuje dane liczbowe i wyciąga z nich wnioski na temat potencjalnych niebezpieczeństw.

Oddziaływanie opiera się na założeniu, że własne, a nie narzucone, interpretacje mają większą szansę wpłynąć na upozytywnienie postawy wobec szczepień.

Lekcja polega na wykonaniu serii obliczeń matematycznych. Dane do obliczeń pochodzą z badań naukowych dotyczących COVID-19 oraz szczepień przeciwko tej chorobie. Na podstawie tych danych uczestnik lekcji samodzielnie wylicza procentowe ryzyko zakażenia COVID-19 i ciężkiego przebiegu choroby, oddzielnie dla osób zaszczepionych i niezaszczepionych, a także ryzyko wystąpienia niepożądanych objawów poszczepiennych.

Lekcja 2: Związki pozorne

Celem lekcji jest uwrażliwienie uczestników na błąd nadinterpretacji współwystępowania zdarzeń i wyposażenie ich w narzędzia intelektualne do podważania takich błędnych interpretacji. Oddziaływanie ma w założeniu hamować bezkrytyczne przyjmowanie sensacyjnych doniesień bez pokrycia dotyczących szczepień poprzez zwiększenie wiedzy i świadomości uczestnika.

Podczas tej lekcji uczestnik poznaje pojęcie związku pozornego. Dowiaduje się, że współwystępowanie dwóch zdarzeń nie oznacza związku przyczynowo-skutkowego. Na kilku przykładach zapoznaje się z błędnymi i poprawnymi interpretacjami współwystępowania. Ostatni przykład dotyczy współwystępowania szczepień ochronnych z diagnozą autyzmu, a uczestnik, opierając się na wcześniejszych przykładach, samodzielnie interpretuje to współwystępowanie.

Lekcja 3: Nierealistyczny optymizm

Celem lekcji jest uświadomienie uczestnikom, że najpewniej również oni sami są nierealistycznymi optymistami w kwestii zachorowania na choroby zakaźne. W założeniu oddziaływanie to ma poskutkować korektą nadmiernie optymistycznego myślenia w kierunku bardziej racjonalnej oceny i decyzji dotyczącej szczepień.

Podczas tej lekcji uczestnik poznaje zjawisko nierealistycznego optymizmu, a więc tendencji do uznawania siebie za bardziej bezpiecznego niż inni w sytuacjach, które w równym stopniu zagrażają wszystkim. Zjawisko zostaje zobrazowane na kilku przykładach. Jeden z nich dotyczy nierealistycznego optymizmu obserwowanego w kontekście pandemii COVID-19 – ludzie

szacowali, że w ich przypadku ryzyko zakażenia się koronawirusem jest mniejsze niż w przypadku innej osoby. Dla utrwalenia wiedzy uczestnik podaje własny przykład nierealistycznego optymizmu i jest nakłaniany do refleksji nad tym, jak nie ulegać temu błędowi myślenia.

Lekcja 4: Efekt potwierdzenia

Celem lekcji jest uwrażliwienie uczestników na skłonność do faworyzowania tych informacji, które nam „pasują”, w kontekście postawy wobec szczepień. Jako że ludzie chcą myśleć o sobie jako o osobach racjonalnych, świadomość irracjonalności efektu potwierdzenia ma w założeniu zmotywować uczestnika do wystrzegania się tego błędu.

Podczas tej lekcji uczestnik poznaje kolejny błąd myślenia – efekt potwierdzenia, czyli tendencję do wyszukiwania i przyswajania tylko tych informacji, które pasują do naszych dotychczasowych przekonań. Zjawisko zostaje przedstawione w kontekście utrwalania się fake newsów, w tym jednego o charakterze antyszczepionkowym. Uczestnik proszony jest o wygenerowanie własnego fake newsa i ukazanie, w jaki sposób jego zasłyszanie może zapoczątkować kaskadę procesów umysłowych prowadzących do głębokiego przekonania o jego prawdziwości.

Lekcja 5: Błąd odniesienia do natury

Celem lekcji jest uświadomienie uczestnikowi, że naturalne sposoby leczenia nie zawsze są zdrowe i lepsze od syntetycznych oraz że naturalna odporność nie wystarcza, by chronić ludzi przed chorobami zakaźnymi. A także że szczepionki, mimo iż nie są substancją naturalną, wywołują w organizmie naturalną odpowiedź immunologiczną podobnie do innych naturalnych substancji. Oddziaływanie ma w założeniu zmniejszać opór wobec szczepień jako nienaturalnego wpływu na organizm.

Lekcja polega na zapoznaniu się z artykułem opisującym tzw. błąd odwołania do natury, czyli skłonność do myślenia, że „naturalne jest lepsze”. Popularnonaukowy tekst wyjaśnia, na czym polega ten błąd myślenia, jakie są jego źródła i do jakich błędnych decyzji może prowadzić. Jeden z przedstawionych w tekście przykładów dotyczy szczepień. Uczestnik dowiaduje się, dlaczego myślenie, że przed chorobami zakaźnymi lepiej chronić się naturalnie

niż szczepionkami, jest błędne. Treść artykułu przeplatana jest pytaniami do uczestnika, by zwiększyć jego motywację do czytania ze zrozumieniem.

Lekcja 6: Historia chorób zakaźnych

Celem lekcji jest uświadomienie uczestnikowi, że jeszcze do niedawna człowiek był bezbronny wobec chorób zakaźnych niosących ogromne cierpienie i powodujących masowe zgony, a wynalezienie szczepionki dało możliwość przeciwdziałania tym chorobom. Świadomość ta miałaby upożytywnić postawę wobec szczepień u osób lekceważących powagę zagrożenia chorobami zakaźnymi.

Lekcja polega na zapoznaniu się z fragmentem rozdziału pt. „Niewidzialne Armady” z książki *Homo deus* Yuvala Noaha Harariego. Tekst opowiada o historii chorób zakaźnych. Przedstawia kolejno największe epidemie w dziejach ludzkości i liczbę ich ofiar, by następnie uzmysłowić, jak zbawiennym odkryciem była szczepionka. Treść artykułu przeplatana jest pytaniami do uczestnika, by zwiększyć jego motywację do czytania ze zrozumieniem.

Lekcja 7: Skutki uboczne – dysonans poznawczy

Celem lekcji jest samodzielne porównanie działań niepożądanych powszechnie stosowanych i obdarzonych stosunkowo dużym zaufaniem środków leczniczych (ibuprofen, znieczulenie dentystyczne) z nie bardziej groźnymi działaniami niepożądanymi szczepionki, wobec której zaufanie jest mniejsze. W założeniu ćwiczenie to powinno poskutkować dysonansem poznawczym (napięciem związanym z wykryciem sprzeczności we własnym myśleniu) u osób sceptycznych wobec szczepień, to zaś miałyby się przełożyć na skorygowanie własnych negatywnych przekonań na temat szczepionek.

Podczas tej lekcji prezentowane są informacje o trzech substancjach leczniczych: ibuprofenie, lidokainie (znieczulenie dentystyczne) i szczepionce przeciw grypie. Dla każdej z nich opisane są przeznaczenie oraz działania niepożądane. Po zapoznaniu się z tymi informacjami uczestnik ocenia bezpieczeństwo ibuprofenu, lidokainy i szczepionki przeciw grypie.

Implikacje praktyczne (rekomendacje wdrożeniowe)

Czy chwila na dostrzeżenie błędów w myśleniu innych, a następnie refleksja nad własnymi błędami poznawczymi w świetle wiedzy medycznej mogą

zredukować sceptycyzm wobec szczepień? Czy taki rodzaj interwencji stanowi swoistą szczepionkę przeciw irracjonalnym treściom (Cook i wsp., 2017)? Czy tego rodzaju metapoznawcza interwencja okaże się skuteczna? Jak dowodził Lee Ross i współpracownicy (Ross i wsp., 1977), najczęściej jesteśmy przekonani, że osoby, które mają podobne do nas postawy, są szczególnie racjonalne, a ich postawy obiektywnie poprawne. Ponieważ standardem odniesienia jest nasza własna postrzegana racjonalność, pozostaje nam tylko niewielki zakres możliwości przypisywania racjonalności innym, którzy mają odmienne postawy. Postrzegane różnice będziemy przypisywać brakom w ich kompetencjach – to „oni” są stronniczy, irracjonalni lub głupi. Osoby mające odmienne zdanie na dany temat wydają się mniej kompetentne, są niedouczzone lub zwyczajnie kłamią z wyrachowania. A ponieważ większość z nas jest naiwnymi realistami, więc „oni” oczywiście myślą najpewniej to samo o nas. Skutkuje to poczuciem fałszywej polaryzacji, czyli interpretowaniem poglądów drugiej strony jako bardziej skrajnych, niż są w rzeczywistości, co prowadzi do uskrajniania różnic międzygrupowych.

W siedmiu eksperymentach Corey Cusimano i Geoffrey Goodwin (2020) dowiedli, że ludzie najczęściej są przekonani, że ich – bardzo różne – postawy (od wiary w Boga, przez zaufanie do GMO, po stosunek do social mediów) mają konkretne i dobre uzasadnienie w faktach, podczas gdy postawy innych są podparte dość generycznymi stwierdzeniami. Co ważne, taki wzór wyników przekładał się na przekonanie o możliwości kontrolowania i zmiany tychże opinii (Cusimano i Goodwin, 2020). W efekcie możliwość i łatwość zmiany opinii przypisywana jest niemal wyłącznie innym, a nie sobie. Patrząc introspekcyjnie, jest to całkiem logiczne – moje opinie mniej poddają się zmianie, bo mam zbyt dobre powody, by tak uważać, podczas gdy Twoje ogólnikowe podstawy mógłbyś uzupełnić i wówczas łatwiej byłoby Ci zmodyfikować swoje poglądy.

W naszej ocenie najistotniejszym zagadnieniem w niniejszym projekcie badawczym jest próba wyjaśnienia, kiedy ludzie zaczynają dostrzegać i – co ważne – korygować własne braki wiedzy medycznej. Czy szkolenie z zakresu myślenia krytycznego daje szansę na dostrzeżenie rozmiarów własnej ignorancji? Czy takie introspekcyjne odkrycie (że brakuje nam kompetencji do samodzielnego decydowania o podejmowanym ryzyku zdrowotnym) osłabia sceptycyzm szczepionkowy? Zaplanowana i przeprowadzona interwencja

pozwole to ustalić. Wyniki analiz jej skuteczności poznamy już niebawem, niemniej z dotychczasowej analizy literatury przedmiotu wynika, że meta-poznanie własnych ograniczeń poznawczych i nauka krytycznego myślenia stanowią potencjalnie obiecującą metodę osłabiania sceptycyzmu wśród osób deklarujących postawy antyszczepionkowe.

ROZDZIAŁ 4

Szukanie dróg porozumienia w warunkach niepewności. O roli zaufania (nie tylko nauce) w dyskusjach na temat szczepień

Kamil Izydorczak
Uniwersytet SWPS

Wstęp. Szczepienia – nikt nie wie, wszyscy wierzą

Szukając dróg skutecznego przekonywania ludzi do szczepień oraz sposobów budowania większego zrozumienia dla wiedzy medycznej w tym zakresie, musimy zdać sobie sprawę z pewnego nieoczywistego i być może niewygodnego faktu: otóż zwolennicy szczepień, popularyzatorzy wiedzy naukowej czy wreszcie sami lekarze również nie są pewni. Oni wszyscy – w tym i piszący ów rozdział – wierzą.

„Jak to?” – może ktoś zapytać. – „Przecież szczepionki działają, to kwestia faktów, a nie wiary!”. Owszem – szczepionki działają lub nie niezależnie od naszych przekonań, na mocy obiektywnych faktów. Problem w tym, że do owych obiektywnych faktów nie mamy bezpośredniego dostępu. To ktoś lub coś (osoba, ulotka, książka) przekazuje nam informacje: „szczepionki są skuteczne i bezpieczne – to jest fakt” albo „szczepionki nie są skuteczne i bezpieczne – to jest fakt”.

Zdaję sobie sprawę, że takie ujęcie może budzić sprzeciw naukowców oraz sympatyków nauki. Zanim jednak odrzucisz ten pogląd jako przejaw antynaukowego ducha czasów „postprawdy”, rozważ, co tak naprawdę znałyby wiedzieć lub być pewnym, że szczepionki są skuteczne.

Pronaukowo zorientowany czytelnik utożsami wiedzę i pewność z wynikami badań empirycznych. Wielu z nas powie: „Znam fakty o szczepionkach, bo znam wyniki badań – one są obiektywne, w przeciwieństwie do dowodów anegdotycznych, mądrości z mediów społecznościowych czy własnych intuicji”. Udziel zatem, drogi Czytelniku, szczerzej odpowiedzi na pytanie: czy

przeczytałaś(-eś) kiedykolwiek z pełnym zrozumieniem jakiś recenzowany artykuł w czasopiśmie naukowym, który przedstawiałby wyniki badań na temat skuteczności jakiegokolwiek szczepionki?

Jeśli odpowiedź brzmi „nie”, to skąd wiesz, że wyniki takich badań istnieją? Czyżbyś jedynie przeczytał lub usłyszała kogoś, kto je referuje? Czy to nie oznacza, że po prostu wierzysz komuś na słowo? Czy możesz z całą pewnością stwierdzić, że źródło informacji, które pośredniczyło między Tobą a domniemanymi wynikami badań, zrelacjonowało je bez błędu, bez konfliktu interesów i z pełnym zrozumieniem materiału źródłowego?

Jeśli nie możesz uczciwie powiedzieć „Wiem to na pewno”, to musisz przyznać, że przynajmniej do pewnego stopnia po prostu w to wierzysz. Rzecz jasna, Twoje zaufanie może być zbudowane na mocnych, racjonalnych przesłankach, pamiętajmy jednak, że siła uzasadnienia naszego zaufania nie czyni z niego pewności. My, pronaukowcy, lubimy powtarzać (szczególnie w sprzeczkach), że mocna wiara w coś nie z czyni z tego faktu. Stosujemy więc te zasadę konsekwentnie także do własnych przekonań.

Mam jednak nadzieję, że tekst ten znajdzie odbiorców również wśród najwyższej klasy specjalistów, którzy na pytanie o bezpośrednią znajomość wyników badań naukowych odpowiedzą: „Tak! Przeczytałam lub nawet napisałem wiele artykułów wykazujących skuteczność szczepionek!”. Tych czytelników problem wiary zapewne nie dotyczy. Oni akurat wiedzą, prawda? Jako praktykujący naukowiec muszę jednak i tym razem stanowczo zaprzeczyć.

Widziałem i analizowałem z najwyższą starannością wiele baz danych, a analizy te zamieniałem w wizualizacje, opisy i recenzowane publikacje. W żadnym jednak wypadku nie widziałem wszystkich osób badanych ani nie uczestniczyłem w całym procesie zbierania danych. Ba, zazwyczaj nie widziałem ani jednej badanej osoby! Ufam jednak, że rzędy i kolumny cyfr, nad którymi pracowałem, wiernie odzwierciedlają zachowania, deklaracje czy wyniki pomiarów konkretnych osób.

Muszę ufać, że panel badawczy naprawdę zrekrutował ludzi, a ci ludzie naprawdę udzielili odpowiedzi zapisanych w bazie danych. Podobnie szef zespołu badawczego epidemiologów ufa tysiącom punktów danych, zebranych przez setki laborantów, asystentek, pielęgniarzy. Zaufanie to nie jest oczywiście ślepe, lecz budowane na bazie wieloetapowego systemu kontroli jakości czy też weryfikacji kompetencji zaangażowanych w proces osób. Niech

jednak spadnie na moją głowę pierwszy kamień rzucony przez czytelnika-naukowca, który nie zna choćby jednego przykładu, gdy zaufanie to zostało tragicznie zawiedzione.

Czy tym wstępem próbuję, drogi Czytelniku, przekonać Cię do porzucenia wiary w skuteczność szczepień i nauki oraz do rejterady na relatywistyczno-obojętną pozycję w rodzaju „prawda leży pośrodku”? Ależ skąd! Moim celem jest przekonać Cię, że różnica pomiędzy osobami pro- i antyszczepionkowymi nie polega na tym, że jedne w sposób pewny i bezpośredni poznały prawdę i widzą rzeczywistość taką, jaka ona jest, a drugie nie umieją lub nie chcą jej dostrzec. W zamian proponuję ujęcie, które moim zdaniem nie tylko lepiej oddaje złożoność procesu kształtowania się naszych postaw, ale również zwiększa szansę na skuteczne porozumienie i przekonywanie.

To ujęcie – ugruntowane w psychologii społecznej, w psychologii poznawczej i w filozofii poznania – zakłada, że to nie same, czyste fakty decydują o naszych postawach i zachowaniach, lecz nasze ich przetwarzanie oraz interpretacja. Dotyczy to zarówno osób, których interpretacje są zgodne ze stanem wiedzy naukowej, jak i tych, których przekonania stoją z nią w sprzeczności.

W kwestii szczepień, podobnie zresztą jak w wielu innych, rozsądnie jest przyjąć (i ja osobiście tak właśnie czynię), że istnieje pewna obiektywna, biologiczna, fizyczna czy też statystyczna rzeczywistość. Jednak nikt z nas nie kieruje się nią w swoich decyzjach w sposób bezpośredni. Nasz dostęp do tej obiektywnej rzeczywistości jest bowiem mocno ograniczony i zapośredniczony przez złożony łańcuch własnych i cudzych interpretacji, przetworzeń i selekcji. W pewnym szerszym sensie wszyscy obstawiamy, wszyscy ufamy, wszyscy zgadujemy. A że stawką tego zakładu jest zdrowie nasze i najbliższych, wszyscy obstawiamy najlepiej jak umiemy.

Chciałbym, drogi Czytelniku, przekonać Cię, że istnieje wiele podobieństw między tym, jak kształtują swoje opinie zwolennicy i przeciwnicy szczepionek. W ten sposób chcę pomóc Ci prowadzić komunikację opartą na empatii i zrozumieniu.

W kolejnych częściach tego rozdziału przybliżę kilka powodów, dla których – w dziedzinie szczepień – ludzie kierujący się tym samym motywem (chęcią ochrony zdrowia) mogą dokonywać tak skrajnie różnych wyborów. Omówię także zjawisko polaryzacji opinii w kwestii szczepień oraz jego skutki dla odbioru komunikatów dotyczących szczepionek. Wreszcie, przedstawię

rekomendacje, które mogą pomóc formułować proszczepionkowe przekazy w sposób omijający lub osłabiający nieufność oraz polaryzację.

Pozamerytoryczne powody odrzucania szczepień

Kluczem do zbudowania skutecznego komunikatu perswazyjnego jest zrozumienie swojego odbiorcy. Jak zatem wygląda psychologiczna sytuacja osoby podejmującej decyzję w kwestii szczepienia?

Przede wszystkim warto zdać sobie sprawę, że szczepienia są wyjątkową procedurą medyczną, gdyż przystępujący do niej ludzie nie są chorzy.

W doświadczeniu przeciętnego pacjenta procedurę medyczną, która wiąże się z narażeniem ciągłości tkanki (w przypadku zastrzyku), przyjęciem silnie działającej substancji oraz z ryzykiem skutków ubocznych, stosuje się wtedy, gdy pacjent cierpi na jakieś schorzenie pogarszające jakość życia. Wówczas, gdy pacjent już ponosi koszty swojego złego stanu, dużo łatwiej jest mu zaakceptować stresujące, bolesne i obciążone pewnym ryzykiem środki zaradcze. Tymczasem w przypadku szczepień nie występuje odczuwana aktualnie, fizyczna potrzeba stosowania środków zaradczych, a spodziewane efekty pozytywne są odroczone, niepewne i trudne do zauważenia.

W momencie zapisywania się na szczepienie nikt z nas nie wie, czy patogen, przed którym szczepionka ma chronić, faktycznie kiedykolwiek nam zagrozi. Może nigdy byśmy się z nim nie zetknęli albo należelibyśmy do grona tych szczęśliwców, których układ odpornościowy i tak by sobie z nim poradził? Co więcej, nawet jeśli zdecydujemy się na szczepienie, nigdy nie dostajemy od organizmu magicznego powiadomienia w rodzaju: „Dzisiaj, dzięki szczepionce, twoje przeciwciała uchroniły cię przed grypą! Gratulujemy dobrej decyzji!”.

O ile więc koszty szczepionki są oczywiste od razu (cena, stres, ból, poświęcony czas, potencjalne skutki uboczne), o tyle dostrzeżenie jej zysków wymaga posłużenia się specyficznym zestawem wyobrażeń i przekonań. Oto niektóre z nich: „W przyszłości grozi mi bycie narażonym(-ną) na chorobę x”, „Choroba x faktycznie jest groźna”, „Szczepionka może mnie uchronić przed chorobą x”.

Mamy tu więc do czynienia z co najmniej dwiema barierami na drodze do decyzji o zaszczepieniu: osoba decydująca się na zaszczepienie musi, po pierwsze, przedłożyć odroczonego zysk (uniknięcie choroby) nad natychmiastową

stratę (ból, stres itp.), a po drugie, przedłożyć zysk abstrakcyjny i niepewny nad pewną stratę (np. poświęcony czas czy pieniądze w przypadku szczepienia odpłatnego).

Ostateczna decyzja o zaszczepieniu powinna zatem wiązać się z pewną szczególną konstelacją przekonań – z jednej strony musimy sądzić, że choroba jest groźna i że szanse na zapadnięcie na nią są istotne, z drugiej zaś sądzić, że szczepionka jest skuteczna, a ponoszone w związku z nią koszty (np. ryzyko i powaga niepożądanych odczynów poszczepiennych) znikome. Badanie, które przeprowadziłem wraz z zespołem na wielonarodowej próbie 1508 osób (Izydorzak i wsp., 2023), miało za zadanie przetestować takie przypuszczenie.

Postanowiliśmy sprawdzić, czy na podstawie różnicy pomiędzy szacowanymi stratami z tytułu zaszczepienia (stopień powagi NOP \times szansa wystąpienia NOP) a szacowanymi stratami z tytułu zachorowania (stopień powagi skutków COVID-19 \times szansa zachorowania na COVID-19) da się przewidzieć chęć zaszczepienia. Okazało się, że intencja zaszczepienia przeciwko COVID-19 może być przez te czynniki skutecznie przewidziana (około 25% wyjaśnionej wariancji – Izydorzak i wsp., 2023, s. 13–14).

Warto zwrócić uwagę na fakt, że każdy składnik owego stopnia ryzyka szacowany był przez ludzi w pełni subiektywnie i żaden z nich wprost nie odnosił się do wiary w skuteczność szczepionki. Pomimo tego abstrakcyjna szala hipotetycznych zysków i strat wiązała się istotnie ze skłonnością do zaszczepienia.

Co może być dla nas źródłem poglądów dotyczących szczepionek oraz chorób, przed którymi chronią? Zdecydowanej większości z nas brakuje eksperckich kompetencji, a także czasu i motywacji wymaganych do samodzielnego zapoznania się z dowodami naukowymi, musimy więc pójść na skróty i komuś lub czemuś w tej kwestii zaufać.

Okazuje się, że niezależnie od konsensusu ekspertów naukowych niezmiernie ważny może być postrzegany konsensus najbliższych nam osób. W przeprowadzonym przez nasz zespół badaniu, obejmującym 2095 osób z pięciu krajów UE (praca nieopublikowana – *multinational study*), poprosiliśmy respondentów o wskazanie trzech najbliższych sobie osób, a następnie oszacowanie, jaka jest ich postawa względem szczepionki przeciwko COVID-19. Okazało się, że postrzegana opinia trzech najbliższych osób pozwalała świetnie przewidzieć (63% wyjaśnionej wariancji!) postawę osoby badanej.

Może to oznaczać, że niejako „zarażamy się” postawą wobec szczepień od najbliższych bądź też projektujemy nasze poglądy na nich, tworząc iluzję jedynomyślności. Może to również oznaczać, że poglądy na szczepienia potrafią oddalać i przybliżać ludzi i po pewnym czasie w gronie najbliższych zostaną tylko osoby, z którymi się zgadzamy. Każdy z proponowanych mechanizmów może działać w zupełnym oderwaniu od naukowych faktów, zdolności ich przetwarzania czy też dostępu do nich.

Dla porządku warto dodać, że zmienne odnoszące się bezpośrednio do przyjmowania lub odrzucania prawd naukowych również bywają związane z postawą wobec szczepień. Pewną rolę odgrywają tutaj także wiara w teorie spiskowe czy zaufanie do nauki, ale uzyskiwane siły zależności są względnie niewielkie i często uzależnione od dodatkowych czynników (por. Coelho i wsp., 2022; Sturgis i wsp., 2021).

Zmienne związane z postawą wobec nauki czy wprost z wykształceniem mają wyjątkowo małe znaczenie, gdy w grę wchodzi szczepionka w jakiś sposób „upolityczniona”.

Jeśli przyjmowanie bądź nieprzyjmowanie danej szczepionki, czy też szczepionek w ogólności, staje się tematem będącym w centrum politycznej i społecznej debaty, możemy spodziewać się polaryzacji opinii, a zajmowane stanowiska mogą wiązać się z wieloma poznawczymi i emocjonalnymi zniekształceniami po obu stronach sporu. Dokładnie z takim zjawiskiem mieliśmy do czynienia w przypadku szczepionki przeciwko COVID-19. Przewidując pesymistycznie, że temat szczepień jeszcze nie raz i nie dwa może stać się centrum politycznej burzy, w kolejnej sekcji omówię mechanizmy oraz skutki polaryzacji tematyki szczepień. Szczególną uwagę poświęcę znaczeniu tych zjawisk dla prowadzenia proszczepionkowej komunikacji.

Spółeczna polaryzacja stosunku do szczepień

Termin „polaryzacja” opisuje zjawisko polegające na tym, że opinie w danej, społecznie istotnej sprawie (np. szczepienia, przerywanie ciąży, stosunek do partii politycznych) zaczynają organizować się wokół jednej, wyraźnie określonej linii podziału. Tworzy to dwa obozy opinii, które z czasem dążą do utworzenia jak najbliższych skupisk po obu stronach owej linii. Skupiska te będą jednocześnie oddalać się coraz bardziej od siebie. W finalnej fazie

polaryzacji społeczeństwo organizuje się, tworząc dwa odpychające się bieguny, doskonale przeciwległe.

W przypadku decyzji w sprawie szczepień mamy do czynienia z sytuacją dużej niepewności oraz dużej wagi podejmowanych decyzji. Niepewność bierze się z obecności wzajemnie sprzecznych, silnych narracji i z braku osobistej, eksperckiej wiedzy, natomiast waga podejmowanych decyzji wynika z faktu, że sprawa dotyczy zdrowia, a nawet życia nas samych i naszych najbliższych.

W sytuacji takiej niepewności rośnie pokusa, by silnie przyłgnąć do jednej narracji, a zdecydowanie odrzucić inną, po to by uniknąć nieprzyjemnego dla nas i trudnego do utrzymania na dłużej decyzyjnego zawieszenia. Jeśli jesteś zwolennikiem szczepień, to zapewne dawno nie czytałeś(-łaś) artykułów donoszących o niebezpiecznych odczynach poszczepiennych czy też błędach przy produkcji i testowaniu szczepionek.

To dlatego, że „obstawiłeś już swojego konia” i nie potrzebujesz „szukania dziury w całym”. Inna sprawa, że gdybyś zapoznał(a) się z tymi materiałami, to być może (słusznie) stwierdził(a)byś, że są nierzetelne. Sęk w tym, że jeśli Twoja decyzja już zapadła, to w ogóle nie będziesz ich poszukiwać, a nawet będziesz ich unikać – gdy tylko natkniesz się gdzieś na nagłówek sugerujący sceptycyzm wobec szczepionek, będzie to dla Ciebie sygnał „odpuść sobie, nie czytaj dalej”.

Ten mechanizm może pomóc Ci utrzymać odpowiedni kurs decyzyjny na rozszalałym morzu szczepionkowych newsów, tyle tylko, że dokładnie takim samym mechanizmem kieruje się Twój antyszczepionkowy sąsiad. Pod pewnymi względami możecie naprawdę żyć w dwóch różnych światach informacyjnych z obopólną, silną motywacją do tego, by swojego zakątka nie opuszczać.

Wraz z zespołem sprawdziliśmy, w jakim stopniu badani trzymają się wyłączenie bańki własnych poglądów na temat szczepień. Zapytaliśmy respondentów z trzech bardzo odległych geograficznie i kulturowo krajów – Polski, RPA i Stanów Zjednoczonych – o to, jak często utrzymują kontakty online i offline z osobami, które zgadzają się z ich poglądami na szczepionkę COVID-19, oraz z osobami o poglądach przeciwstawnych. Odpowiedzi od 1262 respondentów wskazały, że zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy szczepionek utrzymują intensywniejsze kontakty online i offline z osobami o zbieżnych poglądach.

Unikanie kontaktu to jednak nie koniec. W tym samym badaniu sprawdziliśmy również bardziej drastyczne przejawy polaryzacji. Okazało się, że w obu grupach (pro- i antyszczepionkowej) zaobserwować można przejawy wzajemnej dehumanizacji. Dehumanizacja w psychologii społecznej mierzona jest za pomocą kilku różnych skal pomiarowych i każda z nich opiera się na porównaniu stopnia, w jakim pewne charakterystyczne dla człowieczeństwa cechy i skojarzenia przypisujemy grupie własnej i grupie obcej. W przypadku naszych badań okazało się, że zarówno w Polsce, jak i w USA oraz w RPA mamy do czynienia z uniwersalnym, wzajemnym i niemalże symetrycznym odmawianiem pełni ludzkich cech tym osobom, które mają odmienne zdanie w kwestii szczepień.

Osoby o nastawieniu proszczepionkowym przejawiały dehumanizujące postawy wobec innych nieco silniej, co dla twórców proszczepionkowej komunikacji powinno stanowić impuls do refleksji. Jeżeli ja jako propagator szczepień uważam w głębi ducha (lub nawet zupełnie świadomie), że osoby, które wahają się w kwestii szczepień, są ode mnie mniej empatyczne, mniej inteligentne, na niższym poziomie rozwoju itp., to jak mam być w ich oczach godnym zaufania partnerem do rozmowy?

Jest to realna bariera, tym bardziej że poza wzajemną dehumanizacją nasze badania wskazały także na duży stopień tzw. metadehumanizacji, czyli przekonania o tym, że strona przeciwna nas dehumanizuje. Nie dość więc, że osoby pro- i antyszczepionkowe naprawdę uważają siebie nawzajem za mniej ludzkie, to jeszcze na dodatek są przekonane, że ta druga strona dehumanizuje ich nawet bardziej, niż ma to miejsce w rzeczywistości.

Finalnie wzajemne uprzedzenia osób pro- i antyszczepionkowych przypominają pod względem stopnia intensywności to, co obserwujemy w przypadku najbardziej defaworyzowanych grup (np. wobec Romów w Polsce) czy też pomiędzy grupami będącymi w stałym, fizycznym konflikcie (np. pomiędzy mieszkańcami Izraela i Autonomii Palestyńskiej). Ma to kolosalne znaczenie w kontekście formułowania jakichkolwiek komunikatów perswazyjnych i może stanowić potencjalne wyjaśnienie tego, dlaczego postawy wobec szczepień okazują się tak trudne do zmiany i tak często w ich przypadku zawodzą techniki wywiedzione ze standardowego narzędziownika perswazji.

Wyobraź sobie, że do zmiany Twojej postawy próbuje Cię przekonać przedstawiciel grupy, którą w znacznym stopniu gardzisz i co do której masz

przekonanie (zresztą słuszne), że także ona gardzi Tobą. Na dodatek to, do czego próbuje Cię przekonać owa osoba, to zmiana frontu – przejście od „was” do „nich”. Co musiałoby się wydarzyć, żebyś dał się przekonać? Istnieją dobre powody, by sądzić, że tak właśnie może postrzegać proszczepionkowy komunikat osoba o ugruntowanym nastawieniu antyszczepionkowym.

Wpływ polaryzacji społecznej na odbiór informacji dotyczącej polaryzującego tematu został dobrze poznany w ramach badań z zakresu psychologii społecznej. Co prawda postawy wobec szczepień zaczęto analizować jako obszar polaryzujący dopiero niedawno, jednak sporo wiemy na temat analogicznych podziałów – sympatii i antypatii politycznych.

W wielu eksperymentalnych badaniach stawiano przed uczestnikami zadanie o takiej ogólnej strukturze: oto przeciwnicy oraz zwolennicy jakiejś tezy mieli zapoznać się z materiałem, który prezentował dowody bądź popierające, bądź obalające tę tezę. Materiały były konstruowane przez eksperymentatorów w taki sposób, by były maksymalnie do siebie podobne, lecz różniły się co do konkluzji (np. dwa badania o identycznej metodologii i identycznym prestiżu ośrodka badawczego, z których w jednym wariantcie płynie wniosek, że wprowadzanie kary śmierci nie przyniosło spadku przestępczości, w drugim wariantcie zaś, że odniosło taki skutek). Po zapoznaniu się z takim materiałem badani proszeni są np. o ocenę jakości metodologii badania. Innym wariantem takich badań jest przedstawienie do oceny dokładnie tego samego tekstu, ale ze zmienionym autorstwem (np. ustawa autorstwa republikanów/demokratów czy też reportaż TVN/TVP).

Metaanaliza podobnych badań przeprowadzonych w latach 1979–2017 wykazała, że zarówno wśród liberałów, jak i wśród konserwatystów zaobserwować możemy tendencyjne przetwarzanie informacji. Informacje niezgodne z ówczesnie przyjętym poglądem są łatwiej dyskredytowane, odrzucane lub pomijane. Autorzy metaanalizy wskazują przy tym na niemalże idealną symetryczność obu tendencji – jest ona równie nasilona u liberałów i u konserwatystów (Ditto i wsp., 2019).

Co to oznacza dla popularyzatorów naukowej wiedzy o szczepieniach? Między innymi to, że niezależnie od naszych intencji, naszego przygotowania i zawartości merytorycznej naszego przekazu nasze komunikaty będą poddawane bardzo wybiórczej obróbce i ocenie przez tych, którzy wstępnie nie zgadzają się z naszym stanowiskiem. Ale równocześnie oznacza to, że i my,

słuchając argumentów przeciwnej strony, analizujemy je o wiele bardziej krytycznie niż komunikaty z „naszego” obozu.

Może to skutkować na przykład tym, że w ramach naszej dobrze pojętej prospołecznej działalności podamy dalej (np. w mediach społecznościowych) informacje o badaniach, mem lub anegdotę wspierające postawy proszczepionkowe, nie zauważając w tym materiale niskiej wartości merytorycznej lub oczywistego błędu. W ten sposób możemy w istocie zaszkodzić naszej sprawie.

Na koniec naszych rozważań o polaryzacji warto nadmienić, że polaryzacja w dziedzinie szczepionek w skomplikowany i niejednoznaczny sposób przecina się z polaryzacją polityczną. Trudno mówić o uniwersalnych trendach w rodzaju „lewica – zwolennicy szczepionek, prawica – przeciwnicy szczepionek”. Wiele zależy od konkretnego kraju, a czasem nawet od konkretnej szczepionki czy też specyficznego „odcienia” lewicy lub prawicy.

W badaniach na próbach brytyjskiej, irlandzkiej oraz francuskiej okazywało się, że silnym predyktorem chęci zaszczepienia się przeciwko COVID-19 jest zaufanie do instytucji oraz mediów głównego nurtu (Gerretsen i wsp., 2021; Murphy i wsp., 2021). Dodajmy, że w czasie, gdy przeprowadzano badania, krajami tymi rządziły partie o odmiennych orientacjach. W przypadku Irlandii i Zjednoczonego Królestwa zaufanie do instytucji oznaczało zaufanie wobec państwa pod przewodnictwem rządu konserwatywno-chrześcijańskiego, w przypadku Francji zaś – liberalno-lewicowego.

W badaniach na próbach polskich i niemieckich (Bilewicz i Soral, 2022) okazało się z kolei, że jakkolwiek generalnie orientacja prawicowa sprzyjała niechęci do szczepionki przeciwko COVID-19, to jednak zależność ta dotyczyła tylko pewnego szczególnego typu prawicowości. Chodzi o prawicowość hołdującą wizji świata jako areny bezwzględnej walki o dominację (tzw. *social dominance orientation* – SDO). Z niechęcią do szczepień nie wiązała się natomiast prawicowość wyrażająca się w posłuszeństwie wobec autorytetów i szacunku do porządku społecznego (tzw. *right-wing authoritarianism* – RWA). Wręcz przeciwnie – wyższe RWA przewidywało większą chęć zaszczepienia!

Wyniki badań nad zależnością pomiędzy poglądami politycznymi a chęcią zaszczepienia wskazują na centralną rolę zaufania do autorytetów i instytucji przy mniejszej roli konkretnych poglądów na sprawy społeczne czy gospodarcze. Należy zatem spodziewać się, że wśród zwolenników szczepionek

i wśród osób, które łatwiej przekonać, znajdą się ci, którzy częściej kierują się zasadą „na władzę nie poradzę” i odbierają przekazy od autorytetów mniej krytycznie. Wśród osób, które mają w zwyczaju kwestionować autorytety i które szczególnie mocno podkreślają swoje indywidualne prawa i interesy, łatwiej będzie za to znaleźć osoby nastawione do szczepionek sceptycznie.

Podsumowując, warto pamiętać o tym, skąd może się brać polaryzacja w obszarze szczepień (m.in. odmienne podejście do władzy i autorytetów), jakie mogą być mechanizmy jej podtrzymywania (np. selektywne przetwarzanie informacji, ograniczanie kontaktów z osobami o odmiennych poglądach), a także jej skutki (np. bardzo nasilone negatywne stereotypy na temat „przeciwników”).

W ostatniej sekcji tego rozdziału przybliżę kilka sposobów, które mogą pomóc przekuć zniuansowaną wiedzę o kształtowaniu się postaw wobec szczepień w empatyczny, budujący porozumienie i przez to bardziej perswazyjny komunikat proszczepionkowy.

Jak formułować depolaryzujące komunikaty proszczepionkowe?

Celem depolaryzującej, budującej porozumienie komunikacji proszczepionkowej jest:

1. uniknięcie skategoryzowania naszego komunikatu jako pochodzącego od spolaryzowanej strony konfliktu,
2. wywołanie u odbiorcy poczucia bycia rozumianym i szanowanym,
3. wywołanie u odbiorcy poczucia, że nadawca komunikatu działa w najlepszym interesie jego odbiorcy.

Zwróć uwagę, że w budującej porozumienie proszczepionkowej komunikacji najważniejsze jest uzyskanie lub – przeciwnie – uniknięcie konkretnego wrażenia na temat nadawcy komunikatu. Zgodnie z tą propozycją kluczowe dla skuteczności perswazji jest to, co jej odbiorca pomyśli o jej nadawcy, ponieważ to wyznaczy mu przychylną, wrogą bądź obojętną ramę interpretacji treści.

Jak zatem osiągnąć zamierzony wizerunek nadawcy proszczepionkowego komunikatu? Podzielę zalecenia w tym zakresie na dwie kategorie: zalecenia

strategiczne, czyli nastawione na długotrwałe budowanie wizerunku, oraz taktyczne, odnoszące się do formułowania konkretnych przekazów tu i teraz.

Strategia budowania wizerunku

Gdy mamy przed sobą perspektywę długofalową, zakładamy, że odbiorca będzie miał szansę nas poznać. Nie musimy, korzystając z pośrednictwa konkretnej ulotki, plakatu czy tweeta, „wywierać wrażenia osoby, która...”. Możemy stać się osobą lub organizacją, która będzie względnie trwale kojarzyć się z konkretną postawą czy mentalnością.

Jeśli Twoim celem jest budująca porozumienie komunikacja proszczepionkowa, to powinno zależeć Ci na stworzeniu wizerunku kogoś, kto zawsze staje po stronie pacjenta – zwykłego odbiorcy szczepionek. Angażuj się zatem w jak największą ilość wszechstronnych działań promujących zdrowie. Daj się poznać jako osoba czy przedstawiciel instytucji, której na sercu leży jakość położnictwa, która staje po stronie pacjenta pokrzywdzonego wskutek niewłaściwego postępowania lekarzy lub która promuje profilaktyczne badania lekarskie.

Z takim portfolio działań możesz być rozpoznawany jako rzecznik zdrowia, a nie tylko rzecznik szczepionek. Szczególnie przydatne może być zaangażowanie, które pokazuje Twoją gotowość do stania po stronie pacjentów nawet wówczas, gdy może to być nie w smak konkretnej władzy czy instytucji – to pokazuje, że Twoich działań nie da się sprowadzić do środowiskowej lojalności.

Wszechstronność zaangażowania pomoże Ci z kolei uniknąć łatki aktywisty jednego tematu. Takie osoby lub instytucje bardzo łatwo jest odebrać jako bojowników przypisanych na stałe do okopów po jednej stronie frontu, a ich komunikaty da się łatwiej zdyskredytować jako kolejne pociski, posyłane karnie w stronę wroga. Osoba o mocnej sceptycznej postawie wobec szczepionek może odbierać te ataki personalnie. Dla osoby o niewyrobnym zdaniu samo znalezienie się w pobliżu linii frontu może być czymś, czego warto unikać, niezależnie od kierunku, z którego pada ostrzał.

Poruszając się w przestrzeni mediów tradycyjnych lub społecznościowych, warto formułować komunikaty, które przecinają w poprzek stereotypowe podziały na zwolenników i przeciwników nauki czy medycyny. W komunikacji opartej na empatii i budowaniu porozumienia o wiele bardziej przyda

się wizerunek kogoś, kto potrafi spojrzeć na błędy lub niedostatki „swojej” strony, dostrzegając jednocześnie logikę i zasadność niektórych obaw bądź zarzutów formułowanych przez osoby o odmiennych poglądach.

Jeśli prowadzisz profil czy kanał promujący osiągnięcia nauki lub medycyny, nie obawiaj się zamieszczenia ostrej krytyki koncernów farmaceutycznych, które przyczyniły się do kryzysu opioidowego w USA. Gdy zaś spotkasz się z komentarzem krytycznym wobec Twojej wypowiedzi, okaż rozmówcy szacunek i zanim przejdziesz do repliki, wyraż zrozumienie dla części jego obaw. Niech Twoim domyślnym wyobrażeniem na temat niezgadającego się z Tobą odbiorcy będzie: „to zaangażowana, myśląca osoba, która być może nie poznała jeszcze czegoś, co poznałem ja”. Pamiętaj, że celem Twojej komunikacji nie jest okazanie swej wyższości i wygranie sprzeczki. Celem jest zbudowanie i utrzymanie wizerunku kogoś, kto tworzy przestrzeń, w której osoby jeszcze nieprzekonane mogą poczuć się bezpiecznie i do której będą chciały wrócić.

Czego więc się wystrzegać, planując budowanie wizerunku? Wspomniałem już o tym, że warto unikać łatki bojownika jednego tematu. Gdy komunikacja proszczepionkowa jest tylko częścią naszej działalności, łatwiej nam budować szerokie zaufanie. Jest jednak jeszcze jeden powód, dla którego warto unikać monotematyczności: omijamy w ten sposób pułapkę przekonania przekonanych. W anglojęzycznej literaturze można spotkać bardzo zgrabny idiom: „*preaching to the choir*”, czyli dosłownie „głoszenie kazania dla chóru”. Musimy pamiętać, że chórzysci, rekrutujący się przypuszczalnie spośród najbardziej zaangażowanych parafian, nie są tą grupą, która najbardziej potrzebuje naszych słów. Są za to grupą, do której mówić jest nam najłatwiej i najprzyjemniej, stąd silna pokusa, by pozostać wśród nich.

Przekonywanie przekonanych stanowi dla budowania Twojego wizerunku dwojakie zagrożenie. Z jednej strony może doprowadzić do zupełnego braku rozpoznawalności poza własną, wierną grupą odbiorców, z drugiej strony Twoje komunikaty mogą stawać się coraz bardziej ostre, bezrefleksyjne i pozbawione informacji zwrotnej od kogokolwiek spoza bazy fanów. Gdy taki komunikat zostanie wyniesiony „na zewnątrz”, może okazać się kontrowersyjny i silnie polaryzujący dla szerokiego grona odbiorców.

Szukajmy zatem takich okazji oraz form wypowiedzi, które pozwolą nam zaistnieć w przestrzeniach wcale niekojarzących się z pronaukowością. Wywiad w lokalnym radiu akademickim da nam w tym kontekście o wiele więcej

niż prelekcja na festiwalu nauki. Pamiętaj, że Twoim celem nie jest zdobycie punktów społecznego prestiżu w swoim własnym środowisku, lecz zbudowanie pozytywnej rozpoznawalności wśród osób spoza tej grupy.

Podsumowując, gdy pracujemy na wizerunek odpowiedni do budowania depolaryzującej perswazji, powinniśmy skoncentrować się na:

1. zróżnicowanym tematycznie rzecznictwie w sprawach zdrowia i praw pacjentów,
2. przełamaniu czarno-białej narracji poprzez komunikowanie zrozumienia dla wątpiących w medycynę i naukę oraz zdecydowane potępienie nadużyć i nieprawidłowości w obrębie tych dziedzin,
3. poszerzaniu bazy odbiorców o osoby spoza grona przekonanych.

Te wytyczne mogą z jednej strony posłużyć budowaniu własnego wizerunku, z drugiej zaś stanowić kryteria wyboru odpowiedniej osoby czy organizacji, z którą chcielibyśmy nawiązać współpracę w ramach naszych proszczepionkowych działań.

Taktyka budowania komunikatów

Poza wyzwaniem, jakim jest długofalowe kształtowanie odpowiedniego wizerunku lub też nawiązanie współpracy z osobą o takim wizerunku, warto poruszyć temat formułowania samych przekazów. Przez przekaz będę tutaj rozumiał każdą formę komunikacji, poczynając od komentarza w dyskusji na Facebooku, a skończywszy na filmowym spocie w ramach kampanii społecznej.

Z perspektywy budowania przekazu depolaryzującego istotne jest dostrzeżenie, że każdy komunikat ma swoją zawartość merytoryczną – argument lub zestaw argumentów mających zachęcić do szczepień – a także pewien ton i styl, w którym ów przekaz jest formułowany. Niemal każdy argument może być elementem depolaryzującego przekazu, jednak przekaz taki ma bardzo specyficzne wymagania w zakresie tonu i stylu wypowiedzi.

Jednym z takich wymagań jest omijanie negatywnej stereotypizacji odbiorców. Ani treść, ani forma naszego przekazu nie mogą odwoływać się do postrzegania postaw sceptycznych wobec szczepień jako przejawu głupoty, efektu braku wykształcenia, podatności na manipulacje czy egoizmu. Treść w rodzaju „Wybierz naukę zamiast filmów z żółtymi napisami!” zawiera

założenie, że osoba wahająca się w kwestii szczepień nie umie dokonać analizy wiarygodności źródeł na najbardziej podstawowym poziomie. Przekaz typu „Osoby niezaszczone stanowią dla nas śmiertelne zagrożenie!” może odrzucać nieprzekonanego odbiorcę, sugerując jego egoizm czy złą wolę.

Zamiast tego warto umieścić w swoim komunikacie zdania wyrażające zrozumienie dla wahającego się odbiorcy. Pomóc może akcentowanie tego, że każdy troszczy się o zdrowie swoje i najbliższych najlepiej jak umie, lub tego, jak trudno odnaleźć się w strumieniu sprzecznych, budzących emocje przekazów i szybko zmieniającego się stanu wiedzy. Ważne, by podkreślać, że osoby wahające się w kwestii szczepień mogą cechować się rozsądkiem, dobrą wolą oraz zaangażowaniem i że niektóre z ich obaw mają racjonalne podstawy, wymagające rzeczowego zaadresowania.

Kolejnym elementem, którego warto unikać, są treści sugerujące przemawianie z góry, z pozycji hierarchicznej przewagi lub niekwestionowanego autorytetu. W sekcji poświęconej polaryzacji postaw wobec szczepień przytaczałem badania wskazujące, że osoby, które odznaczają się wysokim posłuszeństwem wobec autorytetów, są przychylne szczepieniom. Sceptycznie nastawieni do nich są w większym stopniu ci, którzy mają skłonność do kwestionowania autorytetu. Zatem odwołując się do niego, przekonujemy już przekonanych, a jednocześnie uderzamy dokładnie w te tony, na które wątpiący w szczepionki mogą reagować alergicznie.

O wiele skuteczniejsze może być przemawianie z pozycji równościowej, wskazywanie na podobieństwa między Tobą i odbiorcami, odwoływanie się do pozytywnych motywacji oraz kompetencji odbiorców. Zamiast przekazu „Słuchajcie, tak mówi nauka, wy nic na ten temat nie wiecie, więc skończcie zabawę w ekspertów i róbcie, co mówią” lepiej wyjść do publiczności z przekazem „Ja też miałem swoje wątpliwości, ja też obawiam się tego, że mogę niechcący zaszkodzić swojemu dziecku, ale chętnie opowiem wam, co mnie ostatecznie przekonało”.

Elementem wprowadzającym dehierarchizację w komunikacji proszczepionkowej jest także zachęcanie do zapoznania się z bezpośrednimi wynikami badań (a nie tylko rekomendacjami) lub przekierowywanie odbiorców do otwartych repozytoriów baz danych. Nie chodzi, rzecz jasna, o to, by przygniść odbiorcę przepastnymi tabelami, ale raczej o to, by docenić jego kompetencje poznawcze i zaproponować mu wgląd w naukową kuchnię. Nieprzypadkowo

coraz więcej lokali gastronomicznych stawia na transparentność i kontakt z klientem, umożliwiając mu bezpośrednią obserwację procesu przygotowania potraw. Nawet jeśli klienci nie są zawodowymi kucharzami i nie rozumieją części procesów, na które patrzą, nabierają dzięki temu większego zaufania do lokalu i odczuwają bliższy związek z miejscem, które zaprasza ich na zaplecze.

Powyzsza zależność została wykazana w badaniu Songa i współpracowników (Song i wsp., 2022). Przedstawili oni osobom badanym wyimki z artykułu naukowego, zawierające informacje o tym, że baza danych i materiały badawcze są ogólnodostępne, a plan badań został wcześniej zarejestrowany. Okazało się, że gdy pojawiły się te informacje, zarówno badania, jak i autorzy byli oceniani jako bardziej wiarygodni w porównaniu z dokładnie takimi samymi badaniami, w których jednak brakowało deklaracji transparentności. Na marginesie warto dodać, że baza danych i materiały do tychże badań są publicznie dostępne, a plan badań został wcześniej zarejestrowany.

Oznacza to, że jako rzecznicy szczepień i komunikatorzy nauki powinniśmy starać się odnajdywać takie badania, do których publiczność może mieć dostęp, a następnie informować naszych odbiorców o tym, gdzie i jak mogą sami sprawdzić uzasadnienie naszych tez. W tej materii badania nad szczepionkami mają sporo do zaoferowania – wiele badań to zarejestrowane badania kliniczne, których dokumentacje oraz wyniki są ogólnodostępne (np. na stronie <https://www.clinicaltrialsregister.eu>), wiele z nich umożliwia także pełen dostęp do baz danych. W otwartym dostępie możemy ponadto zapoznać się z danymi statystycznymi dotyczącymi liczby zachorowań na poszczególne choroby czy też zależności pomiędzy zachorowaniami a rozpowszechnieniem szczepień. Jednym z wielu takich repozytoriów jest portal ourworldindata.org, który pozwala również na samodzielne wizualizowanie danych w formie wykresów. Za jego pomocą można przeprowadzić „własny research” bez błędzenia w gąszczu niezweryfikowanych informacji.

Podsumowując – gdy zależy nam na formułowaniu przekazu, który będzie budował porozumienie i sprzyjał depolaryzacji, powinniśmy pamiętać o następujących kwestiach:

1. Zadbajmy o to, by nasz przekaz nie powielał negatywnych stereotypów na temat osób wahających się co do szczepień, zwłaszcza stereotypów

- dehumanizujących (np. negujących rozsądek, dobrą wolę czy prawo do szacunku i bycia wysłuchanym).
2. Unikajmy odwoływania się do autorytetów i do hierarchii, a także przemawiania z pozycji ostatecznej i absolutnej wiedzy. W przeciwnym razie trafimy tylko do osób już przekonanych, a zniechęcimy tych, których wątpliwości biorą się właśnie z braku zaufania do autorytetów i z niechęci do bezwarunkowego podporządkowania się.
 - Starajmy się formułować nasz przekaz z pozycji „my”, obejmującej zarówno nadawcę, jak i odbiorcę. Podkreślając wspólnotę motywacji, wyrażając zrozumienie dla wątpliwości i prezentując pozytywne założenia na temat odbiorców, zwiększamy szansę na to, że odbiorca uwierzy w nasze pozytywne intencje.
 3. Tam, gdzie to tylko możliwe, wskazujmy na transparentność procesu naukowego, któremu zawdzięczamy stworzenie szczepionek i który dostarcza dowodów na ich skuteczność. Odsyłajmy odbiorców do baz danych, rejestrów badań, agregatorów danych statystycznych. Ci, którzy mają motywację i kompetencje, mogą sami przekonać się, że nie jesteśmy gołosłowni. Pozostali otrzymają w tym czasie sygnał, że jesteśmy otwarci na weryfikację.

Uwagi końcowe

Perswazja oparta na przełamaniu międzygrupowych podziałów jest trudna i nierzadko wymaga od nadawcy zidentyfikowania, a następnie zneutralizowania własnych stereotypów oraz wzniesienia się ponad odczuwaną, i często w pełni uzasadnioną, złość. Pomóc w tym może pewne ogólne nastawienie do własnej proszczepionkowej działalności, a także pewna wizja osoby będącej odbiorcą naszych działań.

Pamiętajmy, że odbiorcami naszego przekazu nie są działacze antyszczepionkowi. Nie przemawiamy ani do liderów tego ruchu, ani do jego aktywistów. To często cyniczni ludzie, którzy kierują się własnymi interesami finansowymi i politycznymi kalkulacjami. Są odpowiedzialni za wiele cierpienia i śmierci, a w swoich taktykach sięgają po najniższe i najbardziej kłamliwe metody. Nie namawiam Cię, drogi Czytelniku, do empatyzowania z nimi ani do wsłuchiwania się w ich racje. Namawiam Cię do tego, byś nie przenosił

swojej oceny działań zawodowych aktywistów antyszczepionkowych na ich odbiorców i nie kierował w stronę tychże odbiorców gniewu i potępienia, jakie powinny być zarezerwowane dla liderów tego ruchu.

Zamiast tego proponuję, byś wyobraził sobie odbiorcę swoich działań jako kogoś, kto wątpi, szuka, nie jest pewien. Kogoś, kto, podobnie jak Ty, próbuje podjąć jak najlepszą decyzję, zabezpieczyć zdrowie swoje i swoich bliskich. Jego ostateczny wybór nie będzie uzależniony jedynie od tego, jakie ma wykształcenie, ile wie o medycynie albo na kogo głosował w poprzednich wyborach. Będzie zależał od tego, jakie argumenty spotka na swojej drodze i jak go potraktuje ktoś, kto te argumenty przedstawia. Twoją rolą jest być kimś, kogo może spotkać i z kim zechce wejść w kontakt.

Rola atrybutów decyzji zależnych i niezależnych od polityki społecznej oraz interwencji behawioralnych w wyborach dotyczących szczepień

Przemysław Marcowski

Swartz Center for Computational Neuroscience,
University of California San Diego, San Diego, California, USA

Jakub Krawiec

Uniwersytet SWPS, Instytut Psychologii, DecisionLab, Polska

Maksymilian Pyrkowski

Uniwersytet SWPS, Instytut Psychologii, DecisionLab, Polska

Wojciech Białaszek

Uniwersytet SWPS, Instytut Psychologii, DecisionLab, Polska

Wstęp

Szczepienia stanowią jedno z podstawowych narzędzi prewencyjnych używanych w ochronie zdrowia publicznego. Są one skuteczną metodą kontroli, a niekiedy eliminacji chorób zakaźnych (Plotkin i wsp., 2018). Mimo to duża część populacji uchyla się od szczepień, co stanowi problem o zasięgu nie tylko krajowym, ale też globalnym (Braczkowska i wsp., 2017; Lazarus i wsp., 2021; Sowa i wsp., 2021). Strategiczna Grupa Doradcza Światowej Organizacji Zdrowia ds. Szczepień (SAGE) definiuje uchylanie się od szczepień (*vaccine hesitancy*) przeciwko chorobom zakaźnym jako odraczenie akceptacji lub odmowę przyjęcia bezpiecznych szczepionek pomimo dostępności usług związanych ze szczepieniami (MacDonald, 2015). Uchylanie się od szczepień przeciwko chorobom zakaźnym stwarza zagrożenie na poziomie lokalnym, ale może mieć również implikacje globalne, co obrazują lokalne fale zachorowań

na odrę oraz pandemia COVID-19 (Lazarus i wsp., 2021; Omer i Orenstein, 2009). W Polsce liczba osób uchylających się od szczepień obowiązkowych z roku na rok rośnie (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, 2023). W 2022 roku odnotowano ponad 70 tysięcy takich przypadków, w porównaniu z nieco ponad 60 tysiącami w roku 2021 i około 50 tysiącami w roku wcześniejszym (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, 2023). Formalne rozwiązania prawne w postaci sankcji (kar pieniężnych) wydają się niewystarczające lub nieskuteczne (Czechowicz, 2020).

Strategie przeciwdziałania uchylaniu się od szczepień mogą być nakierowane na różne aspekty procesu decyzyjnego (Betsch i wsp., 2015). Z perspektywy prezentowanych badań mogą to być działania pośrednie o charakterze informacyjnym, które zwiększają wiedzę odbiorców na temat szczepień, lub działania bezpośrednie, które przyjmują postać interwencji behawioralnych. Granice pomiędzy takimi pośrednimi i bezpośrednimi działaniami nie są wyraźne, ponieważ nawet prezentacja konkretnych, wybranych informacji o danym szczepieniu może być działaniem bezpośrednim, choć z pozoru bardziej przypomina działanie pośrednie.

Aby przygotować i przeprowadzić skuteczną kampanię informacyjną, należy ustalić, które części składowe decyzji są dla osób podejmujących ją ważne, a które mają charakter drugorzędny. Kluczowe jest zatem zrozumienie czynników wpływających na decyzje dotyczące zaszczepienia się (Betsch i wsp., 2015). Informacji o tym, jakie atrybuty tychże decyzji są ważne, dostarcza między innymi badanie Hoogink i współpracowników (Hoogink i wsp., 2020) odnoszące się do szczepień w populacji holenderskiej. Badano w nim preferencje i czynniki związane z decyzją o szczepieniu, a także różnice w podejmowaniu decyzji w dwóch różnych warunkach: szczepienia samego siebie (perspektywa własna) i szczepienia dziecka. Wśród osób rozważających szczepienie siebie najważniejszym atrybutem była skuteczność szczepionki, a następnie ciężar choroby i dostępność szczepionki. Dla osób podejmujących decyzję w imieniu swoich dzieci ciężar choroby i skuteczność szczepionki miały porównywalne wagi. Ponadto wyższy postrzegany poziom szczepień w ogólnej populacji lub w kręgu rodziny i przyjaciół zwiększał chęć szczepienia w obu grupach, co podkreśla rolę wpływu społecznego i norm w decyzjach dotyczących szczepień.

Uchylenie się od szczytów jest zjawiskiem behawioralnym, a zatem badania przeprowadzane w tym obszarze powinny koncentrować się na kreowaniu zmian zachowania w społeczeństwie. W celu modyfikacji istniejących zachowań oczywiste wydaje się zastosowanie interwencji behawioralnych. Jednymi z najpopularniejszych podejść, często porównywanymi ze sobą, są interwencje behawioralne typu „nudge” i „boost” (Hertwig i Grüne-Yanoff, 2017; Thaler i Sunstein, 2008). Cieszą się one rosnącym zainteresowaniem badawczym i mają znaczący potencjał, jeśli chodzi o inicjatywy podejmowane w zakresie zdrowia publicznego. Podejście „nudge” jest powszechnie stosowaną strategią zmiany zachowania zarówno na poziomie indywidualnym, jak i społecznym. Sam termin „nudge” bywa definiowany w literaturze naukowej na różne sposoby, zwykle różniące się pod względem rodzajów interwencji zaliczanych do tej kategorii, ich funkcji behawioralnych oraz wpływu na struktury podejmowania decyzji i na samych decydentów (Marchiori i wsp., 2017). Podstawowe rozumienie „nudge” wywodzi się z definicji sformułowanej przez Thalera i Sunsteina w 2008 roku (Thaler i Sunstein, 2008), zgodnie z którą „nudge” to „każdy element architektury wyboru, który przewidywalnie zmienia zachowanie, nie zabraniając żadnych opcji ani znacząco nie zmieniając zachęt ekonomicznych”. Pojawienie się tego paradygmatu wywołało żywe debaty dotyczące jego etycznych implikacji, aspiracji i potencjalnych zastosowań w polityce społecznej (Bradt, 2019; Marchiori i wsp., 2017). Ze względu na stosunkowo niski koszt wdrożenia i konstrukcję, która nie opiera się na finansowych nagrodach ani karach, podejście „nudge” mocno się rozwinęło, szczególnie w dziedzinach finansów, zdrowia i decyzji dotyczących środowiska naturalnego (Behavioural Insights Team, 2015; Sunstein, 2015).

Równie obiecująca jak podejście „nudge” jest strategia „boost”, pierwotnie zaproponowana przez Grüne-Yanoffa i Hertwiga (Grüne-Yanoff i Hertwig, 2016). Podczas gdy „nudge” ma na celu kształtowanie kontekstu podejmowania decyzji w celu kierowania zachowaniem, głównym celem podejścia „boost” jest poszerzenie kompetencji osoby podejmującej decyzje, aby mogła dokonywać najlepszych wyborów zgodnych z jej własnymi preferencjami (Hertwig i Grüne-Yanoff, 2017).

Zarówno „nudge”, jak i „boost” znalazły zastosowanie w medycynie i zdrowiu publicznym, jednak częściej wdrażanymi i lepiej poznanymi interwencjami są „nudge”, które wykorzystywano m.in. w takich obszarach, jak zachęcanie

obywateli do regularnych badań kontrolnych (Murayama i wsp., 2023) czy ograniczanie spożycia alkoholu i wyrobów tytoniowych (Louwagie i wsp., 2020). W ciągu ostatnich kilkunastu lat coraz częściej badane są zastosowania „nudge” oraz „boost” w zakresie szczepień. Zwłaszcza w dobie pandemii COVID-19 opublikowano wiele badań obrazujących różne podejście do „nudg’owania” osób badanych w celu zachęcania ich do zaszczepienia się (Motta i wsp., 2021). Okazało się, że odpowiednie ukazanie kontekstu informacji (skutków braku szczepień) zwiększa raportowaną przez osoby badane chęć zaszczepienia się. Wcześniejsze badania, na przykład dotyczące wirusa HPV, które kierowane były do matek dziewczynek w wieku dziecięcym i nastoletnim (Fahy i Desmond, 2010), wykazały, że odpowiednie prezentowanie wiadomości mających zachęcać do szczepienia dzieci nie było skuteczne. Jednak brak wpływu interwencji można przypisywać wysokiej przedinterwencyjnej chęci szczepienia dzieci. W dotychczasowych badaniach brakuje literatury wskazującej na skuteczność wdrażania „boostów” w kontekście szczepionek. Sam temat jest jednak niezwykle ciekawy, gdyż ten typ interwencji polega na rozwijaniu już posiadanych przez społeczeństwo kompetencji w celu podjęcia lepszej, przemyślanej decyzji, a nie na celowym oprawianiu informacji w taki sposób, żeby zmieniać postrzeganie wyniku danej decyzji i zachęcić do jej podjęcia.

Podsumowując, kluczową kwestią jest zrozumienie mechanizmów i czynników wpływających na decyzje związane ze szczepieniami. Pierwszym obszarem prezentowanych badań jest identyfikacja atrybutów, które skłaniają jednostki do podjęcia decyzji o zaszczepieniu siebie lub swoich dzieci, z uwzględnieniem atrybutów zależnych i niezależnych od polityki społecznej. Drugim zagadnieniem jest ocena efektywności interwencji behawioralnych, które mają za zadanie zwiększyć odsetek osób zaszczepionych. W tym kontekście przeprowadziliśmy dwa badania empiryczne, których wyniki prezentujemy poniżej.

Metoda ogólna

Procedura

Przeprowadzone badania bazowały na schemacie wyboru dyskretnego (*Discrete Choice Experiment*, DCE). Podstawowa procedura opierała się na bayesowskich schematach D-optimalnych (Kessels i wsp., 2011), zaimplementowanych za pomocą pakietu *idefix* w programie R (Traets i wsp., 2020).

Uczestnicy byli proszeni o dokonanie 35 wyborów, wskazujących preferencje jednego z dwóch scenariuszy szczepienia. Każda opcja (tj. scenariusz A lub B) była opisywana przez określoną liczbę atrybutów, różniących się w zależności od badania. Uczestnicy byli losowo przydzielani do jednego z dwóch warunków: podejmowania decyzji o zaszczepieniu siebie (warunek szczepienie siebie) lub swojego dziecka (warunek szczepienie dziecka). Procedura w każdym warunku była identyczna z wyjątkiem przedstawienia opisowych atrybutów scenariuszy, które odnosiły się do siebie samego lub do własnego dziecka.

Badania zostały przeprowadzone online, z podstawową procedurą zaimplementowaną w ramach aplikacji RShiny (Chang i wsp., 2015), a dodatkowe dane były zbierane za pomocą platformy Qualtrics (Qualtrics, Provo, UT; www.qualtrics.com). We wszystkich przypadkach uczestnicy udzielili świadomej zgody, przestrzegane były także wytyczne etyczne służące zapewnieniu poufności i anonimowości. Protokół badania został zatwierdzony przez lokalną komisję etyki.

Analiza danych

Analiza danych została przeprowadzona w środowisku obliczeniowym R (R Core Team, 2019). Aby ocenić, jak konkretne atrybuty scenariusza decyzyjnego wpływały na decyzje dotyczące szczepień, w obu badaniach użyliśmy mieszanych modeli logitowych z dodanymi efektami losowymi na poziomie uczestników. Zmienna zależna oznaczała wybór między scenariuszem A i B, a predyktorami były atrybuty obu scenariuszy oraz warunek eksperymentalny (szczepienie siebie lub dziecka). W celu zapewnienia wysokiej jakości danych dane dotyczące wyborów, w przypadku których czas reakcji przekraczał trzy odchylenia standardowe od średniej, zostały usunięte. Analizę przeprowadzono w dwóch etapach:

1. Do obliczenia ważności atrybutu (WA) decyzji, tj. wkładu tych atrybutów w moc predykcyjną modelu, model dopasowano do danych zebranych w każdym warunku oddzielnie. WA została określona za pomocą statystyki log-worth, tj. $WA = -\log_{10} p$ dla każdego atrybutu, p było uzyskiwane przez iteracyjne testy stosunku wiarygodności, które oceniały jakość dopasowania między pełnym modelem a modelami

pomijającymi dany parametr, odpowiadając znaczeniu wkładu każdego atrybutu do modelu.

2. Aby określić, jak każdy atrybut wpłynął na decyzję o szczepieniu w różnych warunkach, model został ponownie dopasowany i w rezultacie integrował wszystkie atrybuty decyzji i oba warunki eksperymentalne. Procedura była analogiczna w Badaniu 1 i Badaniu 2, z jednym wyjątkiem. W Badaniu 2, w celu zbadania wpływu interwencji behawioralnych, predyktory modelu obejmowały atrybuty decyzji, perspektywę szczepienia (szczepienie siebie lub dziecka) oraz warunki interwencji („boost” lub „nudge”). Dodatkowo atrybuty dotyczące interwencji zostały zrekodowane na zmienną binarną, wskazującą, czy konkretny rodzaj interwencji został przedstawiony w danym teście.

Badanie 1

Metoda

Osoby badane

Dane zebrano łącznie od 299 uczestników i uczestniczek (średni wiek = 35,57, SD = 9,51; 131 kobiet, 167 mężczyzn i 1 osoba deklarująca „inną” płeć). Uczestnicy zostali zrekrutowani za pomocą platformy do rekrutacji online Prolific (Prolific, Londyn, Wielka Brytania; www.prolific.co). Jak wspomniano, uczestnicy byli losowo przydzielani do warunku szczepienia siebie (N = 135) lub szczepienia dziecka (N = 164).

Procedura

Jak opisano w sekcji metodologii ogólnej, badanie było przeprowadzone na podstawie schematu wyboru dyskretnego. Każdy uczestnik dokonał serii 35 wyborów między dwoma scenariuszami szczepień. Każdy scenariusz charakteryzował się jednym poziomem każdego z ośmiu atrybutów (patrz Tabela 5.1). Atrybuty zostały wybrane na podstawie wcześniejszych badań (Diks i wsp., 2021; Hoogink i wsp., 2020; Luyten i wsp., 2019) i odzwierciedlały cechy opcji szczepień niezależne od polityki społecznej lub zależne od niej. Charakterystyki niezależne od polityki definiujemy jako te, które nie są podatne na wpływ lokalnej czy ogólnej polityki, a cechy zależne od polityki jako

kierowane przez nią, podatne na zmiany i kształtowane przez interwencje polityczne. Kolejność prezentacji atrybutów w każdym wyborze była losowana dla każdego uczestnika.

Tabela 5.1

Atrybuty i ich poziomy wykorzystane w Badaniu 1

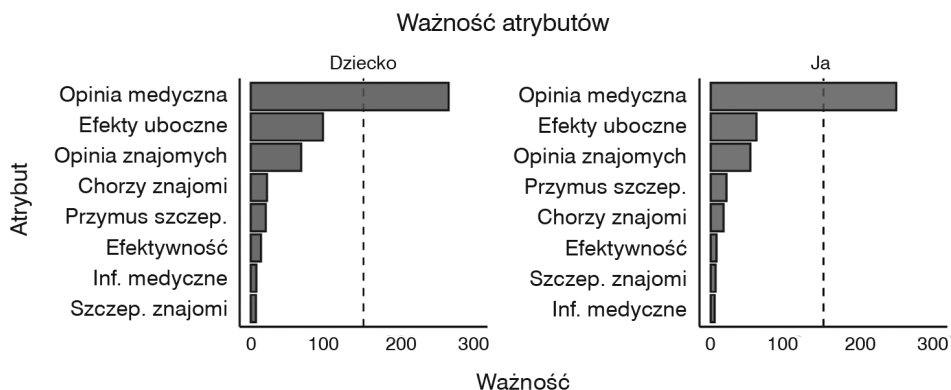
Atrybut	Opis	Poziomy
Niezależne od polityki społecznej		
Efektywność	Efektywność szczepionki	50% 90%
Efekty uboczne	Poważność efektów niepożądanych po szczepieniu	Lekkie Umiarkowane Poważne
Szczep. znajomi	Odsetek Twoich znajomych, którzy się zaszczepili	30% Twoich znajomych już się zaszczepiło 60% Twoich znajomych już się zaszczepiło 90% Twoich znajomych już się zaszczepiło
Chorzy znajomi	Liczba Twoich znajomych, którzy obecnie chorują	Nikt z Twoich znajomych obecnie nie choruje 1 z Twoich znajomych obecnie choruje 3 z Twoich znajomych obecnie choruje 9 z Twoich znajomych obecnie choruje
Zależne od polityki społecznej		
Przymus szczep.	Przymus szczepienia	Szczepienie nieobowiązkowe Szczepienie nieobowiązkowe, ale rekomendowane Szczepienie obowiązkowe
Opinia znajomych	Opinie znajomych o szczepionce	Bardzo negatywne Raczej negatywne Neutralne Raczej pozytywne Bardzo pozytywne

Opinia medyczna	Rekomendacja lekarza w trakcie wizyty	Zdecydowanie na nie Raczej na nie Neutralna Raczej na tak Zdecydowanie na tak
Inf. medyczne	Informacje o korzyściach i ryzyku stosowania szczepionki udzielone przez pracownika medycznego	Brak informacji Niepełne informacje Wyczerpujące informacje

Wyniki

Inspekcja ważności atrybutów (WA; Rysunek 5.1) ujawniła, że najważniejszymi atrybutami wpływającymi na decyzję o szczepieniu zarówno w warunkach szczepienia siebie, jak i w warunkach szczepienia dziecka są: rekomendacja lekarza w trakcie wizyty dotycząca szczepień, nasilenie skutków ubocznych szczepionki i opinia znajomych na temat szczepionki. W przypadku warunków przyjęcia perspektywy szczepienia dziecka WA to odpowiednio: 263,41, 96,04 i 67,07; natomiast w warunkach perspektywy szczepienia siebie wartości wynosiły odpowiednio: 247,25, 61,11 i 52,74. W scenariuszu dotyczącym dziecka innymi kluczowymi atrybutami były: liczba chorych znajomych (WA = 21,48), wymóg szczepienia (WA = 19,74), skuteczność szczepionki (WA = 13,47), informacje medycznego profesjonalisty na temat szczepień (WA = 7,39) i procent zaszczepionych przyjaciół (WA = 7,00). W przypadku sytuacji dotyczącej szczepienia siebie kolejnymi atrybutami po trzech najważniejszych były: wymóg szczepienia (WA = 20,91), liczba chorych przyjaciół (WA = 17,29), skuteczność szczepionki (WA = 7,61), procent zaszczepionych przyjaciół (WA = 6,54) i informacja przekazana przez specjalistę medycznego (WA = 5,30). Ogólnie rzecz biorąc, trzy atrybuty o najwyższych wartościach WA były zgodne w obu warunkach. Co warto zauważyć, najbardziej wpływowym atrybutem, niezależnie od tego, czy wybór dotyczy samego siebie czy dziecka, jest opinia specjalisty medycznego na temat szczepień.

W następnym kroku w celu określenia wpływu każdego atrybutu na decyzję o szczepieniu dokonano analizy dopasowanego modelu. Efekty te (uzyskane za pomocą testu Walda χ^2) prezentujemy w Tabeli 5.2, pokazując efekt netto każdego atrybutu (unikatowy dla każdego atrybutu przy kontroli pozostałych



Rysunek 5.1

Ważność atrybutów w Badaniu 1 dla warunku perspektywy szczepienia dziecka (lewy panel) i szczepienia siebie (prawy panel)

atrybutów i wszystkich jego poziomów). Wyjątkowym czynnikiem okazała się rekomendacja dotycząca szczepień udzielona przez specjalistę medycznego podczas konsultacji. Czynniki te uzyskały znacznie wyższą statystykę χ^2 w porównaniu z pozostałymi atrybutami. Kolejne atrybuty to: efekty uboczne szczepionki, opinia znajomych o szczepionce, wymóg szczepień i liczba chorych znajomych. Listę zamykają: efektywność szczepionki, procent zaszczepionych znajomych oraz informacja o plusach i minusach szczepienia się przekazana przez pracownika opieki medycznej. Wszystkie wymienione do tej pory atrybuty okazały się istotnie wpływać na wybór programu szczepień. W analizach zawarty został jeszcze jeden czynnik, a mianowicie manipulacja eksperymentalna w postaci warunku badawczego, czyli przyjmowanej perspektywy. Okazało się, że ten czynnik nie jest istotny statystycznie. Analizy uwzględniały także interakcje pomiędzy warunkiem badawczym a atrybutami decyzji, ale nie osiągnęły one progu istotności statystycznej ($p > 0,05$).

Tabela 5.2

Wpływ atrybutów na decyzje dotyczące przyjęcia szczepionki

Atrybut	χ^2	df	p
Opinia medyczna	2049,41	4	< 0,001
Efekty uboczne	671,90	2	< 0,001

Opinia znajomych	541,17	4	< 0,001
Przymus szczep.	183,73	2	< 0,001
Chorzy znajomi	180,99	3	< 0,001
Efektywność	87,47	1	< 0,001
Szczep. znajomi	60,85	2	< 0,001
Inf. medyczne	58,21	2	< 0,001
Warunek badawczy (szczepienie siebie lub dziecka)	< 0,01	1	0,977

Aby dokładniej zbadać, w jaki sposób różne atrybuty wpływały na decyzje dotyczące przyjęcia szczepionki, przyjrzelśmy się szacunkom parametrów każdego poziomu atrybutu decyzji. Jak przedstawiono w Tabeli 5.3, skuteczność szczepionki na poziomie 90% była związana z wyższym prawdopodobieństwem jej przyjęcia (OR = 1,31, 95% CI [1,19, 1,44]; $z = 5,57$, $p < 0,001$). W przeciwieństwie do umiarkowanych i ciężkich skutków ubocznych wywołanych przez szczepienie, które zmniejszały prawdopodobieństwo przyjęcia szczepionki (OR = 0,63, 95% CI [0,56, 0,71]; $z = -7,73$, $p < 0,001$ oraz OR = 0,35, 95% CI [0,31, 0,40]; $z = -16,24$, $p < 0,001$). Ponadto 60% zaszczepionych przyjaciół nieco obniżyło prawdopodobieństwo przyjęcia szczepionki (OR = 0,78, 95% CI [0,70, 0,87]; $z = -4,55$, $p < 0,001$), podczas gdy posiadanie aż dziewięciu chorych przyjaciół znacząco je zwiększyło (OR = 2,16, 95% CI [1,81, 2,57]; $z = 8,57$, $p < 0,001$).

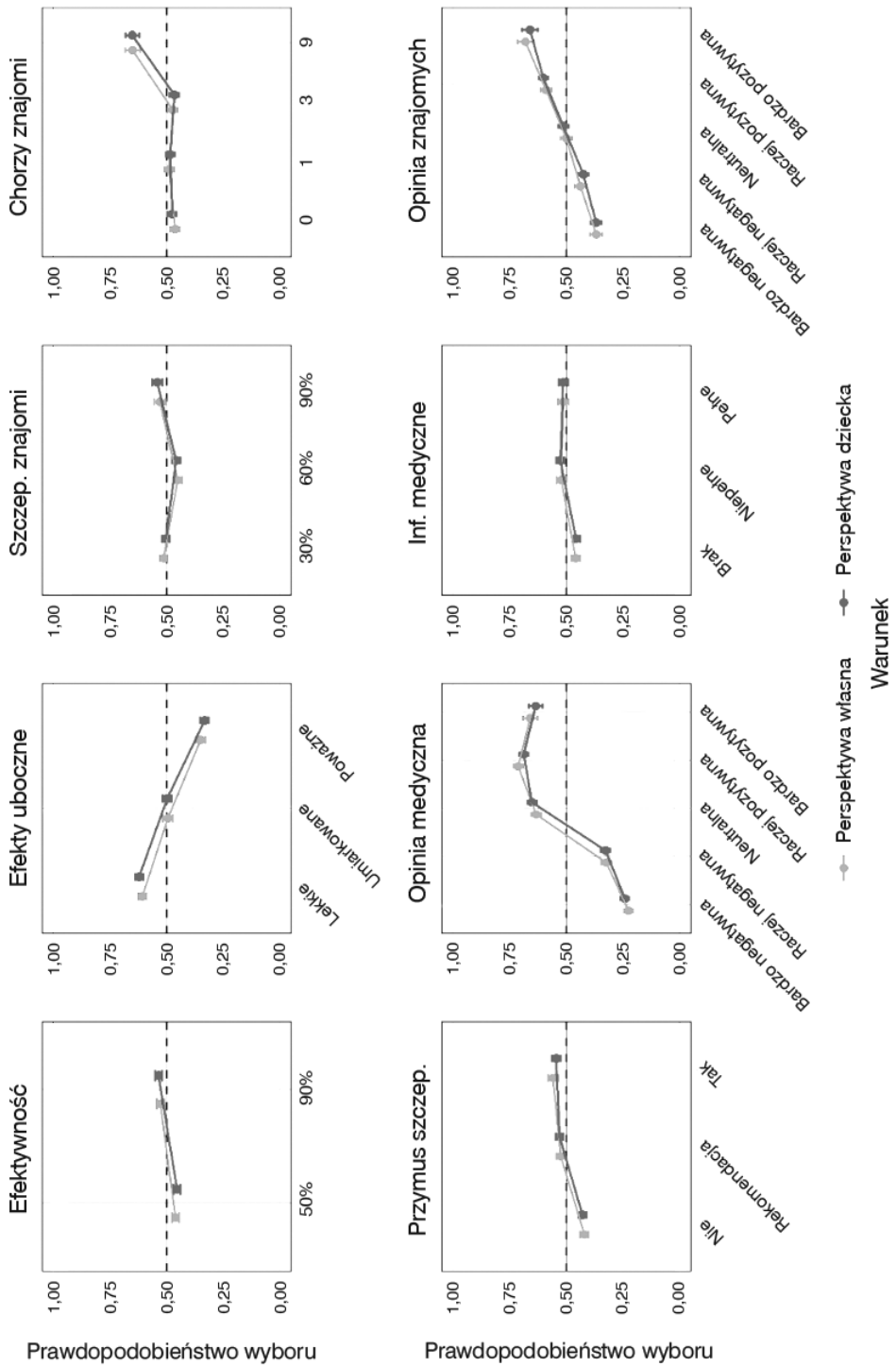
Tabela 5.3

Szacowane parametry modelu odpowiadające ilorazowi szans (OR) wraz z przedziałami ufności (CI), które reprezentują wpływ różnych atrybutów na decyzje dotyczące przyjęcia szczepionki

Parametr	OR	95% CI	z	p
Model bazowy (Przecięcie)	0,14	[0,12, 0,18]	-17,15	< 0,001
Efektywność				
90%	1,31	[1,19, 1,44]	5,57	< 0,001
Efekty uboczne				
Umiarkowane	0,63	[0,56, 0,71]	-7,73	< 0,001
Poważne	0,35	[0,31, 0,4]	-16,24	< 0,001

Szczep. znajomi					
60%	0,78	[0,7, 0,87]	-4,55	< 0,001	
90%	1,07	[0,94, 1,21]	1,04	0,300	
Chorzy znajomi					
1 chory znajomy	1,10	[0,98, 1,25]	1,58	0,115	
3 chorych znajomych	1,04	[0,92, 1,18]	0,66	0,510	
9 chorych znajomych	2,16	[1,81, 2,57]	8,57	< 0,001	
Przymus					
Szczepienie nieobowiązkowe, ale rekomendowane	1,52	[1,36, 1,7]	7,30	< 0,001	
Szczepienie obowiązkowe	1,75	[1,55, 1,97]	9,20	< 0,001	
Opinia medyczna					
Raczej na nie	1,64	[1,42, 1,91]	6,53	< 0,001	
Neutralna	5,92	[5,07, 6,9]	22,63	< 0,001	
Raczej na tak	8,49	[7,25, 9,95]	26,49	< 0,001	
Zdecydowanie na tak	6,65	[5,54, 7,98]	20,27	< 0,001	
Inf. medyczne					
Niepełne informacje	1,29	[1,16, 1,44]	4,52	< 0,001	
Wyczerpujące informacje	1,25	[1,11, 1,41]	3,64	< 0,001	
Opinia znajomych					
Raczej negatywna	1,34	[1,15, 1,55]	3,73	< 0,001	
Neutralna	1,72	[1,47, 2,01]	6,73	< 0,001	
Raczej pozytywna	2,46	[2,12, 2,87]	11,68	< 0,001	
Bardzo pozytywna	3,64	[2,98, 4,45]	12,72	< 0,001	

Nakazy dotyczące szczepień również odgrywały rolę, przy czym szczepienie, które było nieobowiązkowe, ale zalecane, zwiększało prawdopodobieństwo (OR = 1,52, 95% CI [1,36, 1,70]; $z = 7,30$, $p < 0,001$), a jeszcze większy wpływ wywierało szczepienie obowiązkowe (OR = 1,75, 95% CI [1,55, 1,97]; $z = 9,20$, $p < 0,001$). Efekty opinii specjalisty medycznego na temat szczepień, wahających się od negatywnych do mocno pozytywnych, były istotne i we wszystkich przypadkach odgrywały znaczącą rolę podczas dokonywania wyboru. Najmocniejszym wpływem odznaczała się raczej pozytywna opinia



Rysunek 5.2

Krańcowe prawdopodobieństwo (Prawdopodobieństwo wyboru) przyjęcia szczepionki dla każdego poziomu atrybutu decyzyjnego w warunkach perspektywy szczepienia siebie lub szczepienia dziecka

lekarza (OR = 8,49, 95% CI [7,25, 9,95]; $z = 26,49$, $p < 0,001$), wpływ ten nieco słabł w sytuacji, gdy specjalista przedstawiał opinię mocno pozytywną (OR = 6,65, 95% CI [5,54, 7,98]; $z = 20,27$, $p < 0,001$). Na decyzję dotyczącą szczepienia oddziaływała również kompletność informacji o szczepionce dostarczanych przez specjalistę medycznego – zarówno niekompletne (OR = 1,29, 95% CI [1,16, 1,44]; $z = 4,52$, $p < 0,001$), jak i kompletne informacje (OR = 1,25, 95% CI [1,11, 1,41]; $z = 3,64$, $p < 0,001$) zwiększały chęć wyboru programu. Istotne okazały się także opinie przyjaciół na temat szczepionki, zwłaszcza gdy były mocno pozytywne (OR = 3,64, 95% CI [2,98, 4,45]; $z = 12,72$, $p < 0,001$). Krańcowe prawdopodobieństwa przyjęcia szczepionki w warunkach szczepienia siebie lub swojego dziecka zostały przedstawione na Rysunku 5.2.

Badanie 2

Metoda

Procedura

Podstawowa różnica między Badaniem 1 a Badaniem 2 polegała na uwzględnieniu dodatkowych atrybutów, które działały jako „nośniki” dla dwóch różnych interwencji behawioralnych: „nudge” i „boost”. Obie interwencje zostały zaimplementowane zarówno w warunkach szczepienia siebie, jak i szczepienia dziecka, co skutkowało czterema różnymi grupami: nudge-szczepienie dziecka, nudge-szczepienie siebie, boost-szczepienie dziecka i boost-szczepienie siebie. Celem badania było ustalenie, czy włączenie tych interwencji behawioralnych wpłynie na hierarchię atrybutów zaobserwowaną w Badaniu 1, a także gdzie w hierarchii uplasują się same interwencje.

Projekt interwencji opierał się na wprowadzeniu odrębnych atrybutów, zawierających konkretne elementy interwencji behawioralnej, tak jak opisano w pracy Hertwiga i Grune-Yanoff (Hertwig i Grüne-Yanoff, 2017). Wybrane interwencje opierały się na mechanizmach, które należą do najczęściej badanych w przypadku interwencji behawioralnych, a co za tym idzie są także najczęściej stosowane w politykach publicznych: chodzi o normy społeczne oraz proste heurystyki (Hertwig i Grüne-Yanoff, 2017; Mertens i wsp., 2022). W warunku „nudge” atrybut odnosił się do techniki „nudge” uwzględniającej normę społeczną opisaną przez Sunsteina (2014). Technika

ta ma swoje korzenie w deskryptywnej normie społecznej i polega na informowaniu uczestników o opcji „wybranej przez większość uczestników”. Ten atrybut stale prezentował dwa poziomy w scenariuszach wyboru: „Większość uczestników wybierała tę opcję” i „Mniejszość uczestników wybierała tę opcję”. Sukces interwencji typu „nudge” byłby widoczny, jeśli uczestnicy wybieraliby w dużej mierze poziom atrybutu „Większość wybierała tę opcję”, zgodnie z opisową normą społeczną.

W przeciwieństwie do interwencji typu „nudge” podstawą warunków „boost” było dostarczenie uczestnikom heurystyki, która pomogłaby im lepiej poruszać się w procesie podejmowania decyzji. W naszym badaniu atrybut przekazujący tę informację połączoną z heurystyką był określany jako „organizacja rekomendująca”. W warunku „boost” przed główną fazą eksperymentu uczestnikom przedstawiono, wykreowany na potrzeby badania, podmiot o nazwie „DSCU” – renomowane centrum badawcze, znane ze „skrupulatnie przeprowadzanych corocznych badań nad szczepionkami w celu identyfikacji szczepionki najwyższej jakości”. Celem tego procesu było dostarczenie uczestnikom narzędzia interpretacyjnego dla niezwiązanego, nowego atrybutu, stworzonego specjalnie do badania. Gdyby uczestnicy skłaniali się do wybierania opcji rekomendowanej przez „DSCU”, sugerowałoby to, że byli skłonni wykorzystać dostarczoną heurystykę w procesie przetwarzania prezentowanych informacji.

Aby kontrolować potencjalne efekty uczenia się, uczestnicy byli losowo przydzielani do warunku szczepienia siebie lub szczepienia dziecka. Aby zachować spójność, uczestnicy byli przyporządkowani na stałe do warunku „nudge” lub do warunku „boost” podczas obu pomiarów. Odstęp między pierwszym a kolejnym pomiarem wynosił jeden tydzień.

Osoby badane

W Badaniu 2 wzięło udział 327 osób (średnia wieku = 35,80, odchylenie standardowe = 10,00; 174 mężczyzn, 134 kobiety i 19 osób deklarujących „inną” płeć). Do grupy „boost” przyporządkowano 172 osoby, a do grupy „nudge” 155 osób. Warto zaznaczyć, że w momencie przystąpienia do badania uczestnicy byli losowo przydzielani do jednej interwencji behawioralnej, która oddziaływała na nich na przestrzeni dwóch pomiarów. Innymi słowy, od początku do końca badania uczestnicy byli wystawieni tylko na jeden rodzaj interwencji:

„boost” lub „nudge”. Następnie, w trakcie dwóch pomiarów oddzielonych tygodniem, osoby badane podejmowały decyzje z perspektywy szczepienia siebie i dziecka. Kolejność podejmowania decyzji z obu tych perspektyw była losowa.

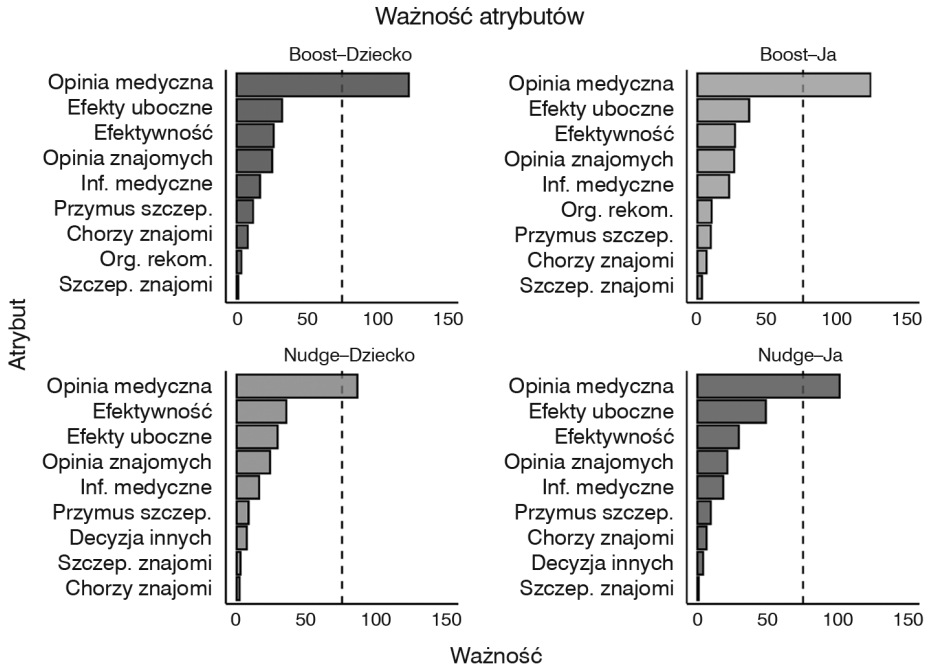
Wyniki

W badaniu nad wpływem interwencji behawioralnych na decyzję o szczepieniu otrzymano hierarchię ważności atrybutów w każdym warunku (Rysunek 5.3). W ramach interwencji „boost” w perspektywie szczepienia dziecka opinia specjalisty medycznego była nadrzędna i osiągnęła wartość $WA = 122,45$. Następnie pojawiły się takie atrybuty, jak poważność skutków ubocznych szczepionki ($WA = 32,53$), efektywność szczepionki ($WA = 26,39$) i opinia znajomych na temat szczepienia ($WA = 25,35$). Co więcej, nawet gdy perspektywa decyzji dotyczyła szczepienia siebie, opinia specjalisty medycznego zachowała swoją czołową pozycję z ważnością WA równą $122,95$. Kolejne atrybuty w tym kontekście to: poważność skutków ubocznych szczepionki ($WA = 36,84$) i jej efektywność ($WA = 26,83$).

W ramach interwencji „nudge” w warunku perspektywy szczepienia dziecka opinia medyczna osiągała ważność WA równą $85,92$ i była na szczycie listy atrybutów. Kolejne miejsca zajęły: efektywność szczepionki ($WA = 35,49$) oraz poważność skutków ubocznych szczepienia ($WA = 29,24$). Także gdy interwencja „nudge” została wdrożona w kontekście szczepienia siebie, opinia profesjonalisty medycznego wyróżniała się względną ważnością $WA = 100,98$. Innymi kluczowymi atrybutami w tym kontekście były: poważność skutków ubocznych szczepienia ($WA = 48,75$) oraz efektywność szczepionki ($WA = 29,44$).

W każdej kombinacji interwencji i kontekstu opinia profesjonalisty medycznego konsekwentnie wyłaniała się jako atrybut kluczowy. Jednak stopień jej dominacji różnił się w zależności od interwencji i kontekstu decyzji. Wyniki te podkreślają związek między typem interwencji behawioralnej a kontekstem decyzji, podkreślając ich łączny wpływ na wzorce wyborów dotyczących szczepień.

Ważna jest także analiza pozycji w hierarchii atrybutów: „Wybór większości” (atrybut „Decyzja innych”) w warunkach interwencji „nudge” oraz „Rekomendująca organizacja” (atrybut „Org. rekom.”) w warunkach interwencji

**Rysunek 5.3**

Ważność atrybutów w Badaniu 2 w zależności od warunku problemu decyzyjnego (warunek perspektywy własnej lub dziecka) oraz warunku interwencji („nudge” lub „boost”). Atrybut „Org. rekom.” był wprowadzany w grupach z interwencją „boost”, a atrybut „Decyzja innych” – w grupach z interwencją „nudge”

„boost”. Oba te atrybuty były nośnikami interwencji i oba, jak można zobaczyć na Rysunku 5.3, plasowały się zazwyczaj wśród trzech lub czterech najmniej ważnych atrybutów. Warto jednak zwrócić uwagę, że atrybut rekomendującej organizacji osiągnął nieco wyższą pozycję w warunku „boost” w kontekście szczepienia siebie, a jego wartość wynosiła $WA = 10,07$.

W celu identyfikacji wpływu różnych atrybutów na wybór scenariusza szczepienia ocenie poddano parametry dopasowanego modelu (Tabela 5.4). Okazało się, że wszystkie atrybuty decyzji związanej ze szczepieniami wpływały istotnie na decyzję o zaszczepieniu się. Jedynymi predyktorami ujętymi w modelu, które nie oddziaływały bezpośrednio na decyzję (nie biorąc pod uwagę interakcji), były: typ interwencji (brak różnicy pomiędzy interwencją „nudge” i interwencją „boost”) oraz to, czy decyzję osoby badane podejmowały dla siebie czy dla dziecka.

Tabela 5.4

Efekty atrybutów (test χ^2 Walda), perspektywy szczepienia (ja lub dziecko) oraz interwencji behawioralnych (łącznie „nudge” lub „boost”) wraz z efektami interakcyjnymi

Atrybut	χ^2	df	p
Opinia medyczna	1744,99	4	< 0,001
Efekty uboczne	587	2	< 0,001
Opinia znajomych	460,96	4	< 0,001
Efektywność	452,91	1	< 0,001
Inf. medyczne	335,93	2	< 0,001
Przymus	120,96	2	< 0,001
Obecność interwencji	92,99	1	< 0,001
Chorzy znajomi	79,8	3	< 0,001
Szczep. znajomi	7,64	2	0,022
Typ interwencji („nudge” lub „boost”)	< 0,01	1	0,951
Perspektywa szczepienia (szczepienie siebie lub dziecka)	< 0,01	1	0,987
Chorzy znajomi * Obecność interwencji	142,1	3	< 0,001
Inf. medyczne * Obecność interwencji	134,12	2	< 0,001
Opinia medyczna * Obecność interwencji	83,01	4	< 0,001
Przymus * Obecność interwencji	58,27	2	< 0,001
Efektywność * Obecność interwencji	56,39	1	< 0,001
Opinia znajomych * Obecność interwencji	38,95	4	< 0,001
Szczep. znajomi * Obecność interwencji	28,57	2	< 0,001
Efekty uboczne * Obecność interwencji	12	2	0,002

Nota. Przedstawione zostały wybrane efekty, które okazały się istotne lub wynikające z przyjętego schematu badawczego.

W celu bardziej szczegółowego sprawdzenia, jak różne atrybuty decyzyjne wpływają na decyzję o szczepieniu, poddano ocenie oszacowania parametrów modelu. Wyraźnym czynnikiem kształtującym wybory była efektywność szczepionki. Gdy podawano, że jej wartość wynosi 90%, znacząco zwiększało

to szanse wyboru programu (OR = 2,71, 95% CI [2,51, 2,92]; $z = 10,48$, $p < 0,001$). Z kolei główną przeszkodę stanowiło nasilenie skutków ubocznych szczepionki. Gdy szczepionki były opisywane jako mające umiarkowane działania niepożądane, zmniejszało się prawdopodobieństwo wyboru scenariusza (OR = 0,60, 95% CI [0,56, 0,65]; $z = -8,01$, $p < 0,001$). Awersja była bardziej wyraźna w przypadku szczepionek związanych z poważnymi skutkami ubocznymi (OR = 0,45, 95% CI [0,42, 0,49]; $z = -14,58$, $p < 0,001$). Znaczącą rolę odgrywał również wymóg szczepień. Gdy szczepionki określano jako obowiązkowe, uczestnicy wykazywali większą skłonność do tego, by je wybrać (OR = 1,55, 95% CI [1,26, 1,91]; $z = 4,18$, $p < 0,001$). Na dokonywane wybory wpływały ponadto zalecenia od specjalistów medycznych. Szczepionki poparte mocno pozytywną opinią medyczną były bardzo cenne (OR = 5,63, 95% CI [4,18, 7,73]; $z = 10,67$, $p < 0,001$). Innym kluczowym czynnikiem były opinie przyjaciół. Scenariusze decyzyjne, w których znajomi mieli pozytywne poglądy na temat szczepień, miały znacząco większe szanse na wybór (OR = 2,01, 95% CI [1,49, 2,71]; $z = 4,57$, $p < 0,001$). Oprócz podstawowych atrybutów decyzyjnych warto również wspomnieć o efekcie interwencji behawioralnej. Wprowadzenie takiej interwencji cechowało się istotnie znaczącym wpływem na wybór programu szczepień – zwiększało prawdopodobieństwo wyboru scenariusza ponad 2,5-krotnie (OR = 2,64, 95% CI [1,56, 4,45]; $z = 3,66$, $p < 0,001$).

Jeśli chodzi o interakcje, kombinacja posiadania 9 chorych znajomych i obecności interwencji okazywała się bardziej przekonująca (OR = 2,55, 95% CI [1,83, 3,55]; $z = 5,52$, $p < 0,001$). Zaobserwowaliśmy również interakcję poziomu atrybutu „raczej negatywnej opinii na temat szczepienia od specjalisty medycznego” i interwencji behawioralnej (OR = 0,45, 95% CI [1,47, 1,70]; $z = 8,77$, $p < 0,001$). Znacząca interakcja wskazywała na wpływ posiadania niekompletnej informacji o szczepionce od profesjonalisty medycznego w obecności interwencji (OR = 2,00, 95% CI [1,53, 2,60]; $z = 5,17$, $p < 0,001$).

Kierunek działania interwencji nie zawsze polegał na wzmocnieniu zakładanego kierunku atrybutu. W niektórych przypadkach wprowadzenie interwencji mogło wywołać potencjalny efekt reaktancji, tj. niechęci do postępowania zgodnie z zaleceniem, w wyborach scenariuszy szczepień. Na przykład wpływ różnych poziomów efektywności szczepionki (90% lub 60%)

sam w sobie zwiększał prawdopodobieństwo wyboru danej szczepionki w porównaniu z modelem bazowym. Jednakże sytuacja może wyglądać inaczej, gdy efektywność współwystępuje z interwencją behawioralną. Interakcja między skutecznością szczepienia na poziomie 90% a interwencją wskazuje na spadek prawdopodobieństwa szczepienia, jeśli te dwa atrybuty występują równocześnie (OR = 0,56, 95% CI [0,43, 0,73]; $z = -2,09$, $p < 0,001$). Podobna sytuacja ma miejsce, gdy interwencja oddziałuje z atrybutem odnoszącym się do zalecenia szczepionki – jeśli szczepionka była zalecana, uczestnicy samoistnie skłaniali się ku wyborowi tej konkretnej opcji (OR = 1,66, 95% CI [1,38, 2,00]; $z = 5,37$, $p < 0,001$), ale gdy program z wymogiem szczepienia współwystępował z interwencją, wówczas ten poziom atrybutu odstraszał od jego wyboru (OR = 0,67, 95% CI [0,52, 0,88]; $z = -2,87$, $p = 0,004$).

Dyskusja

Szczepienia ochronne są podstawowym narzędziem kontroli i zapobiegania chorobom zakaźnym. Jednakże skuteczność tego typu środków nie zależy wyłącznie od ich formalnych charakterystyk. Do barier ograniczających praktyczną użyteczność szczepień należą indywidualne preferencje dotyczące szczepienia się. W sytuacji nieznanymi preferencji jednostki nawet najlepsza szczepionka, charakteryzująca się dużą efektywnością i nikłymi skutkami ubocznymi, mogłaby się okazać narzędziem mało użytecznym. W dwóch badaniach sprawdziliśmy, jak kształtuje się siła wpływu różnych informacji na wybór programu szczepień. W szczególności zbadaliśmy, w jaki sposób na wybór programu szczepień wpływają preferencje dotyczące atrybutów zależnych i niezależnych od polityki społecznej. Dodatkowo sprawdziliśmy, czy przyjęcie perspektywy dziecka wpływa na tego typu decyzje oraz czy swoją rolę mogą tu odegrać interwencje behawioralne takie jak „nudge” i „boost”.

Z obu badań wynika, że atrybut „Opinia specjalisty medycznego nt. szczepionki, przekazana podczas konsultacji” jest jednoznacznie najważniejszy, jeżeli chodzi o indywidualne decyzje odnośnie do szczepień. Ten atrybut zakwalifikowaliśmy jako zależny od polityki związanej ze szczepieniami, będącej podstawą funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Ważne okazało się to, by osoby będące specjalistami medycznymi nie prezentowały negatywnych opinii na temat szczepień. Wydawałoby się, że profesjonaliści, pracownicy

służby zdrowia, będą niemal jednomyślnie prezentować pozytywną postawę wobec szczepień, a także będą grupą niestroniącą od szczepień ochronnych. Wyniki badań ukazują jednak inny obraz tej grupy. Przykładowo Grzela i współpracownicy (Grzela i wsp., 2016) donoszą, że większość personelu medycznego nie ma pewności co do bezpieczeństwa szczepień. Wskazane badanie nie było reprezentatywne, ale wyniki badania ogólnopolskiego z 2017 roku zdają się potwierdzać obawy, wskazując, że jedna czwarta lekarzy nigdy się nie szczepi (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, 2023). Na gruncie polskim rekomendacje z badania ogólnopolskiego na lekarzach wskazują, że należałoby zwiększyć dostępność skierowanych do lekarzy materiałów edukacyjnych bazujących na dowodach (Stefanoff i wsp., 2020). Wyniki naszych badań popierają ten wniosek, ponieważ opinie lekarzy są jednym z kluczowych czynników kształtujących decyzje dotyczące szczepienia siebie i własnych dzieci. Tego typu materiały informacyjne mogłyby przyjąć postać tabel informacyjnych (*fact boxes*), które są sprawdzoną formą komunikacji w domenie zdrowia (Rebitschek i wsp., 2022).

Przedstawione Badania 1 i 2 pokazały, że perspektywa szczepienia (siebie lub dziecka), czyli efekt sformułowania problemu decyzyjnego, nie powodowała znacznych i regularnych zmian w hierarchii atrybutów sytuacji decyzyjnej. Podobne wyniki otrzymano w reprezentatywnych badaniach na terenie Holandii (Hoogink i wsp., 2020). Autorzy podsumowali, że różnice w wynikach w zależności od perspektywy były niewielkie. Chociaż w innych badaniach efekt przyjmowania perspektywy innej osoby w wyborach dotyczących ryzyka wystąpił (Białaszek i wsp., 2016; Hsee i Weber, 1997), to jednak w świetle uzyskanych przez nas rezultatów wydaje się, że dorośli posiadający dzieci, przyjmując perspektywę dziecka, traktują swoje wybory jako zbieżne z własnymi postawami i wartościami w zakresie ochrony zdrowia.

W odniesieniu do interwencji behawioralnych „nudge” i „boost” można byłoby sformułować wniosek, że interwencje te nie były najistotniejsze (z punktu widzenia hierarchii atrybutów), jednak po wnikliwszej analizie warto wspomnieć o kilku zależnościach związanych z interwencjami behawioralnymi. Wyniki naszego badania wskazują, że są one skuteczne, jeżeli chodzi o wybór programu szczepień, choć nie jest to zależność prosta, jednokierunkowa. Obecność interwencji wchodziła w interakcję ze wszystkimi badanymi atrybutami, zwiększając lub zmniejszając prawdopodobieństwo wyboru danego

programu szczepień. W przypadku takich poziomów atrybutów, jak posiadanie 9 chorych znajomych czy przekazywanie niekompletnej informacji przez specjalistę medycznego, występowanie interwencji podkreślało wagę tych atrybutów i wzmacniało szansę wyboru danego scenariusza. Można byłoby podsumować, że interwencje w tych warunkach działają synergicznie z poziomami danych atrybutów. Tego typu wyniki trudno jednak uogólnić.

Ciekawy rezultat zaobserwowaliśmy w związku ze wzmacnianiem kierunku atrybutu przez interwencję. Efekt ten pojawił się w sytuacji „raczej negatywnej opinii” przekazywanej przez specjalistę medycznego. Gdy interwencja i ten poziom atrybutu współwystępowały, negatywny wydzźwięk wiadomości jeszcze mocniej zniechęcał do wyboru danego scenariusza szczepienia. Na podstawie tego wyniku, który wymagałby replikacji na reprezentatywnej próbie, można sformułować następującą rekomendację: działania edukacyjne lekarzy i specjalistów z obszaru zdrowia powinny być fundamentem i poprzedzać wdrożenie interwencji behawioralnych. Wprowadzenie interwencji behawioralnych w sytuacji umiarkowanych, ale negatywnych opinii lekarzy mogłoby odnieść skutek odwrotny do zamierzonego.

Z drugiej strony jednak działanie interwencji prowadziło niekiedy do zmniejszania wagi niektórych informacji. Gdy poziom efektywności szczepionki wynosił 90% (w porównaniu z 50%) i występował bez interwencji, zwiększał prawdopodobieństwo wyboru tego scenariusza. Kiedy jednak pojawiała się interwencja, efekt zmieniał swój kierunek – interakcja z interwencją powodowała spadek prawdopodobieństwa wyboru danej opcji. Do podobnej sytuacji dochodziło w przypadku współwystępowania interwencji z informacją o tym, że szczepienie jest rekomendowane. Gdy informacja występowała samodzielnie, zachęcała do wyboru, natomiast gdy występowała razem z interwencją, zniechęcała do wyboru konkretnego scenariusza. Wskazuje to na potencjalnie dwutorowe działanie interwencji, które należy brać pod uwagę, stosując je, tak by w niektórych przypadkach (takich jak duża efektywność szczepionki) nie maskować „naturalnego”, pożądanego działania atrybutu szczepionki. Ta interakcja, polegająca na negatywnym oddziaływaniu interwencji behawioralnej z atrybutem związanym z efektywnością szczepionki, jest bardzo istotna w świetle wcześniejszych badań, które wskazują, że „efektywność szczepienia” stanowi kluczowy atrybut, jeżeli chodzi o wybory (Bishai i wsp., 2007; Determann i wsp., 2014; Hoogink i wsp., 2020; Oteng i wsp., 2011).

Zaprezentowane badania, a w szczególności płynące z nich konkluzje powinno się interpretować ostrożnie. Jednym z ich ograniczeń może być fakt, że do badań użyte zostały hipotetyczne scenariusze wyboru. Chociaż z wcześniejszych badań wynika, że preferencje dotyczące hipotetycznych konsekwencji przekładają się na realne wybory, zachowując trafność ekologiczną (De Bekker-Grob i wsp., 2020), to jednak potrzebna byłaby weryfikacja stawianych tez bezpośrednio wobec realnego zachowania. Tego typu testy mogłyby przyjąć formę eksperymentu naturalnego. W dalszych badaniach nad poruszonymi kwestiami powinno się wziąć pod uwagę także wieloczynnikowy charakter zjawiska, jakim jest uchylanie się od szczepień (Sowa i wsp., 2021), oraz konieczność przeprowadzenia badań reprezentatywnych, obejmujących konkretną populację. Mogłyby to być badania o charakterze przedwdrozeniowym, których celem byłaby kampania informacyjna lub wprowadzenie interwencji behawioralnych.

Implikacje praktyczne i rekomendacje

Podsumowując, przedstawione badania pokazują, że atrybuty zależne od polityki społecznej, czyli te, na które architekci decyzji mogą mieć realny wpływ, w sposób istotny wpływają na chęć zaszczepienia się. Osoby badane są bardziej skłonne zaszczepić się w sytuacji, gdy szczepienia są wymagane, opinie znajomych o szczepionce pozytywne, a informacje o korzyściach i zagrożeniach szczepionki klarownie przekazywane przez personel medyczny. Atrybutem, który w naszych badaniach był ogólnie najważniejszy, była rekomendacja lekarza dotycząca danej szczepionki udzielona podczas wizyty. Prawdopodobieństwo wyboru planu szczepienia znacznie wzrasta, gdy opinia lekarza jest neutralna lub pozytywna. Ważne jest, aby lekarzy sceptycznie nastawionych do szczepień w klarowny sposób informować o skuteczności szczepień w ogóle, jak i konkretnych szczepionek przeciwdziałających chorobom zakaźnym.

Na ogólnym poziomie interwencje behawioralne okazały się skuteczne, ale w naszych badaniach nie było różnicy pomiędzy interwencją „nudge” w postaci reguły większości a interwencją w postaci zwiększenia kompetencji osób badanych. Natomiast samo wprowadzenie interwencji behawioralnej, niezależnie od jej rodzaju, praktycznie podwaja szansę wyboru konkretnego scenariusza szczepienia. Zaobserwowaliśmy także znaczące interakcje między

wprowadzeniem interwencji a poziomami konkretnych atrybutów decyzji. Z obserwacji tych można wyciągnąć wniosek, że aby skutecznie implemencować interwencje behawioralne, należy robić to w możliwie prostych sytuacjach decyzyjnych z ograniczoną liczbą atrybutów i ich poziomów. Wprowadzenie oddziaływania w złożonej sytuacji decyzyjnej, przy natłoku różnych informacji (np. poprzez zaprezentowanie ich w materiałach informacyjnych), mogłoby przynieść efekt odwrotny do efektu synergii. W sytuacji bardzo złożonej interwencja, zamiast oddziaływać synergicznie z poziomami atrybutów, mogłaby – przeciwnie – skutkować mniejszym prawdopodobieństwem wyboru danego szczepienia.

Wprowadzenie interwencji behawioralnych, także tych, które mają charakter jedynie informacyjny, powinno być poprzedzone reprezentatywnymi badaniami dotyczącymi roli atrybutów. Wydawałoby się, że argumenty formalne, dotyczące na przykład efektywności szczepień, będą najbardziej przekonujące, ale być może prosta rekomendacja szczepienia przez lekarza prowadzącego wywierałaby jeszcze większy wpływ na zachowanie. Nasze badania wskazują także na konieczność sprawdzenia danej interwencji w badaniach przedwdrożeńowych. Wprowadzenie interwencji behawioralnych wraz z intensywną i jednoczesną kampanią informacyjną na temat charakterystyk szczepień może przynieść efekt odwrotny do oczekiwanego.

Kto i do kogo mówi o szczepionkach? Konstrukcja aktora w dyskursie antyszczepionkowym

Karina Stasiuk-Krajewska
Uniwersytet SWPS

Wprowadzenie teoretyczne

W prezentowanym rozdziale zastosowano metodologię ilościowej i jakościowej analizy dyskursu, odwołując się, w pewnym zakresie, także do ujęcia kwantytatywno-korpusowego języka. Zasadniczym założeniem teoretycznym stojącym u podstaw zarówno analizy kwantytatywno-korpusowej, jak i wszelkiej analizy dyskursu (ilościowej i jakościowej) jest przekonanie, że względnie jednolity (możliwy do odróżnienia) obraz danego obiektu/faktu/zjawiska społecznego zdeponowany jest w języku, którego używają przedstawiciele danej grupy społecznej (posługujący się danym językiem) (Berger i Luckmann, 2020). Przy tym grupa społeczna może oznaczać – tak jak w prezentowanym tu badaniu – pewną wspólnotę symboliczną, złączoną nie tylko wspólnymi praktykami społecznymi, ale przede wszystkim wspólną wizją (interpretacją) rzeczywistości, odwołującą się do zbieżnych wartości (Kong, 2014). Wspólnota taka określana też bywa mianem dyskursywnej (Swales, 1990). Wartości te są zakodowane w strategiach komunikacyjnych, w metaforach i szerzej – w strategiach i praktykach dyskursywnych, których dana grupa używa. Dlatego też za istotną uznaje się analizę owych strategii i praktyk – charakterystycznych dla danej wspólnoty dyskursywnej (w tym przypadku konstytuowanej przez wspólny zestaw poglądów na świat) praktyk komunikacyjnych. Język danej wspólnoty symbolicznej (w tym przypadku wspólnoty „antyszczepionkowców”) jest w tym ujęciu specyficznym sposobem porządkowania rzeczywistości społecznej, a zatem prezentuje i jednocześnie konstytuuje

określony stosunek do tej rzeczywistości, pewne doświadczenie, zestaw ocen i norm, światopogląd czy ideologię (Mańczyk, 1982).

Punktem wyjścia metodologii wykorzystanej w analizie materiału językowego są osiągnięcia metodologiczne językoznawstwa korpusowego i leksykometryczne podejście do analizy języka i dyskursu (Kamasa, 2014; Pawlikowska, 2012). Istotą tego podejścia jest zastosowanie metod ilościowych oraz narzędzi komputerowych w celu rekonstrukcji JOS, czyli językowego obrazu świata (Bartmiński, 2006), aktualizowanego w praktykach komunikacyjnych danej wspólnoty, których nośniki i przejawy (w tym przypadku artykuły na stronach www) tworzą dedykowany korpus wyrażen weralbnych. I choć uznaje się, że jednoznaczne zdefiniowanie językoznawstwa korpusowego jest problematyczne, to zasadniczo należy przyjąć, że zajmuje się ono zasadami i praktyką wykorzystywania korpusów w badaniu języka (Pawłowski, 2003) z wykorzystaniem narzędzi informatyki (Sinclair, 1991). Językoznawstwo korpusowe posługuje się więc obszernymi zbiorami tekstów (czyli korpusami), które są dobierane zgodnie z przyjętymi zasadami i kategoriami analitycznymi. Zatem analizowane są – co szczególnie istotne w tym ujęciu procesów językowych i co zdaje się stanowić jego istotną wartość – rzeczywiste wzorce językowe. Odwołanie się do aparatu badań matematyczno-statystycznych oraz – w konsekwencji – przyporządkowanie analizy statystycznej i wykorzystanie metod ilościowych do badania zjawisk językowych pozwalają wyodrębnić w materii językowej danego korpusu grupy statystyczne, które można poddać dalszej analizie. Z drugiej zaś strony empiryczny i ilościowy charakter badanych prawidłowości implikuje mierzalność i/lub kwantyfikację pewnych cech języka (Pawłowski, 2001).

Tak pozyskane i ustrukturyzowane dane można wykorzystać do badań nad dyskursem charakterystycznym dla danej wspólnoty, a więc prezentującym jej specyficzną interpretację świata społecznego. W teoretycznym ujęciu dyskursu (Carpentier, De Cleen, 2007; Carpentier, 2017), na bazie którego zaprojektowane zostały przedstawione poniżej badania, szczególną rolę odgrywają koncepcja Michela Foucaulta (Foucault, 1977, 1981, 2002, 2006) oraz, nieco łatwiejsza do operacjonalizacji metodologicznej, teoria Ernesto Laclau i Chantal Mouffe (Laclau, 1988, 2004; Laclau i Mouffe, 2007). Fundamentalne jest tu, wspomniane wcześniej, założenie, że każdy przedmiot rzeczywistości społecznej konstruowany jest dyskursywnie, a zatem wszystko, co w świecie

ludzkim materialne, jest w istocie dyskursywne (dyskursywnie wytworzone jako znaczące, semantyczne). Tak rozumiany dyskurs jest więc swoistym horyzontem tego, co społeczne, więcej nawet – tego, co może być pomyślane/wypowiedziane jako sensowne, sama zaś analiza dyskursywna skierowana jest nie na fakty, lecz na „warunki ich możliwości” (Laclau, 1998, s. 555).

Dany dyskurs (wizja świata, ideologia, rozumienie pewnych pojęć, takich jak nauka czy medycyna) powstaje jako względnie stabilna struktura znacząca w polu dyskursywnym na skutek praktyk wiązania (łączenia ze sobą semantyk), co z kolei prowadzi do wykształcenia się tzw. punktów zapikowania (*nodal points*), które stabilizują dyskurs, umożliwiając tym samym utrzymanie jego struktury i odrębności w obszarze całego pola dyskursywnego. *Nodal points* to punkty stabilizujące dyskurs, konstytuujące go jako całość o silnej wewnętrznej strukturze. Bez nich dyskurs utraciłby swoją sensowność. To właśnie punkty zapikowania stanowią ośrodki pojęciowe, które – dodatkowo – mają tendencję do neutralizowania się, ukrywania swej uznaniowości czy dyskursywności.

W tym sensie istotnym dyskursem nowoczesności jest na przykład dyskurs „prawdziwego dziennikarstwa”. Jego punkty zapikowania stanowią kategorie etyczne: prawdy, niezależności, obiektywizmu i społecznej odpowiedzialności. Tak skonstruowany dyskurs dziennikarstwa (dający odpowiedź na pytanie, kim jest prawdziwy dziennikarz, lub na czym polega prawdziwe dziennikarstwo) osadzony jest w szerszym dyskursie współczesności, dla którego punktami zapikowania (węzłowymi semantykami) są z kolei kategorie wiedzy naukowej, indywidualizmu, wolności czy równości (Stasiuk-Krajewska, 2018). Silna pozycja dyskursu „prawdziwego dziennikarstwa” w polu modernizmu (która nie jest tym samym co silna pozycja dziennikarstwa jako takiego i która przejawia się w raczej powszechnie głoszonym przekonaniu, że warunkiem właściwego funkcjonowania współczesnych społeczeństw demokratycznych jest właściwie funkcjonujące dziennikarstwo, które w tej chwili przechodzi kryzys) wynika właśnie ze zbieżności istotnych punktów węzłowych obu dyskursów.

Zwróćmy zatem uwagę, że siła („hegemonia” w terminologii Laclau i Mouffe) danego dyskursu wynika nie tylko z jego wewnętrznej spójności, ale także z szerokiego obszaru zgodności z dyskursem dominującym danej epoki (*episteme* w języku Foucaulta). To dlatego, o czym będzie mowa niżej, dyskurs

antyszczepionkowy konstruuje sam siebie jako racjonalny i naukowy, a także stający w obronie zasadniczych dla współczesnych społeczeństw wartości. Buduje to bowiem jego pozycję w szerzej rozumianym polu dyskursywnym nowoczesności.

Zaprezentowane powyżej teoretyczne ujęcia dyskursu należy uzupełnić ujęciem lingwistycznym, które próbuje się implementować w rozmaitych modelach analitycznych. Ich istotą jest wskazanie tych elementów danych praktyk dyskursywnych, które można wyodrębnić, scharakteryzować oraz nadać im szczególną wagę w celu przeanalizowania konstrukcji rzeczywistości konotowanej przez dany dyskurs. W kontekście zaprezentowanych poniżej analiz szczególnie interesujący jest model DIMEAN (Warnke i Spitzmüller, 2009). Jego autorzy, lokując swoje analizy w polu lingwistyki dyskursu (a więc w istocie na pograniczu teorii dyskursu i teorii języka, co stanowi również cechę charakterystyczną przedstawionych tutaj badań i analiz), konstatują brak modelu analitycznego (metodologicznego), który obszar lingwistyki dyskursu uczyniłby łatwiejszym do zestandaryzowanej operacjonalizacji badawczej, ale już w następnym kroku taki model proponują. Trudno jednoznacznie stwierdzić, że przyjął się on powszechnie w lingwistycznych analizach dyskursu, z pewnością jednak stanowi jedną z najpełniejszych i najbardziej uporządkowanych propozycji w tym obszarze. Jego główne elementy prezentuje Tabela 6.1.

Tabela 6.1

Model DIMEAN.

Źródło: Warnke, I.H., Spitzmüller, J. (2009). Wielopoziomowa lingwistyczna analiza dyskursu – DIMEAN, „Tekst i Dyskurs”, No 2, 143–144.

Płaszczyzna trans-tekstualna	Analiza dyskursu	<ul style="list-style-type: none"> • tekstowość • schemat (skrypt) • podstawowe semantyczne figury dyskursu • symbolika społeczna • indeksowość • historyczność • ideologia/mentalność • ogólne debaty polityczne i społeczne
-------------------------------------	------------------	---

Aktorzy	Role interakcyjne		<ul style="list-style-type: none"> • autor • potencjalni adresaci
	Pozycje dyskursu		<ul style="list-style-type: none"> • społeczna stratyfikacja / władza • społeczność dyskursywna • Ideology Brokers • Voice • status wertykalności
	Medialność		<ul style="list-style-type: none"> • medium • formy komunikacji • obszary komunikacji • wzorce tekstu
Płaszczyzna intra-tekstualna	Analiza tekstu	Wizualna struktura tekstu	<ul style="list-style-type: none"> • layout/design • typografia • relacja tekst–obraz • materialność / nośnik tekstu
		Struktura makro: temat tekstu	<ul style="list-style-type: none"> • pola leksykalne • pola metafor • opozycje leksykalne • realizacja tematu
		Struktura meso: temat w częściach tekstu	<ul style="list-style-type: none"> • strategie tekstu / funkcje tekstu • gatunki tekstu
	Analiza propozycji	Propozycje na płaszczyźnie mikrostruktur	<ul style="list-style-type: none"> • składnia • figury retoryczne • leksemy metaforyczne • znaczenie socjalne, ekspresywne i deontyczne • presupozycje • implikatury • akty mowy
		Analiza słowa	Jednostki jednosłowne Jednostki wielosłowne

Badania własne

Dyskurs antyszczepionkowy, rozumiany jako konstrukcja pewnego fragmentu rzeczywistości społecznej oraz konstrukcja pewnej interpretacji tej rzeczywistości społecznej, wyrażone w języku danej grupy społecznej (o poglądach antyszczepionkowych), stanowi niewątpliwie jedno z istotnych świadectw funkcjonowania ruchu antyszczepionkowego. Który z kolei, zarówno w sensie komunikacyjnym, jak i w szerszym sensie społecznym, jest we współczesnych społeczeństwach jedną z ważniejszych narracji lokujących się w obszarze szeroko rozumianej dezinformacji oraz przynależnych do teorii spiskowych. Istotna jest jednak nie tylko jego reprezentatywność, lecz także to, że jest on obciążony poważnymi konsekwencjami dla jednostek i grup społecznych.

Problem badawczy dotyczył jednego z istotnych elementów dyskursu antyszczepionkowców, a mianowicie narracji realizowanej w ramach grupy o tego rodzaju poglądach, przejawiających się w tekstach publikowanych w mediach (portalach internetowych) otwarcie głoszących poglądy antyszczepionkowe i czyniących z nich ważny element swojej tożsamości (tzw. media alternatywne).

Celem badania było wskazanie specyficznych elementów i struktur semantycznych (pól semantyczno-leksykalnych) powiązanych z aktorami i rolami społecznymi, wyraźnie obecnych w owym dyskursie, pozwalających jednocześnie dokonać wglądu w to, w jaki sposób liderzy i uczestnicy ruchów antyszczepionkowych (osoby uznające się za „antyszczepionkowców”) dyskursywnie konstruują rzeczywistość społeczną, a zatem w jaki sposób ją rozumieją, interpretują i oceniają. Istotne było także odnalezienie w analizowanym dyskursie elementów lokujących go (poprzez wspólność lub zaprzeczenie) w kontekście istotnych elementów pola dyskursywnego współczesności.

Podstawowe pytanie badawcze dotyczyło zatem tego, w jaki sposób dyskurs antyszczepionkowy konstruuje aktorów życia społecznego.

Dodatkowo w badaniu poszukiwano odpowiedzi na pytania, czy – zgodnie z ogólnie przyjętymi poglądami – dyskurs antyszczepionkowy operuje silnymi emocjami (zwłaszcza negatywnymi) i w tym sensie nie jest racjonalny ani nie aktualizuje kategorii wiedzy i kompetencji (w zakresie konstrukcji aktorów życia społecznego). Czy jest silnie etykietujący? Wreszcie: jakie elementy

poła dyskursywnego współczesności (dominujących sposobów interpretacji świata) aktualizuje?

W celu udzielenia odpowiedzi na powyższe pytania zdecydowano się poddać badaniu wypowiedzi na temat szczepień ochronnych, w których pojawiały się argumenty świadczące o ich rzekomej szkodliwości. Wykorzystano metody związane z kwantytatywno-korpusową lingwistyczną analizą dyskursu. W pierwszej kolejności określony został charakter docelowego korpusu. Jego rozmiar wynosić miał minimum 500 000 słów, co w przypadku analiz tego typu pozwala już zaobserwować pewne statystycznie wiarygodne prawidłowości. Przechodząc do obranej perspektywy czasowej, jako datę początkową, a więc najbardziej aktualną, wyznaczono grudzień 2019 roku. Wypowiedzi nowsze nie były w badaniu brane pod uwagę ze względu na pandemię COVID-19, przy czym stwierdzono, że ostatnie miesiące roku 2019 były czasem, kiedy jeszcze niewiele o tym pisano. Teksty zbierane były od najbardziej aktualnych do najstarszych, aż do momentu osiągnięcia odpowiedniego stanu nasycenia korpusu, tzn. do uzyskania założonej wcześniej liczby 500 000 słów.

Jeśli chodzi o pochodzenie tekstów do badania, ustalono, że najbardziej rzetelnym i wartościowym źródłem będą portale internetowe, które można uznać za miejsca, gdzie prezentowane są różnego rodzaju „teorie spiskowe”. Za najbardziej reprezentatywną w tym przypadku uznano stronę Wolnedia.net, która ma tę interesującą właściwość, że jej redaktorzy pełnią funkcję swoistych *gate keeperów*, udostępniających doniesienia z różnych mniej lub bardziej poczytnych portali.

Łącznie na potrzeby badania zebrano 532 teksty z lat 2012–2019, które składały się w sumie z 500 105 słów. Po usunięciu spójników, przyimków, zaimka zwrotnego „się” i tym podobnych elementów oraz liczb, a następnie po wgraniu pliku tekstowego ze wszystkimi wypowiedziami do programu WordStat, wchodzącego w skład pakietu Provalis, otrzymano zbiorcze dane statystyczne dla całego korpusu, który ostatecznie składał się z 346 633 słów.

Z uwagi na specyficznie określone cele i pytania badawcze analiza zgromadzonego materiału odbywała się na zasadzie przeszukiwania listy frekwencyjnej pod specyficznym kątem. Na liście poszukiwano określeń używanych w celu komunikowania o aktorach (rolach) społecznych dyskursu antyszczepionkowego. Z tego powodu przeprowadzona i prezentowana tutaj analiza, mimo że jej punktem wyjścia była metodologia ilościowa, nie skupia się

wyłącznie na liczbach. Całkowicie pomijany jest również wątek statystycznych aspektów analizowanego dyskursu, ponieważ celem badania nie było określenie takich parametrów, jak długość frazy, konkordancje lub kolokacje wybranych leksemów. Zamiast tego skoncentrowano się na charakterystyce zgromadzonych tekstów jako połączonych tematycznie wypowiedzi, obrazujących całokształt narracji antyszczepionkowych. Takie podejście wydaje się też znacznie bardziej efektywne z punktu widzenia praktycznych zastosowań i zaleceń wynikających z przeprowadzonych analiz.

Zgodnie z przyjętymi założeniami badawczymi przedstawione poniżej analizy dotyczą sposobów konstruowania aktorów dyskursu antyszczepionkowego (w kontekście emocji, etykietowania i innych wybranych elementów pola dyskursywnego).

Kategoria aktorów dyskursu została wyodrębniona i uznana za godną zainteresowania badawczego z kilku powodów. Przede wszystkim analizy kategorii leksykalnych wchodzących w zakres tego obszaru pozwalają wskazać wiele charakterystycznych cech danego dyskursu związanych nie tylko z aktorami jako takimi, ale także z tym, jak konstruowana jest przez ich pryzmat rzeczywistość dyskursywna. W tym sensie leksemy odnoszące się do aktorów ewokowanych w analizowanym korpusie pełnią nie tylko funkcję nazw, lecz również funkcję słów kluczy i słów stygmatów (Warnke, Spitzmüller, 2009). Leksemy powiązane z kategorią aktorów są także stosunkowo jednoznaczne, a co za tym idzie – możliwe do wyodrębnienia i wiarygodne analitycznie, jeśli ograniczamy analizę do intratekstowego poziomu jednostek słownych. Ostatcznym argumentem był fakt, że kategoria aktorów w analizowanym dyskursie jest bardzo mocno obecna (17 331 kategorii leksykalnych), co staje się szczególnie widoczne, jeśli weźmiemy pod uwagę to, że – w celu uniknięcia zafałszowań – pominięto formy przymiotnikowe, które jednak mogą występować w funkcji rzeczownika będącego nazwą osoby (chodzi o formy typu: atakowany, bezkarny, bezkrytyczny itp.). Na podstawie uzyskanych danych nie można rozstrzygnąć, czy pośród wspomnianych wyżej form przeważają te o funkcji przymiotnikowej (typu: bezkarny polityk), czy też rzeczownikowej (bezkarni zawsze unikają kary). Szczegółnej obecności leksemów odnoszących się do osób dowodzi także zaobserwowane występowanie tych form w konkretnych polach semantycznych w porównaniu z innymi formami z tych pól. Charakterystyczny przykład prezentuje Tabela 6.2.

Tabela 6.2
Pola semantyczne „leczyć” i „mieszkać”

	FREKWENCJA
LEKARZ/LEKARKA	1536
LEK/LEKARSTWO	250
LECZENIE	246
LECZYĆ	52
LEKARZY	391
LEKARSKI(-A)	199
LECZĄCY(-A)	28
LECZĄC	1
	FREKWENCJA
MIESZKANIEC	32
MIESZKAĆ	11
MIESZKAJĄCY(-A)	6
MIESZKANIE	4
MIESZKALNY	2
MIESZKANIOWY	1

Jak widać, nazwy aktorów znacznie przewyższają liczebnie inne leksemy obecne w danym polu semantycznym. W kontekście zgromadzonych danych trudno mówić o regule, ale z całą pewnością jest to wyraźna tendencja (szczególnie uderzająca w przypadku tak istotnej dla analizowanego dyskursu kategorii leksykalnej „leczyć”).

Można zatem bezpiecznie przyjąć założenie, że dyskurs antyszczepionkowy „komunikuje aktorem”, czyli odniesieniem do człowieka; do pełnionych przez niego (nią) ról i funkcji społecznych; do relacji, w które wchodzi, oraz postaw, które przyjmuje wobec rzeczywistości.

Na podstawie analizy jakościowej w obszarze szerokiej kategorii aktorów wyodrębniono 11 pól leksykalno-semantycznych, które są wyraźnie reprezentowane w analizowanym dyskursie.

1. Pole semantyczno-leksykalne „rodzina” (frekwencja 6094) obejmuje kategorie leksykalne, które odnoszą się do nazw członków rodziny, a więc denotuje relacje pokrewieństwa.
2. Pole semantyczno-leksykalne „zawody i profesje” (frekwencja 3601) obejmuje kategorie leksykalne odnoszące się do aktywności o charakterze profesjonalnym, wymagającej określonych i specyficznych umiejętności, często technicznych lub związanych z posiadaniem określonej wiedzy.
3. Pole semantyczno-leksykalne „nazwy ogólne” (2912) obejmuje kategorie leksykalne, które nazywają aktorów dyskursu, ale nie przypisują im szczególnych charakterystyk. Ostatecznie w tej kategorii zdecydowano się umieścić także leksemy „kobieta” i „mężczyzna”. Generalnie nie wyodrębniono płci jako osobnej kategorii, warto jednak podkreślić, że zróżnicowanie w tym zakresie brane jest pod uwagę przy analizie poszczególnych pól semantycznych i prowadzi do istotnych wniosków.
4. Pole semantyczno-leksykalne „role społeczne” (1661) obejmuje kategorie leksykalne, które odnoszą się do odgrywanej w społeczeństwie roli lub do zajmowanej pozycji. Rola społeczna jest zasadniczo demokratyczna, czyli dostępna dla wszystkich członków społeczeństwa, a jej realizacja nie wiąże się zazwyczaj ze szczegółowymi, formalnie określonymi kompetencjami ani nie konotuje władzy czy wpływu społecznego.
5. Z kolei pole semantyczno-leksykalne „funkcje społeczne” (1448) obejmuje kategorie leksykalne odnoszące się do aktorów, których pozycja społeczna jest sformalizowana, obejmuje określony zakres kompetencji, odpowiedzialności i władzy. Nie jest też powszechnie dostępna. Z drugiej strony jednak nie jest zawodem ani profesją w wąskim rozumieniu (jak w polu „zawody i profesje”). Klasyfikacja niektórych kategorii leksykalnych w kontekście tych trzech pól semantyczno-leksykalnych: „zawody i profesje”, „role społeczne”, „funkcje społeczne”, może być oczywiście przedmiotem dyskusji (np. w kontekście kategorii leksykalnej „aktor(ka)”), warto jednak podkreślić, że przyjęty tu sposób prezentacji wynika z przeprowadzonej analizy jakościowej (dotyczącej na przykład tego, w jakich kontekstach kategoria leksykalna „aktor(ka)” pojawia się w analizowanych tekstach).

6. Pole leksykalno-semantyczne „wiek” (669) obejmuje kategorie leksykalne konotujące wiek aktora, którego dotyczą.
7. Pole leksykalno-semantyczne „wartościujące negatywnie” (350) obejmuje kategorie leksykalne, które konotują jednoznacznie negatywną ocenę aktorów społecznych, do których się odnoszą. Kryterium powstania tego pola jest odmienne niż w przypadku pozostałych pól, jednak z powodów, o których będzie mowa w dalszej części analizy, uznano jego wyodrębnienie za istotne. Warto też zauważyć, że kategorie leksykalne, które wchodzą w jego zakres, są na tyle ogólne, że trudno byłoby zaklasyfikować je do innych analizowanych pól semantyczno-leksykalnych.
8. Pole leksykalno-semantyczne „grupy” (305) obejmuje kategorie leksykalne odnoszące się do przynależności narodowej, etnicznej oraz religijnej zbiorowości aktorów.
9. W zakres pola leksykalno-semantycznego „poglądy/postawy” (131) wchodzi kategorie leksykalne związane ze światopoglądem (np. politycznym) aktorów, ale także – co okazało się istotniejsze w toku analizy – z postawami aktorów wobec rzeczywistości.
10. Pole leksykalno-semantyczne „relacje” (82) obejmuje kategorie leksykalne, które odnoszą się do aktorów przez pryzmat relacji (innych niż rodzinne), w które owi aktorzy wchodzi z innymi aktorami życia społecznego. Relacje te nie mają charakteru profesjonalnego, nie są też związane z określoną rolą czy funkcją społeczną. Wobec powyższych wykluczeń w kategorii tej zostały uwzględnione głównie te kategorie leksykalne, które odnoszą się do znajomości o charakterze koleżeńskim.
11. Pole leksykalno-semantyczne „inne” (72).

Szczegółową prezentację zróżnicowania w ramach wyodrębnionych pól leksykalno-semantycznych zawiera Tabela 6.3.

Ponieważ w przypadku niektórych zaprezentowanych poniżej kategorii (pól leksykalno-semantycznych) zaobserwowano duże zróżnicowanie (przejawiające się także wysoką frekwencją leksemów włączonych do kategorii „inne”), zdecydowano się przedstawić szczegółowo w tabeli (Tabela 6.4)

te leksemy, które weszły do kategorii „inne” w każdym z wymienionych pól semantycznych.

Tabela 6.3

Aktorzy. Główne pola leksykalno-semantyczne

Rodzina	6094	Zawody i profesje	3601
Dziecko/dzieciak/dzieciaczek	4010	Lekarz (-arka)	1536
Rodzic	1146	Naukowiec	293
Syn(ek)	258	Ekspert*	162
Córka (-eczka)	256	Doktor	126
Matka/mama/mamusia	236	Pediatra	122
Ojciec*/tata/tatuś	55	Pielęgniarka (-arz)	120
Żona	25	Badacz	109
Mąż*	14	Inspektor	90
Dziadek	10	Profesor	83
Inne (np. siostra, ciocia, rodzeństwo)	84	Żołnierz	76
		Specjalista (-tka)	73
		Dyrektor (ka)	72
Nazwy ogólne	2912	Dziennikarz (-arka)	59
Ludzie	808	Prawnik	44
Człowiek	299	Szef (owa)	35
Kobieta	230	Ordynator (ka)	29
Pani	199	Konsultant (ka)	27
Ktoś	149	Położna (-nik)	25
Osoba	1184	Wakcynolog	23
Mężczyzna	35	Redaktor (ka)	23
Inne (facet, bliźni)	8	Adwokat	21
		Neurolog	20
Wiek	669	Kierownik (-czka)	19
Noworodek	204	Uczony (-a)	14
Dziewczyna/dziewczęta/ dziewczynka	136	Epidemiolog	16
Chłopak/chłopiec	108	Sędzia (-ina)	15
Wcześnieśnik	73	Tłumacz	14
Młodzież	53	Wirusolog	14
Nastolatek (-tka)	40	Prokurator	14
Małoletni (-nia)/małolat	29	Aktor (ka)	13
Inne (np. senior, maluch (-uszek), staruszek)	26	Dentysta	13
		Doradca	13
		Medyk	12
		Reporter	12
		Inne (np. chirurg, psycholog, generał)	274

Role społeczne	1661	Funkcje społeczne	1448
Pacjent(ka)	543	Urzędnik	196
Obywatel(ka)	194	Producent(ka)*	195
Przedstawiciel(ka)	118	Autor(ka)*	165
Członek*	109	Polityk	109
Opiekun(ka)	64	Pracownik(-nica)	107
Świadczeniodawca*	45	Prezydent	78
Autorytet*	37	Posel/posłanka	73
Widz	34	Prezes	50
Dawca	32	Minister	39
Mieszkaniec	32	Funkcjonariusz	36
Świadek	31	Premier	32
Klient*	23	Wojewoda	27
Weteran	23	Przewodniczący(-a)	24
Czytelnik	21	Właściciel*	23
Kandydat*	21	Kongresman(ka)	18
Konsument	18	Pracodawca*	18
Uczeń	18	Marszałek	16
Partner*	14	Współautor(ka)*	16
Świadczeniobiorca*	14	Sekretarz	14
Niewolnik*	12	Wiceminister	14
Aktywista	11	Założyciel(ka)*	14
Bloger(ka)	11	Twórca*	13
Podatnik	11	Król(owa, ewna)	12
Bezdomny	11	Reprezentant*	12
Informator	10	Inne (np. wydawca, lider(ka), rzecznik)	147
Organizator*	10		
Student(ka)	10		
Inne (np. ochotnik, bohater, laureat(ka))	156		
Wartościujące	350	Grupy	305
Antyszczepionkowiec	59	Polak(-ka)	62
Lobbysta	45	Żyd	35
Gej	16	Anglik	21
Idiota	15	Czarny/czarnoskóry*	20
Fanatyk	14	Uchodźca	18
Felczer	13	Cudzoziemiec	15
Oszołom	11	Francuz	12
Wróg	10	Imigranci	12
Inne (np. szaleniec, kaleka, ignorant)	167	Inne (np. Czech, Niemiec, Afrykanin)	110

Poglądy/postawy	131	Relacje	82
Przeciwnik(-czka)	49	Kolega	31
Krytyk	21	Znajomy(-a)	22
Wyznawca	14	Przyjaciel	13
Inne (np. sceptyk, liberał, fan)	47	Sąsiad	10
		Koleżanka	6

Nota. W odniesieniu do tej kategorii, a także innych analizowanych w dalszej części raportu, zastosowano symbol gwiazdki, jeśli istnieje możliwość, że niektóre wystąpienia danego leksemu wiążą się z semantykami spoza analizowanego tu obszaru aktorów rozumianych osobowo. Są to jednak przypadki jednostkowe, które nie mają szczególnego znaczenia dla całości wywodu. Dla przykładu: „świadczeniodawca” lub „organizator” mogą być też instytucjami, tak jak „autorytet” czy „niewolnik” mogą być pojęciami abstrakcyjnymi.

Tabela 6.4
Struktura kategorii „inne”

Rodzina – inne	SIOSTRA (9); CIOCIA (8); RODZEŃSTWO (8); BRAT (7); PRZODEK (7); BABCIA (6); BRATOWA (6); WNUK(-CZKA) (6); KREWNY (5); POTOMEK (5); BLIŹNIAKI(-CZKI) (4); KUZYN(KA) (3); NIANIA (3); CHRZESTNY (2); DZIDZIUŚ (2); PRADZIADEK (1); SYNOWA (1); WUJEK (1)
Zawody i profesje – inne	CHIRURG (9); PSYCHOLOG (9); GENERAŁ (8); HOMEOPATA(-KA) (8); KURATOR (8); NATURAPEUTA (8); NEUROBIOLOG (7); ONKOLOG (7); WETERYNARZ (7); WYNALAZCA (7); ALERGOLOG (6); BANKIER (6); BIOLOG (6); NAUCZYCIEL(KA) (6); ROLNIK (6); ANALITYK (5); BIOCHEMIK(-CZKA) (5); DOWÓDCA (5); FARMACEUTA (5); GINEKOLOG (5); NEUROLOG (5); KARDIOLOG (5); POLICJANT (5); PROFESJONALISTA (5); LABORANT (4); LEGISLATOR (4); NEUROCHIRURG (4); PRZEDSIĘBIORCA (4); STRAŻNIK (4); WICEADMIRAŁ (4); EKONOMISTA (3); FACHOWIEC (3); FIZYK (3); HIGIENISTKA (3); KAPRAL (3); KARDIOCHIRURG (3); KOORDYNATOR(KA) (3); MIKROBIOLOG (3); OFICER (3); TECHNIK (3); TEORETYK (3); TERAPEUTA (3); WYKŁADOWCA(-CZYNIA) (3); ŻEGLARZ (3); ANESTEZJOLOG (2); EKSPERYMENTATOR (2); FIZJOTERAPEUTA(-TKA) (2); INŻYNIER (2); KIEROWCA (2); KLINICYSTA (2); KONTROLER (2); LOGOPEDA (2); MAGISTER (2); MECHANIK (2); NEFROLOG (2); OCHRONIARZ (2); PRZEMYSŁOWIEC (2); RATOWNIK (2); RECENZENT (2); REHABILITANT(KA) (2); STRAŻAK (2); ARCHITEKTKA (1); FINANSISTA (1); HEMATOLOG (1); HYDRAULIK (1); INFORMATYCZKA (1); INSTRUKTOR (1); KAPELUSZNIK (1); KAPITAN (1); KARABINIER (1); KONSTYTUCJONALISTA (1); MAKLER (1); PROJEKTANT (1); PRZEDSZKOLANKA (1);

	REZERWISTA (1); REZYDENT (1); REŻYSER (1); SCENARZYSTA (1); SOCJOLOG (1); TRANSPLANTOLOG (1); ŻANDARM (1); ZAWODOWIEC (1)
Nazwy ogólne – inne	FACET (6), BLIŹNI (8)
Role społeczne – inne	OCHOTNIK (9); BOHATER (8); LAUREAT(KA) (8); SPONSOR (8); PIONIER (6); DZIAŁACZ (5); OBROŃCA (5); OSKARŻONY (5); ABSOLWENT(KA) (4); NOBLISTA (4); PODOPIECZNY (4); PŁATNIK (3); POPRZEDNIK (3); POSŁANIEC (3); POŚREDNIK (3); PREZENTER(KA) (3); SPRZYMIERZENIEC (3); TURYSTA (3); AGENT (3); MISTRZ (3); PRZYBYSZ (3); UCIEKINIER (3); CELEBRYTA (2); FILANTROP (2); FUNDATOR (2); OSOBISTOŚĆ (2); SŁUCHACZ (2); WOJOWNIK (2); DOSTAWCA (2); MĘDRZEC (2); BENEFICJENT (1); BIORCA (1); DOBROCZYŃCA (1); DYSYDENT (1); EMERYT (1); INTERESARIUSZ (1); KOMENTATOR (1); KORYFEUSZ (1); MODERATOR (1); NAJEMNIK (1); NAGANIACZ (1); OBSERWATOR (1); OSKARŻYCIEL (1); POBOROWY (1); PODPALACZ (1); POGROMCY (1); POMYSŁODAWCA (1); PORYWACZ (1); PRELEGENT (1); SOJUSZNIK (1); SPADKOBIERCA (1); SPISKOWIEC (1); SPORTOWIEC (1); TROPICIEL (1); WSPÓLDECYDENT (1); WSPÓLNIK (1); WSPÓŁBYWATEL (1); WSPÓŁODKRYWCA (1); WSPÓŁPOSIADACZ (1); WSPÓŁPROWADZĄCY (1); WYBORCA (1); ZAWODNIK (1); ZBAWCA; (1) DILER (1); DEMONSTRANT (1); DEZINFORMATOR (1); MAGIK (1); MANIFESTANT (1); MĘCZENNIK (1); NASTĘPCA (1); SZTUKMISTRZ (1)
Funkcje społeczne – inne	WYDAWCA (9); LIDER(KA) (8); RZECZNIK (8); KAPŁAN (6); PARALAMENTARZYSTA (6); PROMOTOR (6); WICEPREZES (6); ADMINISTRATOR(KA) (5); DECYDENT (5); SENATOR (5); WSPÓŁPRACOWNIK (5); WSPÓŁZAŁOŻYCIEL (5); ZASTĘPCA (5); ARCYBISKUP (4); KANCLERZ (4); KAPITALISTA (4); MASON (4); PRAWODAWCA (4); PRZYWÓDCA (4); WYTWÓRCA (4); CZAROWNIK(-ICA) (3); HARCERZ (3); RADNY(-A) (3); WICEPRZEWODNICZĄCY (3); AMBASADOR (2); ARTYSTA(-TKA) (2); BISKUP (2); HRABIA(-INA) (2); ILUMINACI (2); KOMISARZ (2); PAPIEŻ (2); DUCHOWNY (1); EURODEPUTOWANA (1); HIERARCHA (1); HODOWCA (1); KOMPOZYTOR (1); MISJONARZ (1); MYŚLIWY (1); OFICJEL (1); PROSTYTUTKA (1); SZAMAN (1); WICEPREZYDENT (1); UDZIAŁOWIEC (1); WSPÓŁPRODUCENT (1); WSPÓŁWŁAŚCICIEL (1)
Wiek – inne	SENIOR (8); MALUCH/MALUSZEK (7); STARUSZEK (3); DWULATEK (2); DWUNASTOLATEK (1); JEDENASTOLATEK (1); JUNIOR (1); PANIENKA (1)

Warto- ściujące – inne	SZALENIEC (9); KALEKA (8); IGNORANT (6); MANIAK (5); NAZI- STA (5); ŚWIR (5); ZABÓJCA (5); DEBIL (4); FUNDAMENTALISTA (4); INTRUZ (4); KONOWAŁ (4); MORDERCA (4); NARKOMAN (4); OSZUST (4); PSEUDODZIENNIKARZ (4); TRUCICIEL (4); BABA (3); BANDYTA (3); BIUROKRATA (3); KAPO (3); KŁAMCA (3); LUDO- BÓJCA (3); OPRAWCA (3); PSEUDOEKSPERT (3); PSYCHOPATA (3); SŁUGUS (3); SOCJOPATA (3); TERRORYSTA (3); FASZYSTA (3); BARBARZYŃCA (2); DZIECIOBÓJCA (2); HISTERYCZKA (2); KO- LEŚ (2); NAIWNIAK (2); OSIŁEK (2); PARANOIK (2); PEDOFIL (2); PSYCHOL (2); SZARLATAN (2); TCHÓRZ (2); WINOWAJCA (2); ZACOFANY (2); BANKSTER (1); DESPERAT (1); EKOOSOŁOM (1); HITLEROWIEC (1); HOMOFOB (1); IMPERIALISTA (1); KO- MUCH (1); KRYMINALISTA (1); ŁAPÓWKARZ (1); LENIUSZEK (1); MANIPULATOR (1); MOCODAWCA (1); PATOL (1); PEDRYL (1); PEDZIO (1); PROSZCZEPINIOWCY (1); SEKCIARZ (1); SOWIE- TA (1); TELEMANIAK (1); TYRAN (1); DYKTATOR (1); BOLSZE- WIK (1); URZĘDAS (1)
Grupy – inne	CZECH (9); NIEMIEC (9); AFRYKANIN (8); INDIANIN (8); CHRZE- ŚCIJANIN (6); KATOLIK (5); MIGRANT (5); WŁOCH (5); ROM (4); AMISZ (3); JAPONCZYK (3); KENIJKA (3); MUZUŁMANIN (3); ROSJANIN (3); AUSTRALIJCZYK (2); BRYTYJCZYK (2); CZECZEN (2); HISZPANIE (2); IRAKIJCZYK (2); ISLANDCZYK (2); MURZYN (2); NORWEG (2); RODAK (2); SŁOWIANIN (2); SZWED (2); AU- STRIAK (1); AZJATA (1); BELG (1); BUDDYSTA (1); CHIŃCZYK (1); CYGAN (1); GDAŃSZCZANKA (1); GREK (1); HOLENDRZY (1); JANKES (1); LIBAŃCZYK (1); RZYMIANIN (1); SYRYJCZYK (1); UKRAINIEC (1)
Poglądy/ postawy – inne	SCEPTYK (7); LIBERAŁ (6); FAN (6); DEMASKATOR (4); ATEISTA (3); DEMOKRATA (2); OPOZYCJONISTA (2); RACJONALISTA (2); SATANISTA (2); SOCJALISTA (2); DEMAGOG (1); EKOLOG (1); FASCYNAT (1); FEMINISTKA (1); IRRACJONALISTA (1); KONSER- WATYSTA (1); LIBERTARIANIN (1); MIŁOŚNIK (1); PATRIOTA (1); WOLNOŚCIOWIEC (1)

Widać wyraźnie, że najliczniejszą kategorię stanowią leksemy lokujące się w polu semantycznym „rodzina”. Fakt frekwencyjnej dominacji leksemów z tego pola semantycznego to bardzo interesujące zjawisko, które wskazuje, że kategoria szczepień jest w analizowanym dyskursie konstruowana jako problem prywatny, by nie rzec – intymny. Jest to mianowicie kwestia, która dotyczy rodziny i w ramach relacji rodzinnych powinna być rozstrzygana. Zatem wszelka dyskusja na temat konieczności szczepień może być odbierana jako

nieuprawniona ingerencja w sprawy rodzinne, czyli takie, co do których decyzje powinny być podejmowane inkluzywnie – „w gronie rodziny”, „we własnym domu”. W kontekście analizowanego dyskursu nie dziwi dominacja kategorii leksykalnych odnoszących się do relacji rodzic–dziecko. Warto jednak zwrócić uwagę na widoczną dominację pola leksykalno-semantycznego „matka/mama/mamusia” nad tym, które odnosi się do roli ojca/taty. Wskazuje to jednoznacznie, że „sprawy rodzinne” dużo bardziej związane są z kobiecością niż z męskością. Dodatkowo potwierdza się tendencja, zauważalna także w przekazach mediów mainstreamowych, wiążąca eksperckość czy decyzyjność w obszarze zdrowia (bezpieczeństwa zdrowotnego członków rodziny) z rolami kobiecymi, a nie męskimi (według tego klucza dobierane są też na przykład ekspertki w programach publicystycznych). Obserwujemy również tradycyjną konstrukcję ojcostwa, wyrażoną znaczną przewagą frekwencyjną derywatów leksemu „ojciec” w porównaniu z derywatami leksemu „tata”. Inaczej wydaje się przedstawiać sprawa z „dziadkami” – derywaty tego leksemu zdają się, w dużej części, obsługiwać osoby pełniące tę funkcję w rodzinie niezależnie od płci. Pole leksykalno-semantyczne „rodzina” jest także obszarem, w którym występuje stosunkowo najwięcej zdrobnień (154), do czego powrócę w dalszej części analizy.

Również w drugim pod względem frekwencji leksemów polu semantyczno-leksykalnym „zawody i profesje” widać tradycyjne kodowanie płci. Profesje, które wiążą się z wysokim prestiżem społecznym i są kojarzone z wiedzą, mają zasadniczo formy męskie (naukowiec, ekspert, badacz, inspektor itp.). Z kolei leksem „pielęgniarka” występuje tylko raz. Także użycie feminatywu „kierowniczką” (obok „kierownika”), ale już nie „dyrektorka” (obok „dyrektora”), zdaje się aktualizować konserwatywny uzus językowy. Podobnie obecność żeńskiej formy „lekarzka” i męskiej formy „lekarz” potwierdza tradycyjny sposób językowego kodowania płci w kontekście nazw zawodów. W analizowanym polu leksykalno-semantycznym nie dziwi zdecydowana dominacja kategorii leksykalnej „lekarz”. W literalnej interpretacji jest to druga pod względem frekwencji kategoria – po „dziecku/dzieciaku/dzieciaczku” – w analizowanym korpusie aktorów dyskursu, należy jednak pamiętać o tym, że w pole semantyczne „lekarz” można włączyć także leksemy „pediatra” czy „doktor”. W takim ujęciu, zgodnie z dominującą tematyką analizowanego korpusu, pole semantyczne wyznaczone przez leksem „lekarz”

okazuje się polem dominującym dyskursu antyszczepionkowego. Na uwagę w polu „zawody i profesje” zasługuje fakt, że konstytuowane jest ono w zdecydowanej większości przez kategorie leksykalne odnoszące się do specjalistów, przedstawicieli profesji, które wiążą się albo ze specjalistyczną wiedzą (ekspert), albo z posiadanym wykształceniem (profesor), albo też z władzą, która wynika z pełnienia pewnej funkcji zawodowej (szef) – co zasadniczo nie tylko się wzajemnie nie wyklucza, ale wręcz przeciwnie: współgra ze sobą w praktyce społecznej. Kategorie leksykalne odnoszące się do zawodów mniej prestiżowych pojawiają się jednostkowo. Warto też zwrócić uwagę na stosunkowo wysoką frekwencję kategorii leksykalnej „żołnierz”, która prawdopodobnie powiązana jest z łączeniem służby w wojsku z pełnieniem funkcji porządkowych. W odniesieniu do analizowanego pola semantyczno-leksykalnego szczególnie ważna byłaby odpowiedź na pytanie o to, w jakich kontekstach interpretacyjnych (aprobatywnych czy krytycznych) pojawiają się nazwy danych profesji. Należy jednak podkreślić, że już sam fakt ich tak powszechnej obecności w analizowanym korpusie wskazuje na postrzeganie świata jako regulowanego przez wiedzę pewną, pochodzącą od specjalistów. Kategorie wiedzy, specjalizacji i profesjonalizmu okazują się więc ważnymi punktami węzłowymi dyskursu – czy to krytykowane, czy też przywoływane na potwierdzenie własnych tez. W tym kontekście szczególnie interesująca jest także widoczna obecność profesji dziennikarza/dziennikarki oraz redaktora (w sumie 82). Jest to wyraz odnoszenia się do dyskursu mediów mainstreamowych, lecz również aktualizowania kategorii wiedzy pewnej, której dysponentem – w obiegu medialnym – są właśnie dziennikarze.

Kolejne pole semantyczno-leksykalne to „n a z w y o g ó l n e”. W tym polu dominuje neutralny i uniwersalny (o zminimalizowanych konotacjach dodatkowych) leksem „osoba”, ale i tutaj możemy znaleźć potwierdzenie wcześniejszej obserwacji na temat zróżnicowania ról płciowych. Także w tym polu zdecydowanie więcej jest „kobiet” niż „mężczyzn” (przewaga jest ponad dziesięciokrotna!). Warto też zwrócić uwagę, że zbiorowa kategoria „ludzie” występuje znacznie częściej niż kategoria leksykalna „człowiek” (jej częstość występowania jest też zaledwie większa od sumy frekwencji pozostałych kategorii leksykalnych z analizowanego obszaru semantycznego, z wyłączeniem „osoby”). Stosunkowo często pojawia się kategoria leksykalna „ktoś”, która, z jednej strony, wskazywać może na niewiedzę dotyczącą osoby, o której

mowa, z drugiej jednak, co szczególnie interesujące w analizowanym kontekście – może być wyznacznikiem swoistego uogólnienia „ktoś, kto widział kiedyś...” itp. Pole „nazwy ogólne”, choć o wysokiej frekwencji, jest też dość wyraźnie jednolite. Konkluzja ta nie zaskakuje wobec swoistego niezróżnicowania konstruktów, do którego się odnosi, sugeruje jednak tendencję do uogólniania, odnoszenia się do szerokich kategorii typu „ludzie w ogóle”.

Kolejną analizowaną kategorią jest pole semantyczno-leksykalne „role społeczne”. Jest ono silnie zdywersyfikowane, co także trudno uznać za zaskakujące. Podobnie jak dość oczywistą najwyższą frekwencję kategorii leksykalnej „pacjent(ka)”, co jest powiązane bezpośrednio z tematyką analizowanych tekstów. Interesujące jest jednak to, że stosunkowo wysoką frekwencję ma także kategoria leksykalna „obywatel(ka)”. Widać wyraźnie, że jednym z semantycznych punktów zapikowania dyskursu jest zespół semantyk powiązanych z wartościami charakterystycznymi dla społeczeństw demokratycznych, w tym ze swobodą wyboru. Konkluzję tę potwierdza wysoka frekwencja frazy „opinia publiczna” (54), a zwłaszcza silna pozycja pola semantycznego praw człowieka i praw obywatelskich, konstytuowanego przez takie frazy, jak: „prawa człowieka”, „prawa dziecka”, „prawa pacjenta”, „prawa obywatelskie”, „prawa rodzicielskie” itp. (w sumie 357). Podobną interpretację może też sugerować kategoria leksykalna „przedstawiciel(-ka)”.

Jak widać, kategoria „role społeczne” jest zróżnicowana, a jednocześnie istotna dla analizowanego korpusu. Zgodnie z przyjętymi wcześniej założeniami kategoria ta w pewnym zakresie stoi w opozycji do kategorii „funkcje społeczne”. Ta ostatnia bowiem wiąże się z posiadaniem pewnego szczególnego zakresu obowiązków i odpowiedzialności, a także władzy i wpływu społecznego. „Funkcja społeczna” nie jest ani rolą społeczną, ani też zawodem czy profesją (rozumianą jako specyficzny typ zawodu). Zwróćmy jednak uwagę, że frekwencja kategorii leksykalnych „funkcje społeczne” jest zbliżona do frekwencji kategorii przynależnych do pola „role społeczne”. Jest również w istotnym stopniu zdywersyfikowana. W związku z tematyką analizowanych tekstów nie budzi zdziwienia mocna obecność „producenta” (frazą „producent szczepionek” pojawia się 93 razy). Dalsza kategoryzacja leksemów obecnych w tym polu ujawnia jednak interesującą konstrukcję dyskursywną. Zdecydowana większość występujących tu kategorii odnosi się mianowicie albo do obszaru władzy politycznej (urzędnik, polityk, prezydent, poseł, minister,

funkcjonariusz, premier, wojewoda, kongresman, marszałek, wiceminister itp.), albo do obszaru aktywności zawodowej (pracownik(-ica), prezes, pracodawca). Na uwagę zasługuje również wysoka frekwencja kategorii leksykalnej „autor(ka)” (oraz współautor i, ewentualnie, twórca). Kategorie te pojawiają się najczęściej w kontekście uwiarygodniania przekazu analizowanych tekstów poprzez powoływanie się na publikacje i odkrycia naukowe, a także regulacje prawne.

Kolejnym polem semantyczno-leksykalnym jest „w i e k”. Pole to jest silnie skorelowane z tematyką analizowanych tekstów. Dominują zatem frekwencyjnie kategorie leksykalne „noworodek” i „wczęśniak” (co oczywiście wiąże się z kalendarzem szczepień). Co ciekawe, także w tym przypadku widać zróżnicowanie płciowe – kategorie leksykalne powiązane z „dziewczęcością” występują częściej niż te powiązane z „chłopięcością”. Jest to o tyle interesujące, że w tym przypadku trudno znaleźć racjonalne (związane z praktyką społeczną) lub dyskursywne (wynikające z konstrukcji ról społecznych) uzasadnienia tej różnicy (jak choćby w przypadku matek i ojców).

Specyficzna kategoria „wartościujące negatywnie” powstała w celu falsyfikacji potocznego przekonania, zgodnie z którym język przekazów antyszczepionkowych jest wyraźnie emocjonalny, przy czym wyraża zwłaszcza emocje negatywne. To przekonanie nie zostało potwierdzone, przynajmniej w zakresie rzeczowników określających aktorów. Frekwencja tego rodzaju kategorii leksykalnych nie jest wysoka, a dodatkowo warto podkreślić, że pojawiło się bardzo niewiele wyrazów uznawanych za potoczne i mocno obraźliwe (np. oszołom, idiota). O ile zrozumiała jest wyraźna obecność kategorii leksykalnej „lobbysta” (w powiązaniu z lobby działającym na rzecz upowszechniania obowiązku szczepień), o tyle ciekawa jest kategoria „antyszczepionkowiec”. Jej używanie ma najczęściej charakter autoironiczny i w tym sensie nie jest ona w istocie wyrazem negatywnych emocji czy negatywnej oceny zakodowanej w tekście. Specyfika tej kategorii staje się tym bardziej widoczna, jeśli uwzględnimy fakt, że leksem „proszczepionkowiec”, który w kontekście analizowanego dyskursu ma konotacje jednoznacznie negatywne, pojawia się tylko raz. Niskie nasycenie negatywnymi emocjami w kontekście nazw aktorów jest tym bardziej zaskakujące, jeśli weźmiemy pod uwagę określenia, które można uznać za wyrażające emocje pozytywne (w analizowanym zakresie). W tym przypadku wzięto pod uwagę zdrobnienia, których

frekwencja sumarycznie wynosi 304. W odpowiedzi na sformułowane wcześniej zastrzeżenia (co do rzeczywistego negatywizmu danych kategorii leksykalnych, niewielkiej liczby kategorii potocznych silnie nasyconych negatywnymi emocjami, wreszcie – specyfiki użycia kategorii „antyszczepionkowiec”) można stwierdzić, że w analizowanych tekstach zdecydowanie silniej obecne są zdrobnienia niż pojęcia wartościujące negatywnie. Co ważne, zdrobnienia występują wyłącznie w odniesieniu do wieku (150) i rodziny (154) i – jako takie – służą przede wszystkim do określania osób, które ucierpiały na skutek podania szczepionki.

Kategoria „grupy” dotyczy zbiorowości narodowych, etnicznych bądź religijnych. Kategoria ta nie jest mocno reprezentowana w analizowanym korpusie, lecz jej struktura jest interesująca. Również w tym przypadku widać aktualizację tradycyjnego sposobu interpretowania rzeczywistości – zarówno w zakresie stawiania w centrum własnej grupy narodowej, jak i aktualizowania „tradycyjnych” w Polsce stereotypów etnicznych czy rasowych. Na uwagę zasługuje stosunkowo silna pozycja pola semantycznego „uchodźca/imigrant/cudzoziemiec” (sumarycznie 45), co jest zapewne wyrazem lęku przed „obcymi”. Co ciekawe, w bardzo ograniczonym stopniu występują kategorie leksykalne powiązane z obszarem religii – jak widać, nie jest to istotna opozycja w konstrukcji rzeczywistości społecznej aktualizowanej przez analizowany dyskurs (przynajmniej w zakresie nazw aktorów).

Kolejne wyodrębnione pole leksykalno-semantyczne to „poglądy/postawy”. Pierwotna hipoteza stojąca u podstaw wyodrębnienia tego pola zakładała obecność w analizowanym korpusie kategorii leksykalnych odnoszących się do poglądów (politycznych) czy ideologii wyznawanych przez aktorów. Hipoteza ta nie potwierdziła się, co samo w sobie należy uznać za znaczące – widać, że dyskurs nie jest ideologicznie/politycznie/światopoglądowo etykietujący tak silnie, jak można by zakładać. Ostatecznie leksemy obecne w tej kategorii odnoszą się głównie do postaw aktorów, przy czym postawy krytyczne zdecydowanie dominują nad postawami aprobatywnymi. To ważne, ponieważ pokazuje, że dyskurs jest konstruowany w dużym stopniu jako opozycyjny wobec innych dyskursów (w domyśle: propagujących obowiązek szczepień).

Ostatnia z analizowanych kategorii, „relacje”, odnosi się do postrzegania aktorów przez pryzmat prywatnych relacji, w jakie wchodzi z innymi aktorami. Kategorię tę można traktować jako pokrewną kategorii „rodzina” (mają

one pewne cechy wspólne). „Relacje” nie są kategorią obszerną, a ich analiza potwierdza zasygnalizowane wcześniej obserwacje. Przede wszystkim widać wyraźnie, że relacje rodzinne są w analizowanym dyskursie konstruowane jako zdecydowanie istotniejsze. Warto też zwrócić uwagę na różnice w zakresie konstrukcji płci. „Kolegów” jest znacznie więcej niż „koleżanek”. Kategoria leksykalna „znajomi(-e)” odnosi się zarówno do kobiet, jak i mężczyzn, z kolei „przyjaciół” występuje najczęściej w liczbie mnogiej, może zatem obsługiwać również semantyki żeńskie. Generalnie jednak o ile rodzina jest powiązana z kobiecością, o tyle inne relacje społeczne (tutaj relacje koleżeńskie) w większym stopniu kojarzone są z męskością.

Implikacje i zalecenia

Wielowątkowa analiza pól semantyczno-leksykalnych powiązanych z kategorią aktora pozwala na sformułowanie następujących wniosków dotyczących dyskursu antyszczepionkowego i dominującej w jego ramach konstrukcji rzeczywistości społecznej:

1. Dyskurs ten „komunikuje głównie aktorami” definiowanymi przez pryzmat ich relacji rodzinnych. Widać zatem wyraźnie, że tematyka szczepionek definiowana jest jako taka, w której decyzyjność przynależy najbliższym krewnym. Generalnie kategoria relacji jest ważna także jako relacja ze znajomymi. Ta druga jest jednak bardziej męska od pierwszej i ostatecznie także mniej istotna.
2. W ramach ról powiązanych z rodziną obserwujemy odniesienie przede wszystkim do kobiecości, występuje zatem tradycyjna (i dominująca) konstrukcja świata, w której rodzina i zdrowie wpisywane są w obszar działań i kompetencji kobiecych.
3. W opozycji do powyższego obszar kompetencji profesjonalnych definiowany jest jako męski (co także pozostaje w zgodzie z dominującym dyskursem). Można tym samym założyć istnienie kontrastu pomiędzy sferą konstruowaną jako rodzina a obszarem kompetencji profesjonalnych. Można też założyć, że role męskie wiązane są z większym społecznym zaufaniem oraz są reprezentatywne dla autorytetów społecznych.

4. Określenia odnoszące się do profesji (a zatem kompetencji profesjonalnych, wiedzy, umiejętności itp.) są obecne w analizowanym obszarze w dużym stopniu, co wskazuje, że semantyki związane z wiedzą i profesjonalnymi umiejętnościami zajmują w tym dyskursie pozycję centralną.
5. W analizowanym polu semantyczno-leksykalnym występuje więcej określeń dotyczących zbiorowości („ludzie”) niż jednostek, co sugeruje konstrukcję świata opartą w mniejszym stopniu na indywidualizmie, w większym zaś na podejściu kolektywistycznym (na przykład w kontekście konstruowania argumentacji).
6. W polu semantyczno-leksykalnym aktorów szczególną pozycję zajmują kategorie leksykalne odnoszące się z jednej strony do praw obywatelskich, z drugiej – do funkcjonowania ośrodków władzy politycznej. Nie ulega wątpliwości, że jest to jedna z istotnych osi semantycznych analizowanego dyskursu.
7. Analizowany dyskurs nie jest (przynajmniej w zakresie aktualizowanych w jego ramach pozycji aktorów) tak silnie negatywny emocjonalnie i etykietujący (także ze względu na poglądy polityczne), jak zwykle się zakładać. Wyraźnie jednak sygnalizowana jest jego semantyczna opozycyjność.
8. Dyskurs antyszczepionkowy w zakresie konstruowania aktorów społecznych aktualizuje typowe opozycje etniczne i narodowościowe oraz uogólnioną opozycję my–oni.

Przeprowadzona na podstawie zebranych danych analiza dyskursu antyszczepionkowego ujawnia kilka interesujących i ważnych cech, które mogą wskazywać na przyczyny jego popularności i siły oddziaływania.

Przed wszystkim dyskurs ten prezentuje sam siebie jako pełnoprawną alternatywę dla dyskursu medycznego. W związku z tym konotuje racjonalny i obiektywizowany ogląd świata, kładąc nacisk na wiedzę i specjalistyczne umiejętności, a z drugiej strony – kodując emocje w ograniczonym stopniu. Można powiedzieć, że ma wydźwięk negatywny, ale raczej jako racjonalna alternatywa dla dyskursu dominującego, a nie jego emocjonalna krytyka. Jednocześnie dyskurs antyszczepionkowy pokazuje sam siebie (a zatem także problemy, które konstruuje) jako dyskurs istotny i doniosły, zasadniczy

dla zdrowia i życia ludzi. Ostrzega przed konsekwencjami, wskazuje skutki, komunikuje w imię dobra odbiorcy.

W centrum dyskursu antyszczepionkowego stoją aktorzy, postrzegani raczej jako zbiorowości niż jednostki. Aktorzy ci definiowani są głównie przez swoje relacje rodzinne, a zatem obszar, do którego odnosi się analizowany dyskurs (szczepienia), także jako taki właśnie (prywatny czy wręcz intymny, rodzinny itp.) jest postrzegany.

Aktorzy i ich role społeczne ewokowane przez analizowany dyskurs lokują się także wyraźnie w obszarze „obywatelskości” i związanych z tą kategorią praw i wolności (np. wolności wyboru), co stanowi wyraźną linię argumentacji przeciwko dominującemu dyskursowi (szczepienia konstruowane są jako ograniczanie praw obywatelskich).

Jeśli chodzi o pozycję analizowanego dyskursu w polu dyskursywnym współczesności, należy zauważyć, że ma on charakter tradycjonalistyczny (konserwatywny). Przejawia się to głównie w sposobie konstruowania ról kobiecych i męskich (zauważmy na marginesie, że bardzo niewiele tu feminatywów) oraz w kodowaniu tradycyjnych uprzedzeń i stereotypów, także w kontekście opozycji my–oni.

W związku z powyższym można sformułować następujące zalecenia praktyczne, wynikające z zauważonych cech dyskursu antyszczepionkowego (w analizowanym zakresie):

1. Dyskurs antyszczepionkowy opiera się w dużej mierze na wskazywaniu negatywnych konsekwencji szczepień, dlatego też warto podkreślać ich dobroczynny wpływ, nie ukrywając jednak ryzyka.
2. W komunikacji mającej na celu zachęcenie do szczepień ochronnych nie należy odwoływać się do emocji, ponieważ nie jest to główny komponent narracji antyszczepionkowych.
3. Warto wskazać na konkretne przypadki, w których szczepienia ochronne okazały się skuteczne; chodzi o konkretne studia przypadków i historie z życia.
4. O szczepieniach należy mówić jasnym językiem, odwołując się do wiedzy medycznej, jednak rezygnując z oficjalnego tonu komunikacji.
5. Dyskurs antyszczepionkowy cechuje się tym, że imituje wypowiedzi specjalistyczne, a autorzy próbują zająć miejsce pełnoprawnych

autorytetów w dziedzinie szczepień. W związku z tym ważne jest, by pokazać, że przytoczenie danych statystycznych nie wystarczy, by stać się ekspertem.

6. Istotnym aspektem wypowiedzi przeciwników szczepień jest to, że chodzi w nich o ostrzeżenie, a tym samym uświadamianie i wyczuwanie odbiorców, dlatego też komunikaty zachęcające do szczepień powinny wskazywać bardzo konkretnie, jak może przebiegać całe szczepienie, włącznie ze wskazaniem niepożądanych skutków ubocznych i tego, jak należy wtedy reagować.
7. Narracje antyszczepionkowe dotyczą zagadnień takich jak ukrywanie prawdy w oficjalnych przekazach ze świata medycyny, mediów itd., co może czynić je atrakcyjnymi; z tego względu skuteczną strategią komunikacji może okazać się transparentne wskazywanie dobrych i złych stron szczepień ochronnych.
8. Aspektem często pojawiającym się w wypowiedziach przeciwników szczepień jest to, że liczy się świadomy wybór jednostki bądź rodziców, który zdaniem antyszczepionkowców jest ograniczony przez „propagandę” proszczepionkową, sponsorowaną m.in. przez tzw. Wielką Farmację. Dlatego też komunikaty zachęcające do szczepień powinny przyjąć formę materiałów edukacyjnych, wspierających pożądane wybory.
9. W komunikacji należy podkreślać poszanowanie sfery prywatnej/intymnej adresatów i unikać budowania wrażenia, że podejmuje się próbe ingerencji w te sfery. Zalecenie to wynika z faktu, że decyzje dotyczące szczepienia (lub nie) konstruowane są w dyskursie antyszczepionkowym jako decyzje, które powinny zapadać w gronie rodziny, bliskich.
10. Aktorzy dyskursu antyszczepionkowego bardzo silnie konstruują się jako obywatele, dlatego warto tę rolę społeczną (i jej konteksty) włączyć do komunikacji.
11. Dyskurs antyszczepionkowy ma charakter tradycjonalistyczny, konserwatywny. Z tego powodu należy odwoływać się do tradycyjnego podziału ról w rodzinie i tradycyjnego przypisywania cech płciowych.
12. Z powyższego wynika, że adresatkami komunikacji powinny być w większym stopniu kobiety niż mężczyźni, nadawcami komunikatów zaś – raczej mężczyźni niż kobiety. Lub też – by ująć rzecz nieco precyzyjniej

– jeśli przekaz odwołuje się do roli autorytetu, jego nadawcą powinien być mężczyzna; jeśli natomiast odwołuje się do emocji i ról społecznych postrzeganych jako specyficznie kobiece (np. roli matki), wówczas jego nadawczynią powinna być kobieta.

13. W dyskursie antyszczepionkowym bardzo ważne są relacje, należy więc kłaść na nie szczególnie nacisk (komunikować, odwołując się do relacji z innymi ludźmi).
14. W analizowanym dyskursie istotne są także role profesjonalne, w związku z czym należy zadbać, by w komunikacji wypowiedzi się specjaliści, którym można przypisać konkretne role profesjonalne (z uwzględnieniem zaleceń nr 4 i 5).
15. Należy unikać etykietowania, ponieważ nie jest ono powszechnym zjawiskiem w analizowanym dyskursie.
16. Należy unikać komunikowania silnych emocji, na przykład nakłaniania poprzez budzenie strachu.
17. Tworząc komunikaty, należy liczyć się z tym, że dyskurs antyszczepionkowy ujawnia istnienie uprzedzeń i stereotypów na tle narodowościowym i etnicznym (także dotyczących imigrantów i uchodźców).
18. W komunikacji warto odwoływać się do uogólnionych kategorii typu „ludzie”, „osoby”, „obywatele”.
19. W komunikacji należy bardzo ostrożnie używać feminatywów i zdecydowanie nie używać określenia „antyszczepionkowiec”, wywołuje ono bowiem u adresatów silne poczucie etykietowania.
20. W generowanych komunikatach należy dążyć do rozbicia oczywistej i jednoznacznej opozycyjności (anty- i proszczepionkowcy), ponieważ jest ona jedną z głównych osi konstrukcyjnych analizowanego dyskursu.

ROZDZIAŁ 7

Zastosowanie mimikry w promocji szczepień ochronnych

Paweł Muniak

Uniwersytet SWPS

W tym rozdziale skupimy się na analizie mechanizmu mimikry, nierzadko nazywanego efektem kameleona (np. Chartrand i Bargh, 1999). Zbadamy, jak ten mechanizm wpływa na komunikację międzyludzką, ze szczególnym naciskiem na komunikację w relacji pacjent–lekarz. Mając na uwadze znaczenie efektywnej komunikacji w medycynie (np. Mead i Bower, 2000), należy przypuszczać, że mimikra może tutaj pełnić ważną funkcję, ponieważ jest ona istotnym elementem budowania więzi, zrozumienia i zaufania, które są niezbędne do efektywnej komunikacji i współpracy (np. Geerts i wsp., 2006; Maurer i Tindall, 1983; Sharpley i wsp., 2001). Wysokiej jakości komunikacja, której niewątpliwą cechą jest mimikra (np. Chartrand i Bargh, 1999), stanowi podstawę medycyny oraz istotny element świadczenia opieki zdrowotnej (np. Arora, 2003; Stewart, 1995; Roter, 1983). Zagłębimy się w tę kwestię, koncentrując się na potencjalnym zastosowaniu mimikry w promowaniu szczepień. Naszym celem jest zrozumienie, jak można wykorzystać ten mechanizm do poprawy komunikacji między lekarzem i pacjentem w celu efektywniejszego promowania tak ważnego obszaru zdrowia publicznego, jakim są szczepienia (np. Whitney i wsp., 2014).

Znaczenie efektywnej komunikacji w medycynie

Lekarze z wysoko rozwiniętymi umiejętnościami komunikacyjnymi są w stanie dokładniej zidentyfikować dolegliwości swoich pacjentów. To zaś przekłada się na większe zadowolenie pacjentów z otrzymanej opieki i lepsze wyniki zdrowotne (np. Maguire i Pitceathly, 2002; Sprangers i wsp., 2015). Takie

obserwacje podkreślają wagę efektywnej komunikacji w systemie opieki zdrowotnej, szczególnie przy promowaniu ważnych działań prewencyjnych, np. szczepień (np. Whitney i wsp., 2014). Popularyzacja szczepień zaś powinna być integralnym elementem praktyki medycznej (Brewer i wsp., 2017).

Jak już podkreślaliśmy, efektywna komunikacja w medycynie jest kluczowym czynnikiem wpływającym na lepsze wyniki leczenia (np. Street i wsp., 2009). Wiele badań, które łączą obszary medycyny i nauk społecznych, koncentruje się na wyodrębnieniu najbardziej efektywnych stylów komunikacji w relacji pacjent–lekarz (np. Zolnierek i Dimatteo, 2009). Wyniki tych badań konsekwentnie wskazują na silne pozytywne związki między wysokiej jakości komunikacją a skutecznością budowania relacji i zaufania, zadowoleniem pacjentów oraz ich zdolnością do zapamiętywania i przestrzegania zaleceń. Wszystko to razem przyczynia się do poprawy stanu zdrowia pacjentów (Henry i wsp., 2011).

Płynie stąd wniosek, że solidne relacje i efektywna komunikacja między lekarzem a pacjentem są podstawą skutecznego przekazywania i zrozumienia informacji. Ma to kluczowe znaczenie, ponieważ prawidłowe przekazywanie informacji na temat szczepień, ich skuteczności i bezpieczeństwa może w znaczący sposób przyczynić się do zwiększenia liczby osób zaszczepionych i do poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji (Brewer i wsp., 2017).

W takim kontekście wspomniane na początku zjawisko mimikry (inaczej efekt kameleona, np. Chartrand i Bargh, 1999) nabiera wyjątkowej wagi jako jeden z podstawowych mechanizmów komunikacji, odgrywający także główną rolę w budowaniu efektywnych relacji międzyludzkich. W następnym podrozdziale przybliżymy teoretyczne ujęcie tego fenomenu, aby później omówić kolejno badania nad wykorzystaniem mimikry w komunikacji medycznej.

Mimikra – społeczny klej

Zjawisko mimikry polega na nieświadomym naśladowaniu różnych zachowań niewerbalnych, takich jak postawa ciała czy wykonywane gesty (Cracco i wsp., 2018; LaFrance, 1982; Tiedens i Fragale, 2003), oraz zachowań werbalnych, czyli cech mowy, takich jak rytm, ton czy składnia (Cappella i Planalp, 1981; Giles i Powesland, 1975; Levelt i Kelter, 1982; Webb, 1969, 1972). Co więcej, mimikra nie ogranicza się wyłącznie do aspektów niewerbalnych

i werbalnych, ponieważ jako ludzie naśladujemy również emocje (Hatfield i wsp., 1994, 2008; Hawk i wsp., 2011; Hess i Blairy, 2001; Huntsinger i wsp., 2009; Neumann i Strack, 2000), a także ekspresję naszych twarzy (Bavelas i wsp., 1986; Dimberg, 1982; Lundqvist i Dimberg, 1995).

Ten automatyczny mechanizm jest wyjaśniany najczęściej za pomocą teorii związku percepcji z zachowaniem (np. Chartrand i Bargh, 1999; Greenwald, 1970; Prinz, 1997). Teoria ta zakłada, że obserwowanie kogoś, kto podejmuje dane zachowanie, np. poprawienie włosów, aktywuje reprezentację tego zachowania w percepcji obserwatora, to zaś skłania obserwatora do podjęcia tego samego działania, czyli poprawienia swoich włosów. Innymi słowy: mimikrę można zdefiniować szeroko jako „robienie tego, co robią inni” (Stel i Vonk, 2010).

Bardzo powszechna w literaturze przedmiotu hipoteza o mimikrze jako „społecznym kleju” (Dijksterhuis, 2005; Lakin i wsp., 2003) sugeruje, że przyczyna tego efektu może leżeć w tym, że mimikra przynosi korzyści obu uczestnikom interakcji i wzmacnia ich więzi społeczne. Jest wykorzystywana m.in. do budowania relacji (Chartrand i Bargh, 1999; Lakin i wsp., 2003), a jednocześnie prowadzi do pozytywnej oceny osoby naśladującej (np. Chartrand i Bargh, 1999; Kulesza i wsp., 2022). Podobnie mimikra może być modyfikowana przez szeroki zakres społecznych bodźców, takich jak przynależność do grupy (np. Bourgeois i Hess, 2008; Yabar i wsp., 2006) czy też motywacja do nawiązania relacji (np. Lakin i wsp., 2008).

Powyższe obserwacje kładą podwaliny pod nasze zainteresowanie zjawiskiem mimikry w kontekście medycznym. Mimikra, nazywana „społecznym spoiwem”, odgrywa kluczową rolę w relacji pacjent–psychoterapeuta lub pacjent–psycholog. Zważywszy na liczne cechy wspólne pomiędzy zawodami psychoterapeuty, psychologa i lekarza (np. Mead i Bower, 2000), warto dokładniej przyjrzeć się temu zagadnieniu w kontekście interwencji psychologicznych.

Mimikra w kontekście terapeutycznym

Należy podkreślić, że zawody lekarza i psychoterapeuty lub psychologa mają wiele wspólnych cech. Oba te zawody, skoncentrowane na pomocy ludziom w poprawie ich zdrowia i jakości życia, wymagają nie tylko dogłębnego zrozumienia ciała i umysłu człowieka, ale także umiejętności efektywnej komunikacji oraz empatii (np. Mead i Bower, 2000). Dlatego zrozumienie i stosowanie mimikry może znacząco przyczynić się do efektywności tych profesji.

Z tej perspektywy jednym z początkowych założeń popierających wykorzystanie zjawiska mimikry w psychologii klinicznej było stwierdzenie, że zgodność postaw ciała jest kluczowa dla osiągnięcia emocjonalnej harmonii między osobami w interakcji (Dabbs, 1969; LaFrance i Broadbent, 1976) oraz niezbędna do lepszego, całościowego zrozumienia między terapeutą i pacjentem (Charny, 1966). Współczesne badania wydają się potwierdzać te wyniki, pokazując, że mimikra zwiększa na przykład prawdopodobieństwo sukcesu w psychoterapii (Paulick i wsp., 2018).

Wnioski te sugerują, że świadome naśladowanie pacjentów przez psychologów lub psychoterapeutów może być techniką sprzyjającą tworzeniu wzajemnego zrozumienia (Geerts i wsp., 2006), budowaniu relacji (Sharpley i wsp., 2001) i rozwijaniu empatii (Maurer i Tindall, 1983). Zważywszy na podobieństwa między zawodami psychoterapeuty, psychologa klinicznego i lekarza (np. Mead i Bower, 2000), możemy oczekiwać, że również w relacji medycznej efekt mimikry przyniesie podobne korzyści.

W dalszej części tego rozdziału skupimy się już wyłącznie na kontekście medycznym. W ostatnim czasie widać rosnące zainteresowanie naukowców zastosowaniem mimikry w tej dziedzinie, choć badania na ten temat są wciąż nieliczne i według nas niewystarczające. Na podstawie przeanalizowanych badań sformułowaliśmy szereg praktycznych zaleceń dotyczących potencjalnego zastosowania mimikry w promowaniu szczepień. Przedstawimy je w końcowej części rozdziału.

Mimikra w kontekście medycznym

Podjęcie przez pacjentów decyzji w kwestii szczepień jest często niezwykle skomplikowane, głównie z powodu obaw o możliwe skutki uboczne (np. Arce i wsp., 2021; Lin i wsp., 2020). W takich okolicznościach budowanie zaufania i zrozumienia odgrywa szczególnie ważną rolę, ponieważ może pomóc zachęcić więcej osób do podążania za rekomendacjami lekarza, czyli do przyjęcia szczepionki. W tym procesie istotne może się okazać wykorzystanie przez lekarzy mimikry, a więc naśladowania zachowań pacjentów.

Bazując na dostępnych badaniach, pokażemy, w jaki sposób mimikra może stać się centralnym elementem skutecznej komunikacji w dziedzinie medycyny. Jednak pomimo tego, że zaprezentowane poniżej wnioski mogą mieć duże znaczenie praktyczne dla promowania szczepień, należy podkreślić, iż

do tej pory nie przeprowadzono badań, które by bezpośrednio dowodziły, że naśladowanie zachowań pacjentów przez lekarzy skutkuje większą akceptacją szczepień.

Jednym z badań, które zasługują na uwagę w kontekście tego rozdziału, jest badanie Zhou i Fischer z 2018 roku. W tym eksperymencie medycy zostali przydzieleni losowo do grupy eksperymentalnej z instrukcją naśladowania rzekomego pacjenta lub do grupy kontrolnej bez takiej instrukcji. Wyniki pokazały, że pacjenci w grupie eksperymentalnej deklarowali bardziej owocny kontakt z medykiem i taki, który znacząco poprawił rozwój empatii między lekarzem a pacjentem. Te wyniki potwierdziły, że mimikra może poprawić odbiór rozmowy i sprzyjać rozwojowi empatii pomiędzy lekarzem a pacjentem. Co więcej, w badaniu tym wykazano, że kiedy występowała mimikra, osoby badane odbierały interakcję jako bardziej satysfakcjonującą. Efekt kameleona może więc w taki właśnie sposób wpływać na percepcję i wyniki interakcji w kontekście medycznym, co ma szczególne znaczenie w zakresie szczepień, gdzie komunikacja i zrozumienie emocji pacjenta są absolutnie decydujące.

Kolejne interesujące badanie przeprowadzili Riva i współpracownicy (2014). Autorzy przeanalizowali rolę tak zwanych szczerych sygnałów w interakcjach pacjent–lekarz, w tym mimikry. Szczere sygnały były tu rozpatrywane pod kątem ich roli w budowaniu zaufania między pacjentem i lekarzem, a jednym z kluczowych elementów analizy była właśnie mimikra, zdefiniowana jako „refleksyjne kopiowanie” jednej osoby przez inną podczas rozmowy. Badanie wykazało, że mimikra prowadzi do automatycznej wymiany sygnałów zgody, uśmiechów, wykrzyknień i kiwania głową w trakcie rozmowy, co z kolei wpływa na poziom zaufania pacjentów. Pacjenci, którzy doświadczyli mimikry ze strony lekarza, odczuwali w stosunku do niego większe zaufanie i lepsze zrozumienie, co przyczyniło się do skuteczniejszej komunikacji medycznej.

Autorzy innych ważnych badań z tego obszaru (Wu i wsp., 2017, 2020) również zauważyli, że dobra komunikacja i budowanie relacji między pacjentami i lekarzami mają kluczowe znaczenie dla osiągnięcia pozytywnych efektów zdrowotnych, i założyli, że istotną rolę w tych procesach może odgrywać mimikra. W swoich badaniach z udziałem studentów medycyny i wolontariuszy udających pacjentów stwierdzili zależność między miarą mimikry a ocenianą jakością interakcji. Zinterpretowali uzyskany wynik w ten sposób, że mimikra

może być wskaźnikiem empatii i zdolności do przyjmowania perspektywy, będących cechami wysokiej jakości interakcji w zawodach opiekuńczych.

Płynie z tego wniosek, że mimikra ma potencjał do poprawy komunikacji między lekarzami a pacjentami, co jest szczególnie istotne w kontekście szczepień. W sytuacji, gdy pacjent może być zaniepokojony lub niepewny, zdolność lekarza do naśladowania i odzwierciedlenia jego emocji może przyczynić się do budowania zaufania i zrozumienia. To z kolei może prowadzić do większej skuteczności procesu przekonywania do szczepień, ponieważ pacjent czuje się bardziej komfortowo i jest bardziej skłonny do podjęcia zalecanych działań.

Nowy kierunek badań: obserwacja mimikry

Dotychczas skupialiśmy się głównie na bezpośrednich efektach mimikry, zdefiniowanych jako interakcja między dwiema osobami – osobą naśladowującą oraz osobą naśladowaną. Wszystko wskazuje jednak na to, że mechanizm mimikry ma znacznie szersze zastosowanie, wykraczające poza tradycyjnie rozumianą interakcję dwóch osób i sięgające osoby trzeciej, rozumianej jako osoba obserwująca (Genschow i Alves, 2020; Genschow i wsp., 2023).

Ten nowatorski punkt widzenia umożliwił odkrycie nowych, wcześniej niezauważanych aspektów mimikry. Na przykład tego, że osoba naśladowana przez innych jest postrzegana jako bardziej dominująca, z kolei osoba, która naśladowuje, jest postrzegana jako ta bardziej uległa. Te odkrycia mają kluczowe implikacje nie tylko dla zrozumienia mimikry, ale również dla badań nad zarządzaniem wrażeniem i percepcją osoby.

Innymi słowy – badania te pokazują, że mimikra, zwykle postrzegana jako strategia budowania więzi i kooperacji, może być interpretowana przez obserwatorów także jako oznaka dominacji (lub uległości w zależności od tego, czy ocenianą osobą jest naśladowany, czy naśladowający).

To nowe zrozumienie mimikry otwiera nowe możliwości jej wykorzystania, na przykład w celu zachęcania ludzi do szczepień. Najnowsze, jeszcze nieopublikowane badania przeprowadzone przez Muniaka i współpracowników (2024) skupiają się na obserwacji mimikry w interakcjach w kontekście medycznym między różnymi grupami społecznymi, takimi jak przeciwnicy i zwolennicy szczepień.

Badania te dokładnie analizują, w jaki sposób obserwatorzy interpretują sytuację, w której jedna osoba próbuje przekonać drugą do zaszczepienia się, przy czym szczególną uwagę zwraca się na obecność mimikry.

Osoby na nagraniu, które inicjowały ruchy (np. poprawienie włosów), a następnie były naśladowane przez inną osobę, były postrzegane jako bardziej skuteczne w promowaniu szczepień. Zaskakujące jest to, że taki efekt postrzeganej skuteczności przekonywania do szczepień występował niezależnie od rodzaju szczepionki – czy to była szczepionka przeciwko COVID-19, czy przeciwko grypie – a nawet wśród zdecydowanych przeciwników szczepień.

Powyższe rezultaty badań dostarczają cennej wiedzy na temat dynamiki społecznej promocji szczepień. Sugerują, że skuteczność działań promujących szczepienia może zależeć nie tylko od treści przekazu, lecz również od zachowania osób przekazujących informacje, a mimikra odgrywa w tym procesie ważną rolę.

Implikacje i zalecenia praktyczne

Na podstawie zaprezentowanych badań poświęconych wykorzystaniu mimikry w kontekście medycznym możemy sformułować praktyczne rekomendacje dotyczące promocji szczepień. Takie zalecenia mogą mieć ogromną wartość dla strategii komunikacji w sferze zdrowia publicznego, ale także dla lekarzy i personelu medycznego, którzy starają się przekonać pacjentów do podejmowania istotnych decyzji dotyczących ich zdrowia, takich jak decyzja o szczepieniu.

Po pierwsze, istotne jest, aby lekarze i personel medyczny mieli świadomość kluczowej roli mimikry w procesie budowania zaufania i zrozumienia. Naśladowanie języka ciała pacjenta, dostosowywanie tonu i tempa mowy do stylu pacjenta, a także odzwierciedlenie niewerbalnych wyrazów emocji pacjenta to przykładowe działania, które mogą być użyte w praktyce. W kontekście rozmów o szczepieniach należy zwrócić szczególną uwagę na to, że stosowanie tej techniki może potencjalnie zwiększyć zaufanie i poczucie komfortu pacjenta, co z kolei może go skłonić do przyjęcia rekomendowanych szczepień. W związku z tym lekarze powinni być przygotowani na udzielenie pacjentowi empatycznej odpowiedzi na wszelkie jego obawy i pytania dotyczące szczepień, a mimikra może okazać się cennym narzędziem w tym procesie.

Po drugie, strategie komunikacji o szerokim zasięgu dotyczące zdrowia publicznego powinny brać pod uwagę rolę mimikry w perswazyjności. Mogłoby to na przykład obejmować kampanie reklamowe, które wykorzystują mimikrę w swoich przekazach wizualnych do zaprezentowania kluczowych informacji na temat szczepień. Wykorzystanie naśladowania w publicznych prezentacjach, reklamach telewizyjnych czy materiałach edukacyjnych ma potencjał zintensyfikowania przekazu i uczynienia go bardziej przekonującym. W praktyce mogłoby to polegać na wykorzystaniu naśladowania gestów i postaw przez aktorów występujących w reklamach promujących szczepienia, co mogłoby skutkować częstszym zaakceptowaniem szczepień przez odbiorców takiego materiału.

Podsumowanie

Mimikra może odgrywać kluczową rolę w komunikacji medycznej, wspierając budowanie zaufania i zrozumienia. Te aspekty zaś są niezbędne podczas podejmowania decyzji zdrowotnych i mogą mieć duży potencjał w odniesieniu do akceptacji szczepień. Z tego względu potrzebne jest systematyczne gromadzenie dodatkowych dowodów na skuteczność mimikry jako techniki stosowanej przez lekarzy, co powinno być realizowane w różnych środowiskach medycznych oraz grupach klinicznych. Już teraz jednak dostępne badania pozwalają zakładać, że odpowiednio stosowana mimikra może przyczynić się do podjęcia przez pacjenta decyzji prozdrowotnych, takich jak decyzja o zaszczepieniu się.

ROZDZIAŁ 8

Zdemaskowanie źródła dezinformacji jako sposób na walkę z antyszczepionkową propagandą

Anna Rędzio
Uniwersytet Warszawski

Wprowadzenie

Dezinformacja jest znaczącym problemem społecznym, który dotyczy wielu dziedzin, w tym polityki (Brown, 2018; Jerit i Zhao, 2020), zmian klimatycznych (Farrell i wsp., 2019; Maertens i wsp., 2020) czy problematyki zdrowotnej (Krishna i Thompson, 2021; Scheufele i wsp., 2021; Wang i wsp., 2019). Skutki dezinformacji mogą być bardzo poważne. Może na przykład dojść do wyboru populistycznych polityków na najważniejsze stanowiska w kraju. W kwestiach klimatycznych dezinformacja prowadzi do dalszej dewastacji planety. A jeśli chodzi o kwestie związane ze zdrowiem, to powszechnie znane są przypadki, gdy chorzy wskutek dezinformacji odmawiają leczenia, decydując się na bioenergoterapię, terapię lewoskrętną witaminą C czy amigdaliną albo na stosowanie dziwnej diety. Jeśli są to ludzie, którym medycyna nie daje żadnych szans i dlatego rozpaczliwie szukają – oni sami bądź ich rodziny – ratunku gdzie indziej, można mówić „jedynie” o wykorzystywaniu czyjegoś dramatu dla własnych celów. Gorzej, jeśli ktoś, skuszony naturalnością i brakiem skutków ubocznych takich metod „leczenia”, wybiera je zamiast, na przykład, operacji lub chemioterapii – wtedy stawką jest zdrowie, a nawet życie. W okresie pandemii mnożyli się zwolennicy stosowania amantadyny lub iwermektyny jako leków na COVID-19, mimo że nigdy nie było badań potwierdzających ich skuteczność w leczeniu tej choroby (zob. np. Kolesnychenko, 2021). Przyjmowano także czosnek, cynk i inne, niekiedy wręcz niebezpieczne dla zdrowia, „cudowne” minerały (Moskal, 2020). Pojawiły się nawet doniesienia o stosowaniu w „leczeniu” COVID-19 wybielaczy,

co – jak łatwo przewidzieć – miało fatalne skutki (zob. np. Piorun, 2020). Ogólnie w czasie pandemii szerzyły się różne teorie spiskowe (van der Linden i wsp., 2020). Na przykład, jak wynika z ankiety YouGov, spory odsetek Amerykanów (28%) uwierzył w teorię, że Bill Gates pod pretekstem masowych szczepień przeciw COVID-19 planuje wszczepiać ludziom mikrochipy (Sanders, 2020). W Europie z kolei, mimo codziennych doniesień o tysiącach zmarłych na COVID-19, mnóstwo ludzi odmawiało szczepień – w niektórych krajach odsetek zaszczepionych w sierpniu 2022 roku wynosił około 50%, a w Bułgarii tylko 36% (Stewart, 2022).

Kolejnym „sukcesem” dezinformacji jest zwiększająca się liczba ludzi odmawiających zaszczepienia swoich dzieci (Carrillo-Santistevé i Lopalco, 2012; Wilder-Smith i Qureshi, 2019) lub siebie, np. podczas pandemii COVID-19, ale też corocznie w okresie zwiększonej zachorowalności na grypę. Wyniki badań sugerują, że działania antyszczepionkowe mają silne efekty. Wykazano na przykład, że już krótka (5-, 10-minutowa) prezentacja z bloga antyszczepionkowego lub innych stron antyszczepionkowych zwiększa strach przed skutkami ubocznymi szczepień, sprawia, że ludzie w mniejszym stopniu dostrzegają ich pozytywne działania i zmniejsza intencje zaszczepienia samych siebie lub swoich dzieci (Allam i wsp., 2014; Nan i Madden, 2012). Natomiast w odniesieniu do prezentacji ze stron proszczepionkowych wyniki nie są jednoznaczne – część badań nie wykazała różnicy w porównaniu z warunkiem kontrolnym, czyli przy braku jakiegokolwiek prezentacji (Nan i Madden, 2012), część zaś (Allam i wsp., 2014; Jolley i Douglas, 2017) wykazała, że taki efekt zachodzi.

Skąd bierze się siła dezinformacji? Istnieją oczywiście osoby niepodatne na nią, co nie zmienia jednak faktu, że spora część ludzi wierzy w teorie spiskowe albo po prostu w coś innego niż to, co uznaje znakomita większość naukowców. Można tutaj wyróżnić trzy rodzaje czynników mających pozytywny wpływ na skuteczność dezinformacji. Są to czynniki: poznawcze, emocjonalne i motywacyjne.

Czynniki poznawcze

Najprostszym czynnikiem sprzyjającym szerzeniu dezinformacji jest zwyczajny brak wiedzy na jakiś temat (Beauvais, 2022). Ktoś, kto ma nikłą wiedzę na przykład z dziedziny chemii i fizyki, łatwiej uwierzy, że szczepionki

powodują autyzm lub zespół nagłej śmierci łóżeczkowej. Generalnie taka osoba łatwiej uwierzy we wszystko, co dotyczy dziedziny, której nie zna lub którą zna w minimalnym stopniu, niezależnie od tego, czy będzie to informacja prawdziwa, fałszywa, czy może zawierająca jedynie część prawdy, wygodną dla tego, kto ją podaje. Ludzie niemający dostatecznej wiedzy z jakiejś dziedziny mogą też źle zrozumieć lub błędnie zinterpretować prawdziwe informacje, na przykład pochodzące z artykułu popularnonaukowego, a następnie podzielić się ze znajomymi tymi niewłaściwie zinterpretowanymi lub zrozumianymi informacjami.

Inne czynniki poznawcze powiązane z podatnością na fake news to: myślenie urojeniowe (np. ktoś wierzy, że ludzie spiskują przeciw niemu lub w ogóle przeciw ludzkości), myślenie dogmatyczne oraz fundamentalizm religijny (Bronstein i wsp., 2019). Czynnikiem poznawczym jest również intuicyjny styl myślenia (w przeciwieństwie do myślenia analitycznego), polegający na tym, że wierzymy w to, co podsuwa nam intuicja, zamiast w to, co wynikałoby z głębszego zastanowienia się i refleksji. Intuicyjny styl myślenia mierzony jest za pomocą skali CRT (Cognitive Reflection Test; Frederick, 2005). Przykładowe zadanie z tej skali brzmi: „Kij i piłeczka kosztują razem 1,10\$. Kij kosztuje o 1\$ więcej niż piłeczka. Ile kosztuje piłeczka?”. Błyskawicznie narzucającą się, intuicyjną odpowiedzią jest 10 centów. Gdyby jednak ta odpowiedź była poprawna, kij kosztowałby 1,10\$, a wtedy łączna cena kija i piłeczki wynosiłaby $0,10\$ + 1,10\$ = 1,20\$$, co nie jest zgodne z informacją podaną na początku. Poprawną odpowiedzią jest zatem 5 centów. W badaniach wykazano, że im więcej intuicyjnych odpowiedzi w CRT podawali uczestnicy, tym bardziej byli skłonni wierzyć w fałszywe informacje wyglądające jak nagłówki z gazet (Pehlivanoglu i wsp., 2021; Pennycook i Rand, 2019, 2020, 2021).

Czynniki emocjonalne

Kolejną grupę czynników sprzyjających podatności na dezinformację stanowią czynniki emocjonalne. Badania wykazały, że ludzie doświadczający silnych emocji z większym prawdopodobieństwem uwierzą w fałszywe wiadomości (Fernández-López i Perea, 2020; Martel i wsp., 2020). Z badań wynika również, że ludzie doznający silnych emocji, zarówno pozytywnych (Blanchette, 2006; Blanchette i Richards, 2004; Oaksford i wsp., 1996), jak i negatywnych

(Blanchette, 2006; Blanchette i Richards, 2004; Channon i Baker, 1994), gorzej wykonują zadania wymagające rozumowania logicznego niż ludzie w neutralnym nastroju. Ponadto wykazano (Jung i wsp., 2014), że wpływ na logiczne rozumowanie ma nie tylko stan emocjonalny, jakiego człowiek doświadcza, lecz także stan wywołany przez treść zadania. Stąd wniosek, że treść, którą widzi on na przykład w internecie, może wywoływać u niego pozytywne lub negatywne emocje, a te z kolei przełożą się na niewłaściwą ocenę wiarygodności tej informacji. Fake news są zwykle tak skonstruowane, by wywoływać szok, strach, złość lub moralne oburzenie (Crockett, 2017; Kozyreva i wsp., 2020; Quandt, 2018), a zatem przez samą swoją treść i/lub formę pośrednio sprawiają, że ludzie stosunkowo często dają im wiarę. Co więcej, badania wykazały, że użytkownicy internetu chętniej udostępniają wiadomości wzbudzające silne emocje (Berger i Milkman, 2012; Heath i wsp., 2001; Peters i wsp., 2009). W czasach charakteryzujących się wzrostem społecznego niepokoju, lęku czy poczucia bezsilności – w okresie, na przykład, pandemii lub wojny – ludzie mogą być szczególnie podatni na wiarę w fałszywe wiadomości, chętnie mogą je też udostępniać, przyczyniając się do ogólnego wzrostu wiary w fake news.

Czynniki motywacyjne

Czynniki motywacyjne sprzyjające wierze w fake news to czynniki, które sprawiają, że z jakichś powodów wygodniej nam uwierzyć w fake news albo nie uwierzyć w prawdziwe informacje. Jednym z takich czynników jest powszechna niechęć do doświadczenia dysonansu poznawczego (Festinger, 1962), który pojawia się wtedy, gdy orientujemy się, że nasze postępowanie nie jest zgodne z tym, co uważamy – lub przyjmujemy, że powinniśmy uważać – za słuszne. Na przykład ktoś bardzo nie lubi nosić maseczki, więc tego nie robi, mimo że panuje zagrożenie pandemiczne. Słyszy ze strony osób powszechnie uznawanych za autorytety, że odmowa noszenia maseczki to stwarzanie zagrożenia dla innych, egoizm itp. Nie chce samego siebie postrzegać jako człowieka egoistycznego, który przedkłada własną chwilową wygodę nad bezpieczeństwo innych. Co może zrobić w takiej sytuacji? Albo założyć maseczkę, albo uznać, że jest egoistą i przedkłada własną wygodę nad bezpieczeństwo innych osób, albo też uznać, że te osoby wcale nie są autorytetami, że prawdopodobieństwo zarażenia innych jest znikome, że maseczki

są nieskuteczne, wreszcie: że pandemii w ogóle nie ma, że wymyśliły ją koncerny farmaceutyczne, aby zarobić na szczepionkach lub sprzedać te, które od czasów świńskiej grypy zalegają w magazynach. Z kolei osoba niechętna szczepieniom z dużym prawdopodobieństwem uwierzy we wszelkie informacje o groźnych skutkach ubocznych i niskiej skuteczności szczepionek.

Innym czynnikiem motywacyjnym sprzyjającym uleganiu dezinformacji jest tzw. *confirmation bias*, czyli efekt potwierdzenia. Otóż chętniej wierzymy w to, co jest spójne z naszymi wcześniejszymi wartościami i poglądami (Kim i Dennis, 2019; Lewandowsky i wsp., 2012, 2017). Jeśli silnie identyfikujemy się z jakąś stroną polityczną, jesteśmy szczególnie skłonni wierzyć w rzeczy zgodne z naszymi sympatiami politycznymi, a wątpić w to, co jest z nimi sprzeczne (Kahan, 2013, 2017; Moravec i wsp., 2018; Pennycook i Rand, 2021; Van Bavel i Pereira, 2018). Nie odnosi się to jedynie do kwestii *stricto* politycznych, lecz do wszystkiego, co może z nich wynikać. Druckman i McGrath (2019) wykazali, że w USA demokraci częściej wierzą, iż zmiany klimatyczne są efektem działalności człowieka, natomiast republikanie – że jedno z drugim nie ma nic wspólnego. Istnieją też dowody potwierdzające związek między postawą wobec szczepień a poglądami politycznymi: w Stanach Zjednoczonych demokraci znacznie częściej niż republikanie deklarowali chęć przyjęcia szczepionki przeciw COVID-19 (Kreps i wsp., 2020; Troiano i Nardi, 2021), republikanie z kolei częściej wierzyli w rozmaite teorie spiskowe związane z pandemią i szczepieniami (Sanders, 2020). W Polsce wykazano związek między niechęcią do szczepień a narodowym narcyzmem (Cislak i wsp., 2021), co zgadza się z obserwacjami – większość zwolenników Konfederacji odnosi się do szczepień z niechęcią pod pretekstem wolności wyboru.

Różne rodzaje dezinformacji

Dezinformacja nie zawsze jest celowa. Ktoś może uwierzyć w nieprawdziwą informację – lub źle zinterpretować jakiś fakt – przypadkowo, np. z powodu niedostatecznej wiedzy na dany temat, a potem tę informację rozpowszechniać. Są to na przykład rodzice, którzy – choć generalnie nie wierzą w teorie antyszczepionkowe – uwierzyli w opisaną w mediach społecznościowych historię dzieci, które zachorowały po przyjęciu szczepionki. Jest jednak pewien szczególny rodzaj dezinformacji – celowy i koordynowany, czyli intencjonalne wprowadzanie ludzi w błąd, by zyskać władzę, pieniądze lub wywołać

pożądane nastroje społeczne (Scheufele i wsp., 2021; Swire-Thompson i wsp., 2020; Tucker i wsp., 2018). W kontekście szczepień jako przykład celowej dezinformacji może posłużyć sławetny artykuł Wakefielda, w którym autor stwierdza, że szczepionka MMR przeciwko różyczce, śwince i odrze powoduje autyzm. Innymi przykładami są kampanie różnych stowarzyszeń mające na celu zniechęcanie do szczepień w ogóle, a do szczepień przeciwko COVID-19 w szczególności, oraz kampanie koncernów farmaceutycznych dyskredytujące szczepionki konkurencyjnych firm.

Zwalczanie dezinformacji

Nie tylko naukowcy, lecz także politycy dostrzegają, jak poważnym problemem społecznym jest dezinformacja, i podejmują działania w celu jej zwalczania. Komisja Europejska opublikowała nawet plan przeciwdziałania dezinformacji, który zakłada doskonalenie kompetencji rozmaitych instytucji służących wykrywaniu, analizie i demaskowaniu dezinformacji, a także wzmacnianie wspólnej reakcji na dezinformację oraz aktywizację sektora prywatnego w zakresie zwalczania dezinformacji i zwiększania społecznej świadomości dotyczącej tego problemu (*Action Plan against Disinformation*, 2018). Istnieją strony internetowe (np. Fakenews.pl, [#nask.pl/wlaczweryfikacje](https://nask.pl/wlaczweryfikacje)), których moderatorzy weryfikują informacje pojawiające się w sieci. Coraz więcej moderatorów mediów społecznościowych, forów internetowych i innych stron umożliwi internautom zgłaszanie informacji nieprawdziwych, podejrzanych lub podanych w sposób wprowadzający w błąd. Informacje takie są następnie usuwane. Moderatorzy blokują niektórych uczestników lub wprowadzają ograniczenia uniemożliwiające zamieszczanie informacji przez boty.

Wszystkie te działania są oczywiście bardzo ważne, ale nie mniej ważne jest uświadamianie ludziom, że mogą paść ofiarą dezinformacji i niechcący stać się narzędziem w rękach osób, którym zależy na rozpowszechnianiu fałszywych, a często szkodliwych społecznie treści. Równie istotne jest informowanie, jak się przed tym bronić. Istnieje szeroki wachlarz psychologicznych narzędzi do walki z wiarą w fałszywe informacje.

Jeśli powody, dla których ktoś wierzy w fałszywe informacje, mają charakter wyłącznie poznawczy, np. wynikają z braku wiedzy na dany temat, to zwalczanie dezinformacji wydaje się w takim przypadku proste – wystarczy uświadomić tej osobie, jaki jest prawdziwy stan rzeczy. I niekiedy faktycznie

tak się dzieje. Aikin i jej współpracownicy (Aikin i wsp., 2015, 2017) wykazali, że sprostowanie informacji zawartych w reklamach leków poprawia wiedzę na temat tych środków, w szczególności na temat ich skuteczności, która w reklamach zwykle jest mocno przesadzona, oraz zalecanych dawek. Wyniki uzyskane przez Dixona i współpracowników (2015) sugerują, że sprostowanie fałszywych informacji dotyczących powiązania skojarzonej szczepionki na odrę, świnkę i różyczkę (MMR) z autyzmem u dzieci okazało się skuteczne, zwłaszcza gdy informacji korygującej towarzyszyły ilustracje, np. wykresy. Inne badania (Bode i Vraga, 2015) wskazują na skuteczność narzędzia zwanego „powiązane linki”, stosowanego przez niektóre media społecznościowe – po przeczytaniu historii dotyczących wywoływania nowotworów przez GMO lub autyzmu przez szczepionki uczestnicy badania, którzy w powiązanych linkach ujrzeli informację dementującą fałszywe doniesienia, ulegali dezinformacji w mniejszym stopniu niż ci, którzy nie ujrzeli takiej informacji.

Inna metoda zwalczania dezinformacji, której wysoką skuteczność potwierdziły niektóre badania (Dame Adjin-Tettey, 2022; Guess i wsp., 2020; Klurfeld i Schneider, 2014; Mihailidis i Viotty, 2017), polega na zwiększaniu świadomości społecznej w zakresie mediów i informacji (*news and media literacy*) poprzez rozwijanie u ludzi umiejętności wyszukiwania, analizowania i oceny wiadomości w mediach (nie tylko internetowych). Zastosowanie tej metody zmniejszyło u ludzi wiarę w fałszywe informacje.

Niestety te proste metody bywają nieskuteczne, gdy ludzie mają już zakorzenione, silne przekonania lub wtedy, gdy ich przekonania wynikają z religii albo z sympatii politycznych. W takiej sytuacji prosta korekta informacji może okazać się wręcz przeciwnie skuteczna – na przykład Nyhan i Reifler (2015) przeprowadzili badanie, z którego wynika, że po zaprezentowaniu prawdziwych danych dotyczących szczepień przeciw grypie z Centres for Disease Control and Prevention (CDC) ludzie o silnych obawach i uprzedzeniach w stosunku do szczepień mieli jeszcze niższe intencje zaszczepienia się na grypę niż ludzie o podobnych poglądach, którym takich danych nie zaprezentowano. Również zwiększanie świadomości na temat mediów i wiadomości może okazać się bronią obosieczną – z badań przeprowadzonych przez Vragę i Bode (2017) wynika, że w sytuacji, w której fałszywa informacja jest spójna z czyimiś przekonaniami religijnymi lub politycznymi, zwiększona wiedza na temat mediów może służyć do uzasadniania teje fałszywej informacji.

Jak pokazują badania, tradycyjne metody zwalczania dezinformacji mogą być nieskuteczne również wtedy, gdy w grę wchodzi teorie spiskowe (Garrett i Weeks, 2017; Scheufele i wsp., 2021). A wiele takich popularnych teorii dotyczy właśnie problematyki zdrowotnej, o czym można się było przekonać w czasie pandemii (van der Linden i wsp., 2020). Istnieją także teorie spiskowe dotyczące szczepień w ogóle (Oliver i Wood, 2014).

Jedną ze skutecznych metod zwalczania dezinformacji może być inokulacja, o której szerzej piszemy w rozdziale 1.

Źródło (dez)informacji

Z dezinformacją można też walczyć, podając jej źródła. Wiele wcześniejszych badań (Eagly i Chaiken, 1993; Lewandowsky i wsp., 2012; McCracken, 1989; McGinnies i Ward, 1980; Nyhan i Reifler, 2012; van der Meer i Jin, 2020) wykazało to, co wydaje się oczywiste – że opinia, jaką cieszy się źródło informacji, ma znaczący wpływ na to, w jakim stopniu ludzie wierzą w tę informację lub w nią nie wierzą. Istnieją jednak badania sugerujące, że źródło informacji nie ma wpływu na postrzeganie jej jako wiarygodnej lub niewiarygodnej (Tsang, 2021). Żeby wyjaśnić tę pozorną niespójność, wystarczy spojrzeć na daty wykonania badań wykazujących wpływ źródła informacji na ocenę jej wiarygodności – otóż większość z nich przeprowadzono dość dawno temu, jeszcze przed nagłym rozwojem mediów społecznościowych. W realnym, fizycznym świecie zwykle wiemy, kto stoi za jakąś informacją, i jeśli jest to źródło powszechnie znane i mające dobrą opinię, jesteśmy skłonni bardziej wierzyć w informację pochodzącą z tego źródła niż z innego, które nie cieszy się tak dobrą reputacją. Więcej nawet: jesteśmy skłonni zapoznawać się wyłącznie z informacjami ze źródeł, które uważamy za wiarygodne, i możemy takich właśnie wyborów dokonywać (Tormala i wsp., 2006, 2007). Natomiast w świecie mediów społecznościowych rzadziej dokonujemy wyboru źródła informacji, którą otrzymujemy – często dostajemy informacje udostępniane przez znajomych lub celebrytów i nie dowiadujemy się, skąd pochodzi dana wiadomość. Dlatego w świecie mediów społecznościowych źródło informacji ma mniejszy wpływ na jej popularność, rozpowszechnianie i ocenę wiarygodności.

Jaki jednak wpływ na ocenę wiadomości może mieć „zdemaskowanie” jej źródła, czyli poinformowanie odbiorców, że stoją za nią ludzie bardzo

niewiarygodni lub nawet budzący powszechną niechęć bądź inne negatywne emocje, takie jak złość czy strach? Postanowiliśmy sprawdzić to w przeprowadzonym przez nas badaniu.

Badania własne

Badania zostały przeprowadzone krótko po rosyjskiej inwazji na Ukrainę, kiedy to Putin i podległe mu instytucje wywoływali u większości polskiego społeczeństwa emocje nader negatywne, natomiast Ukraina i ukraińscy uchodźcy wzbudzali chęć niesienia pomocy, współczucie i przekonanie o niesprawiedliwości ich losu. Jak wspomniano, celem badań było sprawdzenie, czy poinformowanie ludzi o tym, że za dezinformacją stoją osoby oraz instytucje budzące silne negatywne emocje, sprawi, że ludzie będą mniej podatni na tę dezinformację. Konkretnie – czy poinformowanie ludzi o tym, że za większością działań antyszczepionkowych w internecie stoi Kreml, wpłynie pozytywnie na postawy wobec szczepień. Oczekiwaliśmy, że tak właśnie się stanie.

Jeszcze przed zaatakowaniem Ukrainy, a tuż po ogłoszeniu przez Putina niepodległości separatystycznych republik donieckiej i ługańskiej, liczba prorosyjskich i antyukraińskich postów w internecie gwałtownie wzrosła, o około 500%. Jak wykazał Instytut Badań Internetu i Mediów Społecznościowych w raporcie z 22 lutego 2022 roku (zob. np. Szuldrzyński, 2022), zdecydowana większość (nawet 80–90%) takich postów pochodziła z kont, które przed proklamacją niepodległości owych republik zamieszczały głównie antyszczepionkowe treści. W badaniu wykorzystany został artykuł dotyczący właśnie tej wiadomości ze strony spiderweb.pl. Drugi artykuł pochodził z polskiej edycji „Timesa” z roku 2018 i mówił o rosyjskiej propagandzie dotyczącej szczepień niemowląt w Polsce i w innych krajach europejskich. Napisaliśmy wprowadzenie do tych artykułów. Oprócz tego wykorzystaliśmy skany autentycznych wpisów pochodzących z kont, które wcześniej były antyszczepionkowe i obraziły się w antyukraińskie.

W warunku kontrolnym zostały wykorzystane neutralne artykuły dotyczące uprawiania kwiatów.

Do pomiaru postaw wobec szczepień użyliśmy kwestionariusza 7C Vaccination Readiness (Geiger i wsp., 2022) w polskiej adaptacji (Soral i wsp., 2022). O kwestionariuszu piszemy także na stronie 21. Uczestnicy badań

mieli ustosunkować się do stwierdzeń dotyczących szczepień, zaznaczając na 7-stopniowej skali, w jakim stopniu się z nimi zgadzają (1 – zdecydowanie się nie zgadzam; 7 – zdecydowanie się zgadzam). Im wyższy wynik, tym bardziej pozytywne nastawienie do szczepień.

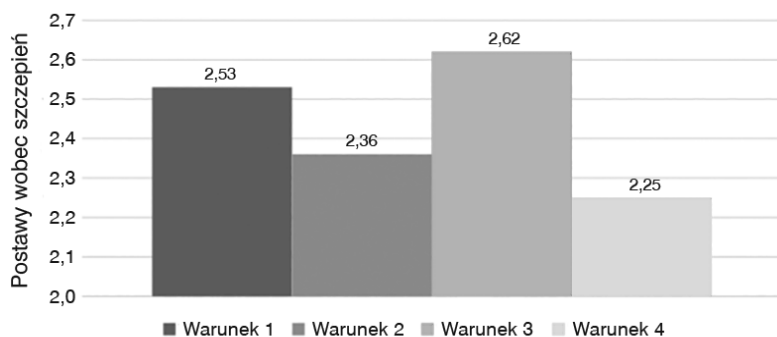
Badanie 1

Badanie zostało przeprowadzone online za pomocą panelu Ariadna na początku kwietnia 2022 roku, w zamian za punkty kredytowe. Uczestników – Polaków w wieku od 18 do 35 lat – podzielono na cztery grupy. Grupa 1 otrzymała do czytania dwa artykuły o rosyjskiej propagandzie antyszczepionkowej, opatrzone wstępem napisanym na użytek badań i zilustrowane skanami postów. Grupa 2 czytała te same artykuły i wstęp, lecz nie oglądała postów. Grupa 3 tylko czytała wzmiankowane artykuły, bez wstępu i bez postów. Wreszcie grupa 4 czytała artykuły neutralne, o uprawianiu kwiatów. Następnie uczestnicy mieli odpowiedzieć na pięć pytań dotyczących treści artykułów – chodziło o to, by wyeliminować tych, którzy jedynie przejrżeli artykuły, chcąc jak najszybciej skończyć badanie i zdobyć punkty. Potem wszyscy uczestnicy wypełniali kwestionariusz gotowości do szczepień.

Wyniki. Analiza wariancji (ANOVA) nie wykazała istotnych różnic między grupami 1–4 ($F < 1$). Zauważyliśmy jednak ciekawą rzecz: otóż wśród uczestników, którzy mieli najbardziej negatywne postawy wobec szczepień (poniżej jednego odchylenia standardowego od średniej), takie różnice wystąpiły: $F(3, 118) = 3,44$; $p = 0,019$. Istotne różnice zaszły między warunkami 1 a 4 ($p = 0,027$), jak również między warunkami 3 a 4 ($p = 0,004$) i między warunkami 2 a 3 ($p = 0,045$). Uczestnicy w warunkach 1 i 3 mieli istotnie mniej negatywne postawy wobec szczepień niż uczestnicy w warunku 4 (czyli neutralnym). Ilustruje to Rysunek 8.1.

Wśród uczestników, których postawy wobec szczepień oscylowały wokół średniej, oraz wśród tych o najbardziej pozytywnych postawach nie było różnic między warunkami eksperymentalnymi (w obu przypadkach $F < 1$).

Choć Badanie 1 nie potwierdziło naszych hipotez, nasunęło przypuszczenie, że być może informacja o rosyjskiej propagandzie antyszczepionkowej działa, lecz tylko wśród uczestników o najbardziej negatywnych postawach wobec szczepień. Aby się o tym przekonać, przeprowadziliśmy kolejne badanie.



Rysunek 8.1

Postawy wobec szczepień w różnych warunkach eksperymentalnych wśród uczestników o najmniej pozytywnym nastawieniu do szczepień (Badanie 1)

Badanie 2

Przed Badaniem 2 hipotezy zostały zmodyfikowane: w dalszym ciągu zakładaliśmy, że u uczestników, którzy przeczytają artykuły o rosyjskiej propagandzie antyszczepionkowej, zwłaszcza gdy będą wzbogacone o wstęp i skany postów, postawy wobec szczepień będą bardziej pozytywne niż u tych, którzy czytają neutralne artykuły, lecz tym razem badanie miało dotyczyć wyłącznie uczestników, którzy na początku, jeszcze przed manipulacją, zadeklarują negatywne lub najwyżej neutralne postawy wobec szczepień. Dodatkowo postanowiliśmy sprawdzić, czy efekt ten będzie szczególnie silny u uczestników o pozytywnych postawach wobec Ukrainy i Ukraińców.

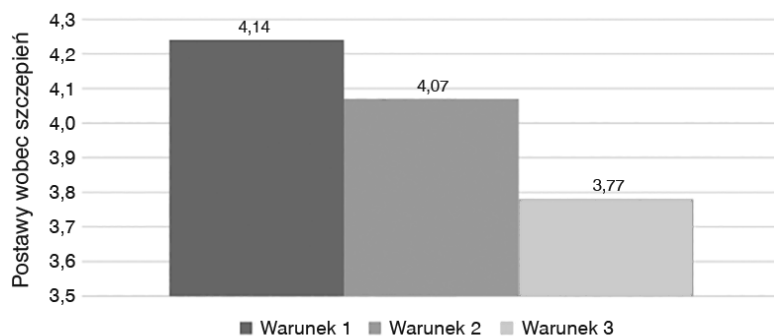
Procedura. Badanie zostało przeprowadzone w czerwcu 2022 roku na platformie internetowej Prolific. Wyselekcjonowano uczestników biegle mówiących po polsku (było to konieczne ze względu na wymóg czytania artykułów), którzy początkowo zadeklarowali negatywne lub neutralne postawy wobec szczepień.

Na początku badania uczestnicy wypełnili dwa kwestionariusze: CAPRED (Van Zomeren i wsp., 2008), dotyczący postaw wobec Ukrainy i Ukraińców (ściślej: identyfikacji z nimi i przekonania o celowości zbiorowego działania na ich rzecz), oraz Threat – dotyczący poczucia zagrożenia wynikającego z napływu ukraińskich uchodźców. Następnie zostali podzieleni na trzy warunki eksperymentalne. W warunku 1 otrzymali do przeczytania te same artykuły, co w Badaniu 1, ze wstępem i skanami postów. W warunku 2 czytali te artykuły,

ale bez wstępu i bez postów. W warunku 3 czytali teksty neutralne. Potem, podobnie jak w Badaniu 1, odpowiedzieli na pięć pytań związanych z przeczytanymi artykułami i wypełnili kwestionariusz gotowości do szczepień.

Wyniki. Z analiz wykluczono wyniki uczestników, którzy odpowiedzieli poprawnie na mniej niż trzy pytania o treść przeczytanych artykułów. Analiza wariancji wykazała, że postawy wobec szczepień istotnie się różniły między warunkami: $F(2, 245) = 3,84$; $p = 0,023$. Zgodnie z hipotezami istotne różnice pojawiły się między warunkami 1 a 3 ($t = 2,56$; $p = 0,033$), przy czym u uczestników w warunku 1 postawy wobec szczepień były bardziej pozytywne ($M = 4,14$; $SD = 0,92$) niż w warunku 3 ($M = 3,77$; $SD = 0,95$). Różnice między warunkami 1 a 2 ($p = 0,999$) oraz 2 a 3 ($p = 0,105$) nie były istotne, choć średnia w warunku 2 była wyższa niż w warunku 3 ($M = 4,07$; $SD = 0,94$; zob. Rysunek 8.2).

Sprawdzono też, czy powyższy efekt dotyczy głównie uczestników deklarujących najbardziej pozytywne postawy wobec Ukraińców (czyli osiągających najwyższe wyniki na skali CAPRED i najniższe na skali Threat). W tym celu zbadano, czy zachodzi interakcja między warunkiem eksperymentalnym a wynikami na skali CAPRED i Threat, jednak analizy nie wykazały istotnej interakcji w żadnym z tych dwóch przypadków. Natomiast analizy korelacji wykazały, że generalnie postawy wobec szczepień były skorelowane pozytywnie z wynikami na skali CAPRED ($r = 0,33$), a negatywnie z poczuciem zagrożenia związanego z napływem ukraińskich uchodźców ($r = -0,43$) – czyli im



Rysunek 8.2

Postawy wobec szczepień w różnych warunkach eksperymentalnych (Badanie 2)

bardziej pozytywne były postawy wobec Ukraińców, tym bardziej pozytywne były też postawy wobec szczepień. Nie wykazano jednak, by szczególnie silna reakcja na przeczytanie artykułów o rosyjskiej propagandzie wystąpiła u osób najbardziej pozytywnie nastawionych do Ukrainy i Ukraińców.

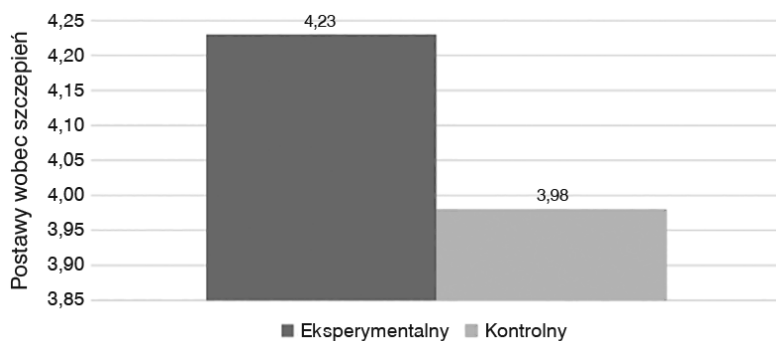
Badanie 3

W trzecim badaniu zamierzaliśmy zreplikować wyniki Badania 2, a także sprawdzić, czy zmniejszona wiara w fake news dotyczące pandemii i szczepień jest mechanizmem tłumaczącym wzrost postaw proszczepionkowych. Kolejnym jego celem było sprawdzenie, czy efekt, jaki zaszedł w Badaniu 2, utrzymuje się w czasie, gdy początkowy entuzjazm wobec Ukrainy i Ukraińców nieco osłabł w pół roku po wybuchu wojny, podobnie jak osłabły negatywne postawy wobec Putina i Rosji.

Procedura. Badanie 3, tak jak Badanie 2, zostało przeprowadzone na platformie internetowej Prolific, a jego uczestnikami były osoby deklarujące początkowo najwyżej neutralne nastawienie do szczepień, które nie brały udziału w Badaniu 2. Odbyło się w sierpniu 2022 roku. Wykorzystano w nim te same artykuły, z tym samym wstępem i skanami postów, co w Badaniach 1 i 2. Do mierzenia postaw wobec szczepień zastosowano tę samą skalę. Natomiast w celu zmierzenia wiary w fałszywe informacje utworzona została lista dziesięciu stwierdzeń dotyczących pandemii COVID-19 i szczepień (nie tylko przeciw COVID-19). Osiem stwierdzeń było fałszywych, dwa były prawdziwe. Uczestnicy mieli oceniać ich wiarygodność i obiektywność przekazu na 7-stopniowej skali, gdzie 1 oznaczało „zupełnie niewiarygodne/nieobiektywne”, 7 zaś – „zupełnie wiarygodne/obiektywne”. Przykładowe stwierdzenia brzmiały: „Szczepionki przeciwko COVID-19 są eksperymentalne i niedostatecznie zbadane” (fałszywe); „Szczepienia na grypę i COVID-19 łagodzą skutki choroby i zmniejszają ryzyko śmierci” (prawdziwe).

Tym razem uczestnicy zostali podzieleni tylko na dwa warunki – eksperymentalny (w którym czytali artykuły o rosyjskiej propagandzie antyszczepionkowej ze wstępem i oglądali posty) oraz kontrolny (w którym czytali artykuły neutralne). Następnie odpowiadali na pięć pytań dotyczących treści artykułów, wypełniali kwestionariusz gotowości do szczepień i na koniec oceniali prawdziwość oraz obiektywność stwierdzeń na temat pandemii COVID-19 i szczepień.

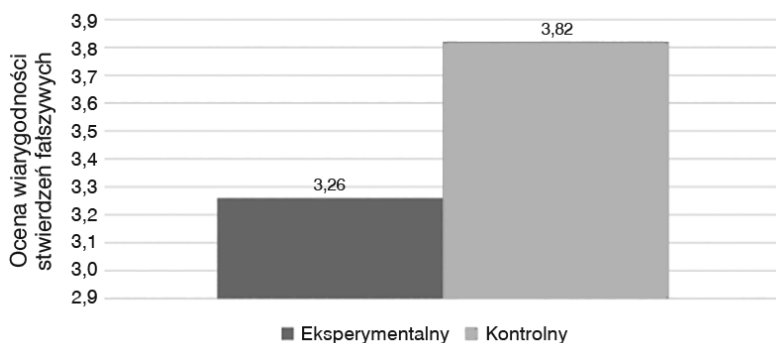
Wyniki. Podobnie jak w Badaniu 2, do analiz zostały wybrane tylko wyniki uczestników, którzy odpowiedzieli poprawnie na co najmniej trzy pytania z treści artykułów. Chociaż jednak założyliśmy, że część uczestników odpadnie z tego powodu, i dlatego przebadaliśmy więcej osób, okazało się, że bardzo nieliczni spełnili ten warunek – z 223 osób jedynie 43 odpowiedziały poprawnie na co najmniej trzy pytania (15 w warunku eksperymentalnym, 28 w kontrolnym). Było jasne, że przy tak małych próbach uzyskanie wyników istotnych statystycznie jest raczej niemożliwe, a nawet gdyby takie były, należałoby je traktować z niezwykłą ostrożnością. Mimo to przeprowadziliśmy analizy, wykorzystując testy T dla grup niezależnych. Różnica między warunkiem eksperymentalnym a warunkiem kontrolnym nie była istotna statystycznie: $t(40,95) = 0,92$; $p = 0,364$. Jednak średnia była wyższa w warunku eksperymentalnym ($M = 4,23$; $SD = 0,62$) niż w kontrolnym ($M = 3,98$; $SD = 1,13$). Ilustruje to Rysunek 8.3.



Rysunek 8.3

*Postawy wobec szczepień w warunku eksperymentalnym
i w warunku kontrolnym (Badanie 3)*

Natomiast ocena wiarygodności fałszywych stwierdzeń na temat pandemii COVID-19 i szczepień różniła się istotnie między warunkiem eksperymentalnym i warunkiem kontrolnym: $t(41) = -2,19$; $p = 0,035$. Uczestnicy w warunku eksperymentalnym oceniali ich wiarygodność niżej ($M = 3,26$; $SD = 0,57$) niż ci w warunku kontrolnym ($M = 3,82$; $SD = 0,90$). Również obiektywność przekazu była oceniana niżej w warunku eksperymentalnym ($M = 2,53$; $SD = 1,06$) niż w kontrolnym ($M = 3,37$; $SD = 1,11$). Różnica była istotna statystycznie: $t(41) = -2,38$; $p = 0,022$ (zob. Rysunek 8.4).



Rysunek 8.4

Ocena wiarygodności stwierdzeń fałszywych w warunku eksperymetalnym i w warunku kontrolnym (Badanie 3)

Jeśli chodzi o ocenę wiarygodności i obiektywności przekazu stwierdzeń prawdziwych, różnice między warunkami eksperymetalnymi nie wystąpiły.

Mimo że nie udało się zebrać dostatecznej liczby danych, aby uzyskać istotną statystycznie różnicę w postawach wobec szczepień, wyniki Badania 3 można interpretować jako potwierdzające wyniki Badania 2. Oczywiście, jak już wspomniano, z powodu małej liczby osób, których dane były analizowane, należy podchodzić do tych rezultatów z dużą ostrożnością.

Podsumowanie

Wyniki naszych badań wskazują, że poinformowanie ludzi o tym, że za propagandą antyszczepionkową stoją osoby i instytucje budzące silną niechęć i negatywne emocje, zmniejsza podatność ludzi na dezinformację antyszczepionkową, a zarazem zwiększa ich gotowość do szczepień. Co więcej, ten rodzaj interwencji wydaje się skuteczny wśród osób, które początkowo deklarują negatywne lub najwyżej neutralne postawy wobec szczepień, a przy tym nie działa w sposób odwrotny na osoby o pozytywnych postawach wobec szczepień (co wykazało Badanie 1). Nie jest to więc broń obosieczna, jak w przypadku niektórych wspomnianych wcześniej sposobów walki z dezinformacją. Stosowanie jej nie przyniesie zatem negatywnych skutków.

Oczywiście badania te mają poważne ograniczenia – przede wszystkim badane były postawy wobec szczepień, a od poprawy postaw wobec szczepień do zaszczepienia siebie lub swoich dzieci jest jeszcze daleka droga. Postawy

czy deklaracje to nie to samo co zachowania (Bechler i wsp., 2021; Doliński, 2018; Glasman i Albarracín, 2006). Poza tym wciąż nie wiadomo, czy taka interwencja byłaby skuteczna po upływie długiego czasu od inwazji na Ukrainę, kiedy negatywne emocje wobec siewców dezinformacji zdążyły już okrzepnąć.

Rekomendacje

Badania nad redukcją skutków dezinformacji nasuwają kilka wniosków do praktycznego wykorzystania przez wszystkich ludzi, zwłaszcza tych często korzystających z internetu. Przede wszystkim nie należy udostępniać informacji, których prawdziwości ktoś nie jest pewien. Warto natomiast dzielić się ze znajomymi sprawdzonymi wiadomościami. Jeśli widzimy na forum czy w mediach społecznościowych wiadomość – nie tylko z obszaru szczepień – co do której mamy podejrzenie, że może być fałszywa, wprowadzająca ludzi w błąd, warto zgłosić ją do moderatorów strony. Zwykle można to zrobić jednym kliknięciem.

Nauczyciele podczas godzin wychowawczych mogą przeprowadzić zajęcia dotyczące dezinformacji w internecie. Z kolei lekarze w rozmowach z pacjentami wahającymi się, czy warto szczepić siebie lub swoje dzieci, powinni demontować i korygować nieprawdziwe informacje, z którymi ci pacjenci się zetknęli.

Wreszcie, duże pole do popisu mają także dziennikarze – przeprowadzone przez nas badania wykazały, że należy pisać artykuły, które mogą zdemaskować źródła antyszczepionkowej propagandy jako wzbudzające negatywne emocje. Niekoniecznie muszą być związane z wojną, lecz, na przykład, z małwersacjami finansowymi. Jeśli ktoś znajdzie i potwierdzi takie informacje, istnieje szansa, że dzięki nim osoba, która uległa propagandzie antyszczepionkowej, ponownie się zastanowi i jednak zaszczepi swoje dzieci lub siebie. A taka gra jest warta świeczki.

ROZDZIAŁ 9

Autorytet i perswazja

Dariusz Doliński
Uniwersytet SWPS

Wprowadzenie

Zgodnie z definicją z Wielkiego Słownika Języka Polskiego autorytet to „osoba lub instytucja, która cieszy się autorytetem – uznaniem i szacunkiem”. Zauważmy, że definicja ta rodzi od razu wiele niejasności i wątpliwości. Przede wszystkim: za co „osoba lub instytucja” jest uznawana i szanowana. Przez kogo jest uznawana i szanowana? Kiedy, w jakich okolicznościach ma to miejsce? Zawsze i bezwzględnie czy tylko w pewnym, określonym czasie i w odniesieniu do wybranych kwestii? To tylko część pytań, które od razu się nasuują. A przecież można też zadać inne. W kontekście nakłaniania ludzi do szczepień kluczowe pytanie brzmi: w jakim stopniu bycie autorytetem ułatwia przekonanie innych ludzi, aby podjęli decyzję o szczepieniu? Przechodząc na poziom bardziej szczegółowy, można zastanawiać się na przykład nad tym, jak dalece bycie autorytetem zwiększa szanse, że ludzie dadzą się przekonać, iż Andrew Wakefield sfałszował swoje badania i że, patrząc obiektywnie, nie ma żadnego związku między szczepieniami MMR a prawdopodobieństwem wystąpienia u małego dziecka symptomów autyzmu. Albo też: w jakim stopniu bycie autorytetem zwiększy szanse na to, iż ktoś uwierzy, że choć wystąpienie poważnych powikłań poszczepiennych jest możliwe, to jednak jest mniej prawdopodobne niż zachorowanie w przypadku niezaszczepienia się? A także: jak dalece autorytet może wpłynąć na zaakceptowanie przez ludzi prawdy, że powszechne szczepienia przeciw chorobom zakaźnym są dobrodziejstwem ludzkości i jedną z najważniejszych zdobyczy cywilizacyjnych? Na takie i inne wątpliwości od dawna usiłuje odpowiedzieć psychologia społeczna. Badania psychologiczne są tu tym ważniejsze, że odpowiedzi nie zawsze okazują się

całkowicie zgodne z wiedzą zdroworozsądkową. Zanim jednak przejdziemy do bardziej szczegółowej analizy tych właśnie kwestii, przyjrzyjmy się kilku badaniom psychologicznym, które pokazują siłę autorytetu w skłanianiu ludzi do wypełniania czyichś poleceń i sugestii.

Wpływ autorytetu na ludzi w badaniach psychologicznych

Na początku lat 60. XX wieku Stanley Milgram (1963, 1965) przeprowadził serię eksperymentów, których wyniki zaszokowały nie tylko środowisko psychologów, ale także zwykłych zjadaczy chleba, z naukami społecznymi niemających nic wspólnego. Wszystko zaczęło się od ogłoszenia zamieszczonego w gazecie wychodzącej w New Haven. Z ogłoszenia wynikało, że Wydział Psychologii Uniwersytetu Yale poszukuje ochotników do badania dotyczącego mechanizmów uczenia się i pamięci. Za przyjście do laboratorium oferowano cztery i pół dolara, co w tamtych czasach było całkiem sporą (choć, z drugiej strony, nie jakoś szokująco dużą) gratyfikacją. Osoba, która stawiała się na badanie, spotykała nie tylko profesora psychologii, ale także innego człowieka, który miał wziąć udział w eksperymencie. Profesor wypłacał badanym obiecane pieniądze, dodając przy tym, że jest to gratyfikacja za samo przyjście do laboratorium, a z udziału można zrezygnować w każdej chwili, nie obawiając się o utratę honorarium. Następnie wyjaśniał dwójce przybyłych, że jeden z nich będzie odgrywał rolę ucznia, a drugi – nauczyciela. O tym, kto będzie uczniem, a kto nauczycielem, zadecyduje losowanie. Wkrótce po nim uczeń siedł do pokoju z kartką, na której zapisane były pewne słowa, którym towarzyszyły inne. Na przykład słowu „ocean” towarzyszyło słowo „niebieski”, a słowu krzesło – określenie „proste”. Uczniowi powiedziano, że gdy usłyszysz pierwsze słowo z pary, będzie musiał zareagować drugim. Nauczyciel wraz z profesorem przechodzili natomiast do sąsiedniego pokoju, gdzie nauczyciel dowiadywał się, że eksperyment poświęcony jest roli kary w procesie uczenia się. Każdy błąd ucznia karany będzie wstrząsem elektrycznym. Do wymierzania kar służyć będzie specjalny generator, zaopatrzony w 30 przycisków. Pierwszy z nich oznaczony jest symbolem 15 woltów, drugi – 30, trzeci – 45, czwarty – 60 i tak dalej, aż do trzydziestego przycisku, oznaczonego symbolem 450 woltów. Poszczególne grupy przycisków miały też

opisy werbalne. Przy pierwszych widniał napis „lekki wstrząs”, a przy końcu skali znajdowało się określenie „niebezpieczeństwo dla zdrowia”, przy czym napis ten nie dotyczył dwóch ostatnich przycisków. Można więc było sądzić, że wciśnięcie ich jest groźne dla życia osoby, która otrzymałaby taki impuls elektryczny. Wkrótce okazywało się, że kable z generatora przecięte są przez otwór w ścianie i przechodzą do pomieszczenia, w którym siedzi uczeń. Profesor i nauczyciel przechodzili do jego pokoju i podłączali mu do ręki elektrody, po czym wracali do pomieszczenia, w którym stał generator. Rozpoczynała się właściwa część eksperymentu. Uczeń zrazu reagował poprawnie, ale wkrótce popełniał pierwszy błąd. Profesor polecał wówczas nauczycielowi wciśnięcie pierwszego przycisku. Przy drugim błędnie nakazywał wciśnięcie drugiego przycisku, przy trzecim – trzeciego itd. Kolejne uderzenia prądem wywoływały coraz silniejszy dyskomfort ucznia, co przejawiało się u niego najpierw stękaniami, potem pojękiwaniami, a w końcu krzykami bólu. Gdy nauczyciel wyrażał troskę o ucznia lub formułował wątpliwości co do zasadności uderzania go prądem, profesor uspokajał go, że wszystko jest pod kontrolą, a uderzenia, choć bolesne, nie są szkodliwe. Pora wyjaśnić, że eksperyment ten *de facto* nie był poświęcony związkowi kary z efektywnością uczenia się. Tak naprawdę uczeń był współpracownikiem eksperymentatora, nie był podłączony do generatora prądu elektrycznego i jedynie udawał, że odczuwa uderzenia powodujące coraz większy ból. Prawdziwa osoba badana, której tylko wydawało się, że wylosowała rolę nauczyciela, oczywiście nie zdawała sobie z tego sprawy. Stanleya Milgrama interesowało to, jak zachowa się człowiek, któremu autorytet (profesor słynnego Uniwersytetu Yale) poleca uderzanie innej osoby coraz boleśniej impulsami prądu. Wyniki eksperymentu okazały się szokujące. Wyraźna większość (niemal 2/3 osób badanych) wypełniła wszystkie polecenia eksperymentatora, wiskając finalnie przycisk oznaczony symbolem 450 woltów. Ludzie robili to wyraźnie wbrew sobie, nie potrafili jednak przeciwstawić się autorytetowi. Badanie to było w psychologii wielokrotnie replikowane w różnych krajach świata, także w Polsce (por. Dolinski i Grzyb, 2017), i przynosiło bardzo podobne wyniki.

Inne badania psychologiczne były może mniej spektakularne, ale także one pokazały, że autorytet może skłaniać ludzi do zachowań, które nie mają wiele wspólnego z rozsądkiem. W słynnym badaniu Hoflinga i jego

współpracowników (Hofling i wsp., 1966) eksperymentator, udając lekarza, dzwonił do pielęgniarek pełniących nocny dyżur i polecał im podanie leku pacjentowi, który leżał na oddziale. Lek w takiej dawce nie był dozwolony, o czym pielęgniarki mogły się łatwo przekonać, czytając informację na opakowaniu. Okazało się jednak, że 21 z 22 pielęgniarek miało zamiar podać lekarstwo pacjentom.

W jeszcze innych badaniach (Bickman, 1974) eksperymentator pokazywał ludziom przebywającym akurat na parkingu człowieka, który stał bezradnie przy parkomacie. Badacz wyjaśniał, że człowiek ten nie ma drobnych, i mówił, że w związku z tym należy dać mu dziesięciocentówkę, aby mógł zakupić bilet parkingowy. To niecodzienne polecenie wypełnił co trzeci indagowany. W innych warunkach tego eksperymentu badacz ubierał się w mundur strażnika i wydawał ludziom to samo polecenie. I choć strażnik nie ma przecież prawa rozkazać nam, abyśmy dali dziesięciocentówkę innej osobie, polecenie to spełniło aż 89% indagowanych!

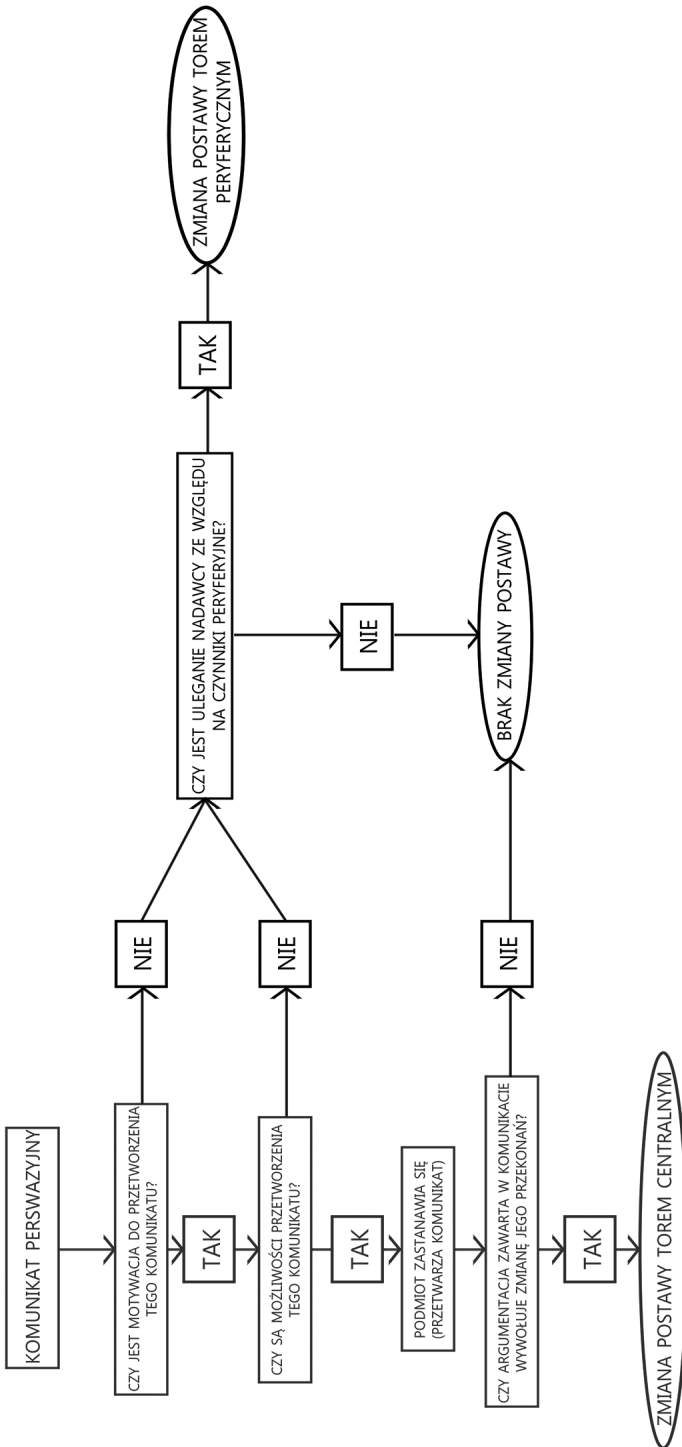
Autorytet (a właściwie pozorny autorytet) jest często wykorzystywany także w reklamach. Do kupna pasty do zębów zachęca ubrana w białe fartuch kobieta, trzymająca w dłoni tubkę pasty i udająca, że jest dentystką. Do kupna płynu do udrażniania rur zachęca mężczyzna w niebieskim kombinezonie, udający hydraulika, a kobieta w garsonce pokazywana na tle tablicy mówi, jakiej marki piórniki i kredki rodzice powinni kupić dzieciom idącym po raz pierwszy do szkoły.

Tak więc autorytetem – realnym lub tylko pozornym – mogą być bardzo różne osoby. Rodzice przeważnie są autorytetami dla swoich dzieci. W niektórych przypadkach trwa to przez całe ich życie, w innych – tylko do okresu adolescencji, kiedy to ważniejszym i bardziej wiarygodnym źródłem opinii stają się dla nastolatków ich rówieśnicy. Niektórzy nauczyciele są autorytetami dla dzieci i młodzieży, inni nie. I zależy to nie tylko od osobowości i kompetencji nauczyciela, lecz także od osobowości uczniów i od ich potrzeb poznawczych, jak również od norm społecznych, które wytworzyły się w danej szkole. Dziennikarz jest lub nie jest uznawany za autorytet przez czytelników nie tylko z powodu posiadanych (lub nieposiadanych) kompetencji i ze względu na swoją rzetelność, ale przede wszystkim z uwagi na to, czy jego osobiste poglądy są zgodne, czy też niezgodne, z poglądami czytelników, widzów, słuchaczy, internautów.

Psychologia perswazji i znaczenie autorytetu

Zauważmy, że przytoczone powyżej przykłady oddziaływania autorytetu były bardzo spektakularne, ale dotyczyły spontanicznych, jednorazowych i często impulsywnych zachowań. Z interesującej nas tu perspektywy przekonywania ludzi do szerepów istotniejsze jest jednak to, w jaki sposób autorytet może wpływać na kształtowanie i zmianę głęboko ugruntowanych przekonań. Próbę odpowiedzi na to złożone pytanie zaczniemy od psychologii zmiany postaw. Wydaje się, że najsensowniejsze będzie przy tym odwołanie się do modelu szans na rozpracowanie przekazu (Petty i Cacioppo, 1986). Jego podstawowym założeniem jest to, że ludzie mogą dać się przekonać do pewnych działań i do popierania pewnych idei czy poglądów w bardzo różny sposób. Gdybyśmy wzięli pod uwagę na przykład takie zdarzenie jak głosowanie w wyborach prezydenckich, to głos wrzucony do urny przez człowieka, który starannie zapoznał się z życiorysami poszczególnych kandydatów i zastanowił się nad realnością i wiarygodnością proponowanych przez nich programów, a także uważnie śledził telewizyjne debaty wyborcze, liczy się dokładnie tak samo jak głos wrzucony przez człowieka, który idąc do lokalu wyborczego, zobaczył uśmiechniętą postać na billboardzie, pomyślał „temu człowiekowi dobrze z oczu patrzy”, po czym zaznaczył krzyżyk przy jego nazwisku. I choć głęboko przemyślane działanie pierwszej osoby z tego przykładu wydaje nam się czymś zdecydowanie lepszym jakością i rozsądniejszym niż działanie człowieka, który dał się uwieść ładnej fotografii, to – z perspektywy czysto użytecznej – sztabom wyborczym poszczególnych kandydatów jest całkowicie obojętne, dlaczego ludzie oddadzą głos na ich faworyta. Wychodząc z takiego właśnie założenia, Petty i Cacioppo (1986) przyjmują, że do zmiany postaw może dochodzić dwoma torami. Pierwszy z nich to tak zwany tor centralny. Dotyczy sytuacji, w której podmiot dokładnie analizuje docierającą do niego argumentację i jeśli uzna ją za sensowną, może zmienić swoją postawę, a jeśli argumenty go nie przekonują, to postawy nie zmieni. Jakie warunki muszą być spełnione, aby w ogóle doszło do sytuacji, w której człowiek zastanawia się nad sensownością docierającej do niego argumentacji (psychologowie powiedzieliby: „rozpracowuje przekaz perswazyjny”)? Otóż po pierwsze, podmiot musi być żywotnie zainteresowany daną kwestią, a po drugie, musi mieć

możliwości, aby przekaz rozpracowywać. Brak takich możliwości może wynikać z bardzo różnych powodów. Podmiot może np. słuchać radia w samochodzie, ale ponieważ jest akurat w górskim tunelu, więc słyszy dobrze tylko co drugie zdanie. Może być też tak, że radio wprawdzie odbiera dobrze, ale nasz bohater musi prowadzić w tym samym czasie grzeczną rozmowę z teściową i nie jest w stanie skoncentrować się na słuchaniu audycji. Jeszcze inna przeszkoda może wynikać z tego, że nadawca komunikatu używa bardzo specyficznego słownictwa i słuchacz niemający odpowiedniego wykształcenia nie jest w stanie dokładnie zrozumieć, o co właściwie nadawcy chodzi. Jeśli jednak odbiorca komunikatu ma zarówno motywację do jego przetwarzania, jak i możliwości, by to zrobić, to najprawdopodobniej zacznie zastanawiać się nad sensownością i wagą docierających do niego argumentów. Jeśli uzna, że nie są wystarczająco doniosłe albo są niezbyt wiarygodne, nie zmieni swojej dotychczasowej postawy. Jeśli jednak stwierdzi, że argumenty go przekonują, może to uczynić. W takim przypadku Petty i Cacioppo mówią o zmianie postawy torem centralnym. Zmiana postawy torem centralnym nie nastąpi jednak na pewno w warunkach, w których podmiotowi albo brakuje motywacji do przetwarzania komunikatu (dana kwestia niezbyt go interesuje bądź też uznaje nadawcę komunikatu za całkowicie niewiarygodnego lub może powziął już jakąś decyzję i nie zamierza jej zmieniać), albo nie ma on możliwości przetwarzania tego komunikatu. (Oczywiście zmiana nie nastąpi także wtedy, gdy odbiorcy komunikatu brakuje zarówno motywacji do jego przetwarzania, jak i możliwości, by to zrobić). Czy jednak zmiana postawy jest wówczas niemożliwa? Wręcz przeciwnie! Petty i Cacioppo zakładają, że w takich warunkach podmiot może polegać na pewnych schematach, których używa. Głosowanie w wyborach na kogoś, komu „dobrze z oczu patrzy”, jest właśnie dobrym przykładem takiej sytuacji. Innym przykładem może być to, że ktoś ładnie mówi albo jest atrakcyjny fizycznie, albo z jeszcze innych powodów budzi sympatię. Jednak do najważniejszych powodów należy ten, że osoba ta jest autorytetem. A skoro jest autorytetem, to na pewno ma rację! Można jej wierzyć. Jeśli zatem podmiot wykorzysta taką „podpórkę myślową”, to mimo że nie będzie przetwarzał docierającego do niego komunikatu, albo będzie to robił bardzo niedokładnie, może dojść do zmiany postawy. Petty i Cacioppo powiedzą o zmianie postawy torem peryferycznym. Istotę tego modelu zmiany postaw widzimy na Rysunku 9.1.



Rysunek 9.1

Schemat modelu szans na rozpracowanie przekazu Petty'ego i Cacioppo.
(Na podstawie: Petty i Cacioppo, 1986)

Mogłoby się więc zdawać, że bycie autorytetem jest szczególnie ważne wtedy, gdy ludzie właściwie nas nie słuchają albo słuchają, lecz mało uważnie – słuchają jednym uchem, a wypuszczają drugim. Kategoria autorytetu pojawia się bowiem po prawej stronie Rysunku 9.1 – tam, gdzie w grę wchodzi peryferyczny tor perswazji. Sprawa jest jednak zdecydowanie bardziej złożona. Otóż po pierwsze, ogromnym uproszczeniem byłoby przyjęcie, że zmiana postaw odbywa się albo torem centralnym, albo torem peryferycznym. W istocie najczęściej odbywa się obu torami jednocześnie i tylko proporcje zaangażowania tych dwóch ścieżek perswazji są (czasem nawet bardzo) różne. Po drugie, w przypadku toru centralnego podmiot, do którego dotarł właśnie komunikat perswazyjny, zaczyna przetwarzać zawarte w nim informacje, analizując m.in. wiarygodność tego, co słyszy lub czyta. I tu fakt, że za tymi informacjami stoi autorytet, człowiek, który się na tym zna, ma fundamentalne znaczenie. Trzeba jednak podkreślić, że autorytetem wygłaszającym jakąś opinię jest wyłącznie ten człowiek, który jednocześnie ma wiedzę na dany temat i nie ma osobistego interesu w tym, aby nas do czegoś przekonać. Ktoś, kto od 20 lat handluje samochodami marki Toyota, jest równie dobrym fachowcem od motoryzacji jak ktoś, kto sprzedaje hondy. Łatwiej jednak uwierzmy dealerowi Toyoty, że warto kupić nowy model Hondy, niż dealerowi Hondy, który te samochody sprzedaje i będzie miał spore profity, jeśli kupimy od niego samochód tej marki. Autorytet (np. lekarz) namawiający do szczepień to, w opinii ludzi, których usiłuje do tego zachęcić, najczęściej ktoś, kto ma rozległą wiedzę. Problem w tym, że ów lekarz może być jednocześnie postrzegany jako ktoś, kto ma umowę z koncernem farmaceutycznym i dostaje profity od każdego zaszczepionego. Fakt, że, obiektywnie rzecz biorąc, jest to totalna bzdura, nie ma żadnego znaczenia. Problem polega na tym, że niektórzy mogą tak właśnie myśleć...

Wydawałoby się, że aby autorytet medyczny mógł być dla swego rozmówcy prawdziwym autorytetem, opartym na regule wiedza plus bezstronność, wystarczyłoby, aby lekarz podczas rozmowy z pacjentem zapewnił go o tym. Jednak same zapewnienia o własnej moralności są przeważnie zupełnie nieskuteczne (Rom i Conway, 2018). Ludzie nie wierzą w moralność kogoś, kto jedynie mówi, że jest moralny. Co więc można zrobić? Przede wszystkim konieczna jest edukacja społeczeństwa, nastawiona na walkę z mitami, że koncerny farmaceutyczne czerpią niezwykle wręcz dochody

z handlu szczepionkami. Trzeba jasno, jednoznacznie i często mówić, jak niski procent dochodów wielkich firm farmaceutycznych to zyski ze sprzedaży szczepionek.

Wróćmy jednak do samego problemu perswazji, a więc do tego, co i jak powinien mówić lekarz – lub położna, ale także dziennikarz, nauczyciel czy kompetentny youtuber – żeby budować i umacniać postawy proszczepionkowe. Zacznijmy od tego, że jeśli przyjmujemy założenie, zgodnie z którym – przynajmniej potencjalnie – zwracamy się do ludzi zainteresowanych tą problematyką (a więc mamy szanse na to, że przynajmniej częściowo zmiana postawy nastąpi torem centralnym), to powinniśmy używać wyłącznie silnych argumentów. Jest rzeczą oczywistą, że trudno oprzeć się pokusie i nie użyć innych, słabszych argumentów, którymi się dysponuje. Badania psychologiczne pokazują jednak, że dodanie ich do komunikatu obniża skuteczność perswazji. Odbiorca niejako koncentruje się na słabości tych właśnie argumentów i nie widzi dostatecznych powodów do zmiany swojej postawy. Obrazowo mówiąc, te słabe argumenty osłabiają perswazyjną siłę rażenia tych silnych (Zuckier, 1982; de Vries i wsp., 2014).

Kolejna sprawa związana jest z przywoływaniem w narracji danych statystycznych i wyników różnych badań. Oczywiście autorytet powinien to robić. Jego rozmówca wręcz tego oczekuje, a powoływanie się na statystyki i wyniki badań uwiarygadnia to, że jest się autorytetem. Duże znaczenie ma przy tym posługiwanie się dokładnymi wskaźnikami. Informacja, że z badań wynika, że zaszczepienie się zmniejsza o 89,7% prawdopodobieństwo zachorowania na jakąś chorobę, robi na odbiorcy większe wrażenie niż informacja, że wskaźnik ten wynosi około 90%. Poza przedstawieniem twardych faktów (liczb, statystyk, wyników badań) dobrze jest jednak zilustrować narrację konkretnym pojedynczym przykładem jakiegoś człowieka. Dla wielu ludzi ważniejsze od faktów i obiektywnych wskaźników są bowiem „konkretne życiowe przypadki”. Na tym zresztą zasadza się siła perswazyjna tzw. antyszczepionkowców. Oni nie posługują się liczbami, oni posługują się narracjami. Liczba, wyniki badań laboratoryjnych to rzeczy abstrakcyjne, a to, że „koleżance siostry mojej córki zaszczepili dziecko szczepionką MMR i dostało autyzmu”, to konkret trafiający do wyobraźni. Oprócz liczb dobrze jest zatem wplatać w narrację „przypadki z własnej praktyki lekarskiej”, „przypadki z dziennikarskich rozmów z ludźmi” itp. Lekarz może na przykład wahającym się rodzicowi

opowiedzieć o własnych doświadczeniach: „kiedyś nie było szczepionki MMR. Miałem wtedy pacjentów, zarówno dzieci i nastolatków, jak też osoby dorosłe, którzy po zachorowaniu na świnkę tracili słuch. Niektórzy szczęśliwie tylko w jednym uchu, ale byli i tacy, którzy stracili słuch w obojgu uszach”. Dziennikarze z kolei oprócz powoływania się na dane naukowe mogą opisać przypadek dwóch braci, z których tylko jeden się zaszczepił i cieszy się dobrym zdrowiem, a ten drugi cierpi i ciężko choruje.

Oprócz tego, co mówimy, istotne jest też to, jak mówimy. Wszyscy chyba doskonale wiedzą, że są ludzie, którzy porywają czy też uwodzą rozmówcę, a są tacy, którzy właściwie mówią to samo, ale mało kto im wierzy. Oczywiście na to, jak odbierany jest nadawca komunikatu perswazyjnego, wpływa bardzo wiele czynników, takich jak ton głosu, mówienie piękną polszczyzną, komunikatywność. Problem w tym, że trudno wiedzę o tych czynnikach wykorzystać. Banalnie mówiąc, trudno sprawić, aby ktoś, kto na przykład popełnia podstawowe błędy językowe, nagle zaczął posługiwać się piękną polszczyzną, a ktoś, kto niewyraźnie artykułuje głoski, nagle zaczął mówić bardzo wyraźnie. Skupmy się zatem na tych czynnikach, na które można stosunkowo łatwo wpłynąć. Jednym z nich jest unikanie długich pauz w wypowiedzi. Badania psychologiczne pokazują bardzo wyraźnie, że osobom, których wypowiedzi podzielane są długimi pauzami, przypisuje się małą wiarygodność (Chattopaday i wsp., 2003). Dzieje się tak najprawdopodobniej dlatego, że odbiorcy wydaje się wówczas, że nadawca komunikatu nie jest pewny tego, co mówi. Innym bardzo ważnym elementem determinującym skuteczność perswazji jest tempo wypowiedzi. Na pewno większość ludzi, z którymi kontaktuje się każdy z nas, mówi „mniej więcej średnio szybko”, czyli w takim tempie, w jakim słowa wypowiada większość ludzi. Jednocześnie chyba każdy z nas zna kogoś, kto mówi bardzo wolno, i kogoś, kto wyrzuca z siebie słowa z szybkością karabinu maszynowego. Zacznijmy od tego, co to właściwie znaczy „wolno” i „szybko”. Otóż większość osób mówi w tempie 120–180 słów na minutę. Za wolno mówiących można więc uznać tych, którzy w ciągu minuty wypowiadają średnio mniej niż 120 słów, a za mówiących szybko – tych, którzy w tym samym czasie wypowiadają więcej niż 180 słów. Dlaczego szybkość mówienia ma znaczenie? Otóż liczne badania psychologiczne pokazują zgodnie, że tempo, w jakim nadawca komunikatu mówi, wpływa zarówno na jego wiarygodność, jak też na prawdopodobieństwo, że odbiorca komunikatu da się przekonać do jego

argumentów. Wyniki badań, w których porównywano trzy tempa wypowiedzi, są z jednej strony spójne, ale z drugiej strony wydają się niespójne (Rycielski, 2011). Całkowicie spójne są co do tego, że wolne tempo wypowiedzi (a więc poniżej 120 słów na minutę) wyraźnie zmniejsza szanse na skuteczną perswazję, a osoba, która w ten sposób mówi, jest postrzegana jako mało wiarygodna. Jednak odpowiedź na pytanie, czy lepiej mówić średnio szybko, czy też bardzo szybko, wcale nie jest jednoznaczna. Osoby mówiące bardzo szybko (powyżej 180 słów na minutę) widziane są jako bardzo kompetentne (bardziej kompetentne nie tylko od mówiących wolno, ale i od tych mówiących średnio szybko). Jeśli ktoś tak szybko mówi, to pewnie ma ogromną wiedzę, nie musi się zastanawiać, wszystko ma „ułożone w głowie” (Miller i wsp., 1976; Buller i wsp., 1992). Problem jednak w tym, że odbieranie informacji napływających w tak dużym tempie może być dużą przeszkodą w ich przetwarzaniu. Mówiąc prościej, odbiorca może mieć kłopoty z dokładnym zrozumieniem tego, co się do niego mówi, i nie mieć czasu na zastanowienie się nad zasadnością argumentów, które do niego docierają. Problemu takiego nie będzie mieć natomiast w warunkach, w których nadawca komunikatu mówi średnio szybko.

Taki układ zależności dogodnie jest rozpatrywać w ramach przywołanego wyżej modelu dwutorowości przekazu. Jeśli mówimy do ludzi niespecjalnie zainteresowanych jakąś kwestią (niemających motywacji do przetwarzania informacji), to najwięcej osiągniemy, mówiąc bardzo szybko, wręcz zasypując ich argumentami. Jeśli jednak zwracamy się do ludzi, którzy mają motywację, aby zapoznać się z naszymi argumentami, to znacznie korzystniejsze będzie średnie tempo komunikatu. Perswazja związana z namawianiem ludzi do szczepień, która poprzedza samą decyzję o zaszczepieniu albo niezaszczepieniu (siebie czy też swojego dziecka), związana jest najczęściej z sytuacją, w której ludzie mają podjąć decyzję uznawaną przez nich samych za istotną. Wtedy zaś najkorzystniej jest mówić do nich w średnim tempie.

A jak szybko Ty mówisz? Problem w tym, że ludziom zwykle wydaje się, że mówią szybciej, niż mówią w rzeczywistości! Nie możesz więc polegać na swoim subiektywnym przeświadczeniu na temat typowego dla Ciebie tempa wypowiedzi. Możesz to jednak łatwo sprawdzić, nagrywając swoją wypowiedź na przykład wtedy, gdy chcesz kogoś do czegoś przekonać. Wystarczy potem policzyć precyzyjnie czas i liczbę wypowiedzianych słów, by wiedzieć, ile słów wypowiadasz średnio w ciągu minuty. Jeśli okaże się, że mówisz zbyt szybko

lub zbyt wolno, zwróć na to uwagę i postaraj się zoptymalizować tempo wypowiedzi. To naprawdę nie jest trudne.

Widzimy więc, że z perspektywy zagadnień związanych z autorytetem problematyczne jest zwłaszcza zbyt wolne tempo mówienia. Autorytet to ktoś, „kto wie, ktoś, kto ma ugruntowaną wiedzę”, a człowiek mówiący wolno to z kolei ktoś, „kto się waha, kto nie jest pewien”. Z perspektywy przedstawionych wyżej zależności wydawałoby się, że w każdym przypadku związanym z perswazją dobrze jest być autorytetem. Okazuje się jednak, że od tej reguły są wyjątki i bycie autorytetem przynosi czasem efekty paradoksalne. Przypatrzmy się bliżej jednemu z nich.

Paradoksalne konsekwencje autorytetu

Czy lubisz, gdy ktoś Cię do czegoś zmusza? Oczywiście, że nie! Nikt tego nie lubi, wolimy czuć się podmiotem własnych działań i wyborów. Pewnie dlatego większość dzieci nie lubi szkoły i nie lubi się uczyć – słyszą bowiem, że muszą to robić. Z tego samego powodu wielu dorosłych nie lubi też własnej pracy. Podobnie jest w sytuacjach, w których ktoś nas do czegoś skłania, na przykład sugeruje, że powinniśmy kupić jakiś produkt, koniecznie opowiedzieć się po jednej stronie sporu czy popilnować psa komuś, kto ma ochotę wejść do sklepu. Dlatego właśnie czasem w takich sytuacjach odmawiamy. Czujemy, że ktoś wywiera na nas presję, ograniczając naszą osobistą wolność. W obronie własnej podmiotowości mówimy „nie”. Wyobraź sobie jednak, że ktoś zwraca się do Ciebie z jakąś prośbą i jednocześnie podkreśla, że wybór należy do Ciebie, albo też podkreśla, że wprawdzie o coś Cię prosi, ale przecież Ty i tak zrobisz to, co uznasz za stosowne: zgodzisz się albo odmówisz. Czy tego typu komunikat może wpłynąć na Twoją decyzję? A jeśli tak, to w jaki sposób?

Otóż podkreślanie w komunikacie perswazyjnym, że i tak zrobisz to, co uważasz za stosowne, albo że wybór należy do ciebie, albo też, że to ty i nikt inny podejmuje decyzję, to jedna z bardzo wielu technik wpływu społecznego. Dolinski i Grzyb (2022) opisali ich w swojej książce dokładnie sto, ale tak naprawdę jest ich znacznie więcej (trudno nawet powiedzieć ile). Stosowanie każdej z tych technik zwiększa w bardzo wielu przypadkach szanse na to, że spełniona zostanie skierowana do podmiotu prośba lub sugestia. Technikę, o której teraz mowa, nazywa się wzbudzaniem potrzeby wolności (w oryginale:

but you are free...). Psychologiczne badania nad jej skutecznością jako pierwsi przeprowadzili psychologowie francuscy Nicolas Guéguen i Alexandre Pascual (2000). W eksperymencie Guégueua i Pascuala zatrzymywano przechodniów, prosząc ich, aby odpowiedzieli na kilka pytań ankiety. Dodawano, że zabierze im to od 5 do 8 minut. Wyjaśniano, że ankieta dotyczy opinii na temat sprzedawców i rzemieślników funkcjonujących w ich mieście. Wyrażna większość indagowanych (dokładnie 75,6%) zgodziła się odpowiedzieć na serię pytań. Czy można wyobrazić sobie, że odsetek zgadzających się może być jeszcze wyższy?! Okazało się, że tak. W jednym z warunków zwracano się do przechodniów w sposób następujący: „Przepraszam Pana/Panią, chciałbym poprosić o coś, ale oczywiście może się Pan(i) zgodzić lub nie”. Dopiero po tym wstępie mówiono o ankiecie. Okazało się, że tym razem aż 90,1% osób zgodziło się wziąć udział w badaniu ankietowym. W innych badaniach wykazano, że technika ta działa doskonale także w innych sytuacjach, na przykład wtedy, gdy prosi się ludzi, aby pożyczyci na chwilę telefon komórkowy (Grassini i wsp., 2012), ofiarowali datek na cel dobroczynny (Meineri i Guéguen, 2016), a nawet wręczyli młodemu człowiekowi drobne pieniądze potrzebne mu do zakupu biletu autobusowego (Guéguen i Pascual, 2000).

Dodajmy tu, że aby technika była skuteczna, wspomniane podkreślenie wolności wyboru nie musi przybierać dokładnie takiej formy, jak fraza użyta w opisanym wyżej eksperymencie. W innych badaniach zwiększano skuteczność wpływu społecznego z równym powodzeniem, uzupełniając prośbę takimi zwrotami, jak na przykład: „ale nie czuj się zmuszany” albo „ale i tak zrobisz to, co chcesz”. Przegląd wszystkich dostępnych badań na ten temat (Carpenter, 2013) pokazał, że zastosowanie tej techniki średnio niemal aż dwukrotnie zwiększa szanse na to, że prośba zostanie spełniona.

Dlaczego technika działa i dlaczego jest tak bardzo skuteczna? Potrzeba wolności i podmiotowości należy do najważniejszych psychologicznych potrzeb człowieka. Jest rzeczą oczywistą, że jeśli ktoś prosi nas o spełnienie jakiejś prośby, to wybór należy do nas. Nikt przecież nie jest w stanie zmusić nas do żadnego tego typu działania. Możemy odmówić, często nie ponosząc przy tym żadnych negatywnych konsekwencji. Jednakże podkreślenie tego oczywistego faktu przez osobę, która zwraca się z prośbą, sprawia, że indagowani prawdopodobnie czują się lepiej, bardziej podmiotowo i z tego powodu częściej godzą się na spełnienie prośby. Nie dlatego, że obiektywnie rzecz biorąc,

są bardziej wolni (oczywiście nie są!), ale dlatego, że w tych warunkach łatwiej im poczuć, że spełniają prośbę czy działają zgodnie z jakąś sugestią nie z tej przyczyny, że są do tego przez kogoś nakłaniani, ale że robią to z własnej woli.

Prostota tej techniki (wystarczy przecież wypowiedzieć kilka niewinnie brzmiących słów) sprawiła, że zastanowiliśmy się, czy można byłoby jej użyć podczas rozmów, jakie personel medyczny przeprowadza z rodzicami małych dzieci, którzy wahają się, czy je zaszczepić. Nasze badanie (Dolinski i wsp., 2023) odbyło się przy okazji 185 rozmów, które personel medyczny prowadził z osobami mającymi wątpliwości, czy zaszczepić swoje małe dziecko. W niektórych przypadkach chodziło o decyzje dotyczące szczepień uznawanych za obowiązkowe, w innych – szczepień nieobowiązkowych, lecz zalecanych.

Rozmowa rodzica (w zdecydowanej większości przypadków była to matka) z pediatrą lub położną przebiegała w sposób standardowy: rodzicom uzmysławiano sens szczepień, zachęcano ich do tego, aby zaszczepili dziecko, eksponowano wagę uodpornienia dziecka, a także informowano o możliwych przypadkach wystąpienia niepożądanych efektów ubocznych. W 111 rozmowach (ze 185) dodawano jeszcze frazę „Ale finalna decyzja o zaszczepieniu dziecka należy do Pani(-a)”, a więc stosowano technikę wzbudzania potrzeby wolności.

Notowano werbalną deklarację rodzica co do podjętej właśnie decyzji, ale również (nieco później) sprawdzano, czy dziecko faktycznie zostało zaszczepione. Rzecz jasna, oczekiwaliśmy, że zastosowanie techniki, która okazała się tak bardzo skuteczna w innych sytuacjach, także w tym przypadku zwiększy skłonność rodziców, aby zaszczepić dziecko. Wyniki okazały się jednak zupełnie inne. O ile w warunkach kontrolnych (a więc takich, w których rozmowa przebiegała w sposób standardowy) 82,4% rodziców zadeklarowało, że podjęło decyzję o zaszczepieniu swojego dziecka, o tyle w warunkach, w których zastosowaliśmy omawianą tu prostą technikę, wskaźnik ten spadł do poziomu zaledwie 64%. Na szczęście, po pewnym czasie od tej rozmowy z personelem sporo rodziców, którzy zadeklarowali, że postanowili nie szczepić dziecka, zgłosiło się na takie szczepienia. Ostatecznie zaszczepionych zostało 96,4% dzieci, z których rodzicami rozmawiano w sposób standardowy, oraz 82,9% w warunkach, w których stosowaliśmy omawianą tu technikę wpływu społecznego. Widzimy więc, że zastosowanie techniki wzbudzania potrzeby wolności okazało się nie tyle nawet nieskuteczne, ile wręcz kontrskuteczne! Dodajmy, że ten wzorzec wyników, wskazujący na fatalne wręcz konsekwencje

użycia omawianej tu techniki, był dokładnie taki sam w przypadku szczepień obowiązkowych i szczepień zalecanych.

Oczywiście pojawia się pytanie, dlaczego technika, która okazała się tak niebywale efektywna w różnych sferach życia, jest wręcz szkodliwa w sytuacji rozmowy personelu medycznego (a więc autorytetu) z dorosłym, który ma podjąć decyzję o zaszczepieniu swojego dziecka. Najbardziej prawdopodobne wydają się dwa powody. Po pierwsze, być może osoba dorosła, która słyszy, że ostateczna decyzja należy do niej, dochodzi do wniosku, że sprawa nie jest bardzo ważna (gdyby była, to przecież nie jej pozostawiano by decyzję, co robić; zadecydowałby o tym autorytet). Po drugie, nie można wykluczyć, że osoba, która słyszy taki komunikat, dochodzi do wniosku, że personel medyczny nie chce wziąć żadnej odpowiedzialności za wystąpienie ewentualnych komplikacji i powikłań (które zapewne są bardzo prawdopodobne) i dlatego chce, aby to rodzic podjął finalną decyzję.

Tak czy inaczej, widzimy, że bycie autorytetem powoduje, że podkreślanie wolności i podmiotowości partnera dyskusji, którego chcemy przekonać do racjonalnych działań, nie zawsze przynosi dobry skutek. Lekarz czy położna namawiający do szczepień powinni zatem demonstrować pewność siebie i jednoznacznie mówić, jakie działania doradzają swojemu rozmówcy.

Prawdziwy i fałszywy autorytet

Współczesny świat, zdominowany przez internet i media społecznościowe, pełen jest fałszywych autorytetów. Różni ludzie z dużą pewnością siebie wypowiadają lub wypisują najróżniejsze bzdury. Co gorsza, niektórzy z nich legitymują się stopniem doktora, doktora habilitowanego, czy nawet profesora, przy czym często te stopnie i tytuły otrzymali w dyscyplinach odległych od tematu, który poruszają. Zagadnienie szczepień i szczepionek nie tylko nie jest wyjątkiem od tej reguły, ale, przeciwnie, jest chyba najlepszą (może oprócz piłki nożnej) egzemplifikacją tezy o powszechności występowania patologicznego zjawiska, polegającego na tym, że ignorantom wydaje się, że „wiedzą lepiej”.

Czasami fałsz dość łatwo zauważyć. Osoba wypowiadająca swoje zdanie posługuje się fatalnym, ubogim słownictwem, a pisząc, robi elementarne błędy gramatyczne i ortograficzne. Można by sądzić, że w takim wypadku przynajmniej nie ma problemu, bo ludzie takim „autorytetom” wierzyć nie

będą. Wyniki badań psychologicznych pokazują jednak, że rzecz jest zdecydowanie bardziej skomplikowana. Psychologia społeczna mówi bowiem o tak zwanym efekcie śpiocha, który po raz pierwszy empirycznie zbadał dawno temu Hovland ze swoimi współpracownikami (np. Hovland i Weiss, 1951), a który był potem dokładnie przez psychologów studiowany (zob. np. Kumkale i Albrarracin, 2004). Otóż jeśli porównamy skuteczność dwóch przekazów perswazyjnych (np. namawiających do nieprzedawkowywania aspiryny), a odbiorca komunikatu jest informowany o tym, że nadawca tego komunikatu jest albo wysoce wiarygodny, albo mało wiarygodny, to efekt jest łatwy do przewidzenia. Ludzie częściej i wyraźniej przychylają się do stanowiska prezentowanego przez nadawcę komunikatu, jeśli jest on wiarygodny. Co się jednak stanie, jeśli postawy i przekonania ludzi będziemy sprawdzać nie od razu po zaprezentowaniu im komunikatu, ale po dłuższym czasie (np. po miesiącu)? Okazuje się, że wtedy to, czy komunikat pochodził ze źródła wiarygodnego, czy mało wiarygodnego, nie ma już żadnego znaczenia! W obu przypadkach wielkość zmiany postawy jest taka sama. Dlaczego tak się dzieje? Wy tłumaczeniem jest funkcjonowanie naszej pamięci, a mówiąc ściślej – naszych mechanizmów zapominania. Otóż szybciej zapominamy źródło informacji (czyli skąd coś wiemy) niż samą informację. Przypomnij sobie sytuację, gdy opowiadasz komuś jakąś plotkę, którą usłyszałeś(-aś) kilka tygodni wcześniej. Opowiadasz ją ze szczegółami, ale gdy nagle Twój rozmówca pyta Cię, skąd to wiesz, zastanawiasz się chwilę i mówisz: „nie pamiętam, chyba ktoś w pracy mi to opowiadał”. Człowiek zachowuje się więc tak, jakby po usłyszeniu określonej informacji zasnął i teraz już nie pamięta, kto mu tę informację przekazał. Stąd właśnie nazwa „efekt śpiocha”.

Z informacjami, które czytamy albo oglądamy w internecie, jest dokładnie tak samo. Czytając jakąś bzdurę (na przykład, że szczepionki są kompletnie niepotrzebne, bo wystarczy zachować higienę, aby nie zachorować), wzruszamy ramionami i myślimy „ten człowiek nie dysponuje wiedzą medyczną, jest mało wiarygodny”. Po kilku tygodniach nie pamiętamy jednak, kto to powiedział, natomiast pamiętamy samą treść tej informacji. Tak więc absolutnie nie wolno lekceważyć opinii lansowanych przez ludzi, o których wiadomo, że z całą pewnością nie są autorytetami.

Jak jednak nauczyć ludzi nieulegania fałszywym autorytetom? Jednym z prostych sposobów wydaje się ostrzeżenie ich, że mogą spotkać się z nadawcami

falszywych informacji, którzy tylko udają, że są w danej dziedzinie specjalistami. Prostota tego rozwiązania zderza się niestety z wynikami badań psychologicznych (Wood i Quin, 2003), które wykazują niezwykle małą skuteczność takiego działania. Ludzie kiwają głowami, mówią, że będą uważać, po czym... zmieniają swoje postawy, poglądy i zachowania, gdy fałszywy autorytet wypowiada jakieś brednie.

Innym sposobem może być tak zwana inokulacja, czyli – podobnie jak w przypadku szczepionek – „zaatakowanie” ludzi małą dawką słabo uargumentowanego fałszywego poglądu. Zaatakowani ludzie, tak jak organizm w przypadku szczepionek, radzą sobie z tymi argumentami, odpierając je, a potem stają się odporni na poważniejsze i groźniejsze oddziaływania. Nie rozwijamy tutaj tego wątku, gdyż kwestii tej poświęcony jest rozdział 1 niniejszej książki. Chcemy natomiast przedstawić tu technikę, która służy wyrobieniu u ludzi swoistego nawyku odróżniania autorytetów prawdziwych od fałszywych i, w konsekwencji, ulegania perswazji tylko tych pierwszych.

Brad Sagarin i jego współpracownicy (Sagarin i wsp., 2002) wychodzą z założenia, że lepiej zapobiegać, niż leczyć, i zauważają, że ta prosta prawda dotyczy nie tylko chorób, ale także infekowania ludzi fałszywymi poglądami. Autorzy piszą, że lepiej, aby ludzie nie kupili wadliwego towaru pod wpływem rekomendacji fałszywego autorytetu, niż żeby po jego zakupie skonstatowali, że ten towar jest zły. Analogicznie: lepiej, aby ludzie – pod wpływem fałszywego autorytetu – nie odrzucili szczepień, niż żeby potem konstatawali z żalem, że ich niezaszczepione MMR dziecko przeszło świnkę i straciło słuch.

Zgodnie z innym przyjętym przez badaczy założeniem nie chodzi o to, aby uczyć ludzi nieulegania perswazji, ale o to, by uczyć ich odróżniania ziaren od plew. W odniesieniu do problemu relacji między autorytetem a skutecznością perswazji chodzi o to, aby nauczyć ludzi ufania prawdziwym autorytetom i odrzucania informacji przekazywanych przez fałszywe autorytety.

Sagarin i jego współpracownicy proponują program edukacyjny złożony z trzech elementów: uzmysławiania ludziom powszechności występowania fałszywych autorytetów, treningu odróżniania autorytetu prawdziwego od fałszywego oraz motywowania ludzi do odrzucania tego, co mówi autorytet fałszywy. W eksperymentach tych badaczy część osób jest poddawana takiej procedurze, a część (traktowana jako grupa kontrolna) nie. Następnie ludzie otrzymują serię reklam, w których występują czasem prawdziwe, a czasem

falszywe autorytety. Pojawia się pytanie, jak dalece skuteczna będzie perswazja autorytetów prawdziwych i falszywych w obu tych warunkach. Okazuje się, że proponowana przez amerykańskich badaczy procedura zwiększa perswazyjność autorytetów prawdziwych, a zmniejsza – falszywych. Oczywiście tego typu oddziaływania najsensowniej jest wdrażać w programach edukacyjnych w szkole i obejmować nimi dzieci i młodzież. Można (i na pewno warto) używać jej także w stosunku do osób dorosłych przy okazji najróżniejszych szkoleń i zajęć warsztatowych.

Wykorzystanie konkluzji w działaniach praktycznych

Spróbujmy podsumować zawartość tego rozdziału w sposób, który przynosi implikacje dla różnego typu działań praktycznych ukierunkowanych na zwiększenie wyszczepialności. Zdajemy sobie przy tym sprawę, że inne możliwości mają – i inną odgrywają rolę – lekarze, nauczyciele, dziennikarze, a także po prostu ludzie wierzący w naukę i wagę szczepień, którzy rozmawiają o tym ze swoimi znajomymi. Zaczniemy od kwestii fundamentalnej. Wykorzystujmy swój autorytet (jeśli go mamy), a w narracji powołujmy się na inne niekwestionowane autorytety. Po drugie, jeśli mówimy do ludzi, którzy wahają się, czy zaszczepić siebie lub swoje dziecko, używajmy wyłącznie silnych argumentów (musimy się tu oprzeć pokusie dodania do tego innych, wyraźnie słabszych), a do argumentów ściśle naukowych dodajmy „przykład z życia” – opis konkretnej osoby, która zachorowała, gdyż się nie zaszczepiła. Po trzecie, starajmy się mówić w średnim tempie (120–180 słów na minutę) i unikajmy dłuższych pauz w wypowiedzi. Po czwarte, nie lekceważmy bzdur wygłaszanych przez falszywe autorytety. Zawsze, gdy pada takie twierdzenie w naszym otoczeniu, nie kwitujemy tego stwierdzeniem „to bzdura”, ale dodajmy od razu, że tę tezę wygłosił pierwotnie ktoś, kto jest falszywym autorytetem. I wreszcie, po piąte, pamiętajmy, że jeśli chcemy, by ludzie wierzyli prawdziwym autorytetom, a ignorowali tezy wygłaszane przez autorytety falszywe, to musimy ludzi nauczyć, jak to robić, i zmotywować ich, aby chcieli to robić. Program proponowany przez Sagarina i jego współpracowników jest jednym z takich modelowych sposobów oddziaływania.

ROZDZIAŁ 10

Biasy poznawcze - zrozumieć antyszczepionkowca

Dariusz Doliński, Wojciech Kulesza
Uniwersytet SWPS

Czy człowiek dobrze przystosowany trafnie widzi siebie i otaczający go świat?

Rozpatrywanie zdrowia psychicznego i dobrego przystosowania w kategoriach trafnego widzenia przez podmiot otaczającego go świata i samego siebie wydaje się właściwie oczywiste. Psychiatria identyfikuje utratę kontaktu z rzeczywistością, urojenia, omamy, przekonanie pacjentów, że są kimś innym, niż są w rzeczywistości, jako osiowe objawy choroby psychicznej (np. Meisner i wsp., 2021; Zandersen i Parnas, 2019). Także psychologia do końca lat 60. XX wieku była przekonana, że zdrowie psychiczne i dobre przystosowanie są ściśle związane z realizmem w ocenie własnych cech psychicznych i możliwości odniesienia sukcesu w różnych obszarach życia, a także z dojrzałym, realistycznym przypisywaniem sobie przez człowieka odpowiedzialności zarówno za pozytywne, jak i negatywne zdarzenia, które go spotykają. Przekonanie takie było charakterystyczne zarówno dla tych nurtów psychologii, które miały charakter humanistyczny (np. Horney, 1937; Maslow, 1954), jak i tych o charakterze ściśle poznawczym (np. Festinger, 1954; Trope, 1975). Inaczej – sądzono – jest w przypadku ludzi, których zdrowie psychiczne uległo zaburzeniu. I nie dotyczy to wyłącznie ewidentnych przypadków psychoz. Powszechne jest na przykład przekonanie, że osoby depresyjne patrzą na świat przez czarne okulary i z tego powodu przeceniają prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń negatywnych, a nie doceniają szans na to, że pojawią się pożądane stany rzeczy.

Czy jednak na pewno tak jest? W roku 1979 ukazał się bardzo interesujący artykuł Lauren Alloy i Lyn Abramson, którego podtytuł mówi o osobach

depresyjnych: „sadder but wiser” [smutniejszy, ale mądrzejsi]. Badania tych autorek wykazały, że osoby depresyjne wykazują więcej realizmu w ocenie siebie i swoich możliwości wpływu na bieg zdarzeń niż osoby niedepresyjne. Inaczej mówiąc, to raczej osoby dobrze przystosowane zachowują się tak, jakby miały różowe okulary, a nie osoby depresyjne reagują tak, jakby miały okulary zaciemniające rzeczywistość. Wynik ten, choć z pewnej perspektywy szokujący, znakomicie wpisywał się – stopniowo, lecz konsekwentnie – w rysujące się wówczas w naukowej psychologii przekonanie, że zdrowiu psychicznemu i dobremu przystosowaniu wcale nie służy precyzyjne i w pełni realistyczne widzenie siebie i otaczającego nas świata. Anthony Greenwald (1980) wprowadził do literatury psychologicznej termin „totalitarian ego” [totalitarne ego], pokazując w serii badań, że zdrowi psychicznie ludzie dokonują (zwykle w sposób nieuświadomiony) zniekształceń własnej pamięci. Nasze ego przypomina funkcjonariusza reżimu z głośnej książki 1984 George’a Orwella (1949/2021). Funkcjonariusz ten na bieżąco i konsekwentnie zmienia w bibliotece treść artykułów prasowych sprzed lat, tak aby była ona zgodna z aktualną linią partii. My zachowujemy się podobnie – pamiętamy różne rzeczy tak, by były one zgodne z naszą pozytywną samooceną i aby nie burzyły naszego przeświadczenia o własnych kompetencjach czy własnej moralności. Greenwald pokazuje – co z omawianej tu perspektywy jest nader istotne – że takie „totalitarne” inklinacje naszego ego są funkcjonalne: służą nie tylko dobremu samopoczuciu, ale też zapewniają spójne i stabilne widzenie siebie, pomagając nam w podejmowaniu odpowiednich decyzji życiowych i stymulując nasze osiągnięcia. Ellen Langer (1975) z kolei wykazała powszechność ludzkiej skłonności do przejawiania iluzji kontroli (*illusion of control*). Ludzie zdają się wierzyć w to, że mają wpływ na zdarzenia całkowicie losowe. Gdy grają w kości, a stawka jest wysoka, dłużej potrzęsają znajdującymi się w kubku kośćmi, a potem staranniej wyrzucają je na stół. Gdy biorą udział w tradycyjnej loterii, raczej nie sięgają po los leżący na samym wierzchu. Wolą włożyć rękę do środka pudełka, zamieszać losy i wyciągnąć któryś ze spodu. Gdy mają założyć się o coś, a werdyktem będzie to, którą stroną do góry upadnie podrzucona moneta, wolą zakładać się, zanim moneta zostanie wyrzucona w powietrze, niż gdy leży już na stole i trzeba jedynie odgadnąć, co na niej widać. Najwyraźniej, jeśli moneta nie jest jeszcze wyrzucona, można skoncentrować się, zacisnąć kciuki i jakoś wpłynąć, strumieniem myśli lub

energii, na wzrost prawdopodobieństwa, by wypadł orzeł. Jeśli moneta już leży, można tylko zgadywać.

Jednocześnie coraz liczniej zaczęły pojawiać się w literaturze psychologicznej badania, z których wynikało, że ludzie niekoniecznie są zorientowani na poszukiwanie rzetelnych i diagnostycznych wiadomości na własny temat. Przeciwnie, niezwykle często tendencyjnie szukają raczej takich informacji, które mogą dostarczyć im przesłanek do pozytywnego myślenia o sobie, blokują zaś, zniekształcają lub unikają takich informacji, które mogłyby owo pozytywne myślenie zaburzyć (np. Korman, 1976; Suls, 1977; Goethals, 1986).

Te i inne (liczne) przejawy nieadekwatnego stosunku zdrowych psychicznie ludzi do siebie i do świata zewnętrznego stały się podstawą przełomowego dla psychologii artykułu Shelley Taylor i Jonathana Browna (1988). Autorzy, dokonawszy w nim przeglądu bardzo wielu badań empirycznych, konkludują, że tzw. normalni, czyli dobrze funkcjonujący i efektywni ludzie przejawiają trzy rodzaje pozytywnych złudzeń na swój własny temat. Po pierwsze, charakteryzują się nieadekwatnym, zawyżonym przekonaniem o własnej wartości (a więc oceniają swoją inteligencję czy swoje kompetencje społeczne wyżej, niż oceniają je inni, znający ich ludzie). Po drugie, osoby te cechuje iluzja kontroli – widzą swój wpływ na pożądane, pozytywne zdarzenia, mimo że realnie tego wpływu nie mają, albo też szacują ten wpływ jako wyższy, niż jest w istocie. Po trzecie, charakteryzują się tzw. nierealistycznym optymizmem. Gdy np. studenci uniwersyteccy szacują prawdopodobieństwo wystąpienia w swoim życiu zdarzeń pożądanych (takich jak posiadanie w przyszłości szczęśliwej rodziny czy wykonywanie pracy zawodowej, która będzie zarówno satysfakcjonująca, jak i dobrze płatna), oceniają, że mają na to większe szanse niż większość ich rówieśników. Jeśli jednak myślą o potencjalnych zdarzeniach negatywnych (np. atak serca przed ukończeniem 40. roku życia, zachorowanie na AIDS czy popadnięcie w alkoholizm), uważają, że jest mniej prawdopodobne, że przydarzy się to im niż przeciętnemu studentowi z ich roku.

Także późniejsze badania często wskazywały na związek między pozytywnymi iluzjami a dobrostanem psychicznym (np. Boyd-Wilson, McClure i Walkey, 2004; Collard, Cummins i Fuller-Tyskiewicz, 2016), ale dokładne analizy wyników badań empirycznych poświęconych tej kwestii wykazały, że w wielu sytuacjach związek ten może być bardziej złożony, niż to się początkowo psychologom zdawało. Dufner i współpracownicy (2019) przedstawiają w swoim

artykule wyniki metaanalizy obejmującej aż 299 badań, w których łącznie udział wzięło 129 916 osób. Wynika z nich, że tendencja do przejawiania nierealistycznie pozytywnego widzenia siebie jest związana z odczuwaniem satysfakcji z życia i z doświadczaniem pozytywnych stanów emocjonalnych (a rzadkim doświadczaniem stanów depresyjnych), jednak związki między pozytywnymi iluzjami a przystosowaniem interpersonalnym i spełnianiem oczekiwań swojego środowiska społecznego okazały się słabe. Brooking i Ser-ratelli (2006) prezentują z kolei dane wskazujące na to, że pozytywne iluzje na temat siebie i świata korelują pozytywnie z subiektywnym dobrostanem, ale ich związek z miarami osobistego rozwoju jest negatywny. Podobne wnioski płyną też z przeglądu literatury dokonanego przez Young (2014). Nie do końca spójne i nie do końca jednoznaczne rezultaty badań dotyczące relacji między pozytywnymi iluzjami a funkcjonowaniem podmiotu mogą wynikać między innymi z dwóch faktów.

Po pierwsze, Roy Baumeister (1989) zwrócił uwagę na to, że pozytywne iluzje mogą optymalizować funkcjonowanie człowieka wyłącznie wtedy, gdy ich siła nie jest zbyt duża. Kiedy bowiem przybierają one skrajną postać, stają się autodestruktywne. O ile więc osoby psychicznie zdrowe charakteryzują się umiarkowanie nierealistycznym spostrzeganiem własnych zdolności, umiejętności i cech charakteru, o tyle przesadnie korzystne spostrzeganie siebie jest zazwyczaj związane z przeżywaniem przez jednostkę problemów psychicznych. Baumeister mówi zatem o optymalnym poziomie iluzji. Jeśli ów poziom jest przekroczony, nie należy już używać terminu „illusion”, a znacznie trafniejsze będzie określenie „delusion”. Jednoznaczne empiryczne dowody przemawiające za słusznością takiego podejścia przedstawili Asendorpf i Ostendorf (1998). O negatywnych konsekwencjach nasilonych pozytywnych iluzji w kontekście psychoterapii mówi z kolei Kinney (2000), sugerując, że uruchamiają one różne irracjonalne procesy psychiczne, które stanowią przeszkodę w rozwijaniu dojrzałego i zdrowego widzenia przez pacjentów swoich problemów. Współgrają z tym podejściem wyniki badań klinicznych, wskazujące, że nadmiernie pozytywne widzenie siebie stanowi istotny czynnik rozwoju depresji w sytuacji wystąpienia w życiu człowieka różnych negatywnych zdarzeń (Young-Hoon i Chi-Yue, 2011). Bardzo nasilone pozytywne iluzje mogą też być przeszkodą w osiąganiu dobrych ocen przez studentów (Ochse, 2012).

Po drugie, Peter Gollwitzer (1996) zasadnie dowodzi, że jeżeli pozytywne iluzje pojawiają się w tzw. fazie implementacyjnej (*implimental*), a więc towarzyszą samemu wykonywaniu działania, to sprzyjają skutecznej realizacji postanowień, uodparniają na trudności i motywują do ich przewycięzania. W konsekwencji zwiększają efektywność podmiotu. Jeżeli jednak takie iluzje występują w fazie deliberatywnej (*deliberative*), a więc podczas podejmowania decyzji o zainicjowaniu działania albo podczas wybierania stopnia jego trudności, to w takim przypadku mogą być destruktywne, gdyż podmiot wybiera zadania zbyt trudne, przeceniając swój poziom kompetencji i/lub żywiąc niczym nieuzasadnioną nadzieję, że z biegiem czasu sytuacja sama ułoży się na tyle korzystnie, iż będzie on w stanie poradzić sobie z zadaniem. Również te założenia znalazły potwierdzenie w badaniach empirycznych (np. Armor i Taylor, 2003; O’Creery, Nicholson, Soane i Willman, 2010). Co jednak ciekawe, znakomita większość dobrze funkcjonujących, zdrowych psychicznie ludzi zawiesza (a w każdym razie ogranicza) przeżywanie pozytywnych iluzji w fazie deliberatywnej, a ujawnia je dopiero w fazie implementacyjnej (np. Gollwitzer, 2003; Gollwitzer i Kinney, 1989; Puca, 2001). Można więc powiedzieć, że człowiek zazwyczaj zachowuje się racjonalnie wtedy, gdy jest to korzystne, a staje się nieco nieracjonalny dopiero wtedy, gdy właśnie uaktywnienie pozytywnych iluzji może mu pomóc. (Albo też, patrząc na ten sam problem z innej perspektywy: typowy człowiek żyje iluzjami, gdy jest to korzystne, ale zawiesza je, gdy kierowanie się nimi staje się niebezpieczne). Zainteresowany czytelnik informacje na ten temat znajdzie także w polskojęzycznej literaturze psychologicznej (Lewicka, 1993; Kofta i Szustrowa, 2023).

Porównania społeczne i egotyzm

Klasyk psychologii społecznej Leon Festinger sformułował teorię porównań społecznych (Social Comparison Theory), której osiowym założeniem jest teza, że ludzie usilnie dążą do trafnego poznania swoich kompetencji i możliwości, a także chcą przekonać się o trafności wyrażanych przez siebie opinii. Wspomnianą motywację autor określa nawet terminem „popęd” (*drive*) (Festinger, 1954, s. 117), zarezerwowanym zazwyczaj dla dążeń o charakterze biologicznym, takich jak potrzeba zaspokajania głodu i pragnienia czy zaspokajanie potrzeb seksualnych. Badacz ten jest oczywiście odległy od

sugerowania, że w przypadku dążności do poznania siebie mamy do czynienia z fenomenem o charakterze biologicznym, ale używając terminu „drive” metaforycznie, chce zaakcentować z jednej strony powszechność, a z drugiej duże nasilenie tej potrzeby u ludzi. Zdaniem Festingera informacje na swój temat ludzie starają się uzyskiwać przede wszystkim ze źródeł obiektywnych. W celu sprawdzenia trafności własnych poglądów dotyczących wielkości populacji w Indiach czy wysokości góry K2 najprościej jest sięgnąć do odpowiednich, wiarygodnych źródeł książkowych czy – w obecnej dobie – internetowych. Wiedzę o posiadanych umiejętnościach można uzyskać, wykonując pewne zadania diagnostyczne. Jeśli np. 40-letnia kobieta chce dowiedzieć się, czy jest w stanie przepłynąć kilometr, to idzie na basen i próbuje tego dokonać. Także wiedzę o stanie zdrowia własnego organizmu można uzyskać dzięki jednoznacznym testom medycznym. Jeśli chcemy wiedzieć, jaki mamy poziom cholesterolu, to oddajemy krew do laboratorium, a później dowiadujemy się od lekarza, że wszystko jest w normie albo że powinniśmy zacząć się leczyć, bo nie jesteśmy zdrowi. Jednakże w wielu przypadkach taki bezpośredni sposób oceny siebie nie jest możliwy. Jeśli wspomniana wyżej kobieta chciałaby się dowiedzieć nie tego, czy potrafi przepłynąć kilometr (to już sama sprawdziła i wie, że umie), ale czy potrafi zrobić to szybko, to z faktu, że udało jej się tego dokonać w, powiedzmy, 39 minut, niewiele wynika. Aby uzyskać odpowiedź na pytanie „jak szybko pływam?”, kobieta musi dokonać porównań interpersonalnych. Dopiero odniesienie swojego wyniku do takich danych jak np. nieoficjalny (gdyż oficjalnie nie rozgrywa się zawodów na tym dystansie) rekord świata kobiet i/lub porównanie go z umiejętnościami, jakie prezentują obecnie w tym zakresie jej matka, córka czy koleżanki z pracy, mogą stać się podstawą jakiegokolwiek oceny siebie. Jeżeli więc informacje na własny temat nie są bezpośrednio dostępne w źródłach niepersonalnych, człowiek skazany jest na uzyskiwanie ich poprzez porównywanie własnych opinii, możliwości, kompetencji i zdolności z opiniami, możliwościami, kompetencjami i zdolnościami innych ludzi. Adekwatna wiedza o sobie jest bowiem – jak zakładał Festinger – tym, do czego człowiek usilnie dąży. Nie bez znaczenia jest również to, z kim podmiot się porównuje. Wracając do naszego przykładu, wartość diagnostyczna porównań z rekordzistką świata, z 70-letnią matką i z koleżankami z pracy jest zdecydowanie różna. Zdaniem Festingera, w sytuacji, w której podmiot ma w procesie porównań

społecznych do wyboru różne osoby, wybiera te, która są do niego podobne i/lub znajdują się w podobnej sytuacji. Dla 40-letniej kobiety zarówno porównanie się z matką, która ostatni raz pływała na obozie skautów 65 lat temu, jak i z rekordzistką świata jest mało diagnostyczne. Najwięcej informacji o swoich umiejętnościach pływackich (czy szerzej: formie fizycznej) może ona uzyskać, porównując się z innymi 40-letnimi paniami (najlepiej takimi, które – podobnie jak ona – pracują zawodowo, przeszły zawał serca i wychowały trójkę dzieci).

Nie zawsze jednak ludzie motywowani są do tego, by porównywać się z podobnymi do siebie. W przypadku oceny własnych zdolności i umiejętności można uzyskać przydatne informacje także wówczas, gdy porównujemy się z osobami lepszymi od siebie. Dzięki temu podmiot uzyskuje bowiem wiedzę na temat tego, jak wiele brakuje mu do uzyskania pewnego pożądanego stanu. Ktoś uczący się języka obcego może porównywać się z kolegą sprawnie posługującym się tym językiem i obserwując przez kolejne miesiące i lata, że coraz mniej (ale jednak ciągle) odstaje od niego poziomem.

Badania nad procesami porównań społecznych, zainspirowane koncepcją Festingera (1954), wykazały jednak, że preferencje ludzi w zakresie wyboru innych osób do porównań są znacznie bardziej złożone, niż sądził autor teorii porównań społecznych, a chęć uzyskania diagnostycznych informacji na własny temat nie jest jedynym motywem skłaniającym ludzi do porównywania się z innymi.

Bibb Latané (1966), nie negując zasadniczej tezy koncepcji Festingera, mówiącej, że z braku kryteriów obiektywnych człowiek skłonny jest czerpać ewaluatywną wiedzę o sobie z porównań, jakich dokonuje między sobą i innymi ludźmi, zwrócił jednocześnie uwagę, że celem, jaki temu przyświeca, nie musi być uzyskanie informacji rzetelnych i diagnostycznych. Latané sugerował, że ludzie często poszukują takich informacji, które raczej potwierdzają ich sądy na własny temat, niż takich, które mogłyby tę wiedzę znacząco podważyć. Ludzie niechętnie bowiem zmieniają poglądy nie tylko na temat fizycznego i społecznego świata, który ich otacza, ale także poglądy na swój własny temat. I w wielu sytuacjach rzeczywiście tak się dzieje, co wykazały zarówno klasyczne już (np. Swan, 1983, 1987; Swan i Read, 1981), jak i nowe, bardziej współczesne badania empiryczne (np. Hart i wsp., 2009; Greg, Mahaderan i Sedikides, 2017).

Inni badacze z kolei założyli, że podstawowa motywacja w procesie porównań społecznych ma charakter egotystyczny (np. Jellison i Davis, 1973; Gruder, 1971; Goethals, 1986) i wiąże się z tym, że człowiek poszukuje przede wszystkim takich informacji, które mogą podnosić i wzmacniać poczucie własnej wartości. Szczególnie często dzieje się tak w sytuacjach, w których podmiot przeżywa stres, doświadcza negatywnych emocji, albo też gdy jego samoocena jest z różnych powodów zagrożona (np. Hahmiller, 1966; Wills, 1981, 1987). Rośnie wówczas zapotrzebowanie podmiotu na porównywanie się z innymi, którzy są od niego gorsi. Porównania takie może mieć przy tym charakter pasywny (wybieranie do porównań osób rzeczywiście mniej od podmiotu kompetentnych czy mniej utalentowanych) lub aktywny (przypisywanie innym ludziom negatywnych cech, których oni w rzeczywistości nie mają). Liczne dowody empiryczne świadczą o tym, że takie porównania z gorszymi od siebie poprawiają ludziom samopoczucie (np. Crocker i Gallo, 1985) i zwiększają ich przekonanie o własnej wartości (np. Lemyre i Smith, 1985).

Widzimy zatem, że porównania z innymi ludźmi mogą służyć nie tylko dokładnemu poznaniu własnych kompetencji i możliwości, co zakładał w swojej koncepcji Festinger. W wielu wypadkach jest wprost przeciwnie: ludziom może chodzić przede wszystkim o to, by wręcz nie dopuścić do siebie diagnostycznych informacji na swój temat, a jednocześnie dostarczyć sobie takich informacji, które pozwolą bardzo pozytywnie oceniać własne kompetencje, zdolności i potencjalne możliwości. Psychologia zgromadziła dotychczas wiele dowodów na powszechność takich motywacji, a także na występowanie najróżniejszych, czasem bardzo wyrafinowanych, zachowań pozwalających ludziom na blokowanie docierających do nich informacji, które mogłyby zagrozić ich wysokiej samoocenie, przy jednoczesnej otwartości na wszelkie informacje wzmacniające i podnoszące przekonanie o własnej wartości (np. Leary, 2007; Grosser i wsp., 2021; Jelic, 2022).

Zauważmy też, że porównanie siebie z innymi ludźmi nie musi oznaczać konfrontacji własnych cech, kompetencji czy zdolności z cechami, kompetencjami czy zdolnościami innej, konkretnej osoby. W pewnych sytuacjach ludzie mogą porównywać się raczej z wyabstrahowanym „człowiekiem przeciętnym” (*average person*) czy też szacować, od jakiego odsetka osób z określonej populacji są pod pewnymi względami lepsi lub gorsi.

O dwóch tego rodzaju fenomenach: efekcie „lepszego od przeciętnego” (*better-than-average*) oraz nierealistycznym optymizmie (*unrealistic optimism*), napiszemy poniżej obszerniej, gdyż ujawnianie ich przez ludzi, jak również konsekwencje tego stanu dla ich funkcjonowania są szczególnie istotne z perspektywy, której dotyczy ta książka.

„Lepszy od przeciętnego”

Zacznijmy od przypomnienia, że jedną z trzech podstawowych pozytywnych iluzji, o których pisali w klasycznym już dziś artykule Taylor i Brown (1988), było nieadekwatne, zawyżone przekonanie o własnej wartości. Dobrze funkcjonujący ludzie oceniają swoje własne kompetencje oraz inne, pożądane cechy lepiej, niż – patrząc z obiektywnego punktu widzenia – powinni. Efekt „lepszego od przeciętnego” jest jednym z przejawów takiego właśnie nadmiernie pozytywnego widzenia własnej osoby. Badania psychologiczne dotyczące tego efektu polegają na tym, że osoby badane proszone są o ocenienie jakiejś swojej cechy, zdolności lub umiejętności poprzez porównanie się z innymi ludźmi.

W jednym z klasycznych badań nad omawianym tu zjawiskiem (Alicke i wsp., 1995) studenci mieli ocenić, w jakim stopniu posiadają 20 pozytywnych cech osobowości lub charakteru (takich jak np. „inteligentny”, „rzetelny”, „oszust” czy „kłamca”) w porównaniu z przeciętnym studentem tej samej płci. Służyła im do tego każdorazowo 9-stopniowa skala, opisana na lewym krańcu cyfrą 0 i słowami „znacznie mniej niż przeciętny student”, a na prawym krańcu – cyfrą 8 i słowami „znacznie bardziej niż przeciętny student”. W środku znajdowała się cyfra 4 oraz słowa „mniej więcej tak jak przeciętny student”. Okazało się, że większość osób badanych uważała, że pozytywne określenia lepiej pasują do nich niż do przeciętnego studenta, natomiast określenia negatywne lepiej pasują do przeciętnego studenta niż do nich.

Zauważmy przy tym, że wśród osób, które oceniają siebie jako lepsze (pod określonymi względami) od osoby przeciętnej, mogą być zarówno takie, które rzeczywiście są lepsze, jak i takie, które są przeciętne, oraz takie, które – realnie rzecz biorąc – są gorsze. W przypadku osób należących do tej pierwszej grupy trudno więc takie oszacowania traktować w kategorii iluzji, czy też określać je terminem „bias”. Zastosowana procedura badawcza nie określa, które konkretnie osoby badane oceniały się nietrafnie, a które miały

realne podstawy, by uważać, że są od przeciętnej osoby lepsze. Zauważmy jednak, że lepsza od osoby przeciętnej może być tylko połowa populacji, której dotyczy badanie. Podmiot porównuje się bowiem do osoby przeciętnej, a nie do wartości przeciętnej.

W odniesieniu do wspomnianego wyżej studium Alicke i współpracowników (1995) – od przeciętnego studenta lepszy może być najwyżej co drugi student. Jeśli zatem więcej niż 50 procent osób uważa się za lepszych, to część z nich po prostu nie może mieć racji. Efekt „lepszy od przeciętnego” opisuje więc iluzję, którą obserwujemy na poziomie grupowym. Jest ona udziałem części osób, przy czym ta część jest tym większa, w im większym stopniu liczebność grupy osób uważających się za kogoś lepszego od osoby przeciętnej przekracza magiczną barierę 50 procent. Należy jednocześnie podkreślić, że nawet gdyby literalnie wszyscy badani twierdzili, że są lepsi od osoby przeciętnej (np. wszyscy uważali, że są bardziej inteligentni od osoby przeciętnej), to o nietrafnym oszacowaniu można by mówić tylko w odniesieniu do połowy z nich. (Połowa może być bowiem rzeczywiście bardziej inteligentna od owego przeciętnego człowieka).

Podobną prawidłowość, ujawniającą skłonność większości ludzi do tego, by się widzieć jako lepszego od przeciętnego, zaobserwował także Jonathan Brown (1986), stosując jednak nieco inny sposób pomiaru. Osoby badane szacowały najpierw, w jakim stopniu same przejawiają różne pozytywne i negatywne cechy, a następnie oceniały, w jakim stopniu cechy te przejawia osoba przeciętna. Tym razem o efekcie „lepszy od przeciętnego” można mówić na podstawie różnicy w oszacowaniach dotyczących siebie i przeciętnego innego. Pomimo zastosowania odmiennego niż u Alicke i jego współpracowników sposobu pomiaru odnotowany wynik nie był znacząco inny. Okazało się, że ludzie przypisują pozytywne cechy w większym stopniu sobie niż „przeciętnemu innemu”, a jeśli chodzi o cechy negatywne, to widzą mniejsze ich nasilenie u siebie niż u osoby przeciętnej.

Klasycznym badaniem ilustrującym efekt „lepszy od przeciętnego” jest studium, w którym studenci z USA (posiadacze prawa jazdy z Uniwersytetu Oregońskiego) i ze Szwecji (posiadacze prawa jazdy z Uniwersytetu w Sztokholmie) określali swoje kompetencje jako kierowcy samochodów (Svenson, 1981). Badanie miało charakter zbiorowy, a zadaniem osób badanych było oszacowanie, od ilu procent osób obecnych w sali prowadzą samochód w sposób

bezpieczniejszy i od ilu procent osób obecnych w sali mają wyższe umiejętności jako kierowcy. Większość osób badanych z obu krajów uważała, że prowadzi samochód bezpieczniej niż większość innych studentów oraz że ma wyższe umiejętności w zakresie kierowania pojazdem. Być może najbardziej spektakularne (przynajmniej jeśli chodzi o wyniki) badanie dotyczące omawianego tu zjawiska ujawniło natomiast, że aż 94% nauczycieli uważa się za lepszego pedagoga niż przeciętny nauczyciel (Cross, 1977).

Nie znaczy to oczywiście, że ludzie uważają się za lepszych od innych (czy też lepszych od przeciętnej osoby) w zakresie wszystkich możliwych cech i kompetencji. Muhammad Ali jest przez wielu kibiców boksu uważany za najlepszego pięściarza wszech czasów. Pewna anegdota, której Ali jest bohaterem, mówi, że gdy był on indagowany przez jakiegoś dziennikarza w kwestii swojej inteligencji, odpowiedział, że nigdy nie uważał się za inteligentnego. Nie sądzi też, że jest inteligentniejszy od innych sportowców czy innych bokserów. Wyjaśnił jednocześnie, że jest po prostu znacznie od innych szybszy, co zapewnia mu sukcesy na ringu. „Gdy wchodzę do sypialni – mówił – i wciskam przy drzwiach przełącznik gaszący światło, to jestem już pod kołdrą, zanim zrobi się ciemno”. Jak pokazał Paul Van Lange (1991), większość ludzi nie twierdzi, że jest pod wszystkimi względami lepsza od innych. Przekonanie o własnej lepszości jest ograniczone do wybranych cech. W większości przypadków dla ludzi jest rzeczą ważniejszą, by wierzyć w to, że są od większości osób bardziej moralni, niż żywić przekonanie, że są od innych bardziej kompetentni (Van Lange i Sedikides, 1998). W przypadku kompetencji ludzie tylko w wybranych przez siebie obszarach uważają, że są lepsi od osoby przeciętnej (myślą np. „jestem lepszym kierowcą od większości ludzi, ale wcale nie tańczę lepiej od przeciętnej osoby mojej płci”). Ponieważ jednak poszczególne osoby tę własną lepszoscą mogą widzieć w odniesieniu do odmiennych cech i kompetencji, ogólny obraz wyłaniający się z badań empirycznych wskazuje na znaczną uniwersalność efektu „lepszy od przeciętnej”. Nie może zatem dziwić, że przekonanie ludzi o tym, że są lepsi od innych w zakresie wielu cech psychicznych, umiejętności i kompetencji, ujawniono w bardzo wielu badaniach (np. Chambers i Windschitl, 2004; Zell i wsp., 2020). W innych jeszcze badaniach pokazywano, że oprócz wspomnianych wyżej kompetencji, czy pozytywnych cech psychicznych, ludzie uważają się za lepszych od innych także w odniesieniu do częstotliwości i intensywności

różnych zachowań. I tak np. Leviston i Uren (2020) wykazali, że większość badanych przez nich osób uważa się za bardziej zaangażowane w działania na rzecz środowiska niż inni ludzie. Szereg badań wskazuje też, że ludzie uważają, iż częściej angażują się w różne akcje dobroczynne niż większość innych osób (np. Brown, 2012; Epley i Dunning, 2000). Jeszcze inne badania ujawniają, że ludzie są przekonani, iż odżywiają się znacznie zdrowiej niż inni (Scherer i wsp., 2016), a nawet że sięgają po jedzenie, kierując się „lepszą” motywacją niż inni. Ludzie deklarują bowiem, iż sami jedzą głównie z tego powodu, że po prostu są głodni, a jedzenie, po które sięgają, jest smaczne i zdrowe. Tymczasem inni – ich zdaniem – jedzą z odmiennych, niekoniecznie chwalebnych powodów: chcą zrobić oczekiwane wrażenie na innych, postępują konformistycznie, zgodnie z normami społecznymi, albo też chcą sobie w ten sposób poprawić nastrój (Sproesser i wsp., 2017).

Dolinski i Grzyb (2020) realizowali szeroko zakrojony program badawczy dotyczący posłuszeństwa i nawiązujący do słynnych eksperymentów Stanleya Milgrama (1963, 1965, 1974). Milgram zapraszał osoby badane do swojego laboratorium i wyjaśniał im, że wezmą udział w eksperymencie dotyczącym wpływu kary na efektywność uczenia się. Ich zadaniem było wejście w rolę nauczyciela i uderzanie prądem elektrycznym rzekomego ucznia (*de facto* współpracownika eksperymentatora, który sugestywnie tylko udawał cierpienie). Za każdy kolejny błąd uczeń miał być karany coraz mocniejszym uderzeniem. Do wymierzania kary służył specjalny aparat – generator prądu elektrycznego, wyposażony w 30 klawiszy, z których pierwszy oznaczony był symbolem 15 woltów, a każdy kolejny miał oznaczenie o 15 woltów wyższe. Tak więc drugi przycisk opatrzony był symbolem 30 woltów, trzeci – 45 woltów, a przy ostatnim widniał symbol 450 woltów. Eksperyment kończył się w momencie, w którym osoba badana kategorycznie odmawiała dalszego udziału, albo wtedy, gdy kolejno wcisnęła wszystkie 30 przycisków. Dolinski i Grzyb badali różne osobowościowe i sytuacyjne determinanty zachowań osób badanych w takiej sytuacji (choć z powodów etycznych przerywali badania już w momencie, w którym osoba badana wciskała dziesiąty przycisk, oznaczony symbolem 150 woltów), ale przeprowadzili także jedno badanie, w którym eksplorowali przekonania ludzi na temat zachowań osób, którym psycholog poleca w laboratorium uderzanie prądem innego człowieka (Grzyb i Dolinski, 2017). Osobom badanym szczegółowo i sugestywnie

przedstawiono eksperyment Milgrama i poproszono je o oszacowanie, jak same zachowałyby się w tym eksperymencie, a także jak w ich ocenie zachowywaliby się inni ludzie. Okazało się, że badani byli przeświadczeni, że sami zakończyliby udział w eksperymencie znacznie szybciej niż inni.

Tak jak w przypadku wszystkich innych fenomenów psychologicznych oprócz pytania „jak jest” należy zadać pytanie „dlaczego tak jest”. Inaczej mówiąc, należy również zapytać o mechanizm psychologiczny leżący u podłoża efektu „lepsy od przeciętnego”. Zgromadzony dotychczas materiał empiryczny pozwala przyjąć, że źródłem efektu jest motywacja ochrony i podnoszenia samooceny. Wykazano bowiem, że wspomniany efekt jest silniejszy wtedy, gdy porównywane cechy są ważne (vs. mniej ważne) dla osoby badanej (Brown, 2012; Ziano i wsp., 2020), a także wtedy, gdy są ważne (vs. mniej ważne) z perspektywy kultury, w której prowadzone są badania (Sedikides i wsp., 2003; Lee, 2012). Poza tym analizowany przez nas efekt jest silniejszy wtedy, gdy ludzie porównują się z innymi na wymiarach abstrakcyjnych (Dunning i wsp., 1989) oraz takich, w przypadku których trudno o obiektywne kryteria weryfikujące trafność oszacowań (Van Lange i Sedikides, 1998). Warto też wspomnieć o badaniach, w których przekonanie o własnej lepszości rosło bezpośrednio po tym, gdy osoby badane doświadczały zagrożenia dla własnej samooceny (Brown, 2012). Mechanizmy poznawcze mogą jednak w poszczególnych przypadkach nasilać lub osłabiać przekonania ludzi o tym, że są lepsi od innych. Wykazano na przykład, że analizowany tu efekt słabnie, gdy ludzie są proszeni najpierw o oszacowanie, w jakim stopniu określona cecha jest charakterystyczna dla przeciętnej osoby, a dopiero potem o oszacowanie, w jakim stopniu charakteryzuje ich samych (zob. np. Pahl i Eiser, 2007). Taka zmiana kolejności zadawania pytań sprawia, że – zazwyczaj pozytywna – opinia o sobie przestaje stanowić punkt referencyjny. Co ciekawe i charakterystyczne: efekt „lepsy od przeciętnego” jest silniejszy wtedy, gdy podmiot ma się porównywać z abstrakcyjnym „przeciętnym innym”, niż w warunkach, w których ma się porównać z konkretną osobą (np. członkiem rodziny czy przyjacielem). Można to wyjaśnić tym, że informacje na własny temat są zazwyczaj dla podmiotu poznawczo dostępne. Podmiot może więc czuć się lepszym od „przeciętnego innego”, bo nie ma na temat owej abstrakcyjnej postaci żadnej wiedzy. Jeśli jednak ma się porównywać z konkretnym przyjacielem czy współmałżonkiem, to różnica

w dostępności informacji o sobie i dostępności informacji o tej osobie przestaje być duża (Kruger, 1999).

Nierealistyczny optymizm

Życie każdego człowieka jest nieuchronnie związane z ryzykiem nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, katastrofy żywiołowej, utraty dachu nad głową czy zachorowania na nieuleczalną chorobę. Każdemu mogą się też zdarzyć (i niekiedy się zdarzają) niektóre z rzeczy pożądaných: ciekawa praca, udane małżeństwo, utalentowane i zdrowe dzieci, fascynujące wakacje w egzotycznym kraju. W wielu, dziś już klasycznych, badaniach psychologicznych dowiedziono, że zdarzenia pożądané wydają się ludziom bardziej prawdopodobne, niż są w istocie, a zdarzenia niepożądane wydają im się mniej prawdopodobne, niż wskazują na to obiektywne okoliczności (Marks, 1951; Irwin, 1953). Ponadto występuje u ludzi dość powszechna tendencja do spostrzegania terażniejszości jako lepszej niż przeszłość, a przyszłości jako lepszej niż terażniejszość (Matlin i Stang, 1978). Choć kwestia źródeł takiego optymistycznego widzenia własnej przyszłości pozostaje sporna, to już powszechność tego podejścia jest raczej bezdyskusyjna. Optymistyczne podejście do rzeczywistości cechuje większość ludzi i uaktywnia się w większości sytuacji (Seligman, 1998).

W tym rozdziale piszemy o pozytywnych iluzjach. Nic więc dziwnego, że koncentrujemy się właśnie na takim optymizmie, który spełnia te założenia. Sam termin „nierealistyczny” w odniesieniu do optymizmu wskazuje przy tym jednoznacznie, że jest to pozytywne oczekiwanie rozwoju zdarzeń w przyszłości, które, przynajmniej częściowo, abstrahuje od realiów.

Nierealistyczny optymizm jest w psychologii rozumiany dwojako. Po pierwsze, pozytywne oszacowania określamy jako nierealistyczne wówczas, gdy okażą się takie po konfrontacji z obiektywnym kryterium. W takim przypadku możemy o każdej osobie, która demonstruje optymizm, powiedzieć, jak dalece jej oczekiwania są (nie)uzasadnione. W literaturze przedmiotu mówi się niekiedy o absolutnym nierealistycznym optymizmie (Shepperd i wsp., 2013). Po drugie, możemy mówić o nierealistycznym optymizmie w sposób podobny do tego, w jaki operacjonalizuje się wystąpienie efektu „lepszy od przeciętnego”, o którym pisaliśmy wcześniej. Można poprosić ludzi

o określenie przez nich prawdopodobieństwa, że doświadczą w życiu różnych stanów pożądanых i niepożądanых, oraz określenie prawdopodobieństwa, że te same rzeczy zdarzą się osobie przeciętnej. Jeśli okaże się, że większość ludzi sądzi, że ma większe szanse niż osoba przeciętna na doświadczenia pozytywne, a mniejsze na doświadczenia negatywne, to będziemy mieć do czynienia z nierealistycznym optymizmem na poziomie grupowym. W odróżnieniu od absolutnego nierealistycznego optymizmu można ten fenomen określić terminem nierealistycznego optymizmu porównawczego (Shepperd i wsp., 2013).

Zacznijmy od pierwszej z tych kwestii. W niektórych przypadkach nierealistyczność pozytywnych oczekiwań co do przyszłości można stwierdzić dopiero wtedy, gdy do danego zdarzenia już dojdzie. Na przykład realistyczność lub nierealistyczność oczekiwań studenta co do oceny, którą uzyska na egzaminie, można określić dopiero po tym egzaminie (np. Ruthig i wsp., 2017). Podobnie stopień nierealistyczności optymizmu co do wysokości pensji, którą student będzie otrzymywał po skończeniu studiów, można ocenić dopiero, konfrontując jego wcześniejsze oczekiwania z jego faktycznym uposażeniem (Shepperd, Ouellette i Fernandez, 1996). W przypadku doradców finansowych tylko *post factum* da się zweryfikować trafność ich pozytywnych oczekiwań co do rozwoju sytuacji ekonomicznej (Calderon, 1993), a w przypadku menedżerów – sprawdzić, czy mieli rację, twierdząc, że ryzykowne i przynoszące straty projekty biznesowe okażą się jednak opłacalne w dłuższej perspektywie czasowej (Meyer, 2014). Prawdopodobnie najbardziej spektakularnym efektem związanym z tak ujmowanym optymizmem jest sposób, w jaki szacujemy czas potrzebny nam do wykonania jakiegoś zadania. Ludzie zwykle oceniają, że zadanie zajmie im mniej czasu, niż trwa to w rzeczywistości (Tversky i Kahneman, 1974). Wyniki wielu badań empirycznych jednoznacznie udowodniły tę prawidłowość w odniesieniu do bardzo różnych czynności (np. Koole i Spijker, 2000; Griffin i Buehler, 1999; Byram, 1997).

W innych przypadkach można szacować stopień (nie)realistyczności optymizmu już na etapie określania przez osoby badane prawdopodobieństwa wystąpienia określonych stanów rzeczy. Szanse na wygraną w lotto można precyzyjnie obliczyć. Jeśli więc ktoś, wypełniając kupon, uważa, że ma większe szanse na wygraną, niż wynika to z rachunku prawdopodobieństwa, to można z całą pewnością mówić, że jego optymizm jest nierealistyczny. Podobnie

ktoś, kto uważa, że ma, powiedzmy, dziesięć czy choćby pięć procent szans na wylosowanie z talii 52 kart akurat asa pik, demonstruje zupełnie nieuzasadniony, a więc nierealistyczny optymizm. Takie właśnie optymistyczne szacowanie szans na wylosowanie pożądanej karty zaobserwowano w klasycznych już badaniach psychologicznych (Marks, 1951; Irwin, 1953).

W innych przypadkach nie możemy polegać na aż tak jednoznacznych wyliczeniach wynikających z rachunku prawdopodobieństwa, możemy jednak opierać się na wartościach przybliżonych. Mając precyzyjne dane na temat stanu zdrowia pacjenta, znając historię jego choroby, dane o obciążeniach genetycznych itp., lekarz może na podstawie komputerowego algorytmu określić przybliżone prawdopodobieństwo wyleczenia pacjenta lub też obliczyć, jak długo pacjent najprawdopodobniej będzie jeszcze żył. Jeśli pozytywne oczekiwania pacjenta znacząco odchylają się od tych oszacowań, można mówić o tym, że jego optymizm jest nierealistyczny.

Takie operacjonalizowanie nierealistycznego optymizmu może wydawać się właściwe, gdyż odnosimy je do konkretnej osoby, która jest albo nie jest nierealistycznie optymistyczna, nie zaś – jak w przypadku optymizmu porównawczego – do grupy osób, których część może być realistycznie optymistyczna, a tylko część demonstruje optymizm, który nie ma realnych podstaw. W istocie jednak sprawa jest zdecydowanie bardziej złożona. W badaniach psychologicznych rzadko bowiem szacowano nierealistyczny optymizm w przedstawiony wyżej sposób, a więc rzadko brano pod uwagę całą baterię zmiennych, związanych z dotychczasową historią życia danej osoby, z czynnikami genetycznymi i osobowościowymi wpływającymi na jej obecną i przyszłą sytuację itp. Na ogół porównywano oszacowania dokonywane przez osobę badaną z prawdopodobieństwem wystąpienia określonych stanów rzeczy w pewnej populacji. Osoby badane orzekały więc, jak bardzo prawdopodobne jest, że będą miały raka piersi, albo z jakim prawdopodobieństwem konieczne będzie w ich przypadku poddanie się operacji dentystycznej, a następnie sprawdzano, w jakim stopniu te sądy odchylają się od prawdopodobieństwa wyliczanego dla populacji, do której w sensie demograficznym dana osoba należy (np. Hanoch i wsp., 2019, 2022).

A zatem konkretna osoba, która uważa, że np. prawdopodobieństwo zachorowania przez nią na nowotwór płuc jest znacznie mniejsze, niż wynika ze statystyk uwzględniających zachorowania palaczy jej płci i w jej wieku,

może mieć po prostu rację. W swoich oszacowaniach uwzględnia ona bowiem to, że w jej rodzinie nigdy nie było przypadków nowotworu. Podobnie ktoś, kto szacowałby niższe prawdopodobieństwo spowodowania wypadku samochodowego, niż wynikałoby ze statystyk, może mieć rację, gdyż jest bardzo doświadczonym i ostrożnym kierowcą, któremu od dwudziestu lat nie zdarzyło się zapłacić mandatu. W istocie czynników, które poszczególne osoby badane mogą brać pod uwagę, a które obiektywnie modyfikują prawdopodobieństwo wystąpienia różnych pożądaných i niepożądaných zdarzeń, jest bardzo wiele i nie sposób wręcz uwzględniać ich wszystkich przy obliczaniu prawdopodobieństwa, które uważalibyśmy za obiektywne.

Tego rodzaju problemy i niejasności nie występują w przypadku nierealistycznego optymizmu porównawczego, a więc w sytuacji, w której ludzie porównują się z innymi osobami. Nie wiemy wprawdzie, czy w przypadku konkretnej osoby demonstrującej optymizm ma on charakter nierealistyczny, ale też – co trzeba jednoznacznie podkreślić – nie zakładamy, że to wiemy. Przeciwnie, o nierealistycznym charakterze optymizmu mówimy wyłącznie na poziomie grupy.

Zanim przejdziemy do omówienia prawidłowości związanych z tak rozumianym nierealistycznym optymizmem, należy zaznaczyć, że badania, w których jednocześnie mierzono optymizm absolutny i optymizm porównawczy, pokazały, że są to zjawiska odrębne w tym sensie, że możliwe jest przejawianie przez podmiot optymizmu absolutnego, ale nieprzejawianie optymizmu porównawczego, a także odwrotnie: przejawianie optymizmu porównawczego przy braku optymizmu absolutnego. Odmienna może być również dynamika zmian w czasie obu rodzajów nierealistycznego optymizmu (Ruthig i wsp., 2017).

Jako pierwszy badania nad nierealistycznym optymizmem porównawczym przeprowadził Neil Weinstein (1980). Poprosił on studentów o oszacowanie prawdopodobieństwa, że doświadczą oni w przyszłości 18 pozytywných stanów rzeczy (takich jak np. „posiadanie swojego własnego domu” czy „dożycie osiemdziesiątki”) oraz 22 stanów negatywných (takich jak np. „popadnięcie w alkoholizm” czy „atak serca przed czterdziestką”) w porównaniu z przeciętnym studentem ich płci z ich uniwersytetu. Różnicę tę mieli określić w procentach (od 0 do 100), wskazując przy tym jej kierunek. Zdecydowana większość badanych studentów była przeświadczona o tym, że pożądane

rzeczy zdarzą się raczej im niż innym, natomiast rzeczy niepożądane raczej innym niż im samym.

Kolejne badania empiryczne dotyczące nierealistycznego optymizmu porównawczego dowiodły, że w odniesieniu do bardzo wielu przyszłych zdarzeń ludzie wierzą, że pozytywne zdarzenia będą z większym prawdopodobieństwem ich udziałem niż udziałem innych, a zdarzenia negatywne raczej przytrafią się innym niż im samym. Wyniki te nie tylko potwierdziły rezultaty uzyskane w pionierskich badaniach Weinsteina (1980), lecz także ujawniły inne obszary, w których ludzie czują się w specyficzny sposób uprzywilejowani. A zatem to raczej inni (nie ja) będą ofiarami różnego rodzaju przestępstw (Perloff i Fetzer, 1986), to raczej inni (nie ja) wezmą udział w poważnym wypadku samochodowym (McKenna, 1993) i to inne kobiety (a nie ja) zjadą w niepożądaną ciążę (Burger i Burns, 1988). Badani ujawniali też zwykle silne przeświadczenie, że najróżniejsze (nie tylko te badane w pionierskim studium Weinsteina) choroby i dolegliwości zdrowotne spotkają w przyszłości raczej innych ludzi niż ich samych (Clarke i wsp., 2000; Hoorens i Buunk, 1993; Weinstein 1983, 1984, 1987). Być może najbardziej spektakularnym przykładem porównawczego nierealistycznego optymizmu było badanie pilotów. Aż 95% z nich żywiło przekonanie, że z większym prawdopodobieństwem wypadek lotniczy spowoduje w przyszłości inny, przeciętny pilot niż oni (O'Hare, 1990).

Podobnie jak w przypadku omówionego wcześniej efektu „lepszy od przeciętnego” także u podstaw nierealistycznego optymizmu porównawczego leżą motywacje związane z obroną i podwyższaniem samooceny. Jeśli zaś chodzi o nierealistyczny optymizm dotyczący zdarzeń niepożądanych, można też mówić dodatkowo o redukcji lęku przed przyszłością. Nierealistyczny optymizm pozwala podmiotowi nie zamartwiać się tym, co może się wydarzyć (Hoorens, 1995; Klein i Weinstein, 1997). Łatwiej jest na przykład prowadzić samochód, wierząc, że wypadki drogowe zdarzą się raczej innym ludziom niż mnie, czy pić piwo, sądząc, że alkoholizm grozi raczej innym ludziom, a nie mnie. Brak takich optymistycznych przekonań mógłby sprawić, że prowadzenie samochodu wiązałoby się z ogromnym stresem, a picie piwa nie stanowiłoby przyjemności.

W przypadku efektu „lepszy od przeciętnego” znaczącą rolę odgrywały mechanizmy o charakterze poznawczym. Nie inaczej jest w odniesieniu do

nierealistycznego optymizmu. Przede wszystkim, zwłaszcza w przypadku przyszłych zdarzeń, na które można mieć jakiś wpływ, podmiot w znacznie większym stopniu zdaje sobie sprawę z własnych kompetencji i własnych działań, które planuje przedsięwziąć, niż z kompetencji i zachowań planowanych przez innych ludzi. Własne działania są po prostu niemal zawsze dostępne poznawczo (podmiot o nich wie), działania innych ludzi są dostępne tylko niekiedy. W związku z tym podmiot może błędnie sądzić, że określone zachowania przejawia częściej niż inni. Mechanizm ten nazywany jest zwykle przez psychologów poznawczym egocentryzmem (*cognitive egocentrism*). (Zauważmy jednak na marginesie, że podmiot powinien także w większym stopniu zdawać sobie sprawę z tego, że on sam częściej niż inni ludzie przejawia zachowania niewłaściwe, na przykład ryzykowne. To zaś nie powinno sprzyjać pojawianiu się efektu nierealistycznego optymizmu. Poznawczy egotyzm ma więc pewne ograniczenia jako mechanizm wyjaśniający pojawianie się omawianej tu iluzji). Poza tym w grę mogą wchodzić mechanizmy związane z koncentracją uwagi. W przypadku porównań z innymi ludźmi podmiot jest skoncentrowany na sobie – to on stanowi punkt referencyjny. Jeżeli jednak poprosimy go, aby najpierw oszacował prawdopodobieństwo pojawienia się określonego zdarzenia w życiu innego (przeciętnego) człowieka, to skoncentrujemy jego uwagę na tym obiekcie społecznym i to ten obiekt („osoba przeciętna”) stanie się teraz punktem referencyjnym. Okazało się, że w takiej sytuacji siła nierealistycznego optymizmu słabnie (np. Chambers, Windschitl i Suls, 2003; Hoorens, 1995). O innych jeszcze mechanizmach poznawczych sprzyjających pojawianiu się porównawczego nierealistycznego optymizmu piszą obszernie np. Chambers i Windschitl (2004) oraz Shepperd i współpracownicy (2013).

Mimo że oba opisane w tym rozdziale zniekształcenia porównawcze różnią się od siebie, bo dotyczą zupełnie innych aspektów związanych z widzeniem siebie i własnej przyszłości, to jednak podobieństwa między nimi są wręcz uderzające. Zarówno w przypadku efektu „lepszy od przeciętnego”, jak i nierealistycznego optymizmu porównawczego mamy do czynienia z faworyzowaniem własnej osoby w procesach porównań społecznych, przy czym obiektem tych porównań nie jest jakaś konkretna inna osoba, ale zbiór osób należących do tej samej grupy co podmiot. Nic więc dziwnego, że w literaturze przedmiotu oba te fenomeny są często omawiane łącznie (np. Chambers i Windschitl, 2004; Helweg-Larsen i Shepperd, 2001).

Przyjrzyjmy się teraz, w jaki sposób dwa przedstawione powyżej zjawiska wiążą się z problematyką szczepień.

Dynamika zmian w zakresie oceny ryzyka

Jak już wiadomo, biasy *better-than-average* oraz *unrealistic optimism* są powszechne i silne, a badania, w których je ujawniano, były wielokrotnie replikowane. Warto jednak podkreślić, że w znakomitej większości badania te prowadzono w sytuacjach, które w najprostszy sposób można określić jako typowe czy codzienne. A przecież w życiu ludzi, przynajmniej niektórych, zdarzają się także sytuacje, które są zaskakujące i groźne dla bardzo dużej części ludzkiej populacji. Do kategorii takich zdarzeń można zaliczyć zarówno klęski naturalne, np. powódzie, trzęsienia ziemi, pożary obejmujące ogromne powierzchnie, wybuchy wulkanów, huragany czy plagi szarańczy, jak i klęski wywołane działalnością człowieka, np. wojny, katastrofy elektrowni jądrowych czy akty terroru, takie jak uderzenie dwóch samolotów w wieże World Trade Center. Pojawia się pytanie, czy w takich warunkach, w których zagrożenie jest nowe, a zarazem powszechne, ludzie także czują się uprzywilejowani, gdy porównują swoje zagrożenie z zagrożeniem dotyczącym innych osób, które znalazły się w identycznych warunkach.

Badań na ten temat jest bardzo mało. Wynika to stąd, że większość tego rodzaju zdarzeń pojawia się całkowicie nieoczekiwanie, w związku z czym psychologowie nie są w stanie przygotować wcześniej swoich badań. Psychologowie nie wiedzieli przecież, że terroryści zaatakują World Trade Center, że Rosja zaatakuje Ukrainę, a wieści o zbliżających się tragediach w rodzaju tsunami, pęknięcia tamy na wielkiej rzece czy huraganu zazwyczaj tylko o godziny wyprzedzają wystąpienie tragicznych zdarzeń. Kiedy jednak w nocy z 25 na 26 kwietnia 1986 roku w elektrowni atomowej w Czarnobylu doszło do przegrzania rdzenia reaktora, a następnie wybuchu wodoru i rozprzestrzenienia się substancji promieniotwórczych na coraz większym terenie, psychologom udało się zareagować w porę. Chmura radioaktywna zawierająca promieniotwórcze substancje stosunkowo wolno przesuwiała się na zachód Europy. Pozwoliło to na zbadanie zjawiska nierealistycznego optymizmu w Polsce, zanim jeszcze radioaktywna chmura dotarła do kraju.

Dolinski, Gromski i Zawisza (1987) zadali sobie pytanie, czy efekt nierealistycznego optymizmu notowany dotychczas przez psychologów w przypadkach,

gdy zagrożenia, o które pytano badanych, dotyczyły raczej pojedynczych ludzi niż dużych populacji i miały charakter raczej potencjalny niż realny, a przy tym dotyczyły raczej zjawisk znanych niż nieznanych (np. stanie się alkoholikiem lub ofiarą włamania, utrata pracy, śmierć w katastrofie kolejowej), pojawi się także w warunkach, w których zagrożenie jest powszechne, realne, aktualne i całkowicie nowe. Możliwość zapadnięcia na zdrowiu w wyniku podwyższonego promieniowania radioaktywnego, które w najbliższych dniach miało się jeszcze radykalnie zwiększyć, w sposób jednoznaczny należy do tej kategorii wypadków. Radioaktywna chmura dotarła nad Opole, stutysięczne uniwersyteckie miasto w południowo-zachodniej Polsce, 30 kwietnia 1986 roku. Badania nad nierealistycznym optymizmem zostały przeprowadzone kilka dni później – 5 maja.

Studenci proszeni byli o porównanie prawdopodobieństwa doświadczenia przez nich i przez przeciętnego studenta ich płci różnych potencjalnych negatywnych zdarzeń (takich jak zachorowanie na nowotwór, doznanie ataku serca, bycie ofiarą włamania do własnego mieszkania czy ofiarą wypadku drogowego). Odnotowano, wielokrotnie stwierdzany w badaniach psychologicznych i omówiony przez nas szczegółowo powyżej, efekt nierealistycznego optymizmu. Badani sądzili, że wspomniane złe rzeczy zdarzą się raczej innym niż im samym.

Osoby badane zostały jednak poproszone także o porównanie prawdopodobieństw zachorowania na chorobę popromienną w perspektywie najbliższego miesiąca, roku oraz pięciu lat, w odniesieniu do samego siebie i w odniesieniu do przeciętnego studenta tego uniwersytetu tej samej płci co oni. O ile te dwie miary nie różniły się zbyt silnie wtedy, gdy studenci szacowali prawdopodobieństwo zachorowania w ciągu najbliższego miesiąca, o tyle w przypadku dłuższej perspektywy (roku, a szczególnie pięciu lat) oba oszacowania różniły się już wyraźnie.

Co jednak kluczowe, większość badanych uważała siebie za bardziej narażonych na zachorowanie niż przeciętny student. Było więc zupełnie inaczej niż w większości badań, w których ludzie porównują zagrożenie dla siebie z zagrożeniem dla innych. Badacze nazwali ten efekt nierealistycznym pesymizmem. Zauważmy tu od razu, że także o tym skrzywieniu poznawczym można mówić wyłącznie w sensie grupowym, a nie indywidualnym. Bez wątplenia bowiem niektórzy ludzie mogli mieć racjonalne powody, by sądzić,

że są szczególnie narażeni na zachorowanie. Jeśli jednak wyraźna większość osób uważa się za bardziej narażone na chorobę popromienną niż przeciętny inny, to jest to – z perspektywy logicznej czy matematycznej – tak samo niemożliwe, jak w przypadku wcześniej przez nas analizowanego zjawiska *unrealistic optimism*.

Kilka lat później Burger i Palmer (1992) postanowili wykorzystać trzęsienie ziemi w Kalifornii, do którego doszło w 1989 roku, aby dokonać próby konceptualnej replikacji tego efektu. Trzy dni po tragicznym wydarzeniu pytali ludzi, jak dalece prawdopodobne jest, że w przyszłości staną się oni ofiarami podobnej klęski żywiołowej, i jak dalece prawdopodobne jest, że stanie się to udziałem innej przeciętnej osoby. Okazało się, że także w tym przypadku osoby badane ujawniły nierealistyczny pesymizm. Burger i Palmer powtórzyli te badania po trzech miesiącach od katastrofy i okazało się, że tym razem wzorzec wyników był zupełnie inny! Ludzie zademonstrowali teraz wyraźny nierealistyczny optymizm: uważali, że trzęsienie ziemi zdarzy się z większym prawdopodobieństwem komuś innemu niż im samym. Analogiczny powrót (nierealistycznego) optymizmu nastąpił też po kilku tygodniach od wybuchu elektrowni w Czarnobylu (Dolinski i Gromski, 1987), kiedy to większość studentów zademonstrowała przekonanie, że to raczej inni, a nie oni zachorują w przyszłości na choroby wywołane podwyższonym promieniowaniem radioaktywnym.

Można było oczekiwać, że przedstawiona powyżej dynamika sądów komparatystycznych wystąpi także w odniesieniu do pandemii koronawirusa. W pierwszej fazie, gdy ludzie dopiero będą spodziewać się, że pandemia pojawi się również w ich kraju, zareagują wyraźnym nierealistycznym pesymizmem. Z czasem efekt ten będzie słabł, po czym pojawi się nierealistyczny optymizm, który będzie się już utrzymywał. Wychodząc z takiego założenia, postanowiliśmy (Dolinski i wsp., 2020) przeprowadzić badania nad optymizmem porównawczym, początkową ich fazę realizując, zanim jeszcze pojawiły się doniesienia o zdiagnozowaniu w Polsce (tj. kraju, gdzie badania te realizowaliśmy) pierwszego przypadku zachorowania na COVID-19. Inną grupę ludzi postanowiliśmy zbadać bezpośrednio po wspomnianym komunikacie prasowym (tj. 5 i 6 marca). W następnych dniach pojawiły się nowe doniesienia o zachorowaniach na COVID-19, co ilustrowało szybkie rozprzestrzenianie się choroby w całym kraju. Skłoniło nas to do przeprowadzenia kolejnej fazy badań w dniach 9 i 10 marca.

Jakie były wyniki naszego badania? Całkowicie nieoczekiwanie w pierwszej fazie, realizowanej przed pojawieniem się pandemii w Polsce, wystąpił nierealistyczny optymizm (a nie nierealistyczny pesymizm, którego się spodziewaliśmy). Utrzymał się on także w dwóch kolejnych pomiarach.

Populacja studencka jest z całą pewnością dość specyficzna i pojawia się zasadne pytanie, czy podobny efekt wystąpiłby w przypadku innej grupy społecznej, której charakterystyka byłaby bliższa charakterystyce populacji ogólnej. Postanowiliśmy przebadac pracowników firmy korporacyjnej, a ponieważ tym razem przyjęliśmy formułę badań online, więc nie przerwał nam ich lockdown i mogliśmy prowadzić badania podłużne przez dłuższy czas bez względu na zmiany okoliczności zewnętrznych. Także w tym przypadku zdążyliśmy rozpocząć badania, zanim został potwierdzony pierwszy w Polsce przypadek zachorowania na COVID-19 (Izydorczak i wsp., 2022). Również pracownicy firmy korporacyjnej, tak jak studenci, reagowali niezmiennie, choć z różnym nasileniem, nierealistycznym optymizmem.

Zmiany nasilenia nierealistycznego optymizmu skłoniły nas do sprawdzenia *post factum*, czym mogły być one spowodowane. Wzięliśmy pod uwagę dwa czynniki. Pierwszym z nich były obiektywne dane dotyczące regularnie przedstawianych w mediach liczb: nowych odnotowywanych przypadków zachorowań na COVID-19 oraz śmierci z tego powodu. Drugim czynnikiem były decyzje polskiego rządu dotyczące wprowadzania lub odwoływania najróżniejszych restrykcji. Okazało się, że informacje o liczbie stwierdzanych przypadków nowych zachorowań i śmierci w żaden sposób nie wiązały się z poziomem nierealistycznego optymizmu. Wprowadzane i wycofywane restrykcje miały natomiast bardzo poważny wpływ na oceny formułowane przez badanych. Gdy obostrzenia się zmniejszały, nierealistyczny optymizm rósł, gdy się zwiększały – malał (ale, podkreślmy, nigdy nie zanikał całkowicie). Charakterystyczne jest przy tym to, że wprowadzanie i wycofywanie obostrzeń zmieniało głównie przekonania na temat własnego zagrożenia i ten właśnie element (a nie zagrożenie dla innych ludzi) wpływał na zmiany w poziomie nierealistycznego optymizmu.

Dodajmy, że badania z innych krajów replikowały nasze wyniki, wskazując na uniwersalny charakter skrzywień poznawczych. Podczas pierwszej fali pandemii COVID-19 badania nierealistycznego optymizmu przeprowadzono też w czterech innych krajach europejskich (Francja, Włochy, Szwajcaria

i Wielka Brytania) na bardzo dużej próbie, liczącej ogółem 12 378 osób (McColl i wsp., 2022). Badania te przeprowadzono trzykrotnie: w dniach 12–21 lutego, 11–12 marca oraz 31 marca – 5 kwietnia 2020 roku. Pozwoliło to nie tylko na zbadanie samego nierealistycznego optymizmu w trzech różnych okresach, ale także na prześledzenie wspomnianej w tytule podrozdziału dynamiki. Co ciekawe, okazało się, że poziom nierealistycznego optymizmu konsekwentnie rósł we wszystkich czterech badanych krajach. Badacze stwierdzili, że wynika to z faktu, iż respondentom wydawało się, że oni sami są coraz mniej narażeni na zachorowanie, podczas gdy inni konsekwentnie są narażeni w tym samym stopniu. Niewiele później (od kwietnia do połowy czerwca 2020, a zatem podczas pierwszego lockdownu ogłoszonego w Belgii i Holandii) badania nad percepcją ryzyka prowadziła Vera Hoorens ze swoimi współpracownikami (Hoorens i wsp., 2022). Także w tych badaniach stwierdzono wyraźny nierealistyczny optymizm.

W oczywisty sposób pojawia się pytanie, dlaczego dynamika sądów komparatystycznych w ocenie przyszłego ryzyka zachorowania jest tu inna niż stwierdzana w wyżej wspomnianych przypadkach wybuchu elektrowni atomowej czy przeżycia trzęsienia ziemi. W szczególności: dlaczego na samym początku badań prowadzonych w Polsce (gdy w kraju nie ogłoszono jeszcze nawet pierwszego przypadku zachorowania) nie stwierdzano wystąpienia efektu nierealistycznego pesymizmu. Sądzimy, iż kluczowe jest to, że już wiele tygodni wcześniej ludzie bombardowani byli w prasie różnymi informacjami na temat pandemii, która rozprzestrzeniała się po całym świecie. Jest wielce prawdopodobne, że przekonanie o charakterze nierealistycznego pesymizmu pojawiło się właśnie wtedy, czyli kilka, a może kilkanaście tygodni wcześniej, niż ogłoszono pierwszy przypadek zachorowania w Polsce. W momencie, w którym rozpoczęliśmy swoje badania, komparatywny pesymizm osób badanych ustąpił już miejsca komparatywnemu optymizmowi. Oczywiście założenie to ma charakter zaledwie hipotezy, której bez dalszych badań nie sposób potwierdzić ani obalić.

Należy dodać, że zjawisko nierealistycznego optymizmu w odniesieniu do zachorowania na COVID-19 notowano także w wielu innych badaniach realizowanych nieco później, a więc w czasie, gdy pandemia stawała się albo już była stanem codziennym, a ludzie zdążyli się do niej przyzwyczaić. Wykazaliśmy ten efekt w badaniach międzykulturowych, w których wzięli udział

studenci z Polski, Iranu i Kazachstanu (Kulesza i wsp., 2021). Nierealistyczny optymizm pojawił się we wszystkich tych populacjach, przy czym w krajach azjatyckich (Iran, Kazachstan) był on silniejszy niż w kraju europejskim (Polska). Bias ten stwierdzono także w wielu innych badaniach prowadzonych w różnych krajach całego świata – np. w USA (Salgado i Bernstein, 2021; Sjaestad i Van Bavel, 2021), Wielkiej Brytanii (Asimakopoulou i wsp., 2020; Salgado i Berntsen, 2021), Niemczech (Kupier-Smith i wsp., 2020), Brazylii (Vieites i wsp., 2021), Polsce (Maksym i wsp., 2022; Kulesza i wsp., 2022), Portugalii (Figueiras i wsp., 2022), we Włoszech (Druică, Musso i Ianole-Călin, 2020) oraz w Rumunii (Druică, Musso i Ianole-Călin, 2020; Maftai i Petroiu, 2022).

Warto w tym miejscu wspomnieć o ciekawym efekcie, który wykazali Kupier-Smith i współpracownicy (2020) prowadzący badanie 16 marca 2020 roku w trzech krajach (Wielka Brytania, Niemcy i USA). Badacze pytali uczestników nie tylko o prawdopodobieństwo, że oni i inna przeciętna osoba zachorują na COVID-19 w okresie najbliższych dwóch tygodni, dwóch miesięcy, jednego roku oraz w ciągu całego życia, ale także o prawdopodobieństwo tego, że jeśli zdarzy im się takie zakażenie, to transmitują je na innych. Oczywiście badacze pytali też o to, jakie jest prawdopodobieństwo, że przeciętna zakażona wirusem osoba zarazi innych ludzi. Owi potencjalnie zarażeni podzieleni byli na pewne kategorie: członkowie rodziny, przyjaciele, znajomi, współpodróżni, nieznajome osoby, z którymi spędza się wolny czas. Okazało się, że badani uważają, że jest mniej prawdopodobne, że to oni zarażą innych, niż że chorobę rozniesie przeciętna osoba. Przekonanie to demonstrowane było w odniesieniu do wszystkich wspomnianych kategorii „innych ludzi”. Co ciekawe, siła tego efektu była nawet większa niż siła nierealistycznego optymizmu odnoszącego się do możliwości zachorowania na COVID-19.

Punkt odniesienia: czy to, z kim się porównujemy, zmienia nasze postrzeganie ryzyka?

Sytuacja pandemii to nie tylko zagrożenie własnego zdrowia, lecz także zagrożenie innych aspektów własnej sytuacji życiowej. Subiektywne obawy ludzi przed zarażeniem się spowodowały, że zaczęli oni unikać odwiedzania restauracji, kawiarni, barów, pubów czy nocnych klubów. Oficjalne wprowadzenie lockdownu jeszcze bardziej pogorszyło sytuację całej branży HoReCa.

W nieuchronny sposób wiązało się to z utratą części lub całości zarobków i/lub z utratą zatrudnienia przez pracowników tej branży. Pojawia się w związku z tym pytanie, czy pracownicy tej właśnie, szczególnie dotkniętej przez pandemię COVID-19 gałęzi gospodarki przejawiają nierealistyczny optymizm dotyczący swojej sytuacji zawodowej. Aby to sprawdzić, grupie kelnerów, kucharzy i pracowników hoteli zadawano pytania dotyczące możliwości utraty pracy z powodu pandemii przez nich, przez przeciętną osobę pracującą w branży oraz przez przeciętnego obywatela kraju. Pytano ich także o to, jakie jest prawdopodobieństwo, że z powodu trwającej pandemii zbankrutuje firma, w której pracują, przeciętna firma z tej samej branży oraz jakakolwiek przeciętna firma (bez względu na branżę). Jak się okazało, również ta – szczególnie przecież narażona – branża przejawia nierealistyczny optymizm. Pracownicy czują się nie tylko uprzywilejowani w stosunku do innych osób z własnej firmy, ale i w stosunku do przeciętnego mieszkańca swojego kraju. Sądzą też, że ich firma jest mniej narażona na bankructwo niż przeciętna firma prowadząca taką samą działalność, ale także mniej niż przeciętna firma prowadząca w ich kraju jakąkolwiek działalność gospodarczą. Można zatem powiedzieć, że – całkowicie wbrew obiektywnym okolicznościom – nie wydaje im się, aby pandemia właśnie w branży HoReCa miała spowodować szczególne spustoszenie.

W jednym z naszych badań (Kulesza, Dolinski, Muniak, Grzyb i Rizulla, 2022) postanowiliśmy zbadać bardziej zniuansowane porównania społeczne. W badaniu wzięło udział 660 osób z różnych krajów. Dokonywały one porównań z przeciętnym użytkownikiem panelu Prolific (na którym realizowaliśmy badanie), z przeciętnym zaszczepionym użytkownikiem Prolific (w czasie badania były już dostępne szczepionki) oraz z przeciętnym niezaszczepionym użytkownikiem Prolific. Jeśli chodzi o badanych, którzy sami byli zaszczepieni, wyniki były raczej przewidywalne. Uważali oni, że są mniej narażeni na zachorowanie na COVID-19 niż przeciętny użytkownik Prolifica, a także przeciętny zaszczepiony i niezaszczepiony użytkownik tej platformy internetowej. Jednocześnie, całkiem rozsądnie, uważali, że przeciętny zaszczepiony użytkownik Prolifica jest mniej narażony na zachorowanie niż taki, który się nie zaszczepił.

Niezwykle interesujące i zaskakujące okazały się natomiast wyniki dotyczące tych badanych, którzy nie poddali się szczepieniom. Uważali oni, że są mniej narażeni na zachorowanie niż przeciętni użytkownicy Prolifica

oraz mniej niż ci użytkownicy tego panelu, którzy się nie zaszczepili. Co ciekawe, jednocześnie uważali oni, że są w takim samym stopniu narażeni na zachorowanie jak przeciętny użytkownik Prolifica, który się zaszczepił, a przy tym wyrażali opinię, że użytkownik Prolifica, który się zaszczepił, zachoruje na COVID z mniejszym prawdopodobieństwem niż taki, który się nie zaszczepił. Oznacza to zatem, że ci, którzy się nie zaszczepili, widzą sens i potrzebę szczepień, ale nie w odniesieniu do samego siebie. Inni, którzy się szczepią, mają zatem, ich zdaniem, rację, bo dzięki temu obniżają prawdopodobieństwo zachorowania. Sami nie muszą się natomiast szczepić, bo nawet bez szczepień mają równie niskie ryzyko zachorowania jak ci, którzy się zaszczepili.

Innym przykładem porównywania swoich szans nie tylko z osobami należącymi do grupy własnej, ale także z należącymi do innej grupy może być szacowanie prawdopodobieństwa zachorowania dla samego siebie, dla przeciętnej osoby własnej płci i dla przeciętnej osoby innej płci. Kwestia takich porównań jest o tyle ciekawa, że w literaturze z obszaru psychologii zdrowia znaleźć można wiele danych na temat różnic międzypłciowych związanych z błędną oceną ryzyka (przegląd tych danych można znaleźć w: Byrnes, Miller i Schafer, 1999; Courtney, 2000). Dotyczy to np. takich kwestii, jak konsekwencje palenia papierosów (Weiss i Garbanati, 2006), prowadzenia samochodu po spożyciu alkoholu (Linkenbach i Perkins, 2005) czy sensowności poddawania się badaniom profilaktycznym (Mahalik i wsp., 2006). Różnice międzypłciowe odnotowywano także w badaniach poświęconych reakcjom ludzi w czasie pandemii COVID-19. Ujawniły one, że mężczyźni w mniejszym stopniu niż kobiety skłonni są do przejawiania różnych działań prewencyjnych i do stosowania się do zaleceń medycznych (np. Aranguren, 2022; Lin i wsp., 2021).

Postanowiliśmy w związku z tym przyjrzeć się bliżej kwestii porównań z przeciętną osobą innej płci. Przeprowadziliśmy trzy odrębne badania (w okresie: wrzesień – listopad 2021 roku) na populacji amerykańskich użytkowników platformy Prolific (Kulesza, Dolinski, Suitner i wsp., 2022). Okazało się, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni demonstrują silny efekt nierealistycznego optymizmu (sądzą, że są mniej narażeni na zachorowanie niż przeciętny użytkownik platformy Prolific ich płci), a także uważają, że są mniej narażeni na zachorowanie niż przeciętny użytkownik Prolifica odmiennej płci czy też

przeciętny użytkownik tej platformy bez względu na płeć. O ile jednak nasilenie nierealistycznego optymizmu było takie samo u kobiet i u mężczyzn, o tyle już przekonania badanych, że są mniej narażeni na zachorowanie niż przeciętna osoba innej płci, nie były silne w równym stopniu. Kobiety były o tym przekonane mocniej niż mężczyźni.

Efekt „lepiej/lepiej od przeciętnego” w odniesieniu do szczepień – przykład COVID-19

W czasie pandemii koronawirusa przeprowadziliśmy również badania nad drugim biasem, tj. efektem „lepiej/lepiej od przeciętnego”. Pierwsze z badań poświęconych tej kwestii realizowane było online na populacjach studenckich w trzech krajach: w Iranie, w Kazachstanie i w Polsce. Badanych proszono o oszacowanie, w jakim stopniu do zaleceń medycznych ukierunkowanych na zatrzymanie rozprzestrzeniania się wirusa stosuje się przeciętny student ich płci z ich kraju, a następnie o oszacowanie, w jakim stopniu robi to przeciętny mieszkaniec ich kraju. Respondenci deklarowali, że zachowują się poprawniej niż przeciętny student ich płci, a jeszcze większą różnicę widzieli w tym zakresie między sobą i przeciętnym mieszkańcem własnego kraju (Kulesza i wsp., 2022).

Należy wziąć pod uwagę, że populacja studencka jest z wielu powodów dość specyficzna (wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, sposób spędzania wolnego czasu itp.). Dlatego w kolejnym badaniu postanowiliśmy zbadać przedstawicieli innej populacji, która byłaby bliższa typowym, przeciętnym ludziom. Wybraliśmy subskrybentów popularnego internetowego newslettera uniwersyteckiego, w którym prezentowano teksty i audycje popularyzujące wiedzę naukową. Kilkuset takich subskrybentów poprosiliśmy najpierw o oszacowanie, w jakim stopniu oni sami zachowują się zgodnie z zaleceniami medycznymi, a potem o udzielenie odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu robi to, ich zdaniem, przeciętny subskrybent uniwersyteckiego newslettera, na końcu poprosiliśmy ich o oszacowanie, w jakim stopniu takich zaleceń przestrzega przeciętny mieszkaniec Polski. Jak można było oczekiwać, badani sądzili, że to oni zachowują się w najbardziej właściwy sposób, przeciętny subskrybent newslettera jest mniej od nich zdyscyplinowany, a w najmniejszym stopniu do zaleceń stosuje się przeciętny Polak.

Efekt ten wykazali także Kim i Han (2022) w badaniu obejmującym 210 respondentów ze Stanów Zjednoczonych i 214 z Korei Południowej. Badacze ci dowiedli przy tym, że wielkość efektu jest skorelowana z negatywnym ustosunkowaniem wobec ludzi, którzy w czasie pandemii nie stosują się do zaleceń medycznych. Można ten wynik interpretować w kategoriach żalu: „moje wysiłki, aby zatrzymać pandemię, są niweczone przez nieodpowiedzialnych ludzi, którzy totalnie ignorują zalecenia medyczne”. I wreszcie dodajmy, że przekonanie badanych, iż w czasie pandemii zachowują się lepiej, bardziej odpowiedzialnie od innych ludzi, wykazano także w Belgii i Holandii (Hoorens i wsp., 2022), w Wielkiej Brytanii, w USA i w Niemczech (Kupier-Smith i wsp., 2020).

Związek między poznawczymi błędami w ocenie ryzyka a zdrowiem podczas pandemii COVID-19

Przypomnijmy, że Dolinski, Gromski i Zawisza (1987) wykazali, że większość badanych przez nich osób czuła się bardziej narażona na promieniowanie niż osoba przeciętna, i porównali te oszacowania z zachowaniami prewencyjnymi, które mogły ograniczyć skutki promieniowania, takimi jak: picie płynu Lugola, powstrzymanie się od picia mleka (w Polsce powszechny był wówczas *milkman system* i pod drzwi domów dostarczano rano świeże mleko niepasteuryzowane), zrezygnowanie z jedzenia warzyw rosnących na skażonej glebie, a także ograniczenie przebywania na świeżym powietrzu i otwierania okien w mieszkaniach. Okazało się, że do takich zachowań zdecydowanie bardziej skłonni są ludzie demonstrujący nierealistyczny pesymizm niż osoby prezentujące nierealistyczny optymizm. Związek nierealistycznego optymizmu z ignorowaniem zaleceń zdrowotnych wydaje się tu dość oczywisty: skoro sądzę, że choroba będzie dotyczyć raczej innych, a nie mnie, to nie ma powodów, abym przejawiał jakieś prozdrowotne zachowania, które wymagają ode mnie mniejszych lub większych wyrzeczeń.

Negatywny związek nierealistycznego optymizmu z przejawianiem zachowań prozdrowotnych notowano także w licznych badaniach psychologicznych. Dla przykładu, dowiedziono, że palacze tytoniu, którzy wykazywali nierealistyczny optymizm w kwestii ryzyka zachorowania na nowotwór płuc, byli mniej skłonni do rzucenia palenia od tych, którzy takiego optymistycznego biasu nie wykazywali (Dillard, McCaul i Klein, 2006), a kobiety

demonstrujące nierealistyczny optymizm co do możliwości zachorowania na nowotwór piersi rzadziej poddawały się badaniom mammograficznym (McCaul i wsp., 1996). W innych badaniach (Dillard, Midboe i Klein, 2009) wykazano z kolei, że studenci demonstrujący nierealistyczny optymizm w kwestii prawdopodobieństwa doświadczania różnych problemów związanych z nadmiernym spożywaniem alkoholu w rzeczywistości częściej i intensywniej doświadczali ich w przyszłości (zob. również Kim i Niederdeppe, 2016). Z badań Davidson i Prkachin (1997) wynika natomiast, że osoby, którym zalecano ćwiczenia fizyczne, robiły to rzadziej, jeśli przejawiały nierealistyczny optymizm co do swego stanu zdrowia i ewentualnej możliwości jego pogorszenia w przyszłości. Z kolei Kim i Niederdeppe (2013) mierzyli u swoich badanych poziom nierealistycznego optymizmu dotyczącego zakażenia wirusem H1N1 i pytali ich o intencję dbania o higienę dłoni. Okazało się, że związek między tymi dwiema danymi jest negatywny. Treloar i Hopwood (2008) dowiedli, że nierealistyczny optymizm może prowadzić do zaniechania albo opóźnienia poszukiwania pomocy w warunkach, w których, obiektywnie rzecz biorąc, pacjent jej potrzebuje. Chorzy na zapalenie wątroby typu C uważali, że negatywne skutki uboczne terapii dotyczą raczej nie ich samych, ale innych ludzi. Gdy takie negatywne skutki uboczne się pojawiały, wówczas nierealistycznie optymistyczni pacjenci najpierw długo je ignorowali, a potem reagowali szokiem i silnie negatywnym afektem w zderzeniu z rzeczywistością (zob. również więcej przykładów ignorowania zaleceń: Perloff, 1983).

Bardzo wyraźny negatywny związek między poziomem nierealistycznego optymizmu a zachowaniami ukierunkowanymi na ochronę swojego zdrowia w trakcie pandemii COVID-19 zanotowano w szeroko zakrojonych badaniach prowadzonych w czterech krajach (Włochy, Francja, Szwajcaria i Wielka Brytania) z udziałem ponad 12 tysięcy osób (McColl i wsp., 2022). Badania te odbywały się podczas pierwszej fali zachorowań na COVID-19, w lutym i marcu 2020 roku. Okazało się, że poziom nierealistycznego optymizmu jest negatywnie skorelowany z deklarowaną częstością takich zachowań, jak noszenie maseczki, unikanie dotykania swoich ust i swojego nosa, używanie żelu do dezynfekcji dłoni i unikanie kontaktu z osobami, które wyglądają na chore.

Podobny układ wyników zanotowali Wise i współpracownicy (2020), realizujący swoje badania na próbie liczącej około 1,5 tysiąca osób. Z próby tej, w wyniku analiz, wyodrębnili grupę 135 osób, które były szczególnie mało

skłonne do przejawiania zachowań prewencyjnych w stosunku do zagrożenia zachorowaniem na COVID-19 (głównie chodziło o dokładne mycie rąk oraz ograniczenie liczby bezpośrednich kontaktów z innymi ludźmi). Okazało się, że w tej właśnie grupie szczególnie silny był efekt nierealistycznego optymizmu.

Badania Parka, Ju, Ohs i Hinsley (2021) ujawniły z kolei, że osoby wykazujące najsilniejszy nierealistyczny optymizm co do prawdopodobieństwa zachorowania na COVID-19 deklarują też najmniejsze zainteresowanie uzyskiwaniem ze źródeł medycznych (i innych) informacji na temat tej choroby i możliwości zminimalizowania ryzyka zakażenia się wirusem. Nie może to dziwić. Skoro ich zdaniem to nie oni, lecz inni ludzie, są szczególnie narażeni na zachorowanie, to właśnie ci inni, a nie oni, powinni takich informacji poszukiwać. Oljaca i współpracownicy (2020) badali natomiast ogólną skłonność ludzi do przejawiania nierealistycznego optymizmu (a więc wiarę podmiotu w to, że najróżniejsze negatywne zdarzenia z większym prawdopodobieństwem dotkną innych niż jego) i deklarowane przestrzeganie zaleceń medycznych w trakcie pandemii. Okazało się, że obie te miary były skorelowane negatywnie. Kończąc ten wątek, wspomnijmy też o naszych badaniach (Izydorczak i wsp., 2022), w których sprawdzaliśmy poziom porównawczego optymizmu z deklaracją zaszczepienia się. Badania prowadzono w czasie, kiedy nie były jeszcze dostępne szczepionki przeciw COVID-19. Nasi badani szacowali prawdopodobieństwo zarażenia się COVID-19, po czym dokonywali tych samych oszacowań w odniesieniu do otoczenia społecznego (klasyczny pomiar biasów poznawczych omawianych wyżej), dzięki czemu mogliśmy wyróżnić trzy grupy osób, które nazwaliśmy umownie: pesymistami (uważały, że są narażone na infekcję bardziej niż inne osoby), realistami (jednakowo szacowały prawdopodobieństwo, że same zachorują, i prawdopodobieństwo, że zachoruje inna osoba) oraz optymistami (uważały, że są narażone mniej niż inni).

Wyniki okazały się zaskakujące. Zarówno pesymiści, jak i optymiści byli bardziej skłonni do zaszczepienia się, gdy tylko będzie to możliwe, niż realisci. Skłonność pesymistów do zaszczepienia się jest w pełni zrozumiała. Skoro ludzie ci czują się szczególnie zagrożeni, to w oczywisty sposób motywowani są do działań, które to zagrożenie zmniejszają, a zaszczepienie się bez wątpienia do takich właśnie działań należy. Znacznie bardziej zaskakujący może się

natomiast wydawać pozytywny związek nierealistycznego optymizmu i deklarowanej woli zaszczepienia się. Uważamy jednak, że związek ten jest tylko pozornie nielogiczny. Może on dziwić wtedy, gdy nierealistyczny optymizm traktujemy jako zmienną niezależną, a tendencję do zaszczepienia się jako zmienną zależną. Przekonanie o tym, że jestem mniej niż osoba przeciętna narażony na zachorowanie, powinno skutkować raczej odmową zaszczepienia się niż wolą, aby się zaszczepić. Zauważmy jednak, że wyniki, którymi dysponujemy, przesądzają tylko o związku korelacyjnym, nie zaś o kierunku ewentualnej (bo przecież i to nie jest pewne) zależności przyczynowo-skutkowej. Spróbujmy zatem odwrócić kierunek myślenia. Potraktujmy decyzję o zaszczepieniu się w najbliższej przyszłości jako zmienną niezależną, a poziom nierealistycznego optymizmu jako zmienną zależną. Człowiek, który podjął decyzję o rychłym („gdy tylko będzie to możliwe”) zaszczepieniu się przeciw COVID-19, ma teraz pełne racjonalne podstawy do spostrzegania siebie jako mniej narażonego niż „przeciętny inny”. Wie bowiem, że w społeczeństwie wiele osób jest sceptycznych wobec szczepień przeciw COVID-19 i w związku z tym wiele osób się nie zaszczepi.

Spójne z takim założeniem wydają się wyniki eksperymentów prowadzonych w Brazylii (Vieites i wsp., 2021). Badacze założyli, że jeśli skoncentrują daną osobę na tym, że przejawia ona zachowania prewencyjne, to w konsekwencji ujawni ona wyższy poziom nierealistycznego optymizmu niż osoba, która po prostu zostanie poproszona o oszacowanie ryzyka zachorowania w przypadku siebie i w przypadku innych. Badacze przyjęli, że jednym ze źródeł nierealistycznego optymizmu jest poznawczy egocentryzm, a więc to, że własne zachowania są dla ludzi bardziej dostępne poznawczo niż zachowania innych ludzi. (Człowiek po prostu doskonale wie, jak się zachowuje, a nie może mieć takiej, równie precyzyjnej i rozbudowanej, wiedzy o innych). Poprzez proste zabiegi można jednak dodatkowo zwiększyć poznawczy dostęp podmiotu do informacji na temat jego reakcji – właściwych i pożądanых. Okazało się, że oba takie zabiegi doprowadziły do zwiększenia poziomu nierealistycznego optymizmu.

Pojawia się też pytanie, czy deklarowana intencja zaszczepienia się przeciw COVID-19 będzie pozytywnie związana z innym pozytywnym biasem porównawczym, o którym piszemy w tej książce, tj. z efektem „lepszy od przeciętnego”. W jednym z naszych badań (Kulesza i wsp., 2022) postanowiliśmy

to sprawdzić. Osoby badane szacowały najpierw to, w jakim stopniu one same przejawiają różne zachowania rekomendowane w czasie pandemii przez autorytety medyczne (zachowywanie dystansu społecznego, noszenie maseczek, częste mycie rąk tp.) oraz w jakim stopniu robi to przeciętna osoba ich płci w ich wieku. Pozwoliło to obliczyć dla każdej osoby badanej wskaźnik efektu „lepsy od przeciętnego”. Następnie każdą z badanych osób prosiliśmy o określenie intencji przyjęcia szczepionki przeciw COVID-19, gdy tylko będzie ona dostępna. Analiza wykazała nasilenie efektu „lepsy od przeciętnego”, będącego predyktorem intencji zaszczepienia się, ale z drugiej strony relatywna słabość tej zależności świadczy o tym, że tendencja do zaszczepienia się jest jednak fenomenem częściowo odrębnym od innych form ochrony przed zakażeniem koronawirusem.

Prowadzone w czterech krajach Europy Zachodniej badania McColl i współpracowników (2022), a także badania Maftai i Petroi (2022) prowadzone w Rumunii, jak również wspomniane przez nas wcześniej w tej książce badania Wise i współautorów (2020) oraz Parka i współautorów (2021) pokazują, że w pewnych przypadkach nierealistyczny optymizm może prowadzić do zachowań niewłaściwych, zwiększających nie tylko prawdopodobieństwo zachorowania przez określoną osobę, ale także, w konsekwencji, zwiększających ryzyko rozpowszechniania się zakażeń i rozwoju pandemii. Ma więc destrukcyjne skutki zarówno na poziomie indywidualnym, jak i na poziomie ogólnospołecznym. Jeśli dodatkowo weźmiemy pod uwagę fakt, że nierealistyczny optymizm może być groźny nie tylko w dziedzinie zdrowia i nie tylko w odniesieniu do COVID-19 oraz wielu innych chorób i zaburzeń (np. Dillard, McCaul i Klein, 2006; Dillard, Midboe i Klein, 2009; McCaul i wsp., 1996), lecz także w innych niż zdrowie obszarach funkcjonowania człowieka (np. Sweeny i Shepperd, 2010; Yang, Markoczy i Qi, 2007), to w oczywisty sposób musi nasunąć się pytanie o sposoby redukcji tej iluzji.

Metody redukcji błędów poznawczych w szacowaniu ryzyka

W pionierskim eksperymencie Weinsteina (1980) wzięło udział 120 studentek, które poproszono o oszacowanie, od ilu procent studentek tej uczelni są narażone w większym stopniu na doświadczenie różnych negatywnych zdarzeń

i od ilu procent studentek mają większe szanse na różne doświadczenia pozytywne. Następnie osoby badane proszone były o wypisanie najróżniejszych czynników, które zdecydowały o tym, że dokonały takich właśnie ocen. Miały więc napisać, co właściwie sprawia, że mają większe od innych szanse na to, że zdarzy im się w życiu coś pozytywnego, i co sprawia, że prawdopodobieństwo, że doświadczą różnych traumatycznych zdarzeń, jest relatywnie (tj. w porównaniu z innymi ludźmi) małe. Gdy badane studentki wykonały to zadanie, otrzymywały teczkę z kartkami, które były zapisane przez pięć innych uczestniczek tego eksperymentu. Okazało się, że taka procedura doprowadziła do znaczącego spadku poziomu analizowanego tu biasu (zob. również Weinstein, 1983).

Widzimy zatem, że sposobem na redukcję nierealistycznego optymizmu może być uświadamianie podmiotowi, że nie jest w odniesieniu do określonych zdarzeń wyjątkowy – inni ludzie także mają różne atrybuty czy kompetencje, które mogą w ich przypadku sprzyjać uniknięciu stanów niepożądanych. Z tym założeniem współgra wynik eksperymentu Weinsteina i Lachendro (1982), w którym wykazano, że nawet samo skłonienie ludzi do pomyślenia o różnych czynnikach mogących wpływać na zmniejszenie ryzyka doświadczania negatywnych zdarzeń przez inne osoby może w pewnym stopniu zmniejszać poziom omawianej tu pozytywnej iluzji.

Kilkanaście lat później w sposób bardziej systematyczny przyjrzeni się tej prawidłowości Rothman, Klein i Weinstein (1996). W eksperymencie wzięły udział studentki, które zostały podzielone losowo na trzy grupy. W pierwszej z nich osobom badanym przedstawiono realne statystyki dotyczące prawdopodobieństw wystąpienia w życiu przeciętnej Amerykanki różnych negatywnych zdarzeń (takich jak np. rozwód, alkoholizm, chlamydia, depresja wymagająca leczenia czy osiągnięcie wagi przekraczającej o 20% normę). W drugiej grupie statystyki te spreparowano, podając badanym wartości dwukrotnie niższe od rzeczywistych. W grupie trzeciej badanym także zaprezentowano fałszywe dane, ale liczby stanowiły 150% wartości liczb faktycznych. Osoby badane miały podać prawdopodobieństwa, że różne negatywne stany rzeczy przytrafią się im samym. Wyniki były absolutnie jednoznaczne. Gdy badanym podawano prawdziwe statystyki, wykazywały one nierealistyczny optymizm. Iluzja ta nasilała się w warunkach, w których studentkom podawano spreparowane statystyki sugerujące, że ryzyko dla populacji jest mniejsze

niż faktyczne. Jeśli natomiast badanym podawano fałszywe statystyki, które zawyżały ryzyko, to osoby te wyżej szacowały także prawdopodobieństwo, że negatywne zdarzenia mogą być ich udziałem.

Przypatrzmy się teraz innej możliwości redukcji pozytywnych iluzji, która wynika z badań opublikowanych przez Franka McKennę i Iana Albery'ego (2001). McKenna i Albery założyli, że obniżenie nierealistycznego optymizmu można osiągnąć poprzez skierowanie uwagi podmiotu na samego siebie, a nie na innych ludzi. Sytuacja, w której podmiot będzie mógł wyobrazić sobie, że jest uczestnikiem, a właściwie ofiarą takich wypadków, może zwiększyć jego subiektywne przekonanie, że jest to możliwe. Najłatwiej zaś wyobrazić to sobie, jeśli... było się już w takiej sytuacji.

McKenna i Albery (2001) zadbali o to, by w ich badaniu wzięli udział kierowcy mający za sobą różne doświadczenia: tacy, którzy zgodnie z danymi policyjnymi nigdy nie mieli wypadku, tacy, którzy spowodowali niegroźny wypadek (*minor accident*), który nie przyniósł jego uczestnikom uszczerbku na zdrowiu, tacy, którzy spowodowali wypadek, w którym ucierpiał ktoś inny, oraz tacy, którzy spowodowali wypadek, którego sami stali się ofiarami.

Badani zostali poproszeni o oszacowanie, w jakim stopniu są biegli w prowadzeniu samochodu w porównaniu z przeciętnym kierowcą i w jakim stopniu jeżdżą bezpiecznie, a także jak duże jest prawdopodobieństwo (oczywiście także w porównaniu z przeciętnym kierowcą), że spowodują w przyszłości wypadek drogowy. Widzimy zatem, że mamy tu do czynienia zarówno z pytaniami należącymi do obszaru efektu „lepszy od przeciętnego” (pierwsze dwa pytania), jak i z pytaniami dotyczącymi nierealistycznego optymizmu (pytanie trzecie).

Okazało się, że w odniesieniu do dwóch pierwszych pytań dwie grupy różniły się od dwóch pozostałych. Kierowcy, którzy nigdy nie spowodowali wypadku, uważali się za bardziej sprawnych i jeżdżących bezpiecznie niż kierowcy z pozostałych grup, a kierowcy, którzy sami ucierpieli w spowodowanym przez siebie wypadku, uważali się za najmniej sprawnych i jeżdżących najmniej bezpiecznie z czterech badanych grup. Okazało się jednak, że jeśli chodzi o oszacowanie prawdopodobieństwa spowodowania wypadku w przyszłości, nie zanotowano żadnych różnic między czterema grupami kierowców. Można więc powiedzieć, że osobiste doświadczenia mogą zmieniać nierealistyczne przekonania o własnych ponadprzeciętnych umiejętnościach, ale nie zmniejszają poziomu nierealistycznego optymizmu.

W ramach realizacji naszego własnego programu empirycznego dotyczącego pozytywnych iluzji przeżywanych przez ludzi podczas pandemii także doświadczyliśmy niepowodzenia w opracowaniu techniki zmniejszającej poziom nierealistycznego optymizmu. Inspiracją dla naszej idei była tzw. heurystyka dostępności poznawczej (Tversky i Kahneman, 1973). Dobrym przykładem tego zjawiska jest badanie, którego uczestnicy czytali listę nazwisk składającą się w jednym przypadku z nazwisk 19 sławnych mężczyzn i 20 raczej nieznanymi kobiet, w drugim przypadku zaś – z nazwisk 19 znanych kobiet i 20 mało znanych mężczyzn. Gdy zapytano badanych, czy na liście było więcej kobiet, czy mężczyzn, osoby czytające pierwszą z list błędnie sądziły, że więcej było mężczyzn, a osoby czytające drugą z list, że więcej było kobiet. Wyjaśnienie tych błędów popełnionych przez osoby badane jest takie, że znane nazwiska były łatwiejsze do zapamiętania i przywołania do świadomości, gdy trzeba było odpowiedzieć na pytanie, czy na liście dominowali liczebnie mężczyźni, czy kobiety.

Bazując na idei heurystyki dostępności, Norbert Schwarz i jego współpracownicy doszli do wniosku, że w pewnych sytuacjach człowiek może opierać wnioskowanie na temat własnych cech na tym, w jakim stopniu dostępne są mu poznawczo pewne informacje. Część uczestników eksperymentu została poproszona o przypomnienie sobie sześciu epizodów z własnego życia, kiedy to zachowali się asertywnie. Innych poproszono o przypomnienie sobie dwunastu takich epizodów. Następnie badani dokonywali samoopisu i mieli oszacować własną asertywność (rozumianą jako cecha osobowości). Okazało się, że za bardziej asertywnych uważali się ci, którzy wcześniej mieli zadanie przypomnienia sobie sześciu epizodów, niż ci, którzy przypomnieli sobie dwanaście takich zdarzeń (Schwarz i wsp., 1991). Dlaczego? Przypomnienie sobie sześciu epizodów własnego zachowania asertywnego jest dość łatwe. Badani, odpowiadając następnie na pytanie „Jak bardzo jesteś asertywny?“, mają dzięki temu dobre podstawy, by myśleć o sobie jako o człowieku obdarzonym taką cechą: „Skoro z łatwością przypominam sobie sytuacje, w których reagowałem asertywnie, to znaczy, że jestem asertywny”. Przypomnienie sobie dwunastu takich epizodów jest jednak dla większości ludzi trudne, a nawet bardzo trudne. Jeśli więc później badanych pyta się o to, w jakim stopniu są asertywni, to ich wnioskowanie może przebiegać następująco: „Skoro miałem tak duże trudności z przypominaniem sobie sytuacji z własnego życia,

w których zareagowałem asertywnie, to znaczy, że chyba nie jestem zbyt asertywny”.

Wyszliśmy z założenia, że podobnie może być w przypadku nierealistycznego optymizmu. Przyjeliśmy, że jeśli poprosimy ludzi o podanie niewielkiej liczby powodów, które pozwalają im wierzyć, że są mniej narażeni na doświadczenie negatywnego zdarzenia niż przeciętna osoba, to będzie to dla nich zadaniem łatwym. Jeśli jednak poprosimy ich o podanie dużej liczby takich powodów, to zadanie stanie się trudne. W konsekwencji w pierwszym z tych przypadków ludzie powinni demonstrować nasilony nierealistyczny optymizm, ale w drugim przypadku poziom tej pozytywnej iluzji powinien się obniżyć.

W naszym eksperymencie (Kulesza, Dolinski, Muniak i wsp., 2023) badaliśmy online dużą grupę subskrybentów internetowego uniwersyteckiego portalu upowszechniającego wiedzę naukową. Osoby badane podzieliliśmy losowo na cztery grupy. Uczestnicy z grupy pierwszej (kontrolnej) po prostu szacowali prawdopodobieństwo tego, że sami zachorują na COVID-19, i określali prawdopodobieństwo zachorowania przez przeciętnego subskrybenta tego portalu ich płci. W pozostałych grupach przed dokonaniem oszacowania osoby badane proszone były o wypisanie (odpowiednio trzech, sześciu lub dziewięciu) przyczyn, które powinny sprawić, że same nie zachorują na COVID, a dopiero po tej czynności osoby te odpowiadały na te same dwa pytania, które zadawaliśmy w warunkach kontrolnych. Choć sądziliśmy, że wygenerowanie przez podmiot sześciu, a zwłaszcza dziewięciu powodów, dla których jest on w małym stopniu narażony na zachorowanie, obniży nierealistyczny optymizm indagowanych osób, nic takiego nie nastąpiło. Okazało się nawet, że im więcej ludzie wygenerowali przyczyn tego, że pozostaną w pandemii zdrowi, tym wyższy był poziom ich nierealistycznego optymizmu.

Dalszych badań wymaga też niewątpliwie propozycja redukcji nierealistycznego optymizmu zaprezentowana przez Hye Kyung Kim i Jeffa Niederdeppe (2016). Badacze zajęli się problemem ryzykownego picia alkoholu przez studentów college’u. Zauważyli, że same suche informacje o szkodliwości alkoholu i o zachowaniach, które mogą doprowadzić do choroby alkoholowej lub innych problemów związanych z nadużywaniem trunków, nie robią większego wrażenia na studentach, którzy preferują ostre imprezowanie z ogromną ilością piwa czy whiskey. Zauważyli też, że zmierzony przez nich poziom

nierealistycznego optymizmu w populacji studentów jest wyraźnie związany z takim, ryzykownym dla zdrowia, sposobem spędzania wolnego czasu.

Podczas eksperymentu nierealistycznym optymistom prezentowano suche opisy mówiące o dużej szkodliwości picia sporych ilości alkoholu albo też zapoznawano ich z narracjami studenta, który opowiadał o tym, że ostre imprezowanie, polegające głównie na upijaniu się, doprowadziło go do sporych problemów zdrowotnych i niemożności skoncentrowania się na nauce (np. rosnących trudności w odrabianiu zadanych prac domowych). Dodał, że kompletnie nie zdawał sobie sprawy z tego, że picie alkoholu może doprowadzić go do takiego stanu. W warunkach kontrolnych eksperymentu studentom nie podawano żadnych informacji o skutkach używania czy nadużywania alkoholu.

Okazało się – wbrew oczekiwaniom autorów badania – że wspomniane spostrzegane zagrożenie było takie samo we wszystkich trzech warunkach eksperymentu (tj. w warunkach suchej informacji, w warunkach narracji i w warunkach kontrolnych).

Torowanie informacji medialnych jako metoda redukcji błędów poznawczych: przykład nierealistycznego optymizmu

Część opisanych powyżej technik obniżania natężenia nierealistycznego optymizmu jest skoncentrowana na tym, by uzmysłowić podmiotowi, że inni ludzie także podejmują najróżniejsze działania, które motywowane są obniżeniem przez nich ryzyka (Weinstein, 1980, 1983; Weinstein i Lachendro, 1982; Rothman, Klein i Weinstein, 1996). Zauważmy jednak, że w przypadku szacowania przez ludzi ryzyka zarażenia się łatwo rozprzestrzeniającym się wirusem w czasie pandemii, sytuacja jest znacznie bardziej złożona niż w przypadku szacowania ryzyka związanego z takimi chorobami i zaburzeniami, jak alkoholizm czy otyłość. W odniesieniu do alkoholizmu czy do możliwości doświadczenia otyłości działania i zachowania innych ludzi mają bardzo ograniczony wpływ na sytuację podmiotu. Może on zostać albo nie zostać alkoholiczkiem oraz stać się lub nie stać się osobą otyłą właściwie bez względu na to, co będą robić inni ludzie (zwłaszcza spoza grona jego znajomych).

W przypadku chorób zakaźnych jest zupełnie inaczej. Zachowania innych ludzi, którzy mogą transmitować wirusy, pozostają w ścisłym związku z sytuacją podmiotu, który, chcąc nie chcąc, musi się z takimi ludźmi, przynajmniej

od czasu do czasu, kontaktować. Patrząc z perspektywy czynników, które mogą wpływać na poziom nierealistycznego optymizmu, stwarza to sytuację wyjątkową. Z jednej strony uświadomienie podmiotowi, że inni także często myją ręce, zachowują dystans fizyczny, dezynfekują różne powierzchnie w miejscach, w których przebywają, i noszą maseczki, powinno uzmysłwić mu, że nie jest pod tym względem wyjątkowy i, w konsekwencji, zmniejszyć u niego poziom nierealistycznego optymizmu. Z drugiej strony jednak przekonanie człowieka, że wiele innych osób postępuje nierozsądnie i nie stosuje się do zaleceń medycznych, powinno uzmysłwić mu, że zwiększa to prawdopodobieństwo, że on sam zarazi się (od takich właśnie osób) i zachoruje. W konsekwencji, pod wpływem takich właśnie informacji, podmiot także powinien zmniejszyć swój nierealistyczny optymizm. Zauważmy przy tym, że w czasie pandemii mass media mogą prezentować najróżniejsze obrazy i informacje dotyczące zachowań ludzi. Mogą kreować wrażenie, że znakomita większość społeczeństwa stosuje się do zaleceń medycznych, ale równie dobrze mogą nagłaśniać przypadki wskazujące na to, że bardzo często dochodzi do sytuacji, w których ludzie nie noszą maseczek lub ignorują zakaz organizowania widowisk zbiorowych (takich jak koncerty rockowe). W ramach naszego programu empirycznego postanowiliśmy sprawdzić, w jaki sposób wspomniane informacje o różnym charakterze (inni ludzie przestrzegają zaleceń medycznych vs. inni ludzie ich nie przestrzegają) wpływają na demonstrowany przez podmiot poziom nierealistycznego optymizmu.

W naszym pierwszym badaniu osoby badane z dwóch grup eksperymentalnych czytały specjalnie przez nas spreparowane artykuły prasowe. W pierwszym warunku z artykułów wynikało jednoznacznie, że ludzie powszechnie ignorują zalecenia medyczne dotyczące zasad funkcjonowania w pandemii koronawirusa. W drugim warunku wymowa artykułów była całkowicie inna. Wynikało z nich, że ludzie powszechnie stosują się do takich wytycznych. Osoby z grupy trzeciej (warunki kontrolne) nie czytały żadnych spreparowanych przez nas artykułów prasowych. Badanym zadawano pytania o ryzyko zakażenia się, jakie ponoszą oni sami oraz jakie ponosi „przeciętny inny”.

Układ wyników w przypadku badanych, którzy czytali artykuły o tym, że ludzie ignorują zalecenia medyczne, był taki sam jak w warunkach kontrolnych. W obu przypadkach ludzie demonstrowali nierealistyczny optymizm, a oszacowania ryzyka dla siebie i ryzyka dla przeciętnych innych były także

niemal identyczne. Inaczej było w sytuacji, w której ludzie przeczytali informacje o tym, że inni zachowują się w pełni odpowiedzialnie, a stosowanie się społeczeństwa do zaleceń medycznych jest powszechne. Tym razem nie-realistyczny optymizm zanikł.

W naszym drugim badaniu postanowiliśmy sprawdzić, czy ten układ wyników zreplikuje się w warunkach, w których wykorzystamy media operujące w większym stopniu obrazem niż słowem. Tym razem część osób oglądała film, w którym ludzie całkowicie ignorują zalecenia medyczne (nie dezynfekują rąk przy wejściu do kawiarni, nie mają na twarzach maseczek, tłoczą się w kolejce do lady, wybierając ciastka i zamawiając kawę), a części osób pokazano film, w którym ludzie w pełni przestrzegali wszelkich zaleceń medycznych. W warunkach kontrolnych badanym nie pokazywano żadnego filmu.

Analiza wyników tego eksperymentu dość nieoczekiwanie ujawniła zupełnie inną ich strukturę niż w eksperymencie omówionym poprzednio: ludzie oglądający innych, którzy zachowują się zgodnie z zaleceniami medycznymi, odczuwali ogólnie mniejsze zagrożenie. W porównaniu z badanymi w warunkach kontrolnych uważali, że sami są mniej narażeni i mniej narażony jest także „przeciętny inny”. Jednocześnie badani ci demonstrowali równie silny nierealistyczny optymizm jak badani w warunkach kontrolnych. To „przeciętny inny” był ich zdaniem bardziej narażony na zachorowanie na COVID-19 niż oni. Brak nierealistycznego optymizmu zanotowaliśmy natomiast wśród badanych, którzy oglądali film pokazujący, że ludzie ignorują zalecenia medyczne.

Widzimy więc, że zupełnie inne były wzorce wyników wtedy, gdy badani czytali teksty, i wtedy, gdy oglądali obrazy. Jak można wyjaśnić te rozbieżności? Przyjęliśmy za kluczowy fakt, że czytanie artykułów wymaga większego wysiłku niż oglądanie wideo, co znajduje odzwierciedlenie w licznych badaniach (np. Dalrymple i Scheufele, 2007; Eveland i wsp., 2002). Zatem czytanie artykułu redukuje egocentryzm poznawczy i skłania podmiot do przyjęcia, że ponieważ inni ludzie przejawiają różne zachowania prozdrowotne, nie ma powodów, by nadal sądził, że jest mniej niż oni narażony na zachorowanie. Oglądanie wideo, mniej uważne, mniej skłaniające do analitycznego myślenia, w warunkach, w których podmiot widzi ludzi ignorujących zalecenia, działa jak sygnał zagrożenia: „przez takich jak oni ja mogę zachorować”.

Wyniki naszego trzeciego eksperymentu, w którym niezależnie od siebie manipulowaliśmy formą przekazu (pisany tekst vs. materiał wideo) i informacjami o zachowaniu innych ludzi (zgodne z rekomendacjami medycznymi vs. niezgodne z nimi), zasadniczo potwierdziły słuszność takiej właśnie interpretacji.

Konkluzje

Przy wprowadzaniu programów nakłaniających do szczepień należy – w świetle omówionych badań – pamiętać o tym, że:

1. Pozytywne iluzje komparatystyczne są powszechne. Występują w różnych krajach świata, w różnych populacjach i w różnych okresach pandemii.
2. Siła pozytywnych iluzji jest tak duża, że pojawiają się one nawet w tych populacjach, w których ludzie powinni czuć się zdecydowanie bardziej zagrożeni od innych.
3. Nierealistyczny optymizm jest zjawiskiem niebezpiecznym, gdyż często związany jest z mniejszą (deklarowaną) skłonnością do przestrzegania prozdrowotnych zaleceń medycznych (np. szczepień).
4. Zarazem: nierealistyczny optymizm okazał się pozytywnie związany z deklarowaną skłonnością do zaszczepienia się przeciw COVID-19. Podobnie pozytywny związek zanotowano u osób deklarujących komparatystyczny pesymizm, co oznacza, że najmniej skłonni do zaszczepienia się okazują się ludzie „niezbiasowani”, przekonani o tym, że są narażeni na zachorowanie w takim samym stopniu jak inni. Sądzymy, że taki układ wyników wystąpił dlatego, że optymizm był skutkiem (a nie przyczyną) zaszczepienia się.
5. Istnieją skuteczne sposoby obniżania stopnia nierealistycznego optymizmu zarówno na poziomie indywidualnym (np. w kontakcie lekarz–pacjent), jak i na poziomie zbiorowym (np. poprzez mass media).

Polityczna psychologia szczepień: ideologia, poczucie kontroli oraz teorie spiskowe w obszarze zdrowia publicznego

Maria Babińska, Wiktor Soral, Michał Bilewicz
Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

4 czerwca 2022 roku przez ulice Warszawy przeszedł 6 Międzynarodowy Protest przeciw Przymusowi Szczepień. W obliczu malejącej liczby przypadków COVID-19 i zniesienia wielu środków ochronnych protest nie zgromadził zbyt wielu uczestników. Na uwagę zasługuje jednak kompozycja ideologiczna kryjąca się za tym ruchem protestu. Choć organizator, polskie stowarzyszenie „Stop NOP”, unikał jednoznacznej afiliacji politycznej, jego zwolennicy zaprezentowali ogromną różnorodność przekonań politycznych. Podczas protestu tuż przed lewicowymi transparentami Instytutu Spraw Obywatelskich podkreślającymi sprzeciw wobec „globalnych korporacji” zawisły złote i żółte sztandary prawicowych libertarian. Polskie flagi powiewały obok flag w barwach rosyjskich – pomimo że oba kraje były w konflikcie w związku z niedawną inwazją Rosji na Ukrainę.

Polska nie była jedynym krajem, w którym antyszczepionkowe teorie spiskowe zmobilizowały zarówno zwolenników z ruchów skrajnie konserwatywnych, jak i tych radykalnie progresywnych. W Niemczech twarzą teorii spiskowych przeciwko COVID-19 stał się autor wegańskiej książki kucharskiej Attila Hildman, niemiecki nacjonalista o imigranckim pochodzeniu. W Nowej Zelandii to Partia Zielonych sprzeciwiała się „interesom wielomiliardowych firm farmaceutycznych”. Na całym świecie propagatorzy zdrowej żywności, nauczyciele jogi, duchowi uzdrowiciele i znani muzycy prowadzili kampanię antyszczepionkową, która często zaprzeczała ryzykom związanym z COVID-19

(Lamberty i Nocun, 2022). Wiele z tych osób podzielało progresywne i lewicowe poglądy polityczne, mimo że podczas demonstracji maszerowały one ramię w ramię z przedstawicielami prawicowej ekstremy: neonazystami, fanami Donalda Trumpa czy z tzw. białymi suprematystami. Zwolennicy ruchu antyszczepionkowego podążali tropem znanych już wcześniej przekonań spiskowych na temat genetycznie zmodyfikowanych organizmów żywych („anty-GMO”; Uscinski i Parent 2014) oraz na temat firm farmaceutycznych spiskujących przeciwko interesowi publicznemu, utrudniających rozwój skutecznych leków przeciwko poważnym chorobom i korumpujących decydentów („Big Pharma”; Blaskiewicz, 2013).

Psychologiczne badania dotyczące ideologii politycznej zwykle podkreślają fundamentalny charakter kontinuum liberalno-konserwatywnego lub lewicowo-prawicowego jako uniwersalnego wymiaru organizującego poglądy polityczne ludzi (Jost, Federico i Napier, 2009). Jednocześnie wartość tego wymiaru w kontekście gotowości ludzi do szczepień wydaje się w oczywisty sposób ograniczona. Amerykańskie badania wykazały wyższy poziom niechęci do szczepień wśród konserwatystów (Callaghan i wsp., 2020; Hornsey i wsp., 2020), a także większy spadek intencji szczepień w tej grupie w ciągu sześciu miesięcy pandemii (Fridman, Gershon i Gneezy, 2021). Z drugiej strony badania przeprowadzone w Polsce (Kossowska, Szwed i Czarnek, 2021) wykazały, że konserwatywna ideologia polityczna jest tylko luźno związana z niechęcią do szczepień, przy czym konserwatyści są nastawieni do szczepień nieco bardziej sceptycznie z powodu większego braku zaufania do naukowców. Duże badanie przeprowadzone w Hiszpanii wykazało z kolei najwyższy sceptycyzm wśród zwolenników lewicy (Hornsey i wsp., 2021): najbardziej sceptycznym profilem byli wysoko wykształceni zwolennicy radykalnej lewicy i środowiska kontrkulturowe.

Wobec braku jednoznacznych związków prawicowości (i lewicowości) z niechęcią do szczepień badacze zaczęli przyglądać się innym ideologiom, które mogłyby determinować gotowość do szczepień. Niektóre badania wykazały, że ideologia nacjonalistyczna (nacjonalistyczny narcyzm) była silniejszym predyktorem niechęci do szczepień niż wymiar lewicowości–prawicowości czy liberalizmu–konserwatyzyzmu (Cislak i wsp., 2021). Z kolei dane na poziomie narodowym dotyczące niechęci do szczepień wskazały, że kluczowym czynnikiem odpowiedzialnym za tę niechęć jest polityka populistyczna,

nie zaś ideologia liberalna czy konserwatywna (Kennedy, 2020). Wydaje się jednak, że również nacjonalizm, populizm czy narodowy narcyzm nie tłumaczą w pełni ideologicznych podstaw niechęci do szczepień.

Próba zrozumienia złożonych politycznych podstaw niechęci do szczepień wymaga wprowadzenia trzech koncepcji, którym poświęcony będzie ten rozdział. Są to: dwuprocesowy model ideologii, koncepcja mentalności spiskowej oraz poczucie politycznej bezradności (braku kontroli). Za tymi trzema koncepcjami stoją długie tradycje badawcze, które pozwalają także wyjaśnić, dlaczego radykałowie lewicowi spotykali się z radykałami prawicowymi na demonstracjach antyszczepionkowych, a w czasie epidemii COVID-19 teorie spiskowe na temat szczepień stały się jednym z głównych tematów debaty politycznej.

O dwóch ideologiach prawicowych

Zaproponowany przez Johna Duckitta (2001) dwuprocesowy model ideologii politycznej zwraca uwagę, że gdy mówimy o ideologii prawicowej, w rzeczywistości myślimy o dwóch odmiennych przekonaniach o naturze świata i o wynikających z nich odmiennych wizjach polityki. Po pierwsze, prawicowość może być motywowana przekonaniem o konkurencyjności świata społecznego, a więc uzasadnianiem istniejących nierówności i dążeniem do osiągnięcia dominacji w grupie wobec grup postrzeganych jako niższe. Drugim motywem ideologii prawicowej jest postrzeganie świata jako niebezpiecznego, co sprzyja dążeniu do porządku społecznego i tradycjonalizmu, a w konsekwencji może prowadzić do popierania silnych reżimów autorytarnych. Podczas gdy pierwszy motyw wiąże się z orientacją na dominację społeczną (SDO), drugi związany jest z prawicowym autorytaryzmem (RWA).

Zarówno wysokie poziomy RWA, jak i wysokie poziomy SDO są związane z silniejszymi uprzedzeniami wobec grup mniejszościowych, ale wpływają one na uprzedzenia wobec odmiennych grup – SDO odpowiada za uprzedzenia wobec grup rywalizujących z grupą własną bądź nadużywających jej zasobów, natomiast RWA odpowiada za uprzedzenia wobec grup zagrażających grupie własnej na poziomie symboliczno-kulturowym (patrz np. Duckitt i Sibley, 2010). Osoby o wysokim poziomie RWA są zwykle silnie nastawione na przestrzeganie norm społecznych – zatem w społeczeństwach, w których

obowiązują normy zakazujące uprzedzeń, osoby te będą postępować raczej zgodnie z antydyskryminacyjną normą niż z interesem własnej grupy etnicznej (Roets, Au i van Hiel, 2015).

W jednym z naszych badań dotyczących stosunku do mowy nienawiści (Bilewicz i wsp., 2017) zauważyliśmy, że podczas gdy SDO jest ujemnie związane z poparciem zakazu mowy nienawiści, RWA jest z poparciem takiego zakazu związane pozytywnie. Chociaż więc RWA łączy się z wyższym poziomem uprzedzeń wobec grup obcych, to jednak osoby o wysokim poziomie tej cechy niechętnie widziałyby przejawy ekspresji uprzedzeń w swoim otoczeniu. Jest tak prawdopodobnie dlatego, że postrzegają one nieskrępowaną ekspresję negatywnych postaw jako zagrażającą porządkowi społecznemu. Jakkolwiek te dwie konsekwencje wysokiego poziomu RWA mogą wydawać się sprzeczne, niekoniecznie muszą prowadzić do silnego konfliktu psychologicznego. Jak zauważył Rokeach (1960), osoby o wysokim poziomie dogmatyzmu często charakteryzują się również poznawczym izolacjonizmem, tzn. skłonnością do przyjmowania różnych poglądów bez konfrontowania ich ze sobą.

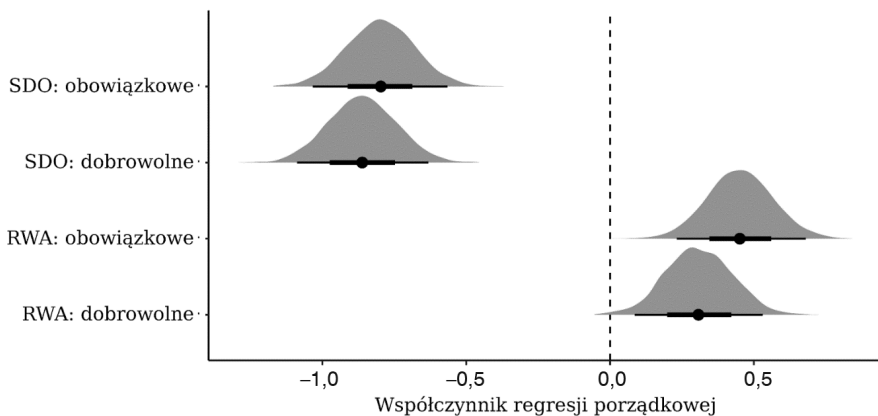
Dwuprocesowy model akceptacji szczepień

Badania dotyczące dwuprocesowego modelu ideologii politycznej zainspirowały nas do refleksji nad konkretnym problemem stosunku do szczepień w czasie epidemii koronawirusa wywołującego COVID-19. Był to czas, gdy instytucje państwowe (rządy, instytucje ochrony sanitarnej), a także naukowcy i lekarze w większości państw jednoznacznie popierali szczepienia jako sposób na powstrzymanie epidemii. Same szczepienia miały charakter egalitarny – były nieodpłatne, powszechne i dostępne niezależnie od statusu społeczno-ekonomicznego. Jednocześnie w tym okresie rozpowszechniały się rozmaite pogłoski o rzekomych powikłaniach związanych ze szczepieniami, w szczególności ze szczepieniami mRNA. Można było zatem spodziewać się, że dwa wymiary prawicowości (RWA i SDO) będą miały w tej sytuacji odmienny wpływ na gotowość ludzi do szczepień.

Związki pomiędzy wymiarami prawicowości a skłonnością do szczepień przeciwko COVID-19 sprawdzaliśmy w badaniu przeprowadzonym w Polsce, w Niemczech oraz w Wielkiej Brytanii (Bilewicz i Soral, 2022). Badanie

odbyło się w drugim tygodniu kwietnia 2021 roku, kiedy to programy szczepień przeciw COVID-19 były w początkowej fazie realizacji. Stan na 14 kwietnia wskazywał, że szczepienia otrzymało 16% populacji Polski, 19% populacji Niemiec i 49% populacji Wielkiej Brytanii. Zapytaliśmy osoby uczestniczące w badaniu, czy zgodziłyby się na szczepienie w sytuacji, w której byłoby ono dobrowolne, oraz w sytuacji, w której byłoby ono obowiązkowe. Zmierzyliśmy również dwa wymiary prawicowych poglądów: RWA oraz SDO.

Zaobserwowaliśmy, że przy statystycznej kontroli zmiennych demograficznych (płci, wieku, wykształcenia, kraju zamieszkania) osoby o wysokim poziomie SDO cechowały się niższą skłonnością do szczepień niż osoby o niskim poziomie SDO. Zauważyliśmy również, że osoby o wyższym poziomie RWA cechowały się większą gotowością do szczepień niż osoby o niskim poziomie RWA. Co więcej, pozytywny związek między RWA a skłonnością do szczepień był większy w sytuacji, w której szczepienia przedstawiano jako obowiązkowe, niż w sytuacji, w której przedstawiano je jako dobrowolne (patrz Rysunek 11.1).



Rysunek 11.1

Siła związku pomiędzy RWA i SDO a skłonnością do zaszczepienia się przeciwko COVID-19 w sytuacji obowiązkowych vs. dobrowolnych szczepień

Nota. Wykres przedstawia rozkłady posterior współczynników porządkowej regresji logistycznej. Kropkami oznaczono średnie rozkładu, grubymi horyzontalnymi liniami oznaczono 66% centralnego przedziału rozkładu, a cienkimi horyzontalnymi liniami 95% centralnego przedziału rozkładu.

Wyniki naszego badania potwierdziły istotność ideologii politycznej w kształtowaniu postaw wobec szczepień. Zgodnie z wcześniejszymi obserwacjami wyniki te zdają się wskazywać na odmienne efekty dwóch wymiarów prawicowości. Osoby o wysokim poziomie SDO nie cenią sobie działań mających na celu dobro całego społeczeństwa, a także częściej opierają swoje decyzje na antynaukowych postawach (zob. np. Kerr i Wilson, 2021). Jednym z takich zachowań może być właśnie uczestnictwo w powszechnym programie szczepień przeciwko COVID-19. W odróżnieniu od SDO, RWA zdaje się niekiedy sprzyjać zachowaniom prospołecznym, takim jak szczepienia. Dzieje się tak wówczas, gdy istnieje silna norma społeczna nakazująca szczepienia oraz gdy jest ona promowana przez liderów politycznych.

Ideologia polityczna a wiara w teorie spiskowe

Podczas pandemii COVID-19 niechęć do szczepień oparta była na licznych teoriach spiskowych, które często kojarzy się z prawicą. Nie jest to jednak skojarzenie całkowicie trafne. Etykieta „zwolennika teorii spiskowych” jest często używana jako stygmatyzujące określenie w dyskursie politycznym (Husting i Orr, 2011), co prowadzi do zwiększonej polaryzacji (Bilewicz i wsp., 2019), a w konsekwencji do dalszej proliferacji teorii spiskowych (Nera i wsp., 2022). Grupy naznaczone stygmatą „zwolenników teorii spiskowej” zaczynają postrzegać swoich przeciwników jako knujących przeciwko nim. Ta samospełniająca się przepowiednia wydaje się symetryczna po obu stronach spektrum politycznego.

W rzeczywistości porównawcze badania międzykulturowe pokazują, że trudno znaleźć uniwersalne, *stricte* prawicowe i lewicowe teorie spiskowe – w różnych krajach teorie te są bowiem całkiem odmienne (por. Imhoff i wsp., 2022). Przykładowo w Czechach, Niemczech, Hiszpanii i Grecji postrzeganie spisku bankierów i polityków jako źródła globalnego kryzysu gospodarczego było stosunkowo rozpowszechnione wśród wyborców lewicowych. Z kolei teorie spiskowe dotyczące migracji z Bliskiego Wschodu do Europy pojawiły się wśród prawicowców w Norwegii, we Włoszech, na Islandii i na Węgrzech. W Bośni i w Serbii powszechną lewicową teorią spiskową jest przedstawianie upadku Jugosławii jako zaplanowanego zniszczenia dobrze funkcjonującej gospodarki, natomiast teorie dotyczące amerykańsko-węgierskiego filantropa George’a Sorosa przyciągały prawicę w Macedonii, w Serbii i na Węgrzech.

W Polsce postrzeganie nowo utworzonych Sił Obrony Terytorialnej jako spisku rządowego przeciwko społeczeństwu było bardziej powszechne wśród osób o przekonaniach liberalnych i lewicowych. Co ciekawe, w Norwegii postrzeganie Izraela jako kontrolującego amerykańską politykę było bardziej związane z lewicą, podczas gdy identyczne teorie spiskowe w Niemczech i Hiszpanii były bardziej powszechne po stronie prawicy.

Ważnym aspektem powyższych teorii spiskowych jest to, że pomimo różnej barwy politycznej wszystkie one są wyrazem głębszej tendencji do postrzegania świata jako rządzonego poprzez zakulisowe intrygi potężnych grup działających na szkodę społeczeństwa. Tego rodzaju przekonanie nazywane jest mentalnością spiskową, a jej występowanie jest powszechne zarówno po lewej, jak i po prawej stronie sceny politycznej (Imhoff, Bertlich i Frenken, 2022).

Mentalność spiskową można traktować jako specyficzną postawę ideologiczną (Imhoff i Bruder, 2014), swoistą gotowość do dostrzegania spisków w praktycznie każdym zdarzeniu natury społeczno-politycznej (Imhoff, Bertlich i Frenken, 2022). Mentalność spiskowa oferuje schemat sugerujący, że wydarzenia na świecie są wynikiem zamierzonego i tajnego planu (subiektywnie) silniejszych osób. W przeciwieństwie do konkretnych teorii spiskowych, które różnią się swoją treścią i wskazują na specyficznych „winowajców”, mentalność spiskową zmierzyć można za pomocą ogólnych stwierdzeń typu: „Na świecie dzieje się wiele ważnych rzeczy, których nie podaje się do ogólnej wiadomości” czy „Uważam, że politycy zazwyczaj nie ujawniają prawdziwych motywów swoich działań” (Imhoff i Bruder, 2014). Ponieważ stwierdzenia te dotyczą raczej ogólnego subiektywnego odczucia niż wyjaśnienia konkretnych zdarzeń, nie są łatwe do sfalsyfikowania. Można powiedzieć, że odzwierciedlają ogólną tendencję ludzi do interpretowania ważnych wydarzeń społeczno-politycznych poprzez teorie spiskowe.

Skąd zatem tak powszechne łączenie mentalności spiskowej z prawicowością? Przyczyną tego są zapewne liczne badania amerykańskie, albowiem dane ze Stanów Zjednoczonych wskazują na niemal liniowy pozytywny związek mentalności spiskowej z prawicowością (Van der Linden i wsp., 2021). Obraz ten staje się jednak znacznie bardziej skomplikowany, gdy uwzględnimy wyniki z innych państw. Zarówno dane z Holandii (van Prooijen, Krouwel i Pollet, 2015), Niemiec (Imhoff, 2015), jak i Polski (Babińska i Bilewicz, 2019) sugerowały, że teorie spiskowe pojawiają się raczej na krańcach sceny

politycznej – raczej wśród ludzi o poglądach zdecydowanie prawicowych i zdecydowanie lewicowych niż wśród osób o poglądach umiarkowanych. Z międzynarodowych badań porównawczych (Imhoff i wsp., 2022) wynika, że związek mentalności spiskowej z prawicowością jest krzywoliniowy – ma kształt litery U z nieco wychylonym prawym ramieniem, co wskazuje na najwyższą popularność takich teorii wśród osób radykalnie prawicowych. To może nieco tłumaczyć, dlaczego na marszach antyszczepionkowych spotykają się radykałowie prawicowi i lewicowi.

Bezradność i poczucie kontroli: psychologiczne źródła wiary w spiski

Pandemia COVID-19 uświadomiła światu, że pewnych zagrożeń nie sposób uniknąć. Katastrofy się zdarzają, pozostają poza ludzką kontrolą i mogą dotknąć każdego lub każdą z nas. Początki tej pandemii to również czas rozpowszechniania się rozmaitych spiskowych teorii dotyczących źródeł koronawirusa, „prawdziwych” przyczyn wprowadzenia obostrzeń epidemicznych, „prawdziwego” składu szczepionek przeciw COVID-19 lub też wątpliwości co do samej choroby COVID-19 i powodującego ją wirusa SARS-CoV-2. Tym, co zdaje się łączyć te wszystkie teorie, jest przeświadczenie, że za wydarzeniem, które skutecznie pozbawiło ludzi na całym świecie możliwości swobodnego decydowania o przemieszczaniu się czy spotykaniu się ze znajomymi, stoi grupa osób, która działając skrycie dla własnego zysku, przyczynia się do chaosu i cierpienia całych rzesz ludzi.

Badania psychologiczne dowodzą, że poczucie braku kontroli osobistej może przekładać się na większą skłonność do poszukiwania spiskowych wyjaśnień wydarzeń społecznych (Kofta i wsp., 2020; Whitson i Galinsky, 2008; ale zob. Stojanov i Halberstadt, 2020). Kofta i współpracownicy (2020) wskazują na trzy potencjalne mechanizmy, które zdają się tłumaczyć, dlaczego osoby pozbawione możliwości wpływania na wydarzenia mogą być bardziej skłonne do wiary w teorie spiskowe.

Po pierwsze, utrata wpływu na bieg zdarzeń – w efekcie katastrofy lub innego traumatycznego wydarzenia – skłania do poszukiwania wyjaśnień oraz wzmożonych atrybucji społecznych. Ponieważ ludzie na ogół starają się bronić swojego pozytywnego wizerunku, zamiast obarczać siebie odpowiedzialnością

za negatywne zdarzenie, więc wolą widzieć źródło problemu w innej osobie lub grupie osób, znaleźć „kozła ofiarnego” (Glick, 2002; Rotschild i wsp., 2012; Rotschild i Keefer, 2023). Warto jednak zastanowić się, dlaczego utrata kontroli nie prowadzi do zgeneralizowanych atrybucji zewnętrznych: obarczania wszystkiego i wszystkich za niepowodzenia. Dlaczego atrybucje skupione są na jednej osobie lub grupie osób? Jak sugerują Sullivan i współautorzy (2010), znalezienie wpływowego wroga pozwala nie tylko na obronę ego, ale również na zachowanie poczucia przewidywalności poprzez ulokowanie zagrożenia w jednym tylko źródle. Zatem znalezienie jednego przeciwnika wydaje się poznawczo łatwiejsze niż identyfikacja wielu, ponieważ redukuje złożoność świata i pozwala na skupienie działań obronnych w jednym miejscu. Jak sugerują cytowani autorzy, aby możliwe było przypisanie wszelkich negatywnych zdarzeń jednej osobie lub grupie, musi ona cechować się zdolnościami niemal nadprzyrodzonymi. Stąd też centralne miejsce w wielu narracjach spiskowych zajmują wpływowe grupy: biznesmeni, bankierzy, finansiści, politycy, międzynarodowe korporacje.

Po drugie, brak kontroli może skłaniać do poszukiwania zbiorowych bytów, które mogą stanowić alternatywne źródło kontroli. Na istnienie takiego kompensacyjnego mechanizmu wskazuje szereg badań przeprowadzonych przez Aarona Kaya i współpracowników (2008; 2009). Badania te wykazały, że wzbudzenie poczucia niekontrolowalności powoduje wzrost wiary w sprawczego Boga lub w opiekuńczy rząd. Jak dowodzą Landau i współautorzy (2015), istotą takiego mechanizmu jest nie tyle naprawienie szkód i odzyskanie kontroli, ile raczej odzyskanie poczucia istnienia niespecyficznego struktury. Taka struktura może bowiem ułatwiać proste, klarowne i spójne interpretowanie rzeczywistości społecznej. Co więcej, niekoniecznie musi się ona opierać wyłącznie na narracjach o bytach wspierających, ale również na tworzeniu antagonizmów, np. dobry lud kontra skorumpowana elita. Można zatem przewidywać, że narracje spiskowe będą również stanowić mechanizm pozwalający na uzyskanie poczucia struktury oraz wyjaśnienie, dlaczego rzeczy dzieją się w taki, a nie inny sposób. Tak jak wspomnieliśmy, większość teorii spiskowych opowiada o niejawnym poczynaniu wpływowej grupy osób działających przeciwko interesowi większości.

W końcu trzeci mechanizm wzmożonej wiary w spiski u osób pozbawionych wpływu na bieg zdarzeń odwołuje się do wiedzy o poznawczych

deficytach wynikających z niekontrolowalności i o towarzyszącym jej wyczerpaniu poznawczym (Bukowski i wsp., 2015; Kofta i Sędek, 1989; 1998; Sędek i Kofta, 1990; Sędek i wsp., 1993; von Hecker i Sędek, 1999). Osoby przez dłuższy czas pozbawione wpływu na bieg zdarzeń cechują się na ogół ograniczonymi zdolnościami integrowania informacji i tworzenia modeli mentalnych. Ponadto obserwuje się u nich zwiększoną niechęć do wkładania wysiłku w zadania wymagające skomplikowanego przetwarzania informacji. Niewątpliwie niektóre teorie spiskowe odznaczają się złożonością, oryginalnością oraz kreatywnością. Są one jednak przedstawione na ogół w sposób zrozumiały dla przeciętnego obywatela. Tego samego nie można za to powiedzieć o naukowych teoriach tłumaczących źródła kryzysów, które często wymagają przebrnięcia przez opasłe opracowania, pełne zaawansowanej terminologii, a także analizy złożonych modeli matematycznych. Ponadto teorie spiskowe oferują wiedzę pewną, podczas gdy teorie naukowe – przeciwnie – pozostawiają ogrom niepewności. Osoby pozbawione wpływu na bieg zdarzeń, mając do wyboru dwie ścieżki – trudną i niedającą jednoznacznych odpowiedzi lub łatwą i przynoszącą szybki zysk poznawczy – decydują się częściej na tę drugą.

Z powyższych rozważań teoretycznych wynika zatem, że powszechne poczucie braku wpływu na bieg zdarzeń wywołane pandemią COVID-19 mogło przełożyć się na większą skłonność do wiary w rozmaite teorie spiskowe dotyczące sytuacji, w której znalazła się większość społeczeństw. Pośrednich dowodów na taką zależność dostarczają badania przeprowadzone na rosyjskich respondentach. Erik Nisbet i Olga Kamenchuk (2021) odkryli, że informacyjna wyuczona bezradność (mierzona stwierdzeniami takimi jak: „Nie ma sensu zastanawiać się, które informacje są prawdziwe, a które fałszywe, ponieważ wszystko to i tak jest niezwykle zwodnicze”) odgrywa istotną rolę w uleganiu różnym dezinformacjom na temat COVID-19 (np. „COVID-19 nie różni się niczym od zwykłej grypy”). W badaniu na próbie 1600 rosyjskich respondentów Nisbet i Kamenchuk zaobserwowali, że zwłaszcza osoby korzystające z nowych mediów tym bardziej ulegały dezinformacji, im wyższy był ich poziom informacyjnej wyuczonej bezradności. Wynik ten może być interpretowany poprzez związek informacyjnej wyuczonej bezradności z mniejszym zaangażowaniem wysiłku poznawczego w analizę treści pojawiających się w mediach. Bez zaangażowania wysiłku poznawczego w rozpoznawanie

dezinformacji osoby śledzące media społecznościowe stają się bardziej podatne na wpływ przekazywanych tam treści.

Warto zastanowić się, dlaczego postawa oparta na bezradności jest tak częstą odpowiedzią na katastrofy i inne negatywne wydarzenia. Z jednej strony wiadomo, że poczucie bezradności w obliczu negatywnych zdarzeń może przyczyniać się do gorszych wskaźników zdrowia psychicznego. Przykładowo badania Murata Balkisa i Erdiņa Duru (2023) wykazały, że negatywne doświadczenia wynikające z pandemii COVID-19 (takie jak utrata pracy, utrata bliskich, wykluczenie społeczne) związane są z większym poziomem psychicznego dystresu oraz że związek ten jest mediowany przez wyższe poziomy poczucia bezradności. Wyniki te sugerują, że bezradność może być traktowana jako reakcja nieadaptacyjna, tj. taka, której należy przeciwdziałać. W tym duchu wypowiadają się np. García-Fernández i współpracownicy (2022), pisząc o wysokich poziomach bezradności, strachu, frustracji, złości i zdenerwowania wśród personelu medycznego zmagającego się z pandemią COVID-19. Autorzy cytowanych badań wskazują na potrzebę objęcia personelu medycznego dodatkową opieką medyczną, która pozwoli uniknąć rozwinięcia się poważniejszych zaburzeń psychicznych. Idąc tym tropem, można wnioskować, że to brak zasobów psychicznych (np. wsparcia psychoterapeutycznego) odpowiada za reakcje oparte na bezradności.

Z drugiej strony istnieją dane wskazujące, że bezradność może być do pewnego stopnia adaptacyjna. Uri Lifshin, Mario Mikulincer oraz Mabelle Kretchner (2020) zauważyli, że bezradność może być niekiedy motywowana chęcią redukcji przytłaczającego lęku przed zakażeniem COVID-19. W swoim badaniu na międzynarodowej próbie 3632 respondentów stwierdzili oni krzywoliniową zależność między poczuciem bezradności wobec zakażenia się koronawirusem a lękiem przed zakażeniem. Najniższy poziom lęku wykazywały osoby o bardzo niskim poziomie bezradności, ale także te o bardzo wysokim poziomie bezradności. O ile niski poziom lęku u osób o niskim poziomie bezradności wydaje się zrozumiały, o tyle niski poziom lęku u osób o wysokim poziomie bezradności wydaje się przeczyć dotychczasowym badaniom wskazującym na silne związki bezradności i lęku (zob. np. Maier i Seligman, 2016). Autorzy omawianego badania sugerują, że wysokie poziomy bezradności mogą pełnić regulacyjną funkcję ochronną. Poczucie braku wpływu na źródło zagrożenia może pomagać usunąć myśli o zagrożeniu

z pola uwagi, a przez to zredukować poziom lęku. Brak wpływu może też zredukować poczucie winy oraz odpowiedzialności z powodu niepodejmowania działań w celu uniknięcia zagrożenia. Podobne wnioski przyniosły także badania Lifshina i Mikulincera (2021), które wykazały (na próbie argentyńskiej), że o ile na samym początku pandemii (marzec 2020) poczucie bezradności wobec zakażenia koronawirusem było pozytywnie związane z lękiem przed COVID-19, o tyle już w trakcie pandemii (sierpień 2020) związek ten był negatywny. Poparcia dla teorii motywacyjnej bezradności dostarczyły również badania eksperymentalne (Lifshin i wsp., 2022), w których uczestnicy byli informowani o tym, że uniknięcie zakażenia COVID-19 jest niemożliwe (vs. całkowicie kontrolowalne, vs. do pewnego stopnia kontrolowalne). Autorzy zauważyli, że w warunkach wysokiej bezradności (ale nie w pozostałych warunkach) poczucie bezradności było negatywnie skorelowane z poziomem lęku przed zakażeniem.

Podsumowując, poczucie bezradności wywołane pandemią COVID-19 mogło przełożyć się na szereg reakcji psychologicznych, które skutkować mogły zmianą postaw wobec autorytetów naukowych i medycznych. Bezradność wobec COVID-19 mogła mieć podwójny wpływ na ograniczenie gotowości do uczestnictwa w programach szczepień przeciwko tej chorobie. Po pierwsze, poczucie braku kontroli (lub też poczucie bezradności) mogło wiązać się z większą wiarą w antyszczepionkowe teorie spiskowe i przez to budować lęk przed szczepionkami. Po drugie, poczucie braku kontroli mogło przyczyniać się do redukcji lęku przed zakażeniem COVID-19, co w efekcie zmniejszało motywację do uczestnictwa w programie szczepień. W kolejnej sekcji przedstawimy bezpośrednie dowody na związki poczucia kontroli z gotowością do szczepień.

Jak poczucie kontroli przekłada się na gotowość do szczepień?

Czy zatem wskazywanie, że choroby zakaźne przekładają się na utratę kontroli nad życiem rodzinnym i osobistym, oraz przekonywanie ludzi, że szczepienia pozwalają im tę kontrolę odzyskać, będzie się przekładało na ich większą gotowość do zaszczepienia się? Na to pytanie próbowaliśmy odpowiedzieć w jednym z przeprowadzonych w naszym zespole eksperymentów.

Przedstawiliśmy osobom badanym informacje na temat różnych sfer, w których choroby zakaźne powodują utratę kontroli. Przykładowo ospa u dzieci uniemożliwia rodzicom normalne funkcjonowanie w pracy zawodowej, wirus HPV u kobiet może zakłócić realizację planów związanych z założeniem rodziny, a zachorowanie na tak zwane choroby tropikalne może zrujnować plany spędzenia urlopu w egzotycznym kraju. Używając skali mierzącej ogólne poczucie kontroli (Pearlin, Schooler, 1978), w której znajdowały się stwierdzenia takie jak „Nie ma szans, żeby udało mi się rozwiązać niektóre z moich problemów” czy „Mam małą kontrolę nad tym, co dzieje się w moim życiu”, zmierzaliśmy u badanych ich poczucie kontroli nad własnym życiem. Zmierzyliśmy również ich stosunek do szczepień. Eksperyment wykazał, że już samo przypomnienie o tym, jak choroby zakaźne pozbawiają kontroli nad życiem, może pozytywnie wpłynąć na ogólny stosunek do szczepień. Dzieje się tak jednak wyłącznie w przypadku osób, które uważają, że mają dużą kontrolę nad własnym życiem.

W innym badaniu – realizowanym w sześciu krajach Europy Środkowej – sprawdzaliśmy związki uogólnionego poczucia (braku) kontroli osobistej z różnymi wymiarami gotowości do szczepień. Testowaliśmy model, zgodnie z którym poczucie braku kontroli może prowadzić do wzrostu ogólnej wrażliwości na zagrożenie: zarówno to związane z chorobami zakaźnymi, jak i to związane ze skutkami ubocznymi szczepionek. Z jednej strony osoby o niskim poczuciu kontroli mogą być – w porównaniu z osobami o wysokim poczuciu kontroli – bardziej skłonne do szczepień, ponieważ w większym stopniu obawiają się skutków zachorowania dla nich samych oraz dla ich najbliższych. Zatem szczepionki mogą być dla nich sposobem na częściowe odzyskanie kontroli. Z drugiej strony niskie poczucie kontroli może wiązać się również z dużymi obawami o potencjalne skutki uboczne szczepionek. A to z kolei może przekładać się na mniejszą skłonność do poddania się szczepieniu. Biorąc pod uwagę te dwa mechanizmy, można przewidywać, że osoby o niskim poczuciu kontroli będą bardziej skłonne do wchodzenia w rozważania – w deliberowanie o tym, czy się zaszczepić, czy też nie. Opóźniając podjęcie decyzji i zbierając coraz więcej informacji, będą one też coraz bardziej podatne na dezinformację i rozmaite teorie spiskowe podsuwane im przez antyszczepionkowców.

Te przewidywania potwierdziły się do pewnego stopnia. W badaniu korelacyjnym zauważyliśmy pozytywny związek poczucia braku kontroli z priorytetowym podejściem do szczepień i z poziomem obaw o zachorowanie w odniesieniu do siebie lub do osób w swoim otoczeniu. Jednocześnie zauważyliśmy pozytywną zależność między poczuciem braku kontroli a skłonnością do rozważania wszystkich „za i przeciw” w kwestii poddania się szczepieniom oraz skłonnością do wiary w antyszczepionkowe teorie spiskowe. Ogólnie rzecz biorąc, wyniki te wskazują, że wysokie poziomy poczucia braku kontroli mogą przekładać się na spowolnienie programu szczepień ochronnych.

Warto w tym miejscu przytoczyć jednak inne badania, w których sprawdzano, jak poczucie bezradności wobec szczepienia własnych dzieci przekłada się na postawy wobec szczepień. Innymi słowy, co się dzieje wówczas, gdy rodzice postawieni są w sytuacji bez wyjścia: muszą oni zaszczepić swoje dzieci, bo tak nakazują władze. W swoich badaniach Mabelle Kretchner, Uri Lifshin i Mario Mikulincer (2023) odkryli, że w sytuacji bezradności rodzice odczuwali mniejszy lęk przed szczepieniami, byli przekonani o ich większej skuteczności, a także byli bardziej skłonni zadbać o szczepienia dzieci. Według autorów w sytuacji braku wpływu ludzie są skłonni do przyjmowania postawy motywowanej bezradności, która prowadzi do obniżenia poziomu lęku i mniejszego skupienia na zagrożeniach. Znając te wyniki, łatwiej jest zrozumieć sceptycyzm Polaków wobec szczepień, skoro głowa państwa stwierdziła w wywiadzie: „Uważam, że szczepienia na koronawirusa absolutnie nie powinny być obowiązkowe. Proszę bardzo, kto chce – jeśli będzie szczepionka – niech się zaszczepi, ale kto nie chce, to nie, to jest jego osobista decyzja” (Lurka, 2020).

Teorie spiskowe a zdrowie publiczne

Jak już wielokrotnie wspominaliśmy, sytuacje związane z powszechnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego często wiążą się ze wzrostem rozpowszechniania przekonań spiskowych. Historia pokazuje, że już podczas pandemii grypy hiszpańskiej w latach 1918–1919 obserwowano nasilenie takich przekonań (Spinney, 2017). Podobny wzrost zauważono również w nowszych czasach – w trakcie epidemii grypy H1N1 w 2009 roku (Wagner-Egger, 2011),

a także podczas epidemii wirusa Zika w 2016 roku (Klofstad i wsp., 2019). Współcześnie rozpowszechnianie teorii spiskowych związanych z różnymi wirusami może stanowić przeszkodę w podejmowaniu działań mających na celu ograniczenie skali epidemii, w tym w zakresie promowania szczepień. Ale nie tylko. Wpływ teorii spiskowych na niechęć do podejmowania działań prozdrowotnych nie ogranicza się wyłącznie do szczepień. Badania wykazały, przykładowo, że kontakt z teoriami spiskowymi na temat antydepresantów wpływał pośrednio na zmniejszenie chęci poszukiwania pomocy medycznej, głównie ze względu na obniżenie zaufania badanych do autorytetów medycznych (Natoli, Marques, 2020).

Teorie spiskowe związane ze szczepieniami dały o sobie znać szczególnie w okresie pandemii COVID-19. Wiara w teorie spiskowe związane z koronawirusem była odwrotnie proporcjonalna do postrzeganego zagrożenia pandemią, działań profilaktycznych, postrzeganego bezpieczeństwa szczepień i zamiaru zaszczepienia się przeciw COVID-19 (Römer i Jamieson, 2020). Podobnie, kiedy badano determinanty niechęci do szczepień przeciw COVID-19, stwierdzono związek między niechęcią do szczepień a przekonaniami o pochodzeniu nowego koronawirusa (Salal i Uysal, 2020). Ponadto Jolley i Douglas (2014) sugerowali, że teorie spiskowe negatywnie wpływają na postawy ludzi wobec zagrożeń płynących ze szczepień i na ich decyzję o zaszczepieniu. Co więcej, wiara w przekonania spiskowe niezwiązane ze szczepieniami była również powiązana z negatywnymi postawami wobec szczepionek (Bertin i wsp., 2020). Wszystkie te wyniki wskazują, że za niechęcią do szczepień stać mogą uogólnione przekonania o charakterze spiskowym.

Brotherton, French i Pickering (2013) zauważyli, że teorie spiskowe dotyczące zdrowia często zawierają motyw zatajania informacji przez różne instytucje, w tym rządy, przedsiębiorstwa i środowiska naukowe. A jednym z najczęściej powtarzających się motywów teorii spiskowych na temat szczepień jest ten dotyczący nieuczciwego i zagrażającego życiu ludzi wpływu wielkich korporacji farmaceutycznych, tak zwanego „Big Pharma”. Termin „Big Pharma” odnosi się do globalnego przemysłu farmaceutycznego, który na przestrzeni lat był przedmiotem licznych kontrowersji i oskarżeń. Chociaż termin „teorie spiskowe” często kojarzy się z nieuzasadnionymi lub spekulatywnymi twierdzeniami, zdarzały się udokumentowane przypadki, gdy firmy farmaceutyczne

angażowały się w praktyki nieetyczne lub nielegalne. Niektóre z tych przypadków można by określić jako „prawdziwe spiski” w tym sensie, że wiązały się ze zwodniczymi praktykami (np. McNeil, 2011; Benner, 2020). Udokumentowano przypadki, gdy firmy farmaceutyczne promowały leki, posługując się mylącymi informacjami lub wręcz fałszywymi twierdzeniami o swoich produktach. Dotyczy to bagatelizowania skutków ubocznych lub promowania leków do niezatwierdzonych zastosowań (Meier, 2007; Meier i Carey 2009). Niektóre firmy farmaceutyczne były również oskarżane o manipulowanie wynikami badań klinicznych w tym celu, aby ich leki wydawały się bardziej skuteczne, niż były w rzeczywistości (Berenson, 2005). To oczywiste, że należy odróżnić pojedyncze przypadki niewłaściwego postępowania firm lub konkretnych osób od ogólnych teorii spiskowych sugerujących powszechne, intencjonalne szkody lub oszustwa. Chociaż zdarzały się udokumentowane przypadki nieetycznego zachowania, to jednak ogólne twierdzenia o spisku bez solidnych dowodów powinny być traktowane ze sceptycyzmem. Mimo to już sam fakt, że dochodziło do tego typu zdarzeń, pozwala z większym zrozumieniem spojrzeć na osoby wierzące w teorie spiskowe związane ze szczepieniami, w szczególności tymi, które powstawały niezwykle szybko, tak jak to się działo ze szczepieniami przeciwko wirusowi SARS-CoV-2.

Czy zatem sama niechęć do szczepień może zostać uznana za teorię spiskową? Niekoniecznie. Badania wykazują, że istnieją różne przekonania wpływające na tę postawę. Jednym z nich jest bagatelizowanie ryzyka chorób zakaźnych. W skali opracowanej przez Geigera i współpracowników (2021), służącej do pomiaru rozpowszechnienia niechęci do szczepień, ta postawa jest odzwierciedlana poprzez zgadzanie się z takimi stwierdzeniami, jak „Nie potrzebuję szczepień, bo choroby zakaźne nie są dla mnie groźne” lub „Szczepionki są mi zbędne, gdyż rzadko choruję”.

Kolejnym aspektem niechęci do szczepień jest obawa przed skutkami ubocznymi. Zazwyczaj są one ograniczone, ale – jak w każdej procedurze medycznej – istnieje ryzyko ich wystąpienia. Oczywiście należy odróżnić wielokrotnie sfalsyfikowane przekonania dotyczące szczepień (jak to, że szczepienie powoduje autyzm u dzieci) od faktycznie występujących skutków ubocznych. Dlatego tak ważne jest zaufanie do instytucji regulujących branżę farmaceutyczną, jak również – a może nawet bardziej – zaufanie do pracowników służby zdrowia: lekarzy, lekarzy rodzinnych i pielęgniarek wykonujących szczepienia.

Empatyczne reagowanie na obawy pacjentów – rodziców i innych dorosłych – wyjaśnienie mechanizmu występowania skutków ubocznych i ich niskiego ryzyka powinno być standardem w kontaktach z pacjentami.

Podsumowując, w dyskusji o niechęci do szczepień należy zauważyć, że nie każde przekonanie skutkujące taką postawą wiąże się z teoriami spiskowymi. Istnieje wiele innych czynników, które mogą wpływać na decyzję o niezaszczeniu sobie lub swoich dzieci. Co więcej, jak już wspomniano, stygmatyzacja osób wierzących w spiski i podważanie ich przekonań jedynie utwierdza je w tego typu poglądach (Nera i wsp., 2022). Co zatem osoby i instytucje związane ze zdrowiem publicznym powinny podkreślać w swoich komunikatach dotyczących szczepień (zarówno obowiązkowych, jak i dobrowolnych), aby efektywnie zachęcać osoby o różnych przekonaniach ideologicznych? Temu poświęcimy kolejną część rozdziału.

Jak w nieprzewidywalnej sytuacji przekonywać do szczepień ludzi o różnych poglądach politycznych?

W poprzednich częściach tego rozdziału pokazaliśmy, że – wbrew stereotypowi – osoby o poglądach prawicowych niekoniecznie wykazują wyższą niechęć do szczepień i niekoniecznie bardziej wierzą w antyszczepionkowe teorie spiskowe. Przedstawiliśmy dwa motywy prawicowości: orientację na dominację społeczną (SDO), która wiąże się z przekonaniami o konkurencyjnej naturze świata społecznego i z uzasadnianiem nierówności, oraz prawicowy autorytaryzm (RWA), który opiera się na percepcji świata jako niebezpiecznego i na dążeniu do porządku oraz tradycjonalizmu (Duckitt, 2001). Przedstawiliśmy wyniki wskazujące, że te dwa wymiary prawicowości mogą w odmienny sposób korelować z chęcią szczepienia się.

Osoby charakteryzujące się wysokim poziomem konwencjonalizmu i skłonnością do autorytarnej uległości mogą być bardziej podatne na wpływ rządowych kampanii promujących szczepienia, w których politycy lub rządzący podkreślają, że są one obowiązkiem każdego obywatela. Jednakże poziom autorytaryzmu oraz poparcie dla różnych ideologii są w populacji zróżnicowane. W związku z tym odwoływanie się do autorytetów nie zawsze okaże się skuteczne, a w niektórych przypadkach może wręcz przynieść efekt odwrotny do

zamierzonego – szczególnie w sytuacji niskiego zaufania społecznego, z jakim mamy do czynienia między innymi w Polsce.

Jednocześnie należy dokładać wszelkich starań, by zagrażające zdrowiu antyszczepionkowe teorie spiskowe zostały obalone. Rządy oraz instytucje zajmujące się zdrowiem publicznym powinny w większym stopniu angażować się w kampanie będące źródłem rzetelnej wiedzy o szczepieniach, rozprawiając się z dezinformacją krążącą po mediach społecznościowych.

W działaniach warto również uwzględnić skutki ostatniej pandemii COVID-19, której konsekwencją był brak możliwości decydowania o własnym życiu. Rozprzestrzenianie się choroby przyczyniło się do wprowadzenia zakazów wychodzenia z domu, spotkania się ze znajomymi, podróżowania, a w przypadku Polski – nawet spacerowania po lesie. Pojawienie się szczepionek i ich powszechne zastosowanie mogło potencjalnie umożliwić odzyskanie poczucia kontroli nad życiem. Jednak związki poczucia kontroli ze skłonnością do szczepień okazują się bardziej złożone.

Podkreślanie niekontrolowanych negatywnych konsekwencji zachorowania na choroby zakaźne może być efektywne jedynie w odniesieniu do części populacji, a mianowicie do tych osób, które mają poczucie dużego wpływu na własne życie. Takie osoby mogą postrzegać choroby zakaźne jako swego rodzaju wyzwanie. Dominować więc u nich będzie reaktancja, to znaczy będą one dążyły do utrzymania wpływu na własne życie przy użyciu różnych dostępnych środków. Z kolei w przypadku osób o niskim ogólnym poziomie kontroli przypominanie o negatywnych konsekwencjach zachorowania może okazać się nieskuteczne. Prawdopodobnie u takich osób informacja o chorobach i związanej z nimi niekontrolowalności przyczyni się do przyjęcia postawy opartej na poczuciu bezradności. Taka motywowana bezradność pozwala na wycofanie się z działania, co umożliwi redukcję poziomu lęku; konsekwencją tego jest jednak nieszczepienie się.

Naszym zdaniem osoby odpowiedzialne za zdrowie publiczne powinny podejmować wszelkie starania, aby zachęcić jak największą część populacji do szczepień. Jednym ze sposobów może być empatyczne odnoszenie się do wątpliwości, zarówno tych wynikających z niewiedzy, jak i tych motywowanych lękiem. Taka ścieżka może być bardziej skuteczna zwłaszcza w odniesieniu do osób o lewicowej orientacji politycznej. Drugi sposób opiera się na autorytatywnych nakazach i wprowadzeniu obowiązkowych szczepień wszędzie

tam, gdzie jest to możliwe. Takie podejście może być bardziej skuteczne wobec osób o orientacji prawicowej. Paradoksalnie konieczność poddania się szczepieniom – bycie postawionym w sytuacji bez wyjścia – może przełożyć się na mniejszy lęk przed szczepieniami. Osoby odpowiedzialne za zdrowie publiczne mogą – i prawdopodobnie powinny – zdecydować się na podążanie obiema tymi ścieżkami jednocześnie.

ROZDZIAŁ 12

Moralność i szczepienia

Konrad Bocian
Uniwersytet SWPS

„Uważam, że ze względów moralnych każdy powinien przyjąć szczepionkę. Jest to wybór moralny, ponieważ dotyczy twojego życia, ale także życia innych”.

Papież Franciszek (McElwee, 2021)

Na przestrzeni ponad dwustu lat szczepienia przyczyniły się do wyeliminowania niektórych chorób. Przykładowo w 1980 roku Światowa Organizacja Zdrowia potwierdziła, że dzięki szczepionce opracowanej przez brytyjskiego doktora Edwarda Jennera udało się wyeradykować największą plagę ludzkości – ospę prawdziwą (Szczepienia.Info, 2022). W 2021 roku, w czasie pandemii COVID-19, szczepienia pozwoliły ograniczyć rozprzestrzenianie się wirusa i przywrócić nasze życie do normy. Jednak pomimo oczywistej konieczności szczepień, zarówno przeciwko COVID-19, jak i przeciwko innym chorobom, część ludzi – znaczna mniejszość – jest w stosunku do szczepień sceptyczna. Przykładowo wskaźnik akceptacji szczepionki przeciwko COVID-19 w Polsce szacuje się na 56,3%, podczas gdy w USA na 56,9% (Sallam, 2021), natomiast w Wielkiej Brytanii obecny wskaźnik akceptacji wynosi 73,5% (Sherman i wsp., 2022). Niemniej badania pokazują, że niezdecydowane podejście do szczepień jest powszechne i może narastać od 2009 roku (Yaqub i wsp., 2014), a takie postawy antyszczepionkowe są istotnymi predyktorami zachowań szczepionkowych (Martin i Petrie, 2017), w tym wobec szczepień przeciwko COVID-19 (Paul i wsp., 2021).

Wydaje się, że szczepienia stają się również zjawiskiem coraz bardziej moralizowanym. W wywiadzie dla programu informacyjnego włoskiej telewizji papież Franciszek powiedział, że szczepienie przeciwko koronawirusowi jest etycznym obowiązkiem ratującym życie, a odmowa jego wykonania

jest formą samobójstwa (McElwee, 2021). Chociaż wiemy, że niechęć do szczepień jest powiązana z fundamentami moralnymi (Amin i wsp., 2017), niewiele jest badań empirycznych sprawdzających, w jakim stopniu postawy wobec szczepień są moralizowane i jakie są tego konsekwencje.

W tym rozdziale przyjrzymy się postawom wobec szczepień z perspektywy psychologii przekonań moralnych. W pierwszej części skupię się na wyjaśnieniu, na czym polega moralizowanie postaw oraz jakie są tego społeczne konsekwencje. Dalej opowiem o zjawisku moralnego obramowywania oraz o możliwości wykorzystania tej metody do zmiany postaw. W końcu wykażę, że moralizowanie postaw wobec szczepień może wiązać się z zachowaniami dotyczącymi szczepień. W drugiej części rozdziału przedstawię wyniki własnych badań, w których sprawdzałem, w jakim stopniu Polacy moralizują szczepienia oraz jakie są tego konsekwencje. Przedstawię także dowody wskazujące na skuteczność techniki moralnego obramowywania w zmianie postaw wobec szczepień ochronnych. Rozdział zakończę prezentacją praktycznych zaleceń, które mogą okazać się pomocne w próbach zmiany postaw i zachowań wobec szczepień ochronnych.

Psychologia przekonań moralnych

W odróżnieniu od klasycznych teorii moralności psychologia przekonań moralnych nie definiuje tego, jakie problemy, sprawy lub kwestie są oceniane lub mogą być oceniane jako moralne. Zamiast tego pozwala ludziom samodzielnie zdefiniować, w jakim stopniu ich myśli, uczucia i wierzenia odzwierciedlają moralność lub są z nią powiązane. Tym samym programy badawcze, które wykorzystują podejście psychologii przekonań moralnych, zakładają, że: 1) ludzie mogą uzyskać dostęp do własnych postaw i przedstawić, w jakim stopniu odzwierciedlają one rdzeń ich przekonań moralnych; 2) spostrzeganie moralności nie jest wyłącznie kwestią oceny, ale także stopnia, w jakim dane zjawisko widzimy jako kwestię moralną (Skitka i wsp., 2021).

Co ważne, domenowa teoria postaw zakłada, że to, co ludzie subiektywnie odczuwają jako kwestie moralności, jest psychologicznie różne od tego, co subiektywnie odczuwają jako preferencje lub normy społeczne (Skitka i wsp., 2005). Przekonania moralne, w odróżnieniu od preferencji i norm społecznych, mogą być odczuwane jako kulturowo uniwersalne i obiektywne fakty

na temat świata, niezależne od autorytetów i prawa, obowiązkowe i usprawiedliwione oraz nietolerancyjne (Skitka i wsp., 2021). Przyjrzyjmy się każdemu z wymienionych aspektów przekonań moralnych.

Przekonania moralne są obiektywne i uniwersalne

Szczególną cechą przekonań moralnych jest przeświadczenie, że są one odzwierciedleniem obiektywnych faktów oraz fundamentalnej prawdy na temat otaczającej nas rzeczywistości. Prawdopodobnie dlatego ludzie wierzą, że ich przekonania moralne są częścią uniwersalnych prawd, które są do tego stopnia zgeneralizowane, że nie zmieniają się bez względu na czas, miejsce i kulturę. Aby przetestować powyższe stwierdzenie, Morgan i Skitka (2020) poprosili osoby badane o oszacowanie tego, w jakim stopniu problemy społeczne (np. aborcja, kara śmierci, imigracja) spstrzegają jako kwestie moralne oraz w jakim stopniu uważają, że ich stanowisko w danej kwestii jest obiektywnie prawdziwe i uniwersalnie stosowane. Analiza danych wykazała, że przeświadczenie, iż problem jest kwestią moralną, przewidywało stopień, w jakim ludzie spstrzegali swoje przekonania moralne jako obiektywne i uniwersalne. Innymi słowy, im bardziej ktoś był przekonany, że jego postawa wobec aborcji jest kwestią moralną, tym bardziej wierzył, że jest to postawa obiektywna i uniwersalna.

Jest to odkrycie ważne, ponieważ pokazuje, że przekonanie o obiektywizmie i uniwersalizmie własnych przekonań moralnych pozwala ludziom wyciągać wnioski, że wszyscy powinni myśleć i zachowywać się zgodnie z tym przekonaniem. To założenie znalazło potwierdzenie w badaniu, którego wyniki ujawniły, że ludzie szybciej dokonują uniwersalnej ewaluacji, czy ktoś powinien zaangażować się lub nie w dane zachowanie, gdy wcześniej ocenili to zachowanie jako moralne lub niemoralne, niż wtedy, gdy oceniali zachowanie jako pragmatycznie dobre lub złe albo jako przyjemne lub nieprzyjemne (Van Bavel i wsp., 2012). Dowody wskazują więc, że moralizowanie postaw, czyli przekonanie o tym, iż są one kwestiami moralnymi, wiąże się ze spstrzeganiem ich w kategoriach faktów oraz uniwersalnych prawd. To z kolei potwierdza, że postawy, które moralizujemy, nie są po prostu preferencjami. Są moralnymi przekonaniemiami o tym, jak wygląda otaczający nas świat. Przekonaniemiami na tyle silnymi, że czasami nie ulegają one zmianie nawet pod wpływem autorytetów.

Przekonania moralne są niezależne od zasad i autorytetów

Kolejną ważną właściwością przekonań moralnych jest wiara ludzi, że koncentracja na tym, jak powinniśmy lub jak należy postępować, gdy w grę wchodzi ich przekonania moralne, jest ważniejsza niż obowiązek stosowania się do zasad i zaleceń autorytetów (Skitka i wsp., 2021). Można wyciągnąć stąd wnioski, że moralizowanie postaw buduje w ludziach przeświadczenie, iż przekonania moralne mogą, a nawet powinny być niezależne od zaleceń autorytetów lub opinii innych ludzi.

Silną przesłanką wspierającą to stwierdzenie są wyniki naturalnego badania, które sprawdzało, w jakim stopniu Amerykanie uważają, że decyzja Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych przyznająca stanowi Oregon prawo do kontynuowania samobójstw wspomaganych medycznie jest legalna i sprawiedliwa. Okazało się, że uznanie decyzji Sądu Najwyższego nie zależało od tego, czy był on spostrzegany przed decyzją jako legalny i sprawiedliwy, tylko od tego, czy Amerykanie moralizowali postawę wobec samobójstw wspomaganych medycznie. Moralni przeciwnicy uważali decyzję za niesprawiedliwą i niewiążącą, podczas gdy moralni zwolennicy – za sprawiedliwą i wiążącą (Skitka i wsp., 2009). Wynik tego badania został później zreplikowany w przypadku decyzji Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych, który orzekł, że prawa zabraniające małżeństw tej samej płci są niekonstytucyjne (Hanson i wsp., 2016).

Na końcu warto dodać, że przekonania moralne są odporne na presję wywieraną przez grupę. Od lat 50. wiemy, że ludzie obawiają się, iż jawny sprzeciw wobec grupy może skończyć się dla nich wykluczeniem lub brakiem akceptacji ze strony tejże grupy. Z tego powodu ludzie wolą zgodzić się ze zdaniem grupy, nawet jeśli wiąże się to z podaniem złej odpowiedzi lub z zaprzeczeniem tego, co widzą gołym okiem (Asch, 1956). Ludzie zgadzają się z grupą także wtedy, gdy nie są pewni, jak powinni się zachować, lub nie znają prawidłowej odpowiedzi na postawiony problem (Deutsch i Gerard, 1955). Mimo presji, jaką wywiera grupa na zmianę naszego zdania, badania potwierdzają, że przekonania moralne wytrzymują tę presję, ponieważ ludzie nie podporządkowują się zdaniu większości (Aramovich i wsp., 2012) i podtrzymują swoje moralne przekonanie nawet wtedy, gdy ich konformizm jest publicznie znany (Hornsey i wsp., 2003).

Widzimy zatem, że przekonania moralne na temat kwestii społecznych są spostrzegane przez ludzi jako prawdziwe i uniwersalne oraz niezależne od opinii publicznej, praw i autorytetów. To z kolei pozwala ludziom wyciągać wnioski na temat legalności i sprawiedliwości decyzji wydawanych przez systemy polityczne i gospodarcze. Moralność jest tutaj punktem odniesienia, dlatego ocena sprawiedliwości i legalności podjętej przez system decyzji zależy wyłącznie od tego, czy jest ona zgodna z „naszą” moralnością.

Przekonania moralne obligują, usprawiedliwiają i prowadzą do nietolerancji

Gdy ludzie posiadają silne przekonania moralne na dany temat, zdarza się, że rezultat jest dla nich ważniejszy od sposobu, w jaki został on osiągnięty. Innymi słowy, gdy w grę wchodzi moralność, niewielkie znaczenie ma to, czy decyzja została podjęta zgodnie z zasadą proceduralnej sprawiedliwości. Kluczowe jest to, czy decyzja pokrywa się z naszymi moralnymi wierzeniami. Tego typu zjawisko jest w psychologii określane mianem efektu moralnego mandatu. Efekt moralnego mandatu mówi o tym, że ludzie dokonują ocen sprawiedliwości procedur nie na podstawie rzeczywiście przeprowadzonych (lub nie) procedur, ale wyłącznie na podstawie oceny tego, czy owe procedury doprowadziły do decyzji, którą uważają za moralnie usprawiedliwioną. Oznacza to, że samo sugerowanie przez instytucje, że proceduralna sprawiedliwość jest zachowana, prawdopodobnie nie zwiększy akceptacji ich decyzji, jeśli będzie wiązało się z przekonaniem ludzi, że muszą złamać przekonania moralne, które wyznają (Skitka i Mullen, 2002).

Ponieważ przekonania moralne wiążą się z myśleniem o własnej moralności, ludzie czują się zobligowani do podejmowania działania w zależności od tego, czy ich moralne wierzenia są słabe czy silne. Badania wskazują, że im silniejsze są nasze przekonania moralne, tym bardziej czujemy się zobligowani do zachowania, które będzie ich broniło, co w konsekwencji przekłada się na intencje zaangażowania się w różne formy aktywizmu i działań kolektywnych (Sabucedo i wsp., 2018). Na przykład w jednym z badań testowano związki między przekonaniem moralnym a chęcią zaangażowania się w różne formy aktywizmu związane ze strajkami na uczelniach. Okazało się, że wyłącznie poczucie moralnego obowiązku, a nie spodziewana skuteczność czy chęć wzmocnienia interesu własnej grupy, wyjaśniało ten związek

(Morgan, 2012). Co ciekawe, ludzie odczuwają negatywne emocje w stosunku do przeciwników politycznych przede wszystkim dlatego, że wsparcie ich moralnych przekonań spostrzegają w kategoriach moralnej obligacji (Zaal i wsp., 2017). Oznacza to, że poczucie, iż przekonania moralne są obligatoryjne, nie dotyczy tylko nas samych, ale rozszerza się także na oczekiwania wobec innych ludzi.

Oprócz poczucia obligacji przekonania moralne skłaniają ludzi do konkretnych zachowań politycznych. Na przykład im silniej ludzie są przekonani, że dana sprawa jest kwestią moralną, tym częściej raportują, że brali udział w głosowaniach (Morgan i wsp., 2010). Gdy w Europie wybuchł kryzys migracyjny, badacze zmierzli przekonania moralne Węgrów na ten temat i wykryli, że przekonania te przewidywały zarówno aktywizm (np. udział w demonstracji), jak i wolontariat na rzecz uchodźców (Kende i wsp., 2017). Ogólnie, jak pokazała metaanaliza 21 badań, związek między przekonaniem moralnym i zaangażowaniem politycznym jest bardzo silny, dotyczy prawej i lewej strony politycznego spektrum i utrzymuje się niezależnie od przekonań religijnych czy interesu wspieranej partii (Skitka i wsp., 2021).

Moralna prawda może być tylko jedna, więc osoby, które jej nie podzielają, muszą być w błędzie. Tak można podsumować sposób, w jaki ludzie myślą o innych, którzy nie zgadzają się z ich przekonaniem moralnym. Jak wspominałem wcześniej, ludzie są przeświadczeni o tym, że ich przekonania moralne są obiektywnie prawdziwe i uniwersalne. Tym samym każdy, kto ich nie wyznaje, może stać się ofiarą nietolerancji. Badania potwierdzają, że brak zgodności między przekonaniem moralnym może prowadzić do nietolerancji. Ludzie preferują większy dystans społeczny i fizyczny w stosunku do osób, które nie dzielą ich przekonań moralnych (Zaal i wsp., 2017). Brak akceptacji innych, którzy nie wyznają naszych przekonań moralnych, wykryto także u dzieci i adolescentów (Wright, 2012). W końcu skłonność do moralizowania kwestii politycznych przewiduje społeczne dystansowanie się od przeciwników politycznych, unikanie ich mediów społecznościowych, a także kierowanie w ich stronę złości i nieuprzejmości (Garrett i Bankert, 2020). Co ważne, badania wskazują, że związki przekonań moralnych z nietolerancją są napędzane raczej procesami automatycznymi niż kontrolowanymi. Okazuje się, że trening uważności osłabia te związki, z kolei zmęczenie i zajęcie zasobów poznawczych wzmacnia je (Baumgartner i Morgan, 2019).

Moralne obramowywanie

Moralizowanie postaw, jak wykazałem do tej pory, ma swoje społeczne, najczęściej negatywne, konsekwencje. Może jednak stać się także elementem skutecznej perswazji. Wiemy bowiem, że nawet jeśli nasze przekonania moralne nie zmieniają się pod presją grupy lub ze względu na zalecenia autorytetów, mogą wpłynąć na nasze intencje lub zachowania. Musi jednak zostać spełniony jeden warunek. Komunikaty zachęcające ludzi do zmiany postaw lub zachowania muszą rezonować z ich wierzeniami moralnymi. W psychologii społecznej technikę perswazji opartej na wartościach moralnych nazywamy moralnym obramowywaniem.

Samo obramowywanie to prosta technika polegająca na organizacji idei albo historii w sposób, który nadaje jej sens. Jeśli natomiast osadzimy idee lub historie na gruncie moralności, to możemy takie obramowywanie określić jako moralne (Lakoff, 2004). W tym wypadku zatem technika ta będzie polegała na przedstawieniu (obramowywaniu) stanowiska, które normalnie nie uzyskałoby poparcia jednostki, w taki sposób, aby stanowisko to było zgodne z jej wartościami moralnymi. Na przykład na gruncie amerykańskim apel skierowany do konserwatystów, aby poparli legalizację związków osób tej samej płci, ma większe szanse na sukces, gdy jest obramowywany wartościami patriotycznymi (np. pary jedнопłciowe są dumnymi amerykańskimi patriotami), niż wtedy, gdy używamy wartości nawiązujących do równości (np. pary jedнопłciowe zasługują na równe i sprawiedliwe traktowanie). Dzieje się tak, ponieważ patriotyzm jest wartością częściej utożsamianą z konserwatyzmem, równość zaś – z liberalizmem (Feinberg i Willer, 2019). Jako że perswazja jest procesem złożonym, aby moralne obramowywanie było skuteczne, musi zostać spełnionych szereg czynników.

Po pierwsze, należy poznać przekonania moralne ludzi, do których chcemy skierować naszą komunikację. Z tego powodu, jak opowiem w drugiej części tego rozdziału, postanowiłem zbadać, w jakim stopniu Polacy moralizują postawy wobec szczepień. Łatwym sposobem sprawdzenia, czy postawy są moralizowane, jest po prostu zapytanie ludzi o to, w jakim stopniu poruszana kwestia jest odzwierciedleniem ich głównych wartości moralnych. Co ciekawe, można także przekonać ludzi, że ich postawy są osadzone w moralności. W jednym z eksperymentów badacze przekonywali studentów, że ich

wnioski na temat nowo zaproponowanej polityki egzaminacyjnej są lub nie są osadzone w moralności. Później sprawdzono, w jakim stopniu studenci byliby gotowi poprzeć nowe rozwiązania, na przykład głosując albo wyrażając pisemne poparcie dla nowej polityki. Zgodnie z przypuszczeniami związek między postawami a intencjami dotyczącymi zachowania był silniejszy, gdy przekonano studentów, że ich postawy są osadzone w wartościach moralnych, niż wtedy, gdy studenci myśleli, że nie mają z nimi związku.

W innym eksperymencie z użyciem tej samej metody badacze wykazali, że sztucznie zmoralizowane postawy studentów były odporniejsze na komunikaty perswazyjne (nienawiązujące do moralności), ponieważ studenci mniej chętnie je zmieniali (Luttrell i wsp., 2016). Prawdopodobnie dlatego, że komunikaty nie były dopasowane do wcześniej wzbudzonych wartości moralnych. Badacze zajmujący się perswazją podkreślają, że drugim czynnikiem skutecznej perswazji jest dopasowanie przekazywanych argumentów do osobistych wartości odbiorców. Jeśli celem perswazji jest dopasowanie komunikatu do wartości moralnych odbiorców, mamy wtedy do czynienia z techniką moralnego obramowywania.

Badania jednoznacznie wskazują, że technika moralnego obramowywania może skutecznie zmieniać intencje i zachowania. Wiemy na przykład, że komunikacja oparta na wartościach moralnych potrafi być bardziej skuteczna w zmianie postaw prośrodowiskowych niż komunikacja pozbawiona tych wartości. Jednak tylko wtedy, gdy dotyczy postaw, które ludzie moralizują. Co ciekawe, zmiana postawy odbiorców wynika z głębszego przemyślenia komunikatu, który mimo że zachęca ich do zmiany zdania na temat ekologii, pozostaje jednak zgodny z wyznawanymi przez nich wartościami moralnymi (Luttrell i wsp., 2019). Postawy moralizowane mają jeszcze jedną ważną cechę. Badania analizujące 19 różnych problemów społecznych wykazały, że im bardziej ludzie moralizują własną postawę wobec danego problemu społecznego, tym częściej raportują spójność tej postawy w czasie. Oznacza to, że postawy moralizowane są bardziej stabilne niż postawy niemoralizowane (Luttrell i Togans, 2021).

Innym sposobem wykorzystania techniki moralnego obramowywania jest dopasowywanie komunikatu nie do postawy, ale do wartości moralnych odbiorców. Psychologowie zajmujący się moralnością na przestrzeni ostatnich 10 lat wykryli, że rosnąca na świecie polaryzacja zarówno w polityce, jak

i w życiu społecznym powiązana jest z różnicami w wyznawanych przez ludzi wartościach moralnych. Według teorii fundamentów moralnych (Haidt, 2012) postawy oraz sądy moralne zbudowane są na pięciu fundamentach: troski, sprawiedliwości, lojalności, autorytetu oraz świętości. Badania prowadzone na całym świecie wykazały, że osoby opisujące siebie jako liberalne częściej podkreślają, że ich sądy moralne oparte są na fundamentach troski i sprawiedliwości, dlatego w polityce wspierają partie, które skupiają się na współczuciu, opiece i sprawiedliwości społecznej. Z kolei osoby opisujące siebie jako konserwatywne sygnalizują, że dla ich ocen moralnych najważniejsze są wartości lojalności, autorytetu i świętości, dlatego bliżej im do partii, które dbają o patriotyzm, tradycje oraz wartości religijne (Graham i wsp., 2009).

Można więc założyć, że poznanie poglądów politycznych jednostki pozwala wyciągnąć wnioski na temat jej wartości moralnych. Problem w tym, że wartości te są różne dla różnych grup, a jak wiemy, skuteczność moralnego obramowania zależy od stopnia dopasowania komunikacji do wartości moralnych odbiorców. Z tego powodu ten sam komunikat moralny może wpłynąć na zachowanie jednej grupy, a jednocześnie doprowadzić do silnego oporu innej grupy. Na przykład używana czasami przez polityków komunikacja, w której podkreśla się, że imigracja „zanieczyszcza” społeczeństwo lub prowadzi do jego „skażenia”, może trafiać do osób o poglądach konserwatywnych, ponieważ ich wartości moralne powiązane są ze świętością i czystością moralną. Może jednak również umocnić osoby o poglądach liberalnych w postawach proimigracyjnych, ponieważ ich wartości moralne skupiają się przede wszystkim wokół sprawiedliwego traktowania innych ludzi (Feinberg i Willer, 2019; Gadarian i van der Vort, 2018).

Efektywność moralnego obramowywania została potwierdzona licznymi badaniami, które od prawie dekady sprawdzają, w jakim stopniu można za pomocą tej techniki przekonać liberałów i konserwatystów do poparcia polityki przeciwnej strony. Na przykład konserwatyści chętniej popierają politykę proekologiczną, gdy są do niej zachęceni argumentami, które podkreślają, że postawa prośrodowiskowa jest spójna z „amerykańskim stylem życia”, czyli jest formą patriotycznego obowiązku (Feygina i wsp., 2010). Konserwatyści wyrażają także większą troskę o środowisko oraz wiarę w zmiany klimatyczne, gdy przedstawione im argumenty podkreślają, jak nieczysta, wstrętna i brudna jest degradacja środowiska (Wolsko i wsp., 2016). Z drugiej strony

liberałowie są gotowi poprzeć zwiększenie wydatków na wojsko, gdy użyta argumentacja nawiązuje do sprawiedliwości, przekonując, że wojsko pomaga walczyć z nierównością społeczną i dyskryminacją rasową (Feinberg i Willer, 2015).

Oprócz wykazania skuteczności moralnego obramowywania w odniesieniu do zagadnień mocno polaryzujących społeczeństwa (np. nierówności społeczne czy małżeństwa osób tej samej płci) technika ta okazuje się skuteczna także w komunikacji dotyczącej działań charytatywnych, zarządzania różnorodnością w miejscu pracy, komórek macierzystych i – co ważne z punktu widzenia tego rozdziału – niepewności związanej ze szczepieniami (Feinberg i Willer, 2019).

Moralne obramowywanie a postawy wobec szczepień

Zaprezentowane w drugiej części tego rozdziału badania są jednymi z pierwszych, które testowały skuteczność techniki moralnego obramowywania w komunikacji dotyczącej szczepień ochronnych. Prowadzone wcześniej badania dotyczące postaw oraz obaw wobec szczepień i ich związku z wyznawanymi wartościami moralnymi sugerują, że może to być technika skuteczna, zachęcająca ludzi do szczepienia siebie oraz swoich dzieci. Poniżej przedstawię trzy najważniejsze argumenty przemawiające za techniką moralnego obramowywania.

Po pierwsze, obawy rodziców przed szczepieniami powiązane są z wartościami moralnymi, a dokładnie z czystością i wolnością. Analizując wspomniane wcześniej fundamenty moralne, badacze wykryli, że najsilniejszymi predyktorami obaw rodziców przed szczepieniami są fundamenty świętości i czystości (szczepionki są nienaturalne, dlatego naruszają czystość ciała) oraz niewymieniony wcześniej fundament wolności (obowiązkowe szczepienia naruszają prawa i swobody obywatelskie). Co ciekawe, często wykorzystywane w komunikacji na temat szczepionek fundamenty troski o innych oraz sprawiedliwości nie były powiązane z obawami rodziców, co sugeruje, że tego typu komunikacja może być nieskuteczna (Amin i wsp., 2017).

Po drugie, analiza wskaźnika szczepień przeciwko COVID-19 w ponad 3000 hrabstwach w USA wykazała, że w hrabstwach o niskim wskaźniku szczepień rezydenci podkreślali przede wszystkim to, że ich wartości moralne dotyczą czystości duchowej i cielesnej. Natomiast wysoki wskaźnik szczepień

dotyczył rezydentów, którzy jako najważniejsze wartości moralne wskazywali sprawiedliwość oraz lojalność wobec własnej grupy. Związki między wskaźnikiem szczepień a wyznawanymi fundamentami moralnymi utrzymywały się na tym samym poziomie, gdy badacze wzięli pod uwagę ograniczenia związane z dostępnością szczepionki, a także demografię oraz zachowania wyborcze rezydentów (Reimer i wsp., 2022).

W końcu, po trzecie, w przeprowadzonym w tym roku eksperymencie badacze, wykorzystując technikę moralnego obramowywania, próbowali zmniejszyć obawy liberałów i konserwatystów przed szczepieniami. W tym celu stworzyli komunikaty odnoszące się do fundamentów moralnych troski i lojalności, zakładając, że pierwsze będą skuteczniejsze w przypadku osób o liberalnych poglądach politycznych, a drugie w przypadku konserwatystów. Analiza wyników pokazała, że w przypadku liberałów perswazja oparta na fundamencie troski rzeczywiście była skuteczniejsza niż perswazja nawiązująca do lojalności. Jednak w przypadku konserwatystów żaden z komunikatów nie okazał się wystarczająco skuteczny, co może sugerować, że konserwatyści byli mniej podatni na perswazję niż liberałowie (Roweton i Eidelman, 2023).

Wydaje się, że zebrane do tej pory dowody przemawiają na rzecz techniki moralnego obramowywania jako skutecznej metody zmniejszania obaw ludzi przed szczepieniami. W drugiej części rozdziału zaprezentuję wyniki własnych badań, które wspierają to założenie, pokazując, że skuteczność techniki moralnego obramowywania zależy od przekonań i wartości moralnych i jest inna dla osób zaszczepionych i niezaszczepionych przeciwko COVID-19.

Badania własne

W latach 2021–2022 przeprowadziłem w sumie trzy badania (korelacyjne i eksperymentalne) na łącznej próbie ponad 3700 polskich respondentów. Pierwszym celem badań było poznanie postaw i przekonań moralnych Polek i Polaków wobec szczepień ochronnych. Drugim celem było sprawdzenie skuteczności techniki moralnego obramowywania w redukcji obaw i negatywnych postaw wobec szczepień ochronnych. W końcu sprawdzałem także, czy skuteczność techniki moralnego obramowywania zależy od przekonań moralnych i poglądów politycznych odbiorców.

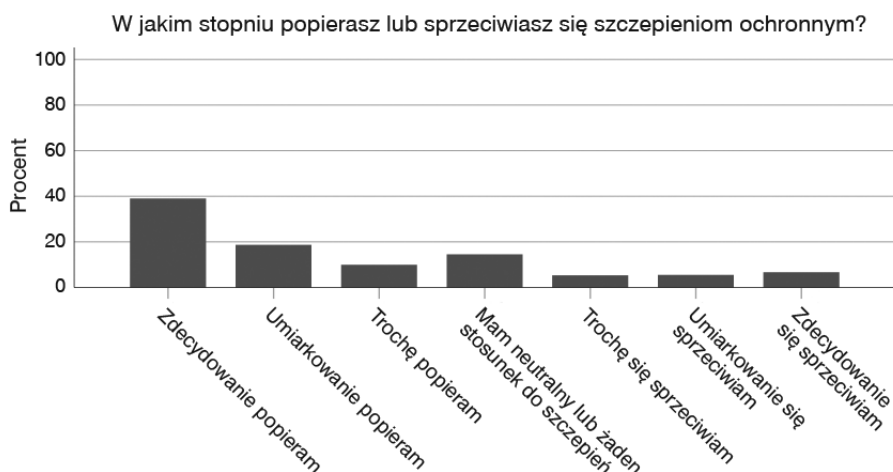
Badanie 1:

Związki przekonań moralnych z postawami wobec szczepień

Pierwsze badanie, korelacyjne i eksploracyjne, przeprowadziłem na reprezentatywnej próbie Polaków (N = 1133; 569 kobiet, $M_{\text{wiek}} = 43,78$, $SD = 16,48$) za pomocą ogólnopolskiego panelu badawczego Ariadna. W badaniu zapytałem Polki i Polaków o ich postawy i przekonania moralne dotyczące szczepień ochronnych, o zaufanie do autorytetów, o sprawiedliwość potencjalnej decyzji o wprowadzeniu obowiązku szczepień oraz stopień akceptacji użycia siły w obronie wolności do nieszczepienia się oraz przymusu szczepienia dla dobra ogółu. Uczestnicy odpowiadali na każde z pytań, używając siedmiostopniowych skal, gdzie 1 oznaczało „zdecydowanie nie”, a 7 – „zdecydowanie tak”.

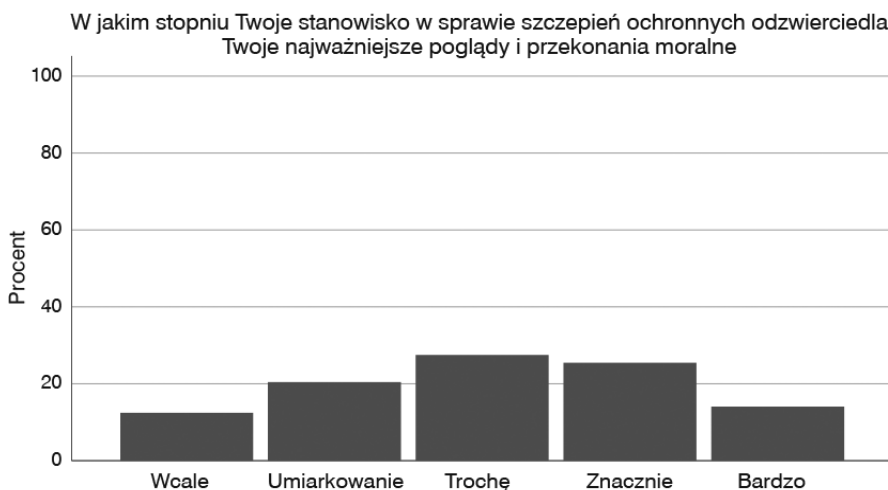
Wyniki

39% z badanej próby zdecydowanie popiera szczepienia ochronne, a tylko 6,7% zdecydowanie się im sprzeciwia (zobacz Rysunek 12.1). Analiza przekonań moralnych wykazała, że badani moralizują swoją postawę wobec szczepień w różnym stopniu, od umiarkowanego do zdecydowanego, jednak najczęściej robią to „trochę” (zob. Rysunek 12.2). Dalsza analiza wykazała, że silniejsze przekonania moralne na temat szczepień demonstrowają osoby przeciwnie szczepieniom oraz popierające je w porównaniu z osobami obojętnymi.



Rysunek 12.1

Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o postawę wobec szczepień ochronnych

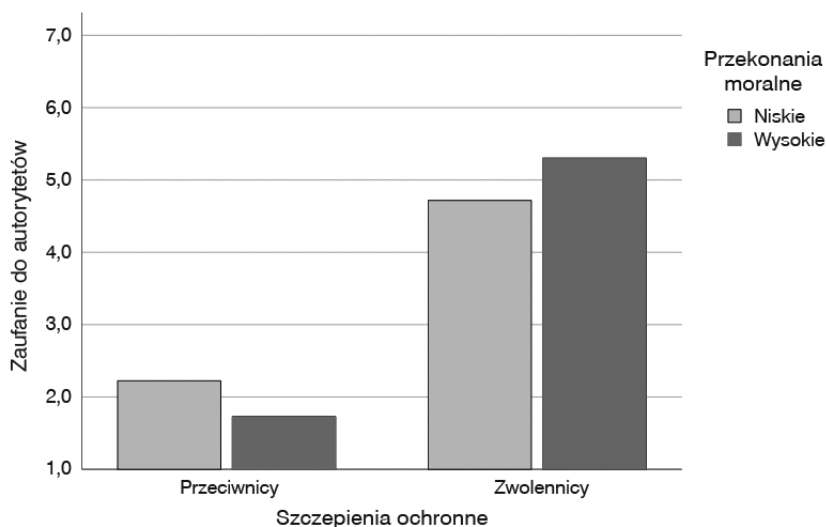


Rysunek 12.2

Procentowy rozkład odpowiedzi na pytanie o moralizowanie postaw wobec szczepień ochronnych

Stopień zaufania do autorytetów (lekarzy, polityków, firm), zgodnie z przypuszczeniami, był większy w przypadku osób popierających szczepienia ochronne i mniejszy w przypadku osób przeciwnych szczepieniom. Co ważne, efekt ten był dodatkowo wzmacniany przez przekonania moralne badanych. Z jednej strony przekonania moralne na temat szczepień ochronnych wzmacniały zaufanie wśród zwolenników szczepień, a z drugiej wzmacniały nieufność wśród ich przeciwników (zob. Rysunek 12.3). Dokładnie w taki sam sposób przekonania moralne zwolenników i przeciwników wpływały na ich oceny sprawiedliwości potencjalnego wprowadzenia obowiązku szczepień.

Na końcu analizowałem, w jakim stopniu przekonania moralne wpływają na akceptację użycia siły w obronie wolności do nieszczepienia się oraz przymusu szczepienia dla dobra ogółu. Ponownie przekonania moralne wzmacniały postawy przeciwników i zwolenników szczepień ochronnych w taki sposób, że przeciwnicy silnie (vs. słabo) moralizujący szczepienia w większym (vs. mniejszym) stopniu akceptowali użycie siły w obronie wolności do nieszczepienia się. Dokładnie w ten sam sposób moralizowanie szczepień wpływało na akceptację użycia siły dla wsparcia przymusu szczepienia dla dobra ogółu wśród zwolenników szczepień ochronnych. Wyniki te są zgodne z badaniami dotyczącymi efektu moralnego mandatu, które pokazują, że w opinii ludzi bardziej od tego, jak osiągnięto dany rezultat, liczy się to, czy jest on zgodny



Rysunek 12.3

Przekonania moralne zwolenników i przeciwników szczepień

z ich przekonaniami moralnymi, a tym samym czy jest moralnie uzasadniony (Mullen i Skitka, 2006).

Zebrane w pierwszym badaniu dane sugerują, że podnoszenie kwestii moralnych w komunikatach o szczepieniach ochronnych może wzmocnić pozytywne postawy wśród osób popierających szczepienia, ale z drugiej strony może też nasilić negatywne postawy (w tym agresję) zarówno u przeciwników, jak i u zwolenników szczepień. Dlatego w drugim badaniu postanowiłem sprawdzić, w jakim stopniu moralne obramowywanie komunikatów o szczepieniach ochronnych, a także przekonania moralne odbiorców wpływają na ich intencje i postawy wobec szczepień ochronnych.

Badanie 2:

Testowanie techniki moralnego obramowywania w komunikacji dotyczącej szczepień ochronnych

Celem przeprowadzonego eksperymentu było sprawdzenie, czy komunikaty nawiązujące do wartości moralnych są w stanie zmienić postawy osób zaszczepionych i niezaszczepionych wobec szczepień ochronnych. W tym celu 836 osobom badanym (wśród nich było 299 osób niezaszczepionych przeciwko COVID-19, 399 kobiet, $M_{\text{wiek}} = 44,13$, $SD = 15,99$) przedstawiono

losowo siedem różnych komunikatów na temat szczepień w postaci ulotek informacyjnych. Komunikaty odnosiły się albo do pięciu fundamentów moralności (czystość, sprawiedliwość, lojalność, troska, wolność), albo do obowiązku moralnego (szczepiąc się, sygnalizujesz swoje wartości moralne), albo do normy społecznej (szczepienie się jest normą społeczną). Na następnej stronie prezentuję przykłady plakatów odwołujących się do fundamentu czystości (lewa strona) oraz do moralnego obowiązku (prawa strona).

Zmierzyłem postawy uczestników wobec szczepień ochronnych zarówno przed wyświetleniem plakatu, jak i po wyświetleniu, chcąc sprawdzić, który z plakatów oraz w jakim stopniu wpłynął na postawę uczestników. Dodatkowo zmierzyłem stopień moralizowania szczepień przez uczestników, a także to, czy ich poglądy polityczne są liberalne, czy konserwatywne, oraz w jakim stopniu prezentowana ulotka informacyjna była przekonująca, przedstawiała silne argumenty i współgrała z ich wartościami.

Wyniki

Osoby zaszczepione przeciwko COVID-19 w większym stopniu popierały szczepienia ochronne, a także bardziej moralizowały swoją postawę niż osoby niezaszczepione. Analiza pomiaru postawy badanych przed i po wyświetleniu komunikatów perswazyjnych wykazała istotny wzrost postawy w kierunku szczepień bez względu na rodzaj komunikatu. Postawa była wyższa u osób zaszczepionych niż u niezaszczepionych na COVID-19. Zmiana postawy w zależności od rodzaju komunikatu perswazyjnego zależała zarówno od stopnia moralizacji szczepień, jak i od tego, czy badana osoba zaszczepiła się przeciwko COVID-19.

Wśród osób niezaszczepionych na COVID-19, które słabo moralizowały swoje postawy wobec szczepień, komunikaty dotyczące czystości oraz normy społecznej skutecznie zmieniły i poprawiły ich postawy. Efekt ten nie pojawił się w przypadku osób, które silnie moralizowały swoje postawy – żaden z komunikatów nie wpłynął na ich postawy wobec szczepień ochronnych. W odniesieniu do osób zaszczepionych przeciwko COVID-19, które słabo moralizowały swoje postawy wobec szczepień, skuteczne okazały się komunikaty dotyczące troski oraz sprawiedliwości. W przypadku wysokiej moralizacji szczepień efekty przyniosły komunikaty nawiązujące do wolności i swobody poruszania się oraz do obowiązku moralnego (zob. Rysunek 12.4).

#SZCZEPIMYSIĘ

BO BEZ SZCZEPIONKI ZARAŻENI I CHOROZY POLACY BĘDĄ CHODZIĆ WŚRÓD NAS

Osoby niezaszczone mogą rozwinąć i przenieść takie choroby jak gruźlica, polio, odra, krztusiec czy tężec oraz inne wirusy lub pasożyty, które bez szczepionki dużo łatwiej rozprzestrzeniają się w całej populacji. Te choroby są obrydliwymi plagami, które atakują ludzkie ciało i aby przetrwać wysysają potrzebne składniki odżywcze. Wiele z tych chorób ma groteskowe objawy, takie jak zażółcenie skóry i oczu, odkrzuszczenie krwawego śluzu, swędzące wysypki i zmiany chorobowe. Choroby te są zaraźliwe i rozprzestrzeniają się w populacji, zarażając wielu, przede wszystkim tych, którzy nie są zaszczepieni.

Rozprzestrzanie się tych chorób, może być jednak łatwo powstrzymane, jeśli wszyscy Polacy będą zaszczepieni. Osoby zakażone byłyby znacznie mniej narażone na przeniesienie chorób na innych, a lekarzom byłoby łatwiej te choroby leczyć i kontrolować, ucząc pacjentów jak unikać zarażenia innych.

Powszechność szczepień to sposób na oczyszczenie Polski z niektórych z jej najbardziej zakaźnych chorób, co zmniejsza prawdopodobieństwo, że zdrowi ludzie kiedykolwiek będą mieli do czynienia z tymi chorobami. Każdy powinien się zaszczepić.

ZGŁOŚ SIĘ NA SZCZEPIENIE PRZEZ:

GOV.PL/SZCZEPIMYSIĘ

LUB SKORZYSTAJ Z CAŁODOBOWEJ INFOLINI: 989



#SZCZEPIMYSIĘ

BO BEZ SZCZEPIONKI NIE MA ZAUFANIA

Osoby niezaszczone mogą rozwinąć i przenieść takie choroby jak gruźlica, polio, odra, krztusiec czy tężec oraz inne wirusy, które bez szczepionki dużo łatwiej rozprzestrzeniają się w całej populacji. Choroby te zarażają wielu, przede wszystkim tych, którzy nie są zaszczepieni. Dlatego szczepienia spostrzegane są jako moralny obowiązek każdego z nas. Osoby zaszczepione cieszą się zaufaniem innych, ponieważ decydują o zaszczepieniu to wyraz troski o zdrowie innych oraz dowód wysokiej odpowiedzialności moralnej.

Dziś bardziej niż kiedykolwiek możesz pokazać innym jakimi wartościami moralnymi kierujesz się w życiu. Dzięki szczepieniom wzmocnisz poziom zaufania społecznego, ponieważ nawet jeśli jest to trudne, troska o zdrowie innych to podstawa silnego moralnego charakteru. Tym samym osoby bezbronne, które należy chronić przed zakażeniem, dzięki wzmocnionemu zaufaniu do innych, mogą poczuć się bezpiecznie.

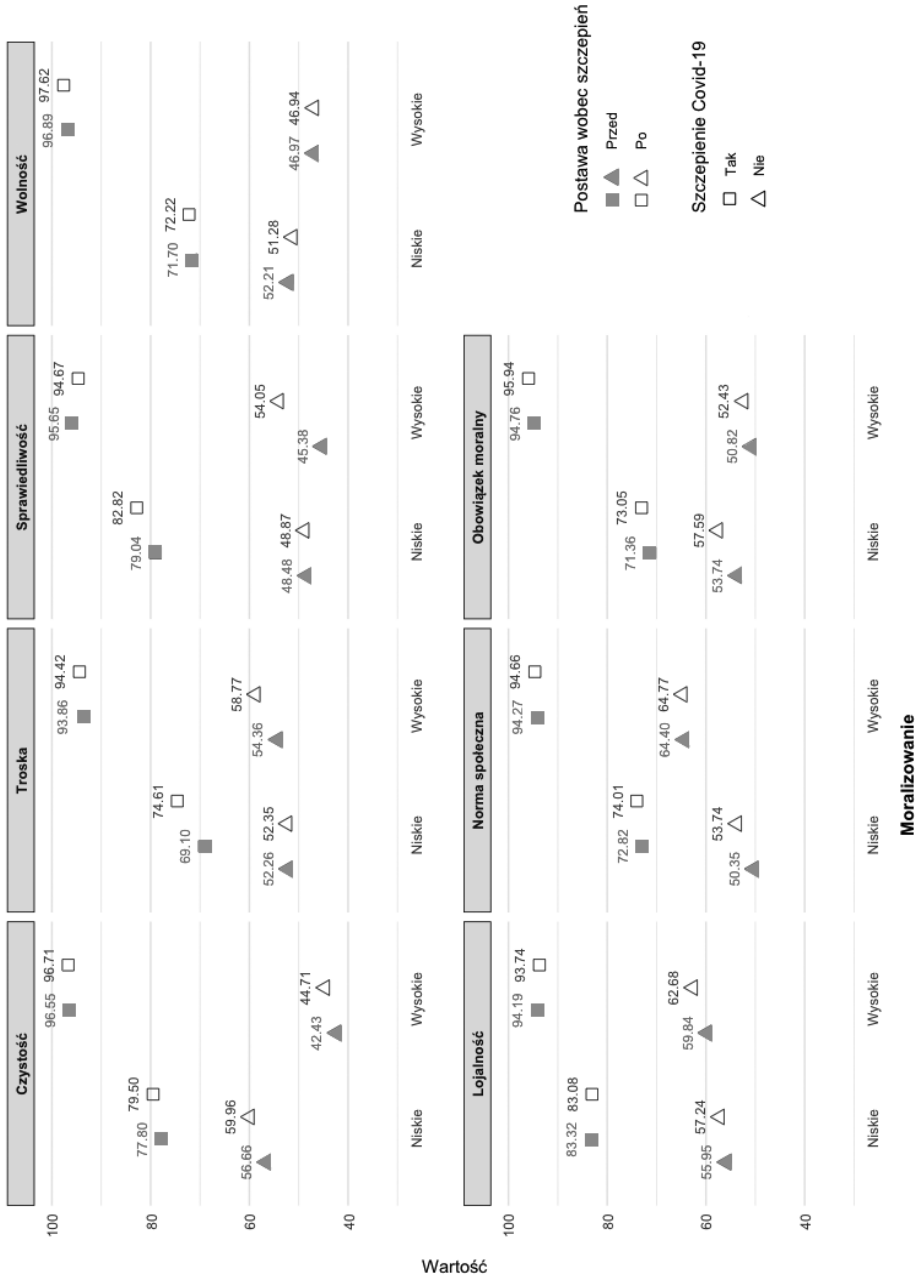
Powszechność szczepień to sposób na przywrócenie wysokiego stopnia zaufania społecznego w Polsce. Dzięki szczepieniom możesz pokazać swój moralny charakter i tym samym zyskać zaufanie wśród innych. Każdy powinien się zaszczepić.

ZGŁOŚ SIĘ NA SZCZEPIENIE PRZEZ:

GOV.PL/SZCZEPIMYSIĘ

LUB SKORZYSTAJ Z CAŁODOBOWEJ INFOLINI: 989





Rysunek 12.4

Wpływ komunikacji opartej na moralności na postawy wobec szczepień ochronnych w zależności od przekonań moralnych i od zaszczepienia przeciwko COVID-19

W zakresie perswazyjności komunikatów analiza wyników wykazała, że komunikaty odnoszące się do czystości, odpowiedzialności moralnej oraz normy społecznej były najbardziej przekonujące. Za to najmniej przekonujący okazał się komunikat dotyczący lojalności. Ani moralizowanie postawy, ani szczepienie lub jego brak, ani też orientacja polityczna nie miały wpływu na skuteczność komunikacji.

Wyniki drugiego badania wykazały, że komunikacja oparta na technice moralnego obramowywania może być skuteczna w promowaniu szczepień ochronnych, jednak w jej planowaniu trzeba wziąć pod uwagę dwa czynniki dotyczące grupy docelowej: postawę wobec szczepień oraz stopień jej moralizowania. Jak pokazują wyniki drugiego badania, w przypadku osób niepopierających szczepienia (niezaszczepionych przeciwko COVID-19) skuteczna okazała się komunikacja nawiązująca do fundamentu czystości moralnej oraz komunikacja nawiązująca do normy społecznej, która sugerowała, że normą powszechnie podzielaną jest szczepienie się. Dotyczyło to jednak wyłącznie osób słabo moralizujących swoje postawy wobec szczepień. W przypadku osób, które silnie moralizowały swoje postawy, żaden z komunikatów nie okazał się skuteczny. Potwierdza to wcześniejsze ustalenia, zgodnie z którymi silne przekonania moralne uodparniają ludzi na różne techniki oddziaływania społecznego. Ostatnie przeprowadzone przeze mnie badanie miało na celu sprawdzenie, w jakim stopniu wyniki drugiego badania replikują się w innej grupie respondentów.

Badanie 3:

Testowanie techniki moralnego obramowywania w komunikacji dotyczącej szczepień ochronnych (replikacja)

Celem przeprowadzonego eksperymentu była replikacja poprzedniego badania. Osobom badanym, których było łącznie 1060 (w tym 282 osoby niezaszczepione przeciwko COVID, 575 kobiet, $M_{\text{wiek}} = 46,12$, $SD = 16,31$), przedstawiono siedem różnych komunikatów na temat szczepień, tych samych, które zostały użyte w drugim badaniu. Dokładnie tak jak w badaniu drugim zmierzyłem postawy uczestników wobec szczepień ochronnych przed wyświetleniem komunikatu w postaci ulotki informacyjnej i po komunikacji. W odróżnieniu od badania drugiego, zamiast pytać o przekonania moralne, zmierzyłem moralną tożsamość osób badanych (stopień, w jakim bycie

moralnym jest dla osoby badanej ważne). Moralną tożsamość można zdefiniować jako cechę, którą mierzy się za pomocą kwestionariusza i która, jak pokazują badania, jest silnie powiązana z moralnym zachowaniem (Aquino i Reed, 2003). Po raz kolejny poprosiłem uczestników o określenie poglądów politycznych oraz oszacowanie, w jakim stopniu prezentowana ulotka informacyjna była przekonująca, dobrze uargumentowana i współgrająca z ich wartościami.

Wyniki

Potwierdzając wyniki drugiego badania, osoby zaszczepione przeciwko COVID-19 w większym stopniu popierały szczepienia ochronne niż osoby niezaszczepione, a także częściej podkreślały, że posiadanie moralnych cech (np. sprawiedliwy, uczciwy) jest dla nich ważne z punktu widzenia ich tożsamości oraz wizerunku. Dalsza analiza wykazała, że komunikacja zachęcająca do szczepień oddziaływała na postawy osób zaszczepionych i niezaszczepionych w podobny sposób, jednak z inną siłą.

Najbardziej skuteczne w poprawie postawy wobec szczepień ochronnych okazały się komunikaty nawiązujące do fundamentu troski oraz moralnego obowiązku. Zmianę postawy zaobserwowano zarówno u osób zaszczepionych przeciwko COVID-19, jak i niezaszczepionych, jednak w przypadku tej drugiej grupy oddziaływanie komunikatów było ponad trzy razy silniejsze. Co ciekawe, gdy do analizy włączyłem także poglądy polityczne respondentów, wśród osób niezaszczepionych przeciwko COVID-19 komunikacja nawiązująca do moralnego obowiązku skutecznie zmieniała postawy osób o poglądach liberalnych, ale nie konserwatywnych. W końcu komunikat nawiązujący do normy społecznej w podobnym stopniu wpłynął na obie grupy respondentów (niezależnie od poglądów politycznych), natomiast komunikacja oparta na fundamencie sprawiedliwości wpłynęła wyłącznie na postawy osób zaszczepionych (również niezależnie od poglądów politycznych).

Analiza stopnia, w jakim komunikaty były przekonujące, wykazała, że argumentacja z ulotek bardziej trafiała do osób zaszczepionych niż niezaszczepionych oraz do osób o poglądach konserwatywnych niż liberalnych. Najbardziej przekonujące okazały się komunikaty nawiązujące do czystości, troski, normy społecznej i moralnego obowiązku, a najmniej skuteczne były te podkreślające wolność i swobodę. Wbrew przewidywaniom nie wykryłem, aby

moralna tożsamość osób badanych miała związek ze zmianą postaw wobec szczepień w zależności od rodzaju komunikatu. Nie wykryto takich związków także w przypadku perswazyjności komunikatów.

Wyniki ostatniego badania potwierdziły, że technika moralnego obramowywania może skutecznie wpływać na postawy osób popierających szczepienia i przeciwnych szczepieniom. Najbardziej uniwersalna, bo zmieniająca postawy niezależnie od poglądów politycznych, okazała się komunikacja nawiązująca do normy społecznej (szczepienie się jest obowiązującą normą). Potwierdza to ustalenia drugiego badania, w którym komunikacja nawiązująca do normy społecznej także skutecznie zmieniała postawy osób niezaszczepionych. Trzeba jednak pamiętać, że dotyczyło to wyłącznie osób, które nie moralizowały swojej postawy wobec szczepień.

Implikacje i praktyczne zalecenia

Jak pokazałem w tym rozdziale, przekonania moralne Polek i Polaków na temat szczepień ochronnych mogą odgrywać znaczącą rolę w planowaniu komunikacji informacyjnej. Z przeprowadzonych przeze mnie badań wynika, że ponad 80% badanych Polaków w różnym stopniu moralizuje swoje postawy wobec szczepień ochronnych. Szczepień nie moralizuje mniej niż 13% ankietowanych respondentów, dlatego w komunikacji, której celem jest zmiana postawy i zachowania, zdecydowanie należy uwzględnić fakt, że moralizowanie postawy może uodparniać odbiorców na perswazję. Z moich badań wynika, że dotyczy to przede wszystkim osób, które w sposób ekstremalny moralizują swoje postawy. Nie zmienia to jednak faktu, że komunikacja odnosząca się do wartości moralnych (moralne obramowywanie) może okazać się skuteczną techniką zmiany postaw. Co ważniejsze – techniką, która oddziałuje zarówno na osoby zaszczepione, jak i niezaszczepione. Z oczywistych względów ważniejsza jest w tym wypadku ta druga grupa odbiorców komunikacji na temat szczepień ochronnych i dlatego proponowane dalej praktyczne zalecenia będą odnosić się przede wszystkim do niej.

Projektując komunikację, której celem jest zachęcenie osób do szczepienia się, warto zadbać o to, aby nawiązywała ona do wartości moralnych. W tym wypadku najskuteczniejsza może okazać się komunikacja nawiązująca do wartości moralnej czystości, ponieważ sugeruje, że bez szczepionek osoby

chore i zarażone będą poruszać się wśród nas, a powszechność szczepień pomoże oczyścić Polskę z najbardziej zakaźnych chorób. Ponieważ czystość fizyczna i duchowa jest wartością moralną, sugerowanie, że choroby te ową wartość naruszają, a szczepionki odbudowują, może pomóc przekonać osoby niezaszczepione do przyjęcia szczepionki.

Drugą wartością moralną, którą warto uwzględnić w komunikacji, jest troska o drugiego człowieka. W tego rodzaju komunikacji zależy nam na podkreśleniu, że choroby mogą zranić najsłabsze osoby, dlatego należy chronić je przed krzywdą. Pomocne w tym zadaniu mogą okazać się szczepionki, które pozwolą ograniczyć cierpienie najsłabszych i zapewnić im bezpieczeństwo. W swoich badaniach pokazałem, że komunikacja odnosząca się do wartości czystości oraz troski skutecznie poprawiała postawy wobec szczepień ochronnych oraz była spostrzegana jako najbardziej przekonująca.

Oprócz wartości moralnych w komunikacji zachęcającej do zmiany postaw wobec szczepień można także nawiązać do dwóch innych ważnych dla ludzi wartości: bycia spostrzeganym jako osoba moralna oraz bycia akceptowanym przez innych. Niewątpliwie moralność jest dla ludzi istotna, dlatego można zachęcać ich do szczepień, sugerując, że w ten sposób sygnalizują innym, jakimi wartościami moralnymi kierują się w życiu. Moralność jest także w umysłach ludzi silnie powiązana z zaufaniem, dlatego komunikaty mogą podkreślać, że szczepienia to obowiązek moralny, a osoby zaszczepione cieszą się dużym zaufaniem społecznym, ponieważ troszczą się o bezpieczeństwo innych, wykazując tym samym wysoką odpowiedzialność moralną.

Druga istotna wartość to akceptacja społeczna. Ludzie są istotami społecznymi, dlatego z jednej strony zależy im na aprobacie innych, a z drugiej starają się unikać wykluczenia społecznego. Z tego względu w komunikacji proszczepionkowej możemy podkreślać albo to, że niezaszczepienie się jest formą łamania normy społecznej (zagrożenie wykluczeniem), albo to, że szczepienie się jest powszechną normą społeczną, która wyraża troskę o zdrowie własne i innych (aprobata społeczna). Uwzględnienie tych wartości skutecznie zmieniało postawy w moich badaniach, a wykorzystujące je komunikaty były oceniane jako bardzo przekonujące. Warto także podkreślić, że argumentacja odnosząca się do wolności i swobody, którą gwarantują szczepionki, była oceniana jako najmniej przekonująca, co sugeruje, że nie warto uwzględniać jej w komunikacji proszczepionkowej.

Podsumowując, technika moralnego obramowywania może być skutecznym narzędziem perswazji, ale nie możemy zakładać, że na każdego będzie oddziaływać w tym samym stopniu. Jeżeli jednak mamy do wyboru komunikację opartą na wartościach moralnych lub komunikację nienawiązującą do tych wartości, to ta pierwsza może okazać się wyborem lepszym i skuteczniejszym. Ostatecznie, jeśli nie chcemy wybierać komunikacji opartej na wartościach moralnych, dobrą decyzją może być nawiązanie do norm społecznych jako wyznacznika tego, jakie zachowania są w społeczeństwie pożądane i akceptowane przez większość.

ZAKOŃCZENIE

Wojciech Kulesza, Tomasz Grzyb, Dariusz Doliński
Uniwersytet SWPS

Pandemia COVID-19 uzmysłowiła całemu światu nauki, że brak wystarczającego (dla bezpieczeństwa zdrowotnego populacji) poziomu szczepień przeciwko zagrażającej chorobie (lub wirusowi) przestaje być problemem medycznym, a staje się problemem społecznym. Dlatego właśnie w kolejnych rozdziałach niniejszej książki omawiamy wyniki prac (głównie) psychologów i psycholożek społecznych, gdyż nasza profesja (między innymi) stara się zgłębić przyczyny także tych decyzji czy działań, które stoją w sprzeczności z interesem jednostki czy społeczeństwa. A dlaczego niewystarczający poziom szczepień przestaje być problemem medycznym? Dlatego, że – tak jak w przypadku pandemii COVID-19, gdy w rekordowo szybkim czasie udało się opracować bezpieczne, tanie i skuteczne narzędzie ochrony zdrowia zarówno jednostki, jak i zdrowia publicznego – również w przypadku wielu innych chorób zakaźnych istnieją już skuteczne narzędzia walki o zdrowie i życie. To my, odbiorcy tego dobrodziejstwa, sami sobie szkodzimy, rezygnując z tych narzędzi. Autorzy i autorki tej książki mają nadzieję, że jej lektura pozwoliła Czytelnikom lepiej zrozumieć mechanizmy psychologiczne leżące u podłoża sceptycyzmu wobec szczepień, a także przyczyny, dla których część osób odmawia zaszczepienia siebie i swoich dzieci.

Oczywiście można nam – autorkom i autorom poszczególnych rozdziałów oraz edytorom całej monografii – postawić zarzut, że nie jesteśmy obiektywni, gdyż popieramy szczepienia jako metodę walki z wieloma zagrożeniami. Nie ukrywaliśmy i nie ukrywamy naszych własnych postaw wobec szczepień przeciw chorobom zakaźnym. Uważamy, że szczepionki są jednym z najbardziej doniosłych osiągnięć cywilizacyjnych ludzkości, a ich upowszechnienie doprowadziło do zniknięcia (albo znacznego ograniczenia) chorób, które w nie tak odległej przeszłości spowodowały śmierć znacznej części ludzkiej populacji na wszystkich kontynentach. Co jednak ważne, nasz pogląd nie jest ani

wiarą, ani ideologią, a więc nie ma źródła w niemierzalnych, indywidualnych przekonaniach. Pogląd nasz wypływa z nauki, którą częściowo (w przypadku medycyny) reprezentujemy – nie ufamy naszym przekonaniom, ale patrzymy, jakie są dane. A są one bezsprzecznie pozytywne, jeśli chodzi o skuteczność szczepień w ochronie życia i zdrowia.

Nie ukrywamy też naszego – zawodowo-naukowego i całkowicie prywatnego – niepokoju związanego z tym, że coraz więcej osób albo odmawia szczepienia siebie lub swoich (małych) dzieci, albo też, ulegając propagandzie antyszczepionkowej, waha się, jaką decyzję podjąć. W stosunku do pierwszej z tych grup szanse na jakąkolwiek zmianę postaw są niewielkie. Z badań prowadzonych od dziesiątek lat na gruncie psychologii społecznej (czyli w obszarze, który reprezentujemy) dobrze wiemy, że postawy, które już powstały i zdążyły się mocno ugruntować, a ponadto wiążą się z subiektywną pewnością własnych sądów i przeżywaniem silnych negatywnych emocji w warunkach, gdy są konfrontowane z informacjami, które mogą im przeczyć – takie postawy są bardzo odporne na zmianę (zob. np. Crano i Prislin, 2008; Dalege i wsp., 2018). Innymi słowy: mało istotne jest – gdy nasza postawa już się ukształtuje (w tym przypadku postawa przeciwna szczepieniom) – czy naukowcy pokażą nam kolejne dane i badania stwierdzające, że powinniśmy się szczepić. I tak odmówimy.

Oznacza to również, że nie ma znaczenia, czy w świetle faktów i naukowych danych są to postawy racjonalne, czy irracjonalne. Co zresztą charakterystyczne, postawy obiektywnie irracjonalne są subiektywnie nadzwyczaj racjonalne dla tych, którzy je demonstrują. Przeważnie bowiem oparte są na informacjach, które z tymi postawami współgrają, czyli, mówiąc inaczej, wyszukujemy te informacje, które są zgodne z naszymi postawami, a zapominamy o tych, które im przeczą (np. przywołany we wstępie Wakefield twierdzący na łamach „Lancetu”, że szczepionki wywołują autyzm; zwolennicy tej tezy „zapominają”, że jest on jednym z największych oszustów w historii nauki).

Zauważmy, że przeciwnicy szczepień stereotypowo spostrzegani są jako ignoranci odrzucający naukę. Tymczasem sprawa jest dużo bardziej złożona. Otóż znaczna część takich osób deklaruje, że ceni naukę, i powołuje się na opinie naukowców oraz dane naukowe (Rutjens i van der Lee, 2020; Rutjens, Sutton i van der Lee, 2017). Problem w tym, że są to opinie osób nieznanawanych przez świat nauki, a wspomniane dane empiryczne są często

albo sfalszowane, albo niepotwierdzone w toku dalszych, bardziej wnikliwych badań. Dodajmy: osób nieuznawanych przez świat nauki nie dlatego, że istnieje – zarzucany nam, naukowcom – spisek, zmowa czy marketing firm (np. farmaceutycznych lub psychologicznych). Nieuznawanych dlatego, że głoszone przez nie tezy nie mają poparcia w danych albo poparcie to nie jest naukowe.

Postawy antyszczepionkowe, choć często traktowane jako izolowany fenomen, w istocie wpisują się w szerszy kontekst postaw antynaukowych obecnych w społeczeństwie. Istnieje wiele naukowych dowodów na to, że opór wobec szczepień jest jednym z przejawów sceptycyzmu wobec nauki i wobec naukowych autorytetów. Według badań opublikowanych w czasopiśmie „Vaccine” (Larson i wsp., 2015) duża część postaw antyszczepionkowych wynika z propagandy internetowej i medialnej, która rozpowszechnia dezinformację na temat bezpieczeństwa i skuteczności szczepień. Ponadto badania przeprowadzone przez Stephena Lwange z Uniwersytetu Kalifornijskiego wykazały, że niektóre grupy społeczne ujawniają tendencję do odrzucania faktów naukowych na rzecz własnych przekonań i wierzeń (Lwange, 2018). Należy też zauważyć, że postawy antyszczepionkowe są często łączone z ogólnym sceptycyzmem wobec instytucji rządowych i medycznych. Część badań – na przykład prace Karen Douglas z Uniwersytetu w Kent – sugeruje, że ludzie mogą odrzucać fakty naukowe, gdy kwestionują autorytet źródła tych faktów (Douglas i wsp., 2019). W efekcie antyszczepionkowe przekonania mogą wynikać z nieufności wobec instytucji naukowych i medycznych, co wzmacnia ogólny trend antynaukowy. Pamiętajmy jednak zarazem o tym, o czym pisaliśmy w wielu miejscach tej książki, że przeciwnicy szczepień mogą deklarować się jako osoby przychylnie nauce, tyle że powołują się na pojedyncze przypadki osób, które wprawdzie mają tytuły naukowe (często z obszarów odległych od medycyny), ale głoszą poglądy całkowicie niezgodne ze stanowiskiem nauki. Zatem *de facto* owi przeciwnicy szczepień są, wbrew własnym deklaracjom, przeciwnikami nauki.

Warto również zaznaczyć, że postawy antyszczepionkowe mają realne konsekwencje dla zdrowia publicznego. Niedawne epidemie chorób zakaźnych, takich jak odra czy krztusiec, wywołane były m.in. niskimi wskaźnikami szczepień w niektórych społecznościach. Oznacza to, że opór wobec szczepień jest nie tylko problemem społecznym, ale także zdrowotnym.

Wniosek z tych obserwacji jest taki, że postawy antyszczepionkowe są zjawiskiem nader złożonym i należy je rozpatrywać także w kontekście ogólnego sceptycyzmu wobec nauki i wobec autorytetów naukowych. Tylko zrozumienie tych szerszych trendów społecznych pozwoli nam skutecznie przeciwdziałać dezinformacji i promować oparte na nauce podejście do zdrowia publicznego. Te zjawiska dotyczą jednak konkretnych ludzi – takich, którzy na skutek zmasowanego działania wszystkich opisywanych tu zjawisk zaczynają przejawiać poglądy sceptyczne wobec szczepień.

Jak już podkreślaliśmy, zmiany postaw u takich ludzi – wątpiących w skuteczność szczepień bądź przeciwnych szczepieniom – są nadzwyczaj mało prawdopodobne. Wyjątkiem od tej reguły zdają się sytuacje, w których ludzie negatywnie nastawieni do szczepień sami przeżywają tragedię związaną ze śmiercią bliskich. Mieliśmy z tym do czynienia w czasach pandemii COVID-19, kiedy to ludzie negujący sens szczepień (a często negujący samo istnienie zagrożenia epidemiologicznego), pod wpływem śmierci kogoś z rodziny, zmieniali opinię na temat szczepień. Dopiero wtedy pojawiał się żal, że dali się przekonać osobom, które doradzały nieszczepienie się. Niestety liczne przykłady pokazują, że niekiedy nawet tego rodzaju tragiczne doświadczenie nie jest w stanie zmienić postaw niektórych osób, co rodzi większą niepewność, jeśli chodzi o przyszłe (niestety: pewne) pandemic.

Powróćmy jednak do punktu wyjścia naszych rozważań: do kogo warto kierować wyniki badań, jeżeli nie do tych, którzy są zdecydowanie przeciwni szczepieniom. Otóż szanse na zmianę postaw są wyraźnie większe w przypadku ludzi, którzy się wahają i przeżywają wątpliwość. I to właśnie na te osoby powinny być w dużej mierze ukierunkowane najróżniejsze oddziaływania. Niektóre z nich przedstawiliśmy w tej książce, inne łatwo znaleźć na stronach internetowych naszego projektu badawczego Gospostrateg MedFake oraz na stronach naszych konsorcjantów. Mogą z tych propozycji skorzystać ludzie, którzy z racji swoich kompetencji i miejsca zajmowanego w strukturach społecznych mają duże możliwości oddziaływania na innych. Jednak walka o wzrost wyszczepialności, o rozsądne podejście do problemu zdrowia indywidualnego i zdrowia całych społeczeństw rozgrywa się nie tylko na poziomie makro, ale także (a może przede wszystkim) na poziomie indywidualnych kontaktów międzyludzkich.

Jest rzeczą niezwykle ważną, aby na każdym kroku, w każdej możliwej sytuacji, stawać po stronie rozsądku i nauki, propagując ideę szczepień. Okazją

ku temu są choćby rozmowy z ludźmi, którzy są przeciwnikami szczepień. Dlaczego należy czynić tak za każdym razem? Sięgnijmy choćby do techniki wpływu społecznego „stopa w drzwiach”, opartej na tzw. technikach sekwencyjnych (przegląd technik sekwencyjnych znajdzie Czytelnik w: Doliński, Grzyb, 2022). Mówi ona, że można zwiększyć uległość danej osoby wtedy, gdy spełni ona najpierw małą prośbę i przyzwyczai się do jakiegoś działania (w tym wypadku do komunikatu mówiącego o odchodzeniu od szczepień). Jeżeli pozostawimy takie nieprawdziwe komunikaty bez komentarza, to będą one – w wyniku samej tylko ekspozycji – traktowane jako prawdziwe.

Tak jak wspomnieliśmy, jest grupa osób, których raczej nie przekonamy do zmiany stanowiska w kwestii szczepień. Ale takie rozmowy często toczą się w szerszym gronie i przysłuchują się im ci, którzy się wahają albo nie mają jeszcze wyrobionego zdania na ten temat. Zaznajamiając się z argumentami obu stron sporu, mogą kształtować własną opinię. Jak więc rozmawiać z ludźmi, którzy uważają, że szczepić się nie warto? Jakich argumentów z ich strony możemy się spodziewać i jak na te argumenty odpowiadać?

Bardzo częstym argumentem przeciwników szczepień (ale także czynnikiem, który powoduje, że ludzie mogą wahać się, czy zaszczepić siebie lub swoje dziecko) są zyski koncernów farmaceutycznych, nieuczciwie bogacących się na „wciskaniu szkodliwych i nieskutecznych szczepionek”. Rozumowanie, które prezentują ludzie posługujący się tym argumentem, wiąże się z przeświadczeniem, że jeśli koncerny zarabiają na szczepionkach, to właśnie wizja zysku, a nie zdrowie ludzi, jest czynnikiem, który napędza ich działalność. Fakt, że jest to argument naiwny (by nie powiedzieć: głupi), nie zmienia jednak tego, że wielu ludziom wystarczy on do podjęcia decyzji o nieszczepieniu siebie czy swojego dziecka. Pojawia się więc pytanie, jak sobie z takim argumentem radzić podczas dyskusji.

Próbując odpowiedzieć na to pytanie, zacznijmy od, zamierzchłej już, historii z obszaru marketingu. Jedna z najpotężniejszych marek na świecie, McDonald's, została zaatakowana niedorzeczną plotką mówiącą, że specyficzny smak swoich hamburgerów McDonald's zawdzięcza temu, że do zmielonej wołowiny dodaje zmielone dżdżownice kalifornijskie. Początkowo plotka ta tylko śmieszyła menadżerów firmy, ale z czasem sytuacja stawała się coraz poważniejsza: obroty firmy na całym świecie spadały właśnie dlatego, że wielu konsumentów dotarło do tych bzdur. Niektóre restauracje trzeba było

nawet zamknąć. Śmiech zmienił się najpierw w z troskanie, potem w smutek i bezsilność, bo okazało się, że konwencjonalne metody dementowania plotek zupełnie nie działają. Gdy na przykład firma zamawiała badania składu swoich hamburgerów w niezależnych laboratoriach i publikowała w prasie ich wyniki, wskazujące jednoznacznie na brak choćby śladowych ilości dżdżownic w jedzeniu serwowanym w restauracjach, ludzie reagowali wzruszeniem ramion i konstatacją, że McDonald's jest firmą wystarczająco bogatą, aby nie tylko zapłacić za sfalszowanie badań, ale nawet wykupić wszystkie laboratoria. Dopiero wtedy zainteresowano się tym, ile w ogóle kosztują dżdżownice kalifornijskie, kupowane zwykle przez ogrodników do użyźniania gleby. Okazało się, że funt takich robaków jest kilka razy droższy od funta wołowiny! Użycie w marketingowej narracji argumentu „Nie jesteśmy idiotami, aby dodawać do wołowiny dżdżownice w sytuacji, w której dżdżownice są od wołowiny znacznie droższe” było strzałem w dziesiątkę! Spowodowało, że ludzie natychmiast uwierzyli, że McDonald's tego nie robi. A zatem ludzie nie dali się przekonać firmie, że nie robi ona tego z pobudek etycznych czy estetycznych, ale od razu uwierzyli, że nie robi tego, bo taki ruch nie opłacałby się jej finansowo (Schudson, 1986).

W ten sam sposób można odnieść się do narracji, że jedynym zainteresowanym sprzedażą szczepionek jest firma farmaceutyczna oferująca daną szczepionkę. Jest to oczywiście argument równie bezsensowny jak w przypadku „hamburgerowych dżdżownic”. Zauważmy bowiem, że szczepionka – nawet administrowana masowo całej populacji – jest o wiele tańsza niż leki i aparatura konieczne do leczenia choroby oraz dożywotnie renty dla tych, którzy z takiej choroby wyszli z poważnym uszczerbkiem na zdrowiu. Gdyby zatem prawdą było, że szczepionki nie działają, a o skuteczności szczepień mówi się tylko w celach handlowych, to koncerny powinny odmawiać badań nad szczepionkami, oferując wyłącznie leki oraz aparaturę, gdyż te działania przyniosłyby im nieporównywalnie większe zyski.

Ludzie są zatem sceptyczni wobec etyki postępowania wielkiego biznesu, ale zarazem nie mają żadnych wątpliwości, że jest on zainteresowany ekonomicznym zyskiem. Powtórzmy: w odniesieniu do szczepień można tłumaczyć sceptykom, że zyski ze sprzedaży szczepionek to zaledwie kilka procent ogólnych zysków firm farmaceutycznych i że zdecydowanie więcej zarabiają one na sprzedaży leków. (Oczywiście pandemia była wyjątkowym okresem,

niepotwierdzającym tej reguły, ale w tym specyficznym czasie mieliśmy do czynienia z masowymi szczepieniami na całym świecie ludzi w bardzo różnym wieku. Nawet wtedy jednak zyski koncernów ze sprzedaży szczepionek były kilka razy mniejsze niż te, które przyniosła im sprzedaż leków). Jeśli mimo to nasz rozmówca wciąż pozostaje sceptyczny, można uzmysłwić mu, że koszt szczepionki jest co najmniej kilka razy mniejszy niż koszt lekarstw (nawet wykupywanych na receptę, ze stosowną zniżką) czy aparatury, za które trzeba zapłacić w przypadku zachorowania. To bezpośredni argument ekonomiczny dla pacjenta (z jego perspektywy taniej jest zaszczepić się, niż się leczyć), a jednocześnie argument za tym, że koncernom farmaceutycznym bardziej opłaca się sprzedawać nam leki niż szczepionki.

Jednak sceptycznie nastawiony dyskutant może w dalszym ciągu upierać się: „No dobrze, może rzeczywiście koncerny zarabiają na szczepionkach mniej niż na lekach, ale jednak zarabiają”. Nie ma sensu z tym polemizować. Wielkie koncerny farmaceutyczne nie są organizacjami dobroczynnymi, tak jak i my (zarówno osoby piszące, jak i czytające te słowa) nie pracujemy za darmo. Czy jednak obniża to wartość samych szczepionek? Czy to czyni je nieetycznymi, a nas czyni nieetycznymi obywatelami fakt, że oczekujemy zapłaty za wykonaną pracę? Warto podkreślać i mówić głośno o tym, że ludzie, którzy wynaleźli szczepionki przeciwko różnym chorobom, nie zrobili tego z chęci finansowego zysku. Uznawany za „ojca szczepień” angielski lekarz Edward Jenner, żyjący na przełomie XVIII i XIX stulecia, nie zarobił zbyt wiele dzięki wynalezieniu szczepionki przeciw ospie, chociaż choroba ta stanowiła wówczas potężne zagrożenie. Zwykle za darmo biednych ludzi szczepił Ludwik Pasteur, który w XIX wieku wynalazł szczepionkę przeciw wściekliźnie. Ludziom, których stać było na zakup szczepionki, kazał płacić, ale pozyskiwanych w ten sposób pieniędzy nie inwestował w przynoszące zyski lokaty, lecz przeznaczył na utworzenie instytutu naukowego. Dużych sum nie zgromadzili także Polacy, którzy znajdują się na liście wynalazców szczepionek. Zarówno Hilary Koprowski (polio), jak i Rudolf Weigl (tyfus) zdobywane środki finansowe przekazywali na prowadzenie dalszych badań mających udoskonalać ich wynalazki, a także udostępniali bezpłatnie szczepionki lub technologie ich produkcji różnym instytucjom, które dzięki ich wynalazkom ratowały ludzkie życie. W czasie drugiej wojny światowej Weigl nie tylko nieodpłatnie, ale też z narażeniem własnego życia przekazywał szczepionki Armii

Krajowej i ludności żydowskiej zamkniętej w gettach. Altruistyczne gesty wykonywał również Koprowski – dzięki niemu tak szybko, tanio i masowo udało się w Polsce zatrzymać polio.

Jeżeli jednak trafimy na wyjątkowo upartego rozmówcę, który powie: „To historia, obecnie zarówno naukowcy opracowujący szczepionki, jak i koncerty, które je produkują, zarabiają sporo pieniędzy”, możemy odpowiedzieć: „OK, przyjmijmy, że firmy farmaceutyczne na tym zarabiają, ale przecież firmy odzieżowe też zarabiają na produkcji ubrań, a mimo to idziesz do sklepu i kupujesz odzież. Nie inaczej jest z samochodami, lodówkami, smartfonami i tysiącem różnych rzeczy”. To, że ktoś zarabia na produkcji i dystrybucji szczepionek, nie może być racjonalnym argumentem przeciw szczepieniom. Możemy wreszcie odpowiedzieć, że przecież wiele „autorytetów” mówiących o szkodliwości szczepień oferuje nierzadko produkty lub aparaturę, na których dobrze zarabiają. Dlaczego więc takiej osobie, która odnosi korzyść finansową, przypisuje się dobre intencje, podczas gdy działania innej osoby, odnoszącej taką samą korzyść, są oceniane jako złe?

Zdarza się, że osobom mówiącym pozytywnie o skuteczności szczepień (w tym również nam) zarzuca się, iż „są na pasku (wypłat)” korporacji produkujących szczepionki. I ten argument jest chybiony. Czy sprzedawca samochodów powinien chodzić na piechotę? Czy osoba dbająca o uzębienie pacjentów nie powinna korzystać z produktów przeznaczonych do higieny jamy ustnej? My jako psychologowie społeczni deklarujemy, że nie przyjmujemy żadnych pieniędzy, darów czy innych łapówek od firm produkujących szczepionki nie tylko dlatego, że nie jesteśmy medykami. My po prostu – jako naukowcy – potrafimy czytać rzetelne dane, które potwierdzają bezsprzecznie: szczepienia „działają”.

Rozmowa na temat szczepień może wiązać się też z powoływaniem się na autorytety naukowe. Wydawałoby się oczywiste, że ludzie z tytułami doktorów i profesorów będą jednogłośnie opowiadać się po stronie szczepień. I rzeczywiście tak jest, ale od każdej reguły są wyjątki. Z różnych powodów pojedyncze osoby z cenzusem naukowym ogłaszają, że szczepienia są niepotrzebne lub wręcz szkodliwe. Jak wspominaliśmy, niektórzy oferują zamiast tego własnoręcznie sporządzane mikstury rzekomo uodparniające na choroby. Sprzedają je bezpośrednio w swoich gabinetach lekarskich albo w internecie, zbijając na tym majątek. Są też tacy, których mniej interesują pieniądze, a bardziej zależy im na sławie, popularności czy budowie ruchu społecznego. Chcą więc

wykreować image bezkompromisowego lekarza, który nie chodzi na pasku koncernów farmaceutycznych. Inni mogą nie mieć złych intencji, ale ulegają modzie na „medycynę alternatywną” (choć czegoś takiego nie ma: jest jedna medycyna, tak jak jest jedna chemia, jedna fizyka czy wreszcie: jedna psychologia), wierząc w to, że właściwe odżywianie i medytacja mogą zastąpić szczepionki uodparniające organizm na choroby albo łagodzące ich przebieg. Jeszcze inni proponują zastąpienie szczepionek czymś, co w świetle wiedzy naukowej działać po prostu nie ma prawa (poza efektem placebo) – homeopatią. Motywy mogą więc być różne (niekiedy podłe, innym razem nawet szlachetne, choć naiwne i błędne), ale skutek jest zawsze opłakany: zmniejszanie wyszczepialności populacyjnej i bezpośrednie narażanie ludzi odmawiających szczepienia na ryzyko zachorowania. Szczególnie groźni są jednak naukowcy, którzy fałszują wyniki badań (albo powołują się na badania, których nigdy nie przeprowadzili), bo dostarczają paliwa tym, którzy walcząc ze szczepieniami, odwołują się do nauki. Najbardziej spektakularnym przykładem takiego zachowania jest postawa Andrew Wakefielda, o której wspominaliśmy we Wprowadzeniu, ale niestety w każdym kraju i w każdym czasie hochsztaplerów i oszustów tego rodzaju nie brakuje.

We Wprowadzeniu wspominaliśmy także o epidemii dżumy, która nawiedziła Europę w XIV wieku, zbierając krwawe żniwo. Ludzie starali się wtedy chronić przed zachorowaniem rozpalaniem ognisk na rogach ulic, skrapianiem listów i pieniędzy octem, odkażaniem wnętrza domów siarką. Zalecano preparaty z jednorozca, serca ropuchy i rybich łusek. Niektórzy głęboko wierzyli w sens rozpylania smrodu kozła oraz upuszczania krwi, będącego wówczas uniwersalnym antidotum na wszelkie niedomagania. Twierdzono, że skoro ptaki nie chorują na dżumę, to sensowne będzie ubieranie się w strój przypominający ptaka (Kelly, 2022). Innym przykładem zarazy, który przywołują zwolennicy „naturalnych” metod walki z pandemią, popierający dopuszczenie do osiągnięcia naturalnej odporności populacyjnej, jest epidemia tzw. grypy hiszpanki, która zabiła od kilkudziesięciu do ponad stu milionów osób (zależnie od źródła). Czy naprawdę chcemy cofnąć się do tego okresu w historii ludzkości albo dopuścić do „naturalnych eksperymentów”, które nie mają oparcia w danych? Czy naprawdę chcemy zmarnować wielką cywilizacyjną szansę, jaką przyniosła współczesna medycyna i wynalazek szczepionek? Niech te retoryczne pytania stanowią zwieńczenie tej książki.

BIBLIOGRAFIA

Wprowadzenie

- Bedford, H.E., Elliman, D.A. (2010). MMR vaccine and autism. *British Medical Journal* (Overseas i Retired Doctors Edition), 340 (7741), 271–272.
- Deer, B. (2020). *Wojna o szczepionki. Jak doktor Wakefield oszukał świat*. Poznań: Wydawnictwo Poznańskie.
- Gindegil, C., Goetz, M.B., Newberry, S., Maglione, M., Hall, O., Larkin, J., Motala, A., Hempel, S. (2021). Safety of vaccines used for routine immunization in the United States: An updated systematic review and meta-analysis. *Vaccine*, 39, 3696–3716.
- Smeeth, L., Cook, C., Fombonne, E., Heavey, L., Rodrigues, L.C., Smith, P.G., Hall, A.J. (2004). MMR vaccination and pervasive developmental disorders: A case-control study. *The Lancet*, 364 (9438), 963–969.
- Taylor, L.E., Swerdfeger, A.L., Eslick, G.D. (2014). Vaccines are not associated with autism: An evidence-based meta-analysis of case control and cohort studies. *Vaccine*, 32, 3623–3629.

Rozdział 1

Inokulacja – zaszczepienie przeciwko argumentom antyszczepionkowym

- Banas, J.A., Rains, S.A. (2010). A Meta-Analysis of Research on Inoculation Theory. *Communication Monographs*, 77(3), 281–311; <https://doi.org/10.1080/03637751003758193>
- Czarkowski, M.P., Staszewska-Jakubik, E., Wielgosz, U. (2021). *Szczepienia ochronne w Polsce w 2020 roku*. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru.
- Fernández-López, M., Perea, M. (2020). Language does not modulate fake news credibility, but emotion does. *Psicológica Journal*, 41(2), 84–102; <https://doi.org/10.2478/psicolj-2020-0005>
- Geiger, M., Rees, F., Lilleholt, L., Santana, A.P., Zettler, I., Wilhelm, O., Betsch, C., Böhm, R. (2022). Measuring the 7Cs of Vaccination Readiness. *European Journal of Psychological Assessment*, 38(4), 261–269; <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000663>
- Ivanov, B., Parker, K.A., Dillingham, L.L. (2018). Testing the Limits of Inoculation-Generated Resistance. *Western Journal of Communication*, 82(5), 648–665; <https://doi.org/10.1080/10570314.2018.1454600>

- Jolley, D., Douglas, K.M. (2017). Prevention is better than cure: Addressing anti-vaccine conspiracy theories: JOLLEY and DOUGLAS. *Journal of Applied Social Psychology*, 47(8), 459–466; <https://doi.org/10.1111/jasp.12453>
- Maertens, R., Anseel, F., van der Linden, S. (2020). Combatting climate change misinformation: Evidence for longevity of inoculation and consensus messaging effects. *Journal of Environmental Psychology*, 70, 101455; <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2020.101455>
- Maertens, R., Roozenbeek, J., Basol, M., van der Linden, S. (2021). Long-term effectiveness of inoculation against misinformation: Three longitudinal experiments. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 27(1), 1–16; <https://doi.org/10.1037/xap0000315>
- Martel, C., Pennycook, G., Rand, D.G. (2020). Reliance on emotion promotes belief in fake news. *Cognitive Research: Principles and Implications*, 5(1), 47; <https://doi.org/10.1186/s41235-020-00252-3>
- McGuire, W.J. (1962). Foresight and understanding. *Philosophical Books*, 3(3), 15–17; <https://doi.org/10.1111/j.1468-0149.1962.tb01333.x>
- McGuire, W.J., Papageorgis, D. (1961). The relative efficacy of various types of prior belief-defense in producing immunity against persuasion. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62(2), 327–337; <https://doi.org/10.1037/h0042026>
- Pfau, M., Bockern, S.V. (1994). The Persistence of Inoculation in Conferring Resistance to Smoking Initiation Among Adolescents: The Second Year. *Human Communication Research*, 20(3), 413–430; <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1994.tb00329.x>
- Pfau, M., Bockern, S.V., Kang, J.G. (1992). Use of inoculation to promote resistance to smoking initiation among adolescents. *Communication Monographs*, 59(3), 213–230; <https://doi.org/10.1080/03637759209376266>
- Pfau, M., Burgoon, M. (1988). Inoculation in Political Campaign Communication. *Human Communication Research*, 15(1), 91–111; <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1988.tb00172.x>
- Pryor, B., Steinfatt, T.M. (1978). The effects of initial belief level on inoculation theory and its proposed mechanisms. *Human Communication Research*, 4(3), 217–230; <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1978.tb00611.x>
- Roozenbeek, J., van der Linden, S. (2019a). Fake news game confers psychological resistance against online misinformation. *Palgrave Communications*, 5(1), 65; <https://doi.org/10.1057/s41599-019-0279-9>
- Roozenbeek, J., van der Linden, S. (2019b). The fake news game: Actively inoculating against the risk of misinformation. *Journal of Risk Research*, 22(5), 570–580; <https://doi.org/10.1080/13669877.2018.1443491>

- Shelby, A., Ernst, K. (2013). Story and science: How providers and parents can utilize storytelling to combat anti-vaccine misinformation. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 9(8), 1795–1801; <https://doi.org/10.4161/hv.24828>
- Soral, W., Bilewicz, M., Boehm, R., Babińska, M. (2022). *The role of control motivation in vaccination hesitancy*. Praca w przygotowaniu.
- Vosoughi, S., Roy, D., Aral, S. (2018). The spread of true and false news online. *Science*, 359(6380), 1146–1151; <https://doi.org/10.1126/science.aap9559>
- Wang, S., Han, B., Wan, Y., Liu, J., Zhao, T., Liu, H., Cui, F. (2020). Do Male University Students Know Enough About Human Papillomavirus (HPV) to Make Informed Decisions About Vaccination? *Medical Science Monitor*, 26; <https://doi.org/10.12659/MSM.924840>
- Wong, N.C.H. (2014). Nuances in Inoculation: Protecting Positive Attitudes toward the HPV Vaccine & the Practice of Vaccinating Children. *Journal of Women's Health, Issues & Care*, 3(06); <https://doi.org/10.4172/2325-9795.1000170>
- Wong, N.C.H. (2016). „Vaccinations are Safe and Effective”: Inoculating Positive HPV Vaccine Attitudes Against Antivaccination Attack Messages. *Communication Reports*, 29(3), 127–138; <https://doi.org/10.1080/08934215.2015.1083599>

Rozdział 2

Symulacja dialogu online: aplikacja FLORA jako narzędzie wpływu społecznego w przeciwdziałaniu dezinformacji i wspieraniu zdrowia publicznego

- Bruns, A., Harrington, S., Hurcombe, E. (2020). ‘Corona? 5G? or both?’: the dynamics of COVID-19/5G conspiracy theories on Facebook. *Media International Australia*, 177(1), 12–29.
- Byrka, K., Wójcik, A. (2016). Jak promować politykę prośrodowiskową i energetykę odnawialną w Polsce. *Raport o docieraniu z przekazem do grupy docelowej. Life_Wzrost_PL*.
- Cook, J.O.H.N. (2021). The Teachers’ Guide to Cranky Uncle. CrankyUncle.com.
- Cook, J., Ecker, U.K., Trecek-King, M., Schade, G., Jeffers-Tracy, K., Fessmann, J., ... McDowell, J. (2023). The cranky uncle game – Combining humor and gamification to build student resilience against climate misinformation. *Environmental Education Research*, 29(4), 607–623.
- Doliński, D., Nawrat, M., Rudak, I. (2001). Dialogue involvement as a social influence technique. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(11), 1395–1406. <https://en.unesco.org/themes/gced/thinkbeforesharing>
- Loomba, S., de Figueiredo, A., Piatek, S.J., de Graaf, K., Larson, H.J. (2021). Measuring the impact of COVID-19 vaccine misinformation on vaccination intent in the UK and USA. *Nature Human Behaviour*, 5(3), 337–348.
- Knowles, E.S., Linn, J.A. (2004). *Resistance and persuasion*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

- Kiełbik, K., Korona-Główniak, I., Niedzielska, G., Malm, A. (2019). Szczepić czy nie szczepić, wyzwanie XXI wieku. *Badania i Rozwój Młodych Naukowców w Polsce*, 97.
- Krawczyk, E. (2021). *Dlaczego się szczepimy? Wirusy, bakterie i epidemie*. Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Majewska, A., Szydłowska, N. (2021). Grypa: Stan wiedzy, leczenie i zapobieganie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 27(3), 220–226.
- Martin, B. (2021). COVID information struggles. *Social Epistemology Review and Reply Collective*, 10(7), 16–26.
- Nogara, G., Vishnuprasad, P.S., Cardoso, F., Ayoub, O., Giordano, S., Luceri, L. (2022, June). The disinformation dozen: An exploratory analysis of COVID-19 disinformation proliferation on twitter. *In Proceedings of the 14th ACM Web Science Conference 2022*, 348–358.
- Schilbach, L. (2015). Eye to eye, face to face and brain to brain: Novel approaches to study the behavioral dynamics and neural mechanisms of social interactions. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 3, 130–135.

Rozdział 3

Krótki kurs krytycznego myślenia jako metoda osłabiania postawy sceptycyzmu wobec szczepień ochronnych

- Aron, A.R. (2019). The Climate Crisis Needs Attention from Cognitive Scientists. *Trends in Cognitive Sciences*, 23(11), 903–906; <https://doi.org/10.1016/j.tics.2019.08.001>
- Bail, C.A., Argyle, L.P., Brown, T.W., Bumpus, J.P., Chen, H., Hunzaker, M.B.F., Lee, J., Mann, M., Merhout, F., Volfovsky, A. (2018). Exposure to opposing views on social media can increase political polarization. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(37), 9216–9221; <https://doi.org/10.1073/pnas.1804840115>
- Brewer, M.B., Kramer, R.M. (1985). The Psychology of Intergroup Attitudes and Behavior. *Annual Review of Psychology*, 36(1), 219–243; <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.36.020185.001251>
- Brewer, N.T., Chapman, G.B., Rothman, A.J., Leask, J., Kempe, A. (2017). Increasing Vaccination: Putting Psychological Science Into Action. *Psychological Science in the Public Interest*, 18(3), 149–207; <https://doi.org/10.1177/1529100618760521>
- Cameron, J.E., Nickerson, S.L. (2009). Predictors of Protest Among Anti-Globalization Demonstrators. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(3), 734–761; <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2009.00458.x>
- Cook, J., Lewandowsky, S., Ecker, U.K.H. (2017). Neutralizing misinformation through inoculation: Exposing misleading argumentation techniques reduces their influence. *PLOS ONE*, 12(5), e0175799; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175799>

- Cusimano, C., Goodwin, G.P. (2020). People judge others to have more voluntary control over beliefs than they themselves do. *Journal of Personality and Social Psychology*, 119(5), 999–1029; <https://doi.org/10.1037/pspa0000198>
- Drummond, C., Fischhoff, B. (2017). Individuals with greater science literacy and education have more polarized beliefs on controversial science topics. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 114(36), 9587–9592; <https://doi.org/10.1073/pnas.1704882114>
- Dunning, D., Johnson, K., Ehrlinger, J., Kruger, J. (2003). Why People Fail to Recognize Their Own Incompetence. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3), 83–87; <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01235>
- Ecker, U.K.H., Lewandowsky, S., Cook, J., Schmid, P., Fazio, L.K., Brashier, N., Kendeou, P., Vraga, E.K., Amazeen, M.A. (2022). The psychological drivers of misinformation belief and its resistance to correction. *Nature Reviews Psychology*, 1(1), 13–29; <https://doi.org/10.1038/s44159-021-00006-y>
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, 49(8), 709–724; <https://doi.org/10.1037/0003-066X.49.8.709>
- Fernbach, P.M., Light, N., Scott, S.E., Inbar, Y., Rozin, P. (2019). Extreme opponents of genetically modified foods know the least but think they know the most. *Nature Human Behaviour*, 3(3), 251–256; <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0520-3>
- Fritsche, I., Barth, M., Jugert, P., Masson, T., Reese, G. (2018). A Social Identity Model of Pro-Environmental Action (SIMPEA). *Psychological Review*, 125(2), 245–269; <https://doi.org/10.1037/rev0000090>
- Fritsche, I., Masson, T. (2021). Collective climate action: When do people turn into collective environmental agents? *Current Opinion in Psychology*, 42, 114–119; <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.05.001>
- Guess, A., Nagler, J., Tucker, J. (2019). Less than you think: Prevalence and predictors of fake news dissemination on Facebook. *Science Advances*, 5(1), eaau4586; <https://doi.org/10.1126/sciadv.aau4586>
- Hornsey, M.J. (2020). Why Facts Are Not Enough: Understanding and Managing the Motivated Rejection of Science. *Current Directions in Psychological Science*, 29(6), 583–591; <https://doi.org/10.1177/0963721420969364>
- Kaur, G., Danovaro-Holliday, M.C., Mwinnyaa, G., Gacic-Dobo, M., Francis, L., Grevendonk, J., Sodha, S.V., Sugerman, C., Wallace, A. (2023). Routine Vaccination Coverage – Worldwide, 2022. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 72(43), 1155–1161; <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7243a1>
- Klaczynski, P.A., Gordon, D.H., Fauth, J. (1997). Goal-oriented critical reasoning and individual differences in critical reasoning biases. *Journal of Educational Psychology*, 89(3), 470–485; <https://doi.org/10.1037/0022-0663.89.3.470>

- Klaczynski, P.A., Narasimham, G. (1998). Development of scientific reasoning biases: Cognitive versus ego-protective explanations. *Developmental Psychology*, 34(1), 175–187; <https://doi.org/10.1037/0012-1649.34.1.175>
- Kofta, M., Szustrowa, T. (red.). (2009). *Złudzenia, które pozwalają żyć: Szkice ze społecznej psychologii osobowości* (wyd. 3). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krajewska, H. (2021). Pandemie w historii świata. *Więś i Rolnictwo*, 188(3), 17–30; <https://doi.org/10.7366/wir032020/01>
- Kruger, J., Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121–1134.
- Kruglanski, A.W., Jasko, K., Friston, K. (2020). All Thinking is 'Wishful' Thinking. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(6), 413–424; <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.03.004>
- Maciuszek, J., Polak, M., Stasiuk, K., Doliński, D. (2021). Active pro-vaccine and anti-vaccine groups: Their group identities and attitudes toward science. *PLOS ONE*, 16(12), e0261648; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261648>
- Meltzoff, J., Cooper, H. (2018). *Critical thinking about research: Psychology and related fields* (2nd ed.). American Psychological Association; <https://doi.org/10.1037/0000052-000>
- Mnookin, S. (2020). *Wirus paniki: Historia kontrowersji wokół szczepionek i autyzmu* (wyd. 2). Wydawnictwo Czarne.
- Motta, M., Callaghan, T., Sylvester, S. (2018). Knowing less but presuming more: Dunning-Kruger effects and the endorsement of anti-vaccine policy attitudes. *Social Science & Medicine*, 211, 274–281; <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.06.032>
- Pierre, J.M. (2020). Mistrust and misinformation: A two-component, socio-epistemic model of belief in conspiracy theories. *Journal of Social and Political Psychology*, 8(2), 617–641; <https://doi.org/10.5964/jspp.v8i2.1362>
- Ross, L., Greene, D., House, P. (1977). The "false consensus effect": An egocentric bias in social perception and attribution processes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 13(3), 279–301; [https://doi.org/10.1016/0022-1031\(77\)90049-X](https://doi.org/10.1016/0022-1031(77)90049-X)
- Slooman, S.A. (1996). The empirical case for two systems of reasoning. *Psychological Bulletin*, 119(1), 3–22; <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.1.3>
- Stasiuk, K., Maciuszek, J., Polak, M., Doliński, D. (2021). Profiles of vaccine hesitancy: The relation between personal experience with vaccines, attitude towards mandatory vaccination, and support for anti-vaccine arguments among vaccine hesitant individuals. *Social Psychological Bulletin*, 16(2), e6525; <https://doi.org/10.32872/spb.6525>

- Thompson, K.M., Tebbens, R.J.D. (2006). Retrospective Cost Effectiveness Analyses for Polio Vaccination in the United States. *Risk Analysis*, 26(6), 1423–1440; <https://doi.org/10.1111/j.1539-6924.2006.00831.x>
- Ward, A.F. (2021). People mistake the internet's knowledge for their own. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(43), e2105061118; <https://doi.org/10.1073/pnas.2105061118>

Rozdział 4

Szukanie dróg porozumienia w warunkach niepewności. O roli zaufania (nie tylko nauce) w dyskusjach na temat szczepień

- Bilewicz, M., Soral, W. (2022). The Politics of Vaccine Hesitancy: An Ideological Dual-Process Approach. *Social Psychological and Personality Science*, 13(6), 1080–1089; <https://doi.org/10.1177/19485506211055295>
- Coelho, P., Foster, K., Nedri, M., Marques, M.D. (2022). Increased belief in vaccination conspiracy theories predicts increases in vaccination hesitancy and powerlessness: Results from a longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 315, 115522; <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115522>
- Ditto, P.H., Liu, B.S., Clark, C.J., Wojcik, S.P., Chen, E.E., Grady, R.H., Celniker, J.B., Zinger, J.F. (2019). At Least Bias Is Bipartisan: A Meta-Analytic Comparison of Partisan Bias in Liberals and Conservatives. *Perspectives on Psychological Science*, 14(2), 273–291; <https://doi.org/10.1177/1745691617746796>
- Gerretsen, P., Kim, J., Caravaggio, F., Quilty, L., Sanches, M., Wells, S., Brown, E.E., Agic, B., Pollock, B.G., Graff-Guerrero, A. (2021). Individual determinants of COVID-19 vaccine hesitancy. *PLOS ONE*, 16(11), e0258462; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258462>
- Izydorczak, K., Dolinski, D., Genschow, O., Kulesza, W., Muniak, P., Casara, B.G.S., Suitner, C. (2023). Do unbiased people act more rationally? – The case of comparative realism and vaccine intention. *Royal Society Open Science*, 10(2), 220775; <https://doi.org/10.1098/rsos.220775>
- Murphy, J., Vallières, F., Bentall, R.P., Shevlin, M., McBride, O., Hartman, T.K., McKay, R., Bennett, K., Mason, L., Gibson-Miller, J., Levita, L., Martinez, A.P., Stocks, T.V.A., Karatzias, T., Hyland, P. (2021). Psychological characteristics associated with COVID-19 vaccine hesitancy and resistance in Ireland and the United Kingdom. *Nature Communications*, 12(1), 29; <https://doi.org/10.1038/s41467-020-20226-9>
- Song, H., Markowitz, D.M., Taylor, S.H. (2022). Trusting on the shoulders of open giants? Open science increases trust in science for the public and academics. *Journal of Communication*, 72(4), 497–510; <https://doi.org/10.1093/joc/jqac017>

Sturgis, P., Brunton-Smith, I., Jackson, J. (2021). Trust in science, social consensus and vaccine confidence. *Nature Human Behaviour*, 5(11), 1528–1534; <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01115-7>

Rozdział 5

Rola atrybutów decyzji zależnych i niezależnych od polityki społecznej oraz interwencji behawioralnych w wyborach dotyczących szczepień

Behavioural Insights Team (2015). *The Behavioural Insights Team – Update Report 2013-15*.

Betsch, C., Böhm, R., Chapman, G.B. (2015). Using Behavioral Insights to Increase Vaccination Policy Effectiveness. *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 2(1), 61–73; <https://doi.org/10.1177/2372732215600716>

Białaszek, W., Bakun, P., McGoun, E., Zielonka, P. (2016). Standing in Your Peer’s Shoes Hurts Your Feats: The Self-Others Discrepancy in Risk Attitude and Impulsivity. *Frontiers in Psychology*, 7(February), 1–8; <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00197>

Bishai, D., Brice, R., Girod, I., Saleh, A., Ehreth, J. (2007). Conjoint Analysis of French and German Parents’ Willingness to Pay for Meningococcal Vaccine. *PharmacoEconomics*, 25(2), 143–154; <https://doi.org/10.2165/00019053-200725020-00006>

Braczkowska, B., Kowalska, M., Braczkowski, R., Barański, K. (2017). Uwarunkowania uchylania się od szczepień ochronnych. *Przegląd Epidemiologiczny*, 71(2), 227–236.

Bradt, J. (2019). Comparing the effects of behaviorally informed interventions on flood insurance demand: An experimental analysis of ‘boosts’ and ‘nudges’. *Behavioural Public Policy*, 1–31; <https://doi.org/10.1017/bpp.2019.31>

Cambridge Dictionary (b.d.). Pobrano: 20 września 2023; <https://dictionary.cambridge.org/pl/dictionary/english-polish/nudge>

Chang, W., Cheng, J., Allaire, J., Xie, Y., McPherson, J. (2015). Package ‘shiny’; <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=b7600ac8de6a97df1bd26dcbfc43ef9fc3c8be61>

Czechowicz, S. (2020). Efektywność sankcji za uchylanie się od obowiązkowych szczepień ochronnych. *Studia Prawnoustrojowe*, 49; <https://doi.org/10.31648/sp.5848>

De Bekker-Grob, E.W., Donkers, B., Bliemer, M.C.J., Veldwijk, J., Swait, J.D. (2020). Can healthcare choice be predicted using stated preference data? *Social Science & Medicine*, 246, 112736; <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112736>

Determann, D., Korfage, I.J., Lambooi, M.S., Bliemer, M., Richardus, J.H., Steyerberg, E.W., De Bekker-Grob, E.W. (2014). Acceptance of Vaccinations in

- Pandemic Outbreaks: A Discrete Choice Experiment. *PLoS ONE*, 9(7), e102505; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102505>
- Diks, M.E., Hiligsmann, M., Van Der Putten, I.M. (2021). Vaccine preferences driving vaccine-decision making of different target groups: A systematic review of choice-based experiments. *BMC Infectious Diseases*, 21(1), 879; <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06398-9>
- Fahy, A., Desmond, D.M. (2010). Irish mothers' intentions to have daughters receive the HPV vaccine. *Irish Journal of Medical Science*, 179(3), 427–430; <https://doi.org/10.1007/s11845-010-0501-7>
- Grüne-Yanoff, T., Hertwig, R. (2016). Nudge Versus Boost: How Coherent are Policy and Theory? *Minds and Machines*, 26(1–2); <https://doi.org/10.1007/s11023-015-9367-9>
- Grzela, A., Panczyk, M., Gotlib, J. (2016). Opinie na temat szczepienia przeciwko grypie wśród pracowników ochrony zdrowia – doniesienie wstępne. *Pielęgniarstwo Polskie*, 60(2), 158–164; <https://doi.org/10.20883/pielpol.2016.4>
- Hertwig, R., Grüne-Yanoff, T. (2017). Nudging and Boosting: Steering or Empowering Good Decisions. *Perspectives on Psychological Science*, 12(6); <https://doi.org/10.1177/1745691617702496>
- Hoogink, J., Verelst, F., Kessels, R., van Hoek, A.J., Timen, A., Willem, L., Beutels, P., Wallinga, J., de Wit, G.A. (2020). Preferential differences in vaccination decision-making for oneself or one's child in The Netherlands: A discrete choice experiment. *BMC Public Health*, 20(1), 828; <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08844-w>
- Hsee, C.K., Weber, E.U. (1997). A fundamental prediction error: Self-other discrepancies in risk preference. *Journal of Experimental Psychology: General*, 126(1), 45–53; <https://doi.org/10.1037//0096-3445.126.1.45>
- Kessels, R., Jones, B., Goos, P. (2011). Bayesian optimal designs for discrete choice experiments with partial profiles. *Journal of Choice Modelling*, 4(3), 52–74; [https://doi.org/10.1016/S1755-5345\(13\)70042-3](https://doi.org/10.1016/S1755-5345(13)70042-3)
- Lazarus, J.V., Ratzan, S.C., Palayew, A., Gostin, L.O., Larson, H.J., Rabin, K., Kimball, S., El-Mohandes, A. (2021). A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nature Medicine*, 27(2), 225–228; <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1124-9>
- Louwagie, G.M., Morojele, N., Siddiqi, K., Noreen, M.D., Tumbo, J., Omole, O., Pitso, L., Bachmann, M.O., Ayo-Yusuf, O.A. (2020). Addressing tobacco smoking and drinking to improve TB treatment outcomes, in South Africa: A feasibility study of the ProLife program. *Translational Behavioral Medicine*, 10(6), 1491–1501; <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz100>
- Luyten, J., Kessels, R., Atkins, K.E., Jit, M., Van Hoek, A.J. (2019). Quantifying the public's view on social value judgments in vaccine decision-making:

- A discrete choice experiment. *Social Science & Medicine*, 228, 181–193; <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.03.025>
- MacDonald, N.E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161–4164; <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>
- Marchiori, D.R., Adriaanse, M.A., De Ridder, D.T.D. (2017). Unresolved questions in nudging research: Putting the psychology back in nudging. *Social and Personality Psychology Compass*, 11(1); <https://doi.org/10.1111/spc3.12297>
- Mertens, S., Herberz, M., Hahnel, U.J.J., Brosch, T. (2022). The effectiveness of nudging: A meta-analysis of choice architecture interventions across behavioral domains. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 119(1), e2107346118; <https://doi.org/10.1073/pnas.2107346118>
- Motta, M., Sylvester, S., Callaghan, T., Lunz-Trujillo, K. (2021). Encouraging COVID-19 Vaccine Uptake Through Effective Health Communication. *Frontiers in Political Science*, 3, 630133; <https://doi.org/10.3389/fpos.2021.630133>
- Murayama, H., Takagi, Y., Tsuda, H., Kato, Y. (2023). Applying Nudge to Public Health Policy: Practical Examples and Tips for Designing Nudge Interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 3962; <https://doi.org/10.3390/ijerph20053962>
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny (2023). *Jaki jest stan zaszczepienia w Polsce?*; <https://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/jaki-jest-stan-zaszczepienia-w-polsce/>
- Omer, S.B., Orenstein, W.A. (2009). Vaccine Refusal, Mandatory Immunization, and the Risks of Vaccine-Preventable Diseases. *The New England Journal of Medicine*.
- Oteng, B., Marra, F., Lynd, L.D., Ogilvie, G., Patrick, D., Marra, C.A. (2011). Evaluating societal preferences for human papillomavirus vaccine and cervical smear test screening programme. *Sexually Transmitted Infections*, 87(1), 52–57; <https://doi.org/10.1136/sti.2009.041392>
- Plotkin, S.A., Orenstein, W.A., Offit, P.A. (red.). (2018). *Plotkin's vaccines* (wyd. 7). Elsevier.
- Rebitschek, F.G., Ellermann, C., Jenny, M.A., Siegel, N.A., Spinner, C., Wagner, G.G. (2022). Fact boxes that inform individual decisions may contribute to a more positive evaluation of COVID-19 vaccinations at the population level. *PLOS ONE*, 17(9), e0274186; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274186>
- Sowa, P., Kizskiel, Ł., Laskowski, P.P., Alimowski, M., Szczerbiński, Ł., Paniczko, M., Moniuszko-Malinowska, A., Kamiński, K. (2021). COVID-19 Vaccine Hesitancy in Poland – Multifactorial Impact Trajectories. *Vaccines*, 9(8), 876; <https://doi.org/10.3390/vaccines9080876>
- Stefanoff, P., Sobierajski, T., Bulinska-Stangrecka, H., Augustynowicz, E. (2020). Exploring factors improving support for vaccinations among Polish primary

- care physicians. *PLOS ONE*, 15(5), e0232722; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232722>
- Sunstein, C.R. (2015). Nudges Do Not Undermine Human Agency. *Journal of Consumer Policy*, 38(3), 207–210; <https://doi.org/10.1007/s10603-015-9289-1>
- Thaler, R.H., Sunstein, C.R. (2008). *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*. Yale University Press.
- Thaler, R.H., Sunstein, C.R. (2023). *Impuls. Wydanie finalne. Jak podejmować właściwe decyzje dotyczące zdrowia, dobrobytu i szczęścia* (tłum. J. Grzegorzcyk). Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Traets, F., Sanchez, D.G., Vandebroek, M. (2020). Generating Optimal Designs for Discrete Choice Experiments in R: The idefix Package. *Journal of Statistical Software*, 96(3); <https://doi.org/10.18637/jss.v096.i03>

Rozdział 6

Kto i do kogo mówi o szczepionkach?

Konstrukcja aktora w dyskursie antyszczepionkowym

- Bartmiński, J. (2006). *Językowe podstawy obrazu świata*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Berger, P.L., Luckmann, T. (2020). *Spoleczne tworzenie rzeczywistości*. Warszawa: PWN.
- Carpentier, N. (2017). Discourse theoretical analysis (DTA). W: J. Flowerdew, J.E. Richardson (red.), *Handbook of Critical Discourse Studies*. Routledge.
- Carpentier, N., De Cleen, B. (2007). Bringing Discourse Theory into Media Studies. The applicability of Discourse Theoretical Analysis (DTA) for the Study of media practises and discourses. *Journal of Language and Politics*, 6(2).
- Foucault, M. (1977). *Archeologia wiedzy*. Warszawa: PIW.
- Foucault, M. (2002). *Porządek dyskursu*. Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- Foucault, M. (2006). *Słowa i rzeczy. Archeologia nauk humanistycznych*. Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- Foucault, M. (1981). The order of discourse, W: R. Young (red.), *Untying the Text: A Poststructuralist Reader*. London: RKP.
- Kamasa, V. (2014). Techniki językoznawstwa korpusowego wykorzystywane w krytycznej analizie dyskursu. *Przegląd. Przegląd Socjologii Jakościowej*, 10(2), 100–117.
- Kong, K. (2014). *Professional Discourse*. Boston: Cambridge University Press.
- Laclau, E. (1998). Dyskurs. W: R. Goodin, P. Pettit (red.), *Przewodnik po współczesnej filozofii politycznej*, Warszawa: KiW.
- Laclau, E. (2004). *Emancypacje*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe DSW.
- Laclau, E., Mouffe, Ch. (2007). *Hegemonia i socjalistyczna strategia*. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe DSW.

- Mańczyk, A. (1982). *Wspólnota językowa i jej obraz świata. Krytyczne uwagi do teorii językowej Leo Weisgerbera*. Zielona Góra: WSP.
- Pawlikowska, A. (2012). Zastosowanie metod językoznawstwa korpusowego i lingwistyki kwantytatywnej w analizie dyskursu. *Oblicza Komunikacji*, 5, 111–125.
- Pawłowski, A. (2003). Lingwistyka korpusowa – perspektywy i zagrożenia. *Polonica*, 22–23, 19–32.
- Pawłowski, A. (2001). *Metody kwantytatywne w sekwencyjnej analizie tekstu*. Warszawa: Katedra Lingwistyki Formalnej Uniwersytetu Warszawskiego.
- Sinclair, J. (1991). *Corpus, Concordance, Collocation*. Oxford: UP.
- Stasiuk-Krajewska, K. (2018). *Media i dziennikarstwo. Struktury dyskursu i hegemonia*. Warszawa: Elipsa.
- Swales, J. (1990). The Concept of Discourse Community. W: *Genre Analysis: English in Academic and Research Settings* (s. 21–32). Boston: Cambridge UP.
- Warnke, I.H., Spitzmüller, J. (2009). Wielopoziomowa lingwistyczna analiza dyskursu – DIMEAN. *Tekst i Dyskurs*, 2, 143–144.

Rozdział 7

Zastosowanie mimikry w promocji szczepień ochronnych

- Arce, J.S.S., Warren, S.S., Meriggi, N., Scacco, A., McMurry, N., Voors, M., Syunyaev, G., Malik, A.A., Aboutajdine, S., Adejo, O.S., Anigo, D., Armand, A., Asad, S., Atyera, M., Augsburg, B., Awasthi, M., Ayesiga, G.E., Bancalari, A., Nyqvist, M.B., ... Omer, S.B. (2021). COVID-19 vaccine acceptance and hesitancy in low- and middle-income countries. *Nature Medicine*, 27(8), 1385–1394; <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01454-y>
- Arora, N.K. (2003). Interacting with cancer patients: The significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine*, 57(5), 791–806; [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00449-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00449-5)
- Bavelas, J.B., Black, A., Lemery, C.R., Mullett, J. (1986). „I show how you feel”: Motor mimicry as a communicative act. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(2), 322–329; <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.2.322>
- Bourgeois, P., Hess, U. (2008). The impact of social context on mimicry. *Biological Psychology*, 77(3), 343–352; <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2007.11.008>
- Brewer, N.T., Chapman, G.B., Rothman, A.J., Leask, J., Kempe, A. (2017). Increasing vaccination: Putting psychological science into action. *Psychological Science in the Public Interest*, 18(3), 149–207; <https://doi.org/10.1177/1529100618760521>
- Cappella, J.N., Planalp, S. (1981). Talk and silence sequences in informal conversations III: Interspeaker influence. *Human Communication Research*, 7(2), 117–132; <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1981.tb00564.x>

- Charny, J.E. (1966). Psychosomatic manifestations of rapport in psychotherapy. *Psychosomatic Medicine*, 28(4), 305–315; <https://doi.org/10.1097/00006842-196607000-00002>
- Chartrand, T.L., Bargh, J.A. (1999). The chameleon effect: The perception–behavior link and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(6), 893–910; <https://doi.org/10.1037/0022-3514.76.6.893>
- Cracco, E., Genschow, O., Radkova, I., Brass, M. (2018). Automatic imitation of pro- and antisocial gestures: Is implicit social behavior censored? *Cognition*, 170, 179–189; <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2017.09.019>
- Dabbs, J.M., Jr. (1969). Similarity of gestures and interpersonal influence. *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*, 4(1), 337–338; <https://psycnet.apa.org/record/1969-17366-001>
- Dijksterhuis, A. (2005). Why we are social animals: The high road to imitation as social glue. W: S. Hurley, N. Chater (red.), *Perspectives on imitation: From neuroscience to social science* (t. 2, s. 207–220). MIT Press.
- Dimberg, U. (1982). Facial reactions to facial expressions. *Psychophysiology*, 19(6), 643–647; <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1982.tb02516.x>
- Geerts, E., Van Os, T., Ormel, J., Bouhuys, N. (2006). Nonverbal behavioral similarity between patients with depression in remission and interviewers in relation to satisfaction and recurrence of depression. *Depression and Anxiety*, 23(4), 200–209; <https://doi.org/10.1002/da.20162>
- Genschow, O., Alves, H. (2020). The submissive chameleon: Third-party inferences from observing mimicry. *Journal of Experimental Social Psychology*, 88, art. 103966; <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2020.103966>
- Genschow, O., Wiegand, M., Sarmas, I., Alves, H. (2023). Inferring power from action-response patterns: People who mimic others' actions are perceived as powerless and unsuited for high-power jobs, *SSRN eLibrary / Social Science Research Network*, art. ID 4439397.
- Giles, H., Powesland, P.F. (1975). *Speech style and social evaluation*. Academic Press.
- Greenwald, A.G. (1970). Sensory feedback mechanisms in performance control: With special reference to the ideomotor mechanism. *Psychological Review*, 77(2), 73–99; <https://doi.org/10.1037/h0028689>
- Hatfield, E., Cacioppo, J.T., Rapson, R.L. (1994). *Emotional Contagion*. Cambridge University Press; <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10770953>
- Hatfield, E., Rapson, R.L., Le, Y.C.L. (2008). Emotional contagion and empathy. W: J. Decety, W. Ickes (red.), *The social neuroscience of empathy* (s. 28–51). MIT Press.
- Hawk, S.T., Fischer, A.H., Van Kleef, G.A. (2011). Taking your place or matching your face: two paths to empathic embarrassment. *Emotion*, 11(3), 502–513; <https://doi.org/10.1037/a0022762>

- Henry, S.G., Fuhrel-Forbis, A., Rogers, M.A.M., Eggly, S. (2011). Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 86(3), 297–315; <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399111003739?via%3Dihub>
- Hess, U., Blairy, S. (2001). Facial mimicry and emotional contagion to dynamic emotional facial expressions and their influence on decoding accuracy. *International Journal of Psychophysiology*, 40(2), 129–141; [https://doi.org/10.1016/s0167-8760\(00\)00161-6](https://doi.org/10.1016/s0167-8760(00)00161-6)
- Huntsinger, J.R., Lun, J., Sinclair, S., Clore, G.L. (2009). Contagion without contact: Anticipatory mood matching in response to affiliative motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35(7), 909–922; <https://doi.org/10.1177/0146167209335299>
- Kulesza, W., Chrobot, N., Dolinski, D., Muniak, P., Bińkowska, D., Grzyb, T., Genschow, O. (2022). Imagining is not observing: The role of simulation processes within the mimicry-liking expressway. *Journal of Nonverbal Behavior*, 46, 233–246; <https://doi.org/10.1007/s10919-022-00399-1>
- LaFrance, M. (1982). Posture mirroring and rapport. W: M. Davis (red.), *Interaction rhythms: Periodicity in communicative behavior* (s. 279–298). Human Sciences Press.
- LaFrance, M., Broadbent, M. (1976). Group rapport: Posture sharing as a non-verbal indicator. *Group and Organization Studies*, 1(3), 328–333; <https://doi.org/10.1177/105960117600100307>
- Lakin, J.L., Chartrand, T.L., Arkin, R.M. (2008). I am too just like you: Non-conscious mimicry as an automatic behavioral response to social exclusion. *Psychological Science*, 19(8), 816–822; <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02162.x>
- Lakin, J.L., Jefferis, V.E., Cheng, C.M., Chartrand, T.L. (2003). The chameleon effect as social glue: Evidence for the evolutionary significance of non-conscious mimicry. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27(3), 145–162; <https://doi.org/10.1023/A:1025389814290>
- Levelt, W.J.M., Kelter, S. (1982). Surface form and memory in question answering. *Cognitive Psychology*, 14(1), 78–106; [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(82\)90005-6](https://doi.org/10.1016/0010-0285(82)90005-6)
- Lin, C., Tu, P., Beitsch, L.M. (2020). Confidence and receptivity for COVID-19 vaccines: A rapid systematic review. *Vaccines*, 9(1), 16; <https://doi.org/10.3390/vaccines9010016>
- Lundqvist, L.O., Dimberg, U. (1995). Facial expressions are contagious. *Journal of Psychophysiology*, 9(3), 203–203.

- Maguire, P., Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 325(7366), 697–700; <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.697>
- Maurer, R.E., Tindall, J.H. (1983). Effect of postural congruence on client's perception of counselor empathy. *Journal of Counseling Psychology*, 30(2), 158–163; <https://doi.org/10.1037/0022-0167.30.2.158>
- Mead, N., Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110; [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8)
- Muniak, P., Kulesza, W., Dolinski, D., Grzyb, T., Genschow, O. (2023). Observing mimicry as an effective tool for promoting vaccinations. [Rękopis w przygotowaniu].
- Neumann, R., Strack, F. (2000). „Mood contagion”: The automatic transfer of mood between persons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(2), 211–223; <https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.2.211>
- Paulick, J., Deisenhofer, A.-K., Ramseyer, F., Tschacher, W., Boyle, K., Rubel, J., Lutz, W. (2018). Nonverbal synchrony: A new approach to better understand psychotherapeutic processes and drop-out. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(3), 367–384; <https://doi.org/10.1037/int0000099>
- Prinz, W. (1997). Perception and action planning. *The European Journal of Cognitive Psychology*, 9(2), 129–154; <https://doi.org/10.1080/713752551>
- Riva, S., Monti, M., Iannello, P., Pravettoni, G., Schulz, P., Antonietti, M. (2014). A preliminary mixed-method investigation of trust and hidden signals in medical consultations. *PLOS One*, 9(3), e90941; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0090941>
- Roter, D.L. (1983). Physician/patient communication: Transmission of information and patient effects. *Maryland State Medical Journal*, 32(4), 260–265; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6865482>
- Sharpley, C.F., Halat, J., Rabinowicz, T., Weiland, B., Stafford, J. (2001). Standard posture, postural mirroring and client-perceived rapport. *Counselling Psychology Quarterly*, 14, 267–280; <https://doi.org/10.1080/09515070110088843>
- Sprangers, S., Dijkstra, K., Romijn-Luijten, A. (2015). Communication skills training in a nursing home: Effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 311–319; <https://doi.org/10.2147/CIA.S73053>
- Stel, M., Vonk, R. (2010). Mimicry in social interaction: Benefits for mimickers, mimicked, and their interaction. *British Journal of Psychology*, 101(2), 311–323; <https://doi.org/10.1348/000712609X465424>

- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423–1433; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7728691>
- Street, R.L., Makoul, G., Arora, N.K., Epstein, R.M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301; <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Tiedens, L.Z., Fragale, A.R. (2003). Power moves: Complementarity in dominant and submissive nonverbal behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(3), 558–568; <https://doi.org/10.1037//0022-3514.84.3.558>
- Webb, J.T. (1969). Subject speech rates as a function of interviewer behaviour. *Language and Speech*, 12(1), 54–67; <https://doi.org/10.1177/002383096901200105>
- Webb, J.T. (1972). Interview synchrony: An investigation of two speech rate measures in an automated standardized interview. W: B. Pope, A.W. Siegman (red.), *Studies in dyadic communication* (s. 115–133). Pergamon.
- Whitney, C.G., Zhou, F., Singleton, J., Schuchat, A., Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2014). Benefits from immunization during the vaccines for children program era – United States, 1994–2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(16), 352–355; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24759657>
- Wu, K., Liu, C., Calvo, R.A. (2020). Automatic nonverbal mimicry detection and analysis in medical video consultations. *International Journal of Human-computer Interaction*, 36(14), 1379–1392; <https://doi.org/10.1080/10447318.2020.1752474>
- Wu, K., Liu, C., Taylor, S., Atkins, P.W.B., Calvo, R.A. (2017). Automatic mimicry detection in medical consultations. *2017 IEEE Life Sciences Conference (LSC)*, 55–58; <https://doi.org/10.1109/LSC.2017.8268142>
- Yabar, Y., Johnston, L., Miles, L., Peace, V. (2006). Implicit behavioral mimicry: Investigating the impact of group membership. *Journal of Nonverbal Behavior*, 30(3), 97–113; <https://doi.org/10.1007/s10919-006-0010-6>
- Zhou, Y., Fischer, M.H. (2018). Mimicking non-verbal emotional expressions and empathy development in simulated consultations: An experimental feasibility study. *Patient Education and Counseling*, 101(2), 304–309; <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S073839911730530X?via%3Dihub>
- Zolnierek, K.B.H., Dimatteo, M.R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834; <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>

Rozdział 8

Zdemaskowanie źródła dezinformacji jako sposób na walkę
z antyszczepionkową propagandą

- Action Plan against Disinformation*. (2018). Komisja Europejska; https://www.eeas.europa.eu/sites/default/files/action_plan_against_disinformation.pdf
- Aikin, K.J., Betts, K.R., O'Donoghue, A.C., Rupert, D.J., Lee, P.K., Amoozegar, J.B., Southwell, B.G. (2015). Correction of Overstatement and Omission in Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising: Corrective Advertising Effects. *Journal of Communication*, 65(4), 596–618; <https://doi.org/10.1111/jcom.12167>
- Aikin, K.J., Southwell, B.G., Paquin, R.S., Rupert, D.J., O'Donoghue, A.C., Betts, K.R., Lee, P.K. (2017). Correction of misleading information in prescription drug television advertising: The roles of advertisement similarity and time delay. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 13(2), 378–388; <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.04.004>
- Allam, A., Schulz, P.J., Nakamoto, K. (2014). The Impact of Search Engine Selection and Sorting Criteria on Vaccination Beliefs and Attitudes: Two Experiments Manipulating Google Output. *Journal of Medical Internet Research*, 16(4), e100; <https://doi.org/10.2196/jmir.2642>
- Antino, K., Dennis, A.R. (2019). Says who? The effects of presentation format and source rating on fake news in social media. *MIS Quarterly*, 43(3), 1025–1039; <https://doi.org/10.25300/MISQ/2019/15188>
- Beauvais, C. (2022). Fake news: Why do we believe it? *Joint Bone Spine*, 89(4), 105371; <https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2022.105371>
- Bechler, C.J., Tormala, Z.L., Rucker, D.D. (2021). The Attitude–Behavior Relationship Revisited. *Psychological Science*, 32(8), 1285–1297; <https://doi.org/10.1177/0956797621995206>
- Berger, J., Milkman, K.L. (2012). What Makes Online Content Viral? *Journal of Marketing Research*, 49(2), 192–205; <https://doi.org/10.1509/jmr.10.0353>
- Blanchette, I. (2006). The effect of emotion on interpretation and logic in a conditional reasoning task. *Memory & Cognition*, 34(5), 1112–1125; <https://doi.org/10.3758/BF03193257>
- Blanchette, I., Richards, A. (2004). Reasoning About Emotional and Neutral Materials: Is Logic Affected by Emotion? *Psychological Science*, 15(11), 745–752; <https://doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.00751.x>
- Bode, L., Vraga, E.K. (2015). In Related News, That Was Wrong: The Correction of Misinformation Through Related Stories Functionality in Social Media: In Related News. *Journal of Communication*, 65(4), 619–638; <https://doi.org/10.1111/jcom.12166>

- Bronstein, M.V., Pennycook, G., Bear, A., Rand, D.G., Cannon, T.D. (2019). Belief in fake news is associated with delusionality, dogmatism, religious fundamentalism, and reduced analytic thinking. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 8(1), 108–117; <https://doi.org/10.1037/h0101832>
- Brown, É. (2018). Propaganda, Misinformation, and the Epistemic Value of Democracy. *Critical Review*, 30(3–4), 194–218; <https://doi.org/10.1080/08913811.2018.1575007>
- Carrillo-Santistevé, P., Lopalco, P.L. (2012). Measles still spreads in Europe: Who is responsible for the failure to vaccinate? *Clinical Microbiology and Infection*, 18, 50–56; <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2012.03982.x>
- Channon, S., Baker, J. (1994). Reasoning strategies in depression: Effects of depressed mood on a syllogism task. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 707–711; [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90148-1](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90148-1)
- Cislak, A., Marchlewska, M., Wojcik, A.D., Śliwiński, K., Molenda, Z., Szczepańska, D., Cichocka, A. (2021). National narcissism and support for voluntary vaccination policy: The mediating role of vaccination conspiracy beliefs. *Group Processes & Intergroup Relations*, 24(5), 701–719; <https://doi.org/10.1177/1368430220959451>
- Crockett, M.J. (2017). Moral outrage in the digital age. *Nature Human Behaviour*, 1(11), 769–771; <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0213-3>
- Dame Adjin-Tettey, T. (2022). Combating fake news, disinformation, and misinformation: Experimental evidence for media literacy education. *Cogent Arts & Humanities*, 9(1), 2037229; <https://doi.org/10.1080/23311983.2022.2037229>
- Dixon, G.N., McKeever, B.W., Holton, A.E., Clarke, C., Eosco, G. (2015). The Power of a Picture: Overcoming Scientific Misinformation by Communicating Weight-of-Evidence Information with Visual Exemplars: The Power of a Picture. *Journal of Communication*, 65(4), 639–659; <https://doi.org/10.1111/jcom.12159>
- Doliński, D. (2018). Is Psychology Still a Science of Behaviour? *Social Psychological Bulletin*, 13(2), e25025; <https://doi.org/10.5964/spb.v13i2.25025>
- Druckman, J.N., McGrath, M.C. (2019). The evidence for motivated reasoning in climate change preference formation. *Nature Climate Change*, 9(2), 111–119; <https://doi.org/10.1038/s41558-018-0360-1>
- Eagly, A.H., Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Harcourt Brace Jovanovich.
- Farrell, J., McConnell, K., Brulle, R. (2019). Evidence-based strategies to combat scientific misinformation. *Nature Climate Change*, 9(3), 191–195; <https://doi.org/10.1038/s41558-018-0368-6>
- Fernández-López, M., Perea, M. (2020). Language does not modulate fake news credibility, but emotion does. *Psicológica Journal*, 41(2), 84–102; <https://doi.org/10.2478/psicolj-2020-0005>

- Festinger, L. (1962). *A theory of cognitive dissonance* (t. 2). Stanford University Press.
- Frederick, S. (2005). Cognitive Reflection and Decision Making. *Journal of Economic Perspectives*, 19(4), 25–42; <https://doi.org/10.1257/089533005775196732>
- Garrett, R.K., Weeks, B.E. (2017). Epistemic beliefs' role in promoting misperceptions and conspiracist ideation. *PLOS ONE*, 12(9), e0184733; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184733>
- Geiger, M., Rees, F., Lilleholt, L., Santana, A.P., Zettler, I., Wilhelm, O., Betsch, C., Böhm, R. (2022). Measuring the 7Cs of Vaccination Readiness. *European Journal of Psychological Assessment*, 38(4), 261–269; <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000663>
- Glasman, L.R., Albarracín, D. (2006). Forming attitudes that predict future behavior: A meta-analysis of the attitude-behavior relation. *Psychological Bulletin*, 132(5), 778–822; <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.5.778>
- Guess, A.M., Lerner, M., Lyons, B., Montgomery, J.M., Nyhan, B., Reifler, J., Sircar, N. (2020). A digital media literacy intervention increases discernment between mainstream and false news in the United States and India. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 117(27), 15536–15545; <https://doi.org/10.1073/pnas.1920498117>
- Heath, C., Bell, C., Sternberg, E. (2001). Emotional selection in memes: The case of urban legends. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(6), 1028–1041; <https://doi.org/10.1037/0022-3514.81.6.1028>
- Jerit, J., Zhao, Y. (2020). Political Misinformation. *Annual Review of Political Science*, 23(1), 77–94; <https://doi.org/10.1146/annurev-polisci-050718-032814>
- Jolley, D., Douglas, K.M. (2017). Prevention is better than cure: Addressing anti-vaccine conspiracy theories: JOLLEY and DOUGLAS. *Journal of Applied Social Psychology*, 47(8), 459–469; <https://doi.org/10.1111/jasp.12453>
- Jung, N., Wranke, C., Hamburger, K., Knauff, M. (2014). How emotions affect logical reasoning: Evidence from experiments with mood-manipulated participants, spider phobics, and people with exam anxiety. *Frontiers in Psychology*, 5; <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00570>
- Kahan, D.M. (2013). Ideology, motivated reasoning, and cognitive reflection. *Judgment and Decision Making*, 8(4), 407–424; <https://doi.org/10.1017/S1930297500005271>
- Kahan, D.M. (2017). Misconceptions, Misinformation, and the Logic of Identity-Protective Cognition. *SSRN Electronic Journal*; <https://doi.org/10.2139/ssrn.2973067>
- Kim, A., Dennis, A.R. (2019). Says who? The effects of presentation format and source rating on fake news in social media. *MIS Quarterly*, 43(3), 1025–1039; <https://doi.org/10.25300/MISQ/2019/15188>

- Klurfeld, J., Schneider, H. (2014). News Literacy: Teaching the Internet Generation to Make Reliable Information Choices. *Brookings Institution Research Paper*.
- Kolesnychenko, T. (2021, 13 listopada). Amantadyna oraz lek na odrobaczanie koni. Polacy w dalszym ciągu na COVID-19 stosują niesprawdzone leki; https://www.google.pl/search?q=polacy+wierz%C4%85+w+amantadyn%C4%99isca_esv=562704264isxsrf=AB5stBgZ9fVtwtmv_Sl4SHiXWRWr-VGgGQ%3A1693907298277iei=Yvn2ZMu8EISO9u8P1syP2A4ived=0ahUKEwjL9a62mJOBAXUEh_0HHVbmA-sQ4dUDCA8iuact=5ioq=polacy+wierz%C4%85+w+amantadyn%
- Kozyreva, A., Lewandowsky, S., Hertwig, R. (2020). Citizens Versus the Internet: Confronting Digital Challenges With Cognitive Tools. *Psychological Science in the Public Interest*, 21 (3), 103–156; <https://doi.org/10.1177/1529100620946707>
- Kreps, S., Prasad, S., Brownstein, J.S., Hswen, Y., Garibaldi, B.T., Zhang, B., Kriner, D.L. (2020). Factors Associated With US Adults' Likelihood of Accepting COVID-19 Vaccination. *JAMA Network Open*, 3(10), e2025594; <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.25594>
- Krishna, A., Thompson, T.L. (2021). Misinformation About Health: A Review of Health Communication and Misinformation Scholarship. *American Behavioral Scientist*, 65(2), 316–332; <https://doi.org/10.1177/0002764219878223>
- Lewandowsky, S., Ecker, U.K.H., Cook, J. (2017). Beyond misinformation: Understanding and coping with the „post-truth” era. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 6(4), 353–369; <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2017.07.008>
- Lewandowsky, S., Ecker, U.K.H., Seifert, C.M., Schwarz, N., Cook, J. (2012). Misinformation and Its Correction: Continued Influence and Successful Debiasing. *Psychological Science in the Public Interest*, 13(3), 106–131; <https://doi.org/10.1177/1529100612451018>
- Maertens, R., Anseel, F., van der Linden, S. (2020). Combatting climate change misinformation: Evidence for longevity of inoculation and consensus messaging effects. *Journal of Environmental Psychology*, 70, 101455; <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2020.101455>
- Martel, C., Pennycook, G., Rand, D.G. (2020). Reliance on emotion promotes belief in fake news. *Cognitive Research: Principles and Implications*, 5(1), 47; <https://doi.org/10.1186/s41235-020-00252-3>
- McCracken, G. (1989). Who is the Celebrity Endorser? Cultural Foundations of the Endorsement Process. *Journal of Consumer Research*, 16(3), 310–321.
- McGinnies, E., Ward, C.D. (1980). Better Liked than Right: Trustworthiness and Expertise as Factors in Credibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6(3), 467–472; <https://doi.org/10.1177/014616728063023>

- Mihailidis, P., Viotty, S. (2017). Spreadable Spectacle in Digital Culture: Civic Expression, Fake News, and the Role of Media Literacies in „Post-Fact” Society. *American Behavioral Scientist*, 61(4), 441–454; <https://doi.org/10.1177/0002764217701217>
- Moravec, P., Minas, R., Dennis, A.R. (2018). Fake News on Social Media: People Believe What They Want to Believe When it Makes No Sense at All. *SSRN Electronic Journal*; <https://doi.org/10.2139/ssrn.3269541>
- Moskal, W. (2020, 10 marca). Czosnek, cynk, a może cudowne minerały? Obalamy mity o leczeniu zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2; <https://wyborcza.pl/7,75400,25774766,czosnek-cynk-a-moze-cudowne-mineraly-wszystkiemity-o-leczeniu.html>
- Nan, X., Madden, K. (2012). HPV Vaccine Information in the Blogosphere: How Positive and Negative Blogs Influence Vaccine-Related Risk Perceptions, Attitudes, and Behavioral Intentions. *Health Communication*, 27(8), 829–836; <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.661348>
- Nyhan, B., Reifler, J. (2015). Does correcting myths about the flu vaccine work? An experimental evaluation of the effects of corrective information. *Vaccine*, 33(3), 459–464; <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.11.017>
- Nyhan, B., Reifler, J. (2012). *Misinformation and Fact-checking: Research Findings from Social Science*.
- Oaksford, M., Morris, F., Grainger, B., Williams, J.M.G. (1996). Mood, reasoning, and central executive processes. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 22(2), 476–492; <https://doi.org/10.1037/0278-7393.22.2.476>
- Oliver, J.E., Wood, T. (2014). Medical Conspiracy Theories and Health Behaviors in the United States. *JAMA Internal Medicine*, 174(5), 817; <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.190>
- Pehlivanoglu, D., Lin, T., Deceus, F., Heemskerk, A., Ebner, N.C., Cahill, B.S. (2021). The role of analytical reasoning and source credibility on the evaluation of real and fake full-length news articles. *Cognitive Research: Principles and Implications*, 6(1), 24; <https://doi.org/10.1186/s41235-021-00292-3>
- Pennycook, G., Rand, D.G. (2019). Lazy, not biased: Susceptibility to partisan fake news is better explained by lack of reasoning than by motivated reasoning. *Cognition*, 188, 39–50; <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2018.06.011>
- Pennycook, G., Rand, D.G. (2020). Who falls for fake news? The roles of bullshit receptivity, overclaiming, familiarity, and analytic thinking. *Journal of Personality*, 88(2), 185–200; <https://doi.org/10.1111/jopy.12476>
- Pennycook, G., Rand, D.G. (2021). The Psychology of Fake News. *Trends in Cognitive Sciences*, 25(5), 388–402; <https://doi.org/10.1016/j.tics.2021.02.007>

- Peters, K., Kashima, Y., Clark, A. (2009). Talking about others: Emotionality and the dissemination of social information. *European Journal of Social Psychology*, 39(2), 207–222; <https://doi.org/10.1002/ejsp.523>
- Piorun, M. (2020, 26 kwietnia). 100 osób wyładowało w szpitalu przez Trumpa. Uwierzyły mu, że wybielacz leczy koronawirusa; <https://natemat.pl/306917,koronawirus-w-usa-100-osob-w-szpitalu-po-zaleceniach-trumpa-o-detergentach>
- Quandt, T. (2018). Dark Participation. *Media and Communication*, 6(4), 36–48; <https://doi.org/10.17645/mac.v6i4.1519>
- Sanders, L. (2020). *The difference between what Republicans and Democrats believe to be true about COVID-19* | YouGov; <https://today.yougov.com/topics/politics/articles-reports/2020/05/26/republicans-democrats-misinformation>
- Scheufele, D.A., Hoffman, A.J., Neeley, L., Reid, C.M. (2021). Misinformation about science in the public sphere. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(15), e2104068118; <https://doi.org/10.1073/pnas.2104068118>
- Soral, W., Bilewicz, M., Boehm, R., Babińska, M. (2022). *The role of control motivation in vaccination hesitancy*.
- Stewart, C. (2022). *Full COVID-19 vaccination uptake in Europe 2022*. Statista; <https://www.statista.com/statistics/1218676/full-COVID-19-vaccination-uptake-in-europe/>
- Swire-Thompson, B., DeGutis, J., Lazer, D. (2020). Searching for the backfire effect: Measurement and design considerations. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 9(3), 286–299; <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2020.06.006>
- Szułdrzyński, M. (2022, 22 lutego). Rosyjska propaganda w sieci. Wczorajsi zaciekli antyszczepionkowcy dziś uderzają w Ukrainę; www.rp.pl
- Tormala, Z.L., Briñol, P., Petty, R.E. (2006). When credibility attacks: The reverse impact of source credibility on persuasion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42(5), 684–691; <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2005.10.005>
- Tormala, Z.L., Briñol, P., Petty, R.E. (2007). Multiple Roles for Source Credibility Under High Elaboration: It's all in the Timing. *Social Cognition*, 25(4), 536–552; <https://doi.org/10.1521/soco.2007.25.4.536>
- Troiano, G., Nardi, A. (2021). Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public Health*, 194, 245–251; <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.02.025>
- Tsang, S.J. (2021). Motivated Fake News Perception: The Impact of News Sources and Policy Support on Audiences' Assessment of News Fakeness. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 98(4), 1059–1077; <https://doi.org/10.1177/107699020952129>
- Tucker, J., Guess, A., Barbera, P., Vaccari, C., Siegel, A., Sanovich, S., Stukal, D., Nyhan, B. (2018). Social Media, Political Polarization, and Political Disinformation: A Review of the Scientific Literature. *SSRN Electronic Journal*; <https://doi.org/10.2139/ssrn.3144139>

- Van Bavel, J.J., Pereira, A. (2018). The Partisan Brain: An Identity-Based Model of Political Belief. *Trends in Cognitive Sciences*, 22(3), 213–224; <https://doi.org/10.1016/j.tics.2018.01.004>
- van der Linden, S., Roozenbeek, J., Compton, J. (2020). Inoculating Against Fake News About COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 11, 566790; <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.566790>
- van der Meer, T.G.L.A., Jin, Y. (2020). Seeking Formula for Misinformation Treatment in Public Health Crises: The Effects of Corrective Information Type and Source. *Health Communication*, 35(5), 560–575; <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1573295>
- Van Zomeren, M., Postmes, T., Spears, R. (2008). Toward an integrative social identity model of collective action: A quantitative research synthesis of three socio-psychological perspectives. *Psychological Bulletin*, 134(4), 504–535; <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.4.504>
- Vraga, E.K., Bode, L. (2017). Leveraging institutions, educators, and networks to correct misinformation: A commentary on Lewandowsky, Ecker, and Cook. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 6(4), 382–388; <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2017.09.008>
- Wang, Y., McKee, M., Torbica, A., Stuckler, D. (2019). Systematic Literature Review on the Spread of Health-related Misinformation on Social Media. *Social Science & Medicine*, 240, 112552; <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112552>
- Wilder-Smith, A.B., Qureshi, K. (2019). Resurgence of Measles in Europe: A Systematic Review on Parental Attitudes and Beliefs of Measles Vaccine. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 10(1), 46; <https://doi.org/10.2991/jegh.k.191117.001>

Rozdział 9

Autorytet i perswazja

- Bickman, L. (1974). The social power of a uniform. *Journal of Applied Social Psychology*, 4, 47–61.
- Buller, D., LePoire, B., Aune, K., Eloy, S. (1992). Social perceptions as mediators of the effect of speech rate similarity on compliance. *Human Communication Research*, 19, 286–311.
- Carpenter, Ch. (2013). A meta-analysis of the effectiveness of the „but you are free” compliance gaining technique. *Communication Studies*, 64, 6–17.
- Chattopadhyay, A., Dahl, D.W., Ritchie, R.J.B., Shahin, K.N. (2003). Speech in broadcast advertising. Hearing voices: The impact of announcer speech characteristics on consumer response to broadcast advertising. *Journal of Consumer Psychology*, 13, 198–204.

- De Vries, G., Terwel, B.W., Ellemers, N. (2014). Spare the details, share the relevance. The dilution effects in communications about carbon dioxide capture and storage. *Journal of Environmental Psychology*, 38, 116–123.
- Dolinski, D., Grzyb, T. (2017). *Posłuszni do bólu. O uległości wobec autorytetu w 50 lat po eksperymentach Milgrama*. Sopot: Smak Słowa.
- Dolinski, D., Grzyb, T. (2022). *Sto technik wpływu społecznego. Kiedy i dlaczego wywieranie wpływu na innych jest skuteczne*. Sopot: Smak Słowa.
- Dolinski, D., Kulesza, W., Rędzio, A.M., Muniak, P., Guzek, M., Silczuk, A., Gujski, M. (2023). The effects of offering freedom to comply by pediatricians and nurses, using the but-you-are-free (BYAF) technique, on vaccination compliance on 185 parents of newborn babies conducted in outpatient clinics in Poland between January 2022 and July 2022. *Medical Science Monitor*, 29, e938743.
- Grassini, A., Pascual, A., Guéguen, N. (2012). The effect of „evoking freedom” techniques on sales in a computer-mediated field setting. *International Review of Retail, Distribution and Consumer Research*, 22, 435–437.
- Guéguen, N., Pascual, A. (2000). Evocation of freedom and compliance: The „but you are free of...” technique. *Current Research in Social Psychology*, 5, 264–270.
- Hofling, C.K., Brotzman, E., Dalrymple, S., Graves, N., Pierce, C.M. (1966). An experimental study in nurse-physician relationships. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 143, 171–180.
- Hovland, C.I., Weiss, W. (1951). The influence of source credibility on communication effectiveness. *Public Opinion Quarterly*, 15, 635–650.
- Kumkale, G.T., Albarracín, D. (2004). The sleeper effect in persuasion: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 130, 143–172.
- Meineri, S., Dupre, M., Guéguen, N. (2016). Door-in-the-face and but-you-are-free: Testing the effect of combining two no-pressure compliance paradigms. *Psychological Report*, 119, 276–289.
- Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal Psychology*, 67, 371–378.
- Milgram, S. (1965). Some conditions of obedience and disobedience to authority. *Human Relations*, 18, 57–76.
- Miller, N., Maruyama, G., Beaver, R.J., Valone, K. (1976). Speed of speech and persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 615–624.
- Petty, R.E., Cacioppo, J.T. (1986). *Communication and persuasion. Central and peripheral routes to attitude change*. New York: Springer-Verlag.
- Rom, S.C., Conway, P. (2018). The strategic moral self: Self-presentation shapes moral dilemma judgments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 74, 24–37.
- Rycielski, P. (2011). *Efekt szybkości wypowiedzi w komunikatach perswazyjnych: Wpływ na postrzeganie nadawcy oraz obiektu perswazji*. Niepublikowana rozprawa doktorska, SWPS.

- Sagarin, B.J., Cialdini, R.B., Rice, W.E., Serna, S.B. (2002). Dispelling the illusion of invulnerability: The motivations and mechanisms of resistance to persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 526–541.
- Wood, W., Quinn, J.M. (2003). Forewarned and forearmed? Two meta-analytic syntheses of forewarning of influence appeals. *Psychological Bulletin*, 129, 119–138.
- Zukier, H. (1982). The dilution effect: The role of the correlation and the dispersion of predictor variable in the use of nondiagnostic information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 1163–1176.

Rozdział 10

Biasy poznawcze – zrozumieć antyszczepionkowca

- Alicke, M.D., Klotz, M.L., Breitenbecher, D.I., Yurak, T.J., Vredenburg, D.S. (1995). Personal contact, individuation, and the better-than-average effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 804–825.
- Alloy, L.B., Abramson, L.Y. (1979). The judgment of contingency in depressed and nondepressed students. Sadder but wiser? *Journal of Experimental Psychology: General*, 108, 441–485.
- Aranguren, M. (2022). Face mask use conditionally decreases compliance with physical distancing rules against COVID-19: Gender differences in risk compensation pattern. *Annals of Behavioral Medicine*, 56(4), 332–346.
- Armor, D.A., Taylor, S.E. (2003). The effects of mindset on behavior: Self-regulation in deliberative and implemental frames of mind. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 86–95.
- Asendorpf, J.B., Ostendoerf, F. (1998). Is self-enhancement healthy? Conceptual, psychometric, and empirical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 955–966.
- Asimakopoulou, K., Hoorens, V., Speed, E., Coulson, N.S., Antoniszczak, D., Collyer, F., Deschrijver, E., Dubbin, L., Faulks, D., Foryth, R., Harslof, I., Larsen, K., Manaras, I., Olczak-Kowalczyk, D., Willis, K., Xenou, T., Scambler, S. (2020). Comparative optimism about infection and recovery from COVID-19; Implications for adherence with lockdown advice. *Health Expectations*, 23, 1502–1511.
- Baumeister, R.F. (1989). The optimal margin of illusion. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 176–189.
- Bonanno, G.A., Rennie, C., Dekel, S. (2005). Self-enhancement among high-exposure survivors of the september 11th terrorist attack: resilience or social maladjustment? *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 984–998.
- Bottemanne, H., Morlaàs, O., Fossati, P., Schmidt, L. (2020). Does the coronavirus epidemic take advantage of human optimism bias? *Frontiers in Psychology*, 11, 2001.

- Boyd-Wilson, B.M., McClure, J., Walkey, F.M. (2004). Are wellbeing and illusory perceptions linked? The answer may be yes, but... *Australian Journal of Psychology*, 56, 1–9.
- Brooking, J.B., Serratelli, A.J. (2006). Positive illusions: Positive correlated with subjective well-being, negatively correlated with a measure of personal growth. *Psychological Reports*, 98, 407–413.
- Brown, J.D. (1986). Evaluations of self and others: Self-enhancement biases in social judgments. *Social Cognition*, 4, 353–376.
- Brown, J.D. (2012). Understanding the better than average effect: motives (still) matter. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(2), 209–219.
- Burger, J.M., Burns, L. (1988). The illusion of unique invulnerability and the use of effective contraception. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 264–270.
- Burger, J.M., Palmer, M.L. (1992). Changes in and Generalization of Unrealistic Optimism Following Experiences with Stressful Events: Reactions to the 1989 California Earthquake. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(1), 39–43.
- Byram, S.J. (1997). Cognitive and motivational factors influencing time prediction. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 3, 216–239.
- Byrnes, J.P., Miller, D.C., Schafer, W.D. (1999). Gender differences in risk taking: A metaanalysis. *Psychological Bulletin*, 125(3), 367–383.
- Calderon, T.G. (1993). Predictive properties of analysts' forecasts of corporate earnings. *The Mid-Atlantic Journal of Business*, 29, 41–58.
- Chambers, J.R., Windschitl, P.D. (2004). Biases in social comparative judgments: The role of nonmotivated factors in above-average and comparative-optimism effects. *Psychological Bulletin*, 130(5), 813–838.
- Chambers, J.R., Windschitl, P.D., Suls, J. (2003). Egocentrism, event frequency, and comparative optimism: When what happens frequently is „more likely to happen to me”. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1343–1356.
- Chrystal, P. (2021). *The history of the world in 100 pandemics, plagues and epidemics*. Barnsley, UK: Pen and Sword History.
- Collard, J.J., Cummins, R.A., Fuller-Tyskiewicz, M. (2016). Measurement of positive irrational beliefs (positive cognitive illusions). *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 17, 1069–1088.
- Courtenay, W.H. (2000). Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: Evidence and implications for prevention. *The Journal of Men's Studies*, 9(1), 81–142.
- Crocker, J., Gallo, L. (1985). *The self-enhancing effect of downward comparison*. Paper presented at the annual meeting of American Psychological Association. Los Angeles.
- Cross, K.P. (1977). Not can, but will college teaching be improved? *New Directions for Higher Education*, 17, 1–15.

- Dalrymple, K.E., Scheufele, D.A. (2007). Finally informing the electorate? How the internet got people thinking about presidential politics in 2004. *Harvard International Journal of Press/Politics*, 12(3), 96–111.
- Davidson, K., Prkachin, K. (1997). Optimism and unrealistic optimism have an interacting impact on health-promoting behavior and knowledge changes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(6), 617–625.
- Dillard, A.J., McCaul, K.D., Klein, W.M. (2006). Unrealistic optimism in smokers: Implications for smoking myth endorsement and self-protective motivation. *Journal of Health Community*, 11, 93–102.
- Dollard, A.J., Midboe, A.M., Klein, W.M. (2009). The dark side of optimism: Unrealistic optimism about problems with alcohol predicts subsequent negative event experiences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 35, 1540–1550.
- Dolinski, D., Dolinska, B., Zmaczynska-Witek, B., Banach, M., Kulesza, W. (2020). Unrealistic optimism in the time of coronavirus pandemic: May it help to kill, if so – whom: disease or the person? *Journal of Clinical Medicine*, 9, 1464.
- Dolinski, D., Gromski, W. (1987). Unrealistic optimism is back. Manuskrypt niepublikowany.
- Dolinski, D., Gromski, W., Zawisza, E. (1987). Unrealistic pessimism. *Journal of Social Psychology*, 127, 511–516.
- Dolinski, D., Grzyb, T. (2020). *The social psychology of obedience towards authority: An empirical tribute to Stanley Milgram*. New York and London: Routledge.
- Dolinski, D., Kulesza, W., Muniak, P., Dolinska, B., Derakshan, A., Grzyb, T. (2021). Research on unrealistic optimism among HoReCa workers as a possible future hotspot of infections. *Sustainability*, 13, 12562.
- Dolinski, D., Kulesza, W., Muniak, P., Dolinska, D., Węgrzyn, R., Izydorczak, K. (2022). Media intervention program for reducing unrealistic optimism bias: The link between unrealistic optimism, well-being, and health. *Applied Psychology: Health and Well Being*, 14(2), 499–518.
- Druică, E., Musso, F., Ianole-Călin, R. (2020). Optimism bias during the COVID-19 pandemic: Empirical evidence from Romania and Italy. *Games*, 11(3), 39.
- Dufner, M., Gevbauer, J.E., Sedikides, C., Denissen, J.J.A. (2019). Self-enhancement and psychological adjustment: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 23, 48–72.
- Dunning, D., Meyerowitz, J.A., Holzberg, A.D. (1989). Ambiguity and self-evaluation: The role of idiosyncratic trait definitions in self-serving assessments of ability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1082–1090.
- Epley, N., Dunning, D. (2000). Feeling „holier than thou”: are self-serving assessments produced by errors in self-or social prediction? *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 861–875.

- Eveland, W.P., Seo, M., Marton, K. (2002). Learning from the news in campaign 2000: An experimental comparison of TV news, newspapers, and online news. *Media Psychology*, 4(4), 353–378.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117–140.
- Figueiras, M.J., Neto, D.D., Maroco, J., Kern de Castro, E. (2022). Is my risk lower than yours? The role of compared risk, illness perceptions, and self-efficacy as determinants of perceived risk for COVID-19. *Health, Risk and Society*, 1–13.
- Goethals, G.R. (1986). Fabricating and ignoring social reality: Self-serving estimates of consensus. W: J.M. Olson, C.P. Herman, M.P. Zanna (red.), *Relative deprivation and social comparison: The Ontario Symposium. Vol. 4* (s. 137–157). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gollwitzer, P.M. (1996). The volitional benefits of planning. W: P.M. Gollwitzer, J.A. Bargh (red.), *The psychology of action. Linking cognition and motivation to behavior* (s. 287–312). New York: Guilford Press.
- Gollwitzer, P.M. (2003). Why we thought that action mind-set affect illusions of control. *Psychological Inquiry*, 14, 261–269.
- Gollwitzer, P.M., Kinney, R.F. (1989). Effect of deliberative and implemental mind-sets on illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 531–542.
- Greenwald, A.G. (1980). The totalitarian ego. Fabrication and revision of personal history. *American Psychologist*, 35, 603–618.
- Gregg, A.P., Mahaderan, N., Sedikides, C. (2017). The SPOT effect: People spontaneously prefer their own theories. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 70(6), 996–1010.
- Griffin, D., Buehler, R. (1999). Frequency, probability, and prediction: Easy solutions to cognitive illusions? *Cognitive Psychology*, 38, 48–78.
- Grosser, T.J., Gilson, L.L., Dong, Y., Madjar, N. (2021). Creative self-enhancement in a team context: The role of gender, creative self-concept, and trait hypercompetitiveness. *Psychology of Aesthetic, Creativity, and the Arts*; doi:10.1037/aca0000430.
- Gruder, C.L. (1971). Determinants of social comparison choices. *Journal of Experimental Social Psychology*, 7, 473–489.
- Grzyb, T., Dolinski, D. (2017). Beliefs about obedience levels in studies conducted within the Milgram paradigm. Better than average effect and comparisons of typical behaviors by representatives of various nations. *Frontiers in Psychology*, 8, 1632.
- Hahmiller, K.L. (1966). Threat as a determinant of downward comparison. *Journal of Experimental Social Psychology, Suppl. 1*, 32–39.

- Hanoch, Y., Rolinson, J., Freund, A.M. (2019). Reaping the benefits and avoiding the risk: Unrealistic optimism in the health domain. *Risk Analysis*, 39(4), 792–804.
- Hanoch, Y., Simuzingili, M., Barnes, A. (2022). The role of unrealistic absolute optimism in willingness to be treated and pay for medical services. *Decision*; doi: 10.1037/dec0000184.
- Hart, W., Albarracin, D., Eagly, A.H., Brehan, J., Lindberg, M.J., Merrill, L. (2009). Feeling validated versus being correct: A meta-analysis of selective exposure to information. *Psychological Bulletin*, 135(4), 558–588.
- Helweg-Larsen, M. (1999). (The lack of) optimistic biases in response to the 1994 Northridge Earthquake: The role of personal experience. *Basic and Applied Social Psychology*, 21, 119–129.
- Helweg-Larsen, M., Shepperd, J.A. (2001). Do moderators of the optimistic bias affect personal or target risk estimates? A review of the literature. *Personality and Social Psychology Review*, 5, 74–95.
- Hoorens, V. (1995). Self favoring biases, self-presentation, and the self-other asymmetry in social comparison. *Journal of Personality*, 63(4), 793–817.
- Hoorens, V., Buunk, B.P. (1993). Social comparison of health risks: Locus of control, the person-positivity bias, and unrealistic optimism. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 291–302.
- Hoorens, V., Scambler, S., Deschrijver, E., Coulson, N.S., Speed, E., Asimakopoulou, K. (2022). Comparative optimism, self superiority, egocentric impact perception and health information seeking: A COVID-19 study. *Psychologica Belgica*, 62(1), 152–167.
- Hoorens, V., Smits, T. (2001). Why do controllable events elicit stronger comparative optimism than uncontrollable events? *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 14, 11–43.
- Horney, K. (1937). *The neurotic personality of our time*. New York: Norton.
- Irwin, F.W. (1953). Stated expectations as functions of probability and desirability of outcomes. *Journal of Personality*, 21, 329–335.
- Izydorczak, K., Antoniuk, K., Kulesza, W., Dolinski, D., Muniak, P. (2022). Temporal aspects of unrealistic optimism and robustness of this bias: a longitudinal study in the context of the COVID-19 pandemic. *PloS One*, 17(12), e0278045; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278045>
- Jelic, M. (2022). How do we process feedback? The role of self-esteem in processing self-related and other-related information. *Acta Psychologica*, 227, 103592.
- Jellison, J., Davis, D. (1973). Relationship between perceived ability and attitude extremity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27, 430–436.
- Kahneman, D., Tversky, A. (1979). Prospect theory: An empirical analysis of decision under risk. *Econometric*, 47(2), 263–292.

- Kim, H.K., Niederdeppe, J. (2013). Exploring optimistic bias and the integrative model of behavioral prediction in the context of a campus influenza outbreak. *Journal of Health Communication, 18*(2), 206–222.
- Kim, H.K., Niederdeppe, J. (2016). Effects of self-affirmation, narratives, and informational messages in reducing unrealistic optimism about alcohol-related problems among college students. *Human Communication Research, 42*(2), 246–268.
- Kim, M.Y., Han, K. (2022). For me or for others? The better-than-average effect and negative feelings toward average others during the COVID-19 pandemic. *Current Psychology, 42*, 13173–13181; <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02548-z>
- Kinney, A. (2000). Positive illusions of well-being and irrational implications for rational-emotive behavior therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy, 30*(4), 401–415.
- Klein, C., Helweg-Larsen, M. (2002). Perceived control and the optimistic bias: A meta-analytic review. *Psychology & Health, 17*(4), 437–446.
- Klein, W.M., Weinstein, N.D. (1997). *Social comparison and unrealistic optimism about personal risk*. W: B.P. Buunk, F.X. Gibbons (red.), *Health, coping, and well-being: Perspectives from Social Comparison Theory* (s. 25–61). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Kofta, M., Szustrowa, T. (red.). (2023). *Złudzenia, które pozwalają żyć*. Wydawnictwo PWN.
- Koole, S., Spijker, M. (2000). Overcoming the planning fallacy through willpower: Effects of implementation intentions on actual and predicted task-completion times. *European Journal of Social Psychology, 30*, 873–888.
- Korman, A.L. (1976). Hypothesis of work behavior revisited and an extension. *Academy of Management Review, 1*, 50–63.
- Kruger, J. (1999). Lake Wobegon be gone! The „below average effect” and the egocentric nature of comparative ability judgments. *Journal of Personality and Social Psychology, 77*, 221–232.
- Kulesza, W., Dolinski, D., Muniak, P. i wsp. (2023). 3–6-9 „Threatened-Me” Rule: Testing a New Method to Reduce Unrealistic Comparative Optimism. *Current Psychology*; <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04927-0>
- Kulesza, W., Dolinski, D., Muniak, P., Derakhshan, A., Rizulla, A., Banach, M. (2021). We are infected with the new, mutated virus UO-COVID-19. *Archives of Medical Science, 17*, 1706–1715.
- Kulesza, W., Dolinski, D., Muniak, P., Grzyb, T., Rizulla, A. (2022). COVID-19 and a biased public mentality toward infection and vaccination: A case of unrealistic optimism and social comparisons between the vaccinated and unvaccinated. *Journal of Pacific Rim Psychology, 16*, 1–7.

- Kulesza, W., Dolinski, D., Muniak, P., Winner, D., Izydorczak, K., Derakhshan, A., Rizulla, A. (2022) Biased social comparison in the moment of crisis. *Social Psychology*, 54(1–2), 40–51; <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000495>
- Kulesza, W., Dolinski, D., Suitner, C., Genschow, O., Muniak, P., Izydorczak, K., Casara, B.G.S. (2023). It matters to whom you compare yourself: the case of unrealistic optimism and gender-specific comparisons. *American Journal of Men's Health*, 17(1), 1–13; <https://doi.org/10.1177/15579883231152154>
- Kuper-Smith, B.J., Doppelhofer, L., Oganian, Y., Rosenblau, G., Korn, C. (2020). Optimistic beliefs about the personal impact of COVID-19. *PsyArXiv*.
- Langer, E.J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311–328.
- Latane, B. (1966). Studies in social comparison – Introduction and overview. *Journal of Experimental Social Psychology, Suppl.*, 1, 1–5.
- Leary, M. (2007). Motivational and emotional aspects of the self. *Annual Review of Psychology*, 58, 317–344.
- Lee, J. (2012). Trait desirability and cultural difference in the better-than-average effect. *Asian Journal of Social Psychology*, 15(4), 261–272.
- Lemyre, L., Smith, P.L. (1985). Intergroup discrimination and self-esteem in the minimal intergroup paradigm. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 660–670.
- Lewicka, M. (1993). *Aktor czy obserwator: Psychologiczne mechanizmy odchyżeń od racjonalności w myśleniu potocznym*. Polskie Towarzystwo Psychologiczne.
- Leviston, Z., Uren, H.V. (2020). Overestimating one's „green” behavior: Better-than-average bias may function to reduce perceived personal threat from climate change. *The Journal of Social Issues*, 76(1), 70–85.
- Lin, T., Harris, E.A., Heemskerk, A., Van Bavel, J.J., Ebner, N.C. (2021). A multi-national test on self-reported compliance with COVID-19 public health measures: The role of individual age and gender demographics and countries' developmental status. *Social Science and Medicine*, 286, 114335.
- Linkenbach, J., Perkins, H.W. (2005). *Montana's MOST of Us Don't Drink & Drive Campaign: A Social Norms Strategy To Reduce Impaired Driving Among 21 to 34 Year Olds: (624262011-001)* [Data set]. American Psychological Association.
- Maciuszek, J., Polak, M., Stasiuk, K. (2022). Declared intention (not) to be vaccinated against COVID-19, and actual behavior – The longitudinal study in the Polish sample. *Vaccines*, 10(2), 147.
- Maftai, A., Petroi, C.E. (2022). „I'm luckier than everybody else”: Optimistic bias, COVID-19 conspiracy beliefs, vaccination status, and the link with the time

- spent online, anticipated regret, and the perceived threat. *Frontiers in Public Health*, 10, 1019298.
- Mahalik, J.R., Lagan, H.D., Morrison, J.A. (2006). Health behaviors and masculinity in Kenyan and U.S. male college students. *Psychology of Men & Masculinity*, 7(4), 191–202.
- Maksim, A., Spiewak, S., Lipp, N., Duzmanska-Misiarczyk, N., Gustaw, G., Rebilas, K., Strojny, P. (2022). *Unrealistic optimism in the eye of the storm: Positive bias towards the consequences of COVID-19 during the second and third waves of the pandemic*; doi:10.1101/2022.05.10.22274918.
- Marks, R.W. (1951). The effect of probability, desirability and „privilege” on the stated expectation of children. *Journal of Personality*, 19, 332–351.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Matlin, M.W., Stang, D.J. (1978). *The Pollyana principle. Selectivity in language, memory, and thought*. Cambridge: Schenkman Publishing Company.
- McCaul, K.D., Branstetter, A.D., Schroeder, D.M., Glasgow, R.E. (1996). What is the relationship between breast cancer risk and mammography screening? A meta-analytic review. *Health Psychology*, 15, 423–492.
- McColl, K., Debin, M., Souty, C., Guerrisi, C., Turbelin, C., Falchi, A., Bonmarin, I., Paolotti, D., Obi, C., Duggan, J., Moreno, Y., Wisniak, A., Flahault, A., Blanchon, T., Colizza, V., Raude, J. (2022). Are people optimistically biased about the risk of COVID-19 infection? Lessons from the first wave of the pandemic in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 436.
- McKenna, F.P. (1993). It won't happen to me: Unrealistic optimism or illusion of control? *British Journal of Psychology*, 84, 39–50.
- McKenna, F.P., Albery, I.P. (2001). Does unrealistic optimism change following negative experience? *Journal of Applied Social Psychology*, 31(6), 1146–1157.
- McMillen, C. (2016). *Pandemic: A very short introduction*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Meisner, M.W., Lenzenweger, M.F., Bach, B., Vestergaard, M., Petersen, L.S., Haahr, U.H., Kongerslev, M., Simonsen, E. (2021). Exploring identity disturbance and psychotic spectrum symptoms as predictors of borderline and schizotypal personality disorders. *Psychopathology*, 54, 193–202.
- Menon, G., Kyung, E.J., Agrawal, N. (2009). Biases in social comparisons: Optimism or pessimism? *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 108, 39–52.
- Meyer, W.G. (2014). The effect of optimism bias on the decision to terminate failing projects. *Project Management Journal*, 45(4), 7–20.
- Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal Psychology*, 67, 371–378.

- Milgram, S. (1965). Some conditions of obedience and disobedience to authority. *Human Relations*, 18, 57–76.
- Milgram, S. (1974). *Obedience to authority. An experimental view*. New York: Harper & Row.
- Moore, D.A., Healy, P.J. (2008). The trouble with overconfidence. *Psychological Review*, 115, 502–517.
- Ochse, C. (2012). The optimism bias: Is it adaptive in academic settings? *Journal of Psychology in Africa*, 22(3), 415–417.
- O’Creery, M.F., Nicholson, N., Soane, M., Willman, P. (2010). Tranding on illusions: Unrealistic perceptions of control and tranding performance. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76, 53–68.
- O’Hare, D. (1990). Pilots’ perception of risks and hazards in general aviation. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 61, 599–603.
- Oljača, M., Sadiković, S., Branovački, B., Pajić, D., Smederevac, Mitrović, D. (2020). Unrealistic optimism and XECAXO traits as predictors of risk perception and compliance with COVID-19 preventive measures during the first wave of pandemic. *Primenjena Psihologija*, 13(4), 405–425.
- Orwell, G. (1949/2021). 1984. Milan: Intra.
- Pahl, S., Eiser, J.R. (2007). How malleable is comparative self-positivity? The effects of manipulating judgmental focus and accessibility. *European Journal of Social Psychology*, 37, 617–627.
- Park, T., Ju, I., Ohs, J.E., Hinsley, A. (2021). Optimistic bias and preventive behavioral engagement in the context of COVID-19. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(1), 1859–1866.
- Perloff, L.S. (1983). Perceptions of vulnerability to victimization. *Journal of Social Issues*, 39, 41–61.
- Perloff, L.S., Fetzer, B.K. (1986). Self-other judgments and perceived vulnerability to victimization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 502–510.
- Pieri, E. (2021). *Pandemics. The basics*. New York and London: Routledge.
- Puca, R.M. (2001). Preferred difficulty and subjective probability in different action phases. *Motivation and Emotion*, 25, 307–326.
- Rothman, A.J., Klein, W.M., Weinstein, N.D. (1996). Absolute and relative biases in estimations of personal risk. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(14), 1213–1236.
- Ruthig, J.C., Gamblin, B.W., Jones, K., Vanderzanden, K., Kehn, A. (2017). Concurrently examining unrealistic absolute and comparative optimism: Temporal shifts, individual difference and event-specific correlates, and behavioral outcome. *British Journal of Psychology*, 108, 107–126.

- Salgado, S., Berntsen, D. (2021). „It won't happen to us”: unrealistic optimism affects COVID-19 risk assessments and attitudes regarding protective behaviour. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 10, 368–380.
- Scherer, A.M., Bruchmann, K., Windtschitl, P.D., Rose, J.P., Smith, A.R., Koestner, B., Snetselaar, L., Suls, J. (2016). Sources of biases in peoples' social comparative estimates of food consumption. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 22(2), 173–183.
- Schwarz, N., Bless, H., Strack, F., Klumpp, G., Rittenauer-Schatka, H., Simons, A. (1991). Ease of retrieval as information: Another look at the availability heuristic. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 195–202.
- Sedikides, C., Gaertner, L., Toguchi, Y. (2003). Pancultural self-enhancement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 60–79.
- Seligman, M. (1998). *Learned Optimism*. New York, NY: Pocket Books.
- Shepperd, J.A., Klein, W.M.P., Waters, E.A., Weinstein, N.D. (2013). Taking stock of unrealistic optimism. *Perspectives on Psychological Science*, 8(4), 395–411.
- Shepperd, J.A., Ouellette, J.A., Fernandez, J.K. (1996). Abandoning unrealistic optimism: Performance estimates and the temporal proximity of self-relevant feedback. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 844–855.
- Sjastad, H., Van Bavel, J. (2021). *The best-case heuristic: Relative optimism in a global health pandemic*; <https://doi.org/10.1177/01461672231191360>
- Sproesser, G., Klusmann, V., Schupp, H.T., Renner, B. (2017). Self-other differences in perceiving why people eat what they eat. *Frontiers in Psychology*, 8, 209.
- Suls, J.M. (1977). Social comparison theory and research. W: J.M. Suls, R.M. Miller (red.), *Social comparison processes: Theoretical and experimental perspectives* (s. 1–19). Washington, DC: Hemisphere.
- Svenson, O. (1981). Are we all less risky and more skillful than our fellow drivers? *Acta Psychologica*, 47, 143–148.
- Swann, W.B. (1983). Self-verification: Bringing social reality into harmony with the self. W: J. Suls, A.G. Greenwald (red.), *Psychological perspectives on the self*. Vol. 2 (s. 33–66). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Swann, W.B. (1987). Identity negotiation: Where two roads meet. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1038–1051.
- Swann, W.B., Read, S.J. (1981). Acquiring self-knowledge: The search for feedback that fits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 1119–1128.
- Sweeny, K., Shepperd, J.A. (2010). The costs of optimism and the benefits of pessimism. *Emotion*, 10(5), 750–753.
- Taylor, S.E., Brown, J.D. (1988). Illusion and well-being. A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193–210.

- Treloar, C., Hopwood, M. (2008). „Look, I’m fit, I’m positive and I’ll be all right, thank you very much”: Coping with hepatitis C treatment and unrealistic optimism. *Psychology, Health and Medicine*, 13(3), 360–366.
- Trope, Y. (1975). Seeking information about one’s own ability as a determinants of choice among tasks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 1004–1013.
- Tversky, A., Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5, 207–232.
- Tversky, A., Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124–1131.
- van der Velde, F.W, van der Pligt, J., Hooykaas, C. (1994). Perceiving AIDS-related risk: Accuracy as a function of differences in actual risk. *Health Psychology*, 13, 25–33.
- Van Lange, P.A.M. (1991). Being better but not smarter than others: The Muhammad Ali effect at work in interpersonal situations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 689–693.
- Van Lange, P.A.M., Sedikides, C. (1998). Being more honest but not necessarily more intelligent than others: Generality and explanations for the Muhammad Ali effect. *European Journal of Social Psychology*, 28, 675–680.
- Vieites, Y., Ramos, G.A., Pereira, A.C., Medeiros, A. (2021). Can self-protective behaviors increase unrealistic optimism? Evidence from the COVID-19 pandemic. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 27(4), 621–631.
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(5), 806–820.
- Weinstein, N.D. (1983). Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. *Health Psychology*, 2(1), 11–20.
- Weinstein, N.D. (1984). Why it won’t happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3(5), 431–457.
- Weinstein, N.D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 481–500.
- Weinstein, N.D., Lachendro, E. (1982). Egocentrism as a source of unrealistic optimism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 8, 195–200.
- Weiss, J.W., Garbanati, J.A. (2006). Effects of acculturation and social norms on adolescent smoking among Asian-American subgroups. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 5(2), 75–90.
- Wills, T.A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90, 245–271.
- Wills, T.A. (1987). Downward comparison as a coping mechanism. W: C.R. Snyder, C. Ford (red.), *Coping with negative life events* (s. 243–268). New York: Plenum Press.

- Wise, T., Zbozinek, T.D., Michelini, G., Hagan, C.C., Mobbs, D. (2020). Changes in risk perception and self-reported protective behaviour during the first week of the COVID-19 pandemic in the United States. *Royal Society Open Science*, 7, 200742.
- Yang, S., Markoczy, L., Qi, M. (2007). Unrealistic optimism in consumer credit card adoption. *Journal of Economic Psychology*, 28(2), 170–185.
- Young, M.C. (2014). Do positive illusions contribute to human well-being? *Philosophical Psychology*, 27, 536–552.
- Young-Hoon, K., Chi-Yue, Ch. (2011). Emotional cost of inaccurate self-assessments: Both self-effacement and self-enhancement can lead to dejection. *Emotion*, 11(5), 1096–1104.
- Zandersen, M., Parnas, J. (2019). Identity disturbance, feeling of emptiness and the boundaries of the schizophrenia spectrum. *Schizophrenia Bulletin*, 45, 106–113.
- Zell, E., Strickouser, J.E., Sedikides, C., Alicke, M.D. (2020). The better-than-average effect in comparative self-evaluation: A comprehensive review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 156(2), 118–149.
- Ziano, I., Mok, P.Y. (Cora), Feldman, G. (2020). Replication and extension of Alicke (1985) Better-than-average effect for desirable and controllable traits. *Social Psychological and Personality Science*, 12(6), 1005–1017.

Rozdział 11

Polityczna psychologia szczepień: ideologia, poczucie kontroli oraz teorie spiskowe w obszarze zdrowia publicznego

- Babińska, M., Bilewicz, M. (2019). Teorie spiskowe i polityka. W: M. Winiewski, A. Stefaniak (red.), *Upředzenia w Polsce 2017: oblicza przemocy międzygrupowej*. Warszawa: Liberi Libri.
- Balkis, M., Duru, E. (2023). Negative Life Events Associated with COVID-19 and Psychological Distress: The Role of Sense of Helplessness and Existential Well-Being. *Studia Psychologica*, 65(3), 213–229.
- Benner, K. (2020, 24 listopada). Purdue Pharma Pleads Guilty to Role in Opioid Crisis as Part of Deal With Justice Dept. *The New York Times*; <https://www.nytimes.com/2020/11/24/us/politics/purdue-pharma-opioids-guilty-settlement.html>
- Berenson, A. (2005, 31 maja). Despite Vow, Drug Makers Still Withhold Data. *The New York Times*; <https://www.nytimes.com/2005/05/31/business/despite-vow-drug-makers-still-withhold-data.html>
- Bertin, P., Nera, K., Delouvé, S. (2020). Conspiracy beliefs, rejection of vaccination, and support for hydroxychloroquine: a conceptual replication-extension in the COVID-19 pandemic context. *Frontiers in Psychology*, 11; <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.565128>

- Bilewicz, M., Soral, W., Marchlewska, M., Winiewski, M. (2017). When Authoritarians Confront Prejudice. Differential Effects of SDO and RWA on Support for Hate-Speech Prohibition. *Political Psychology*, 38(1), 87–99; <https://doi.org/10.1111/pops.12313>
- Bilewicz, M., Witkowska, M., Pantazi, M., Gkinopoulos, T., Klein, O. (2019). Traumatic Rift: How Conspiracy Beliefs Undermine Cohesion After Societal Trauma? *Europe's Journal of Psychology*, 15(1), 82–93; <https://doi.org/10.5964/ejop.v15i1.1699>
- Blaskiewicz, R. (2013). The big Pharma conspiracy theory. *Medical Writing*, 22(4), 259–261.
- Brotherton, R., French, C., Pickering, A. (2013). Measuring Belief in Conspiracy Theories: The Generic Conspiracist Beliefs Scale. *Frontiers in Psychology*, 4; <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2013.00279>
- Bukowski, M., Asanowicz, D., Marzecová, A., Lupiáñez, J. (2015). Limits of control: The effects of uncontrollability experiences on the efficiency of attentional control. *Acta Psychologica*, 154, 43–53; <http://doi.org/10.1016/j.actpsy.2014.11.005>
- Callaghan, T., Moghtaderi, A., Lueck, J.A., Hotez, P., Strych, U., Dor, A., Fowler, E.F., Motta, M. (2021). Correlates and disparities of intention to vaccinate against COVID-19. *Social Science & Medicine* (1982), 272, 113638; <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113638>
- Cislak, A., Marchlewska, M., Wojcik, A.D., Śliwiński, K., Molenda, Z., Szczepańska, D., Cichocka, A. (2021). National narcissism and support for voluntary vaccination policy: The mediating role of vaccination conspiracy beliefs. *Group Processes & Intergroup Relations*, 24(5), 701–719; <https://doi.org/10.1177/1368430220959451>
- Duckitt, J. (2001). A dual-process cognitive-motivational theory of ideology and prejudice. *Advances in Experimental Social Psychology*, 33, 41–113; [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(01\)80004-6](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(01)80004-6)
- Duckitt, J., Sibley, C.G. (2010). Personality, Ideology, Prejudice, and Politics: A Dual-Process Motivational Model. *Journal of Personality*, 78(6), 1861–1894; <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00672.x>
- Fridman, A., Gershon, R., Gneezy, A. (2021). COVID-19 and vaccine hesitancy: A longitudinal study. *PLOS ONE*, 16(4), e0250123; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250123>
- García-Fernández, L., Romero-Ferreiro, V., Padilla, S., Lahera, G., Rodríguez-Jimenez, R. (2022). Different emotional profile of health care staff and general population during the COVID-19 outbreak. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 14(2), 266–272; <https://doi.org/10.1037/tra0001024>

- Geiger, M., Rees, F., Lilleholt, L., Santana, A.P., Zettler, I., Wilhelm, O., Betsch, C., Böhm, R. (2021). Measuring the 7Cs of vaccination readiness. *European Journal of Psychological Assessment*; <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000663>
- Glick, P. (2002). Sacrificial lambs dressed in wolves' clothing: Envious prejudice, ideology, and the scapegoating of Jews. W: L.S. Newman, R. Erber (red.), *Understanding genocide: The social psychology of the Holocaust* (s. 113–142). Oxford University Press.
- Hornsey, M.J., Chapman, C.M., Alvarez, B., Bentley, S., Salvador Casara, B.G., Crimston, C. R., Ionescu, O., Ionescu, O., Krug, H., Preya Selvanathan, H., Steffens, N.K., Jetten, J. (2021). To what extent are conspiracy theorists concerned for self versus others? A COVID-19 test case. *European Journal of Social Psychology*, 51(2), 285–293; <https://doi.org/10.1002/ejsp.2737>
- Hornsey, M.J., Finlayson, M., Chatwood, G., Begeny, C.T. (2020). Donald Trump and vaccination: The effect of political identity, conspiracist ideation and presidential tweets on vaccine hesitancy. *Journal of Experimental Social Psychology*, 88, 103947; <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2019.103947>
- Husting, G., Orr, M. (2007). Dangerous Machinery: „Conspiracy Theorist” as a Transpersonal Strategy of Exclusion. *Symbolic Interaction*, 30(2), 127–150; <https://doi.org/10.1525/si.2007.30.2.127>
- Imhoff, R. (2015). Beyond (right-wing) authoritarianism: Conspiracy mentality as an incremental predictor of prejudice. W: M. Bilewicz, A. Cichocka, W. Soral (red.), *The psychology of conspiracy* (s. 122–141). London, UK: Routledge.
- Imhoff, R., Bertlich, T., Frenken, M. (2022). Tearing apart the „evil” twins: A general conspiracy mentality is not the same as specific conspiracy beliefs. *Current Opinion in Psychology*, 46, 101349; <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101349>
- Imhoff, R., Bruder, M. (2014). Speaking (un-)truth to power: conspiracy mentality as a generalised political attitude. *European Journal of Personality*, 28(1), 25–43; <https://doi.org/10.1002/per.1930>
- Imhoff, R., Zimmer, F., Klein, O., António, J.H.C., Babinska, M., Bangerter, A., Bilewicz, M., Blanuša, N., Bovan, K., Bužarovska, R., Cichocka, A., Delouvée, S., Douglas, K.M., Dyrendal, A., Etienne, T., Gjoneska, B., Graf, S., Gualda, E., Hirschberger, G., ... van Prooijen, J.-W. (2022). Conspiracy mentality and political orientation across 26 countries. *Nature Human Behaviour*, 6(3), art. 3; <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01258-7>
- Kay, A.C., Gaucher, D., Napier, J.L., Callan, M.J., Laurin, K. (2008). God and the government: Testing a compensatory control mechanism for the support of external systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 18–35; <http://doi.org/10.1037/0022-3514.95.1.18>

- Kay, A.C., Whitson, J.A., Gaucher, D., Galinsky, A.D. (2009). Compensatory control: Achieving order through the mind, our institutions, and the heavens. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 264–268; <http://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01649.x>
- Kennedy, J. (2020). Vaccine Hesitancy: A Growing Concern. *Pediatric Drugs*, 22(2), 105–111; <https://doi.org/10.1007/s40272-020-00385-4>
- Kerr, J.R., Wilson, M.S. (2021). Right-wing authoritarianism and social dominance orientation predict rejection of science and scientists. *Group Processes & Intergroup Relations*, 24(4), 550–567; <https://doi.org/10.1177/1368430221992126>
- Klofstad, C.A., Uscinski, J.E., Connolly, J.M., West, J.P. (2019). What drives people to believe in Zika conspiracy theories? *Palgrave Communications*, 5(1), art. 1; <https://doi.org/10.1057/s41599-019-0243-8>
- Kofta, M., Sędek, G. (1989). Repeated failure: A source of helplessness or a factor irrelevant to its emergence? *Journal of Experimental Psychology: General*, 118, 3–12; <http://doi.org/10.1037/0096-3445.118.1.3>
- Kofta, M., Sędek, G. (1998). Uncontrollability as a source of cognitive exhaustion. W: M. Kofta, G. Weary, G. Sędek (red.), *Personal control in action: Cognitive and motivational mechanisms* (s. 391–418). Plenum Press; http://doi.org/10.1007/978-1-4757-2901-6_16
- Kofta, M., Soral, W., Bilewicz, M. (2020). What breeds conspiracy antisemitism? The role of political uncontrollability and uncertainty in the belief in Jewish conspiracy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 118(5), 900–918; <http://doi.org/10.1037/pspa0000183>
- Kossowska, M., Szwed, P., Czarnek, G. (2021). Ideology shapes trust in scientists and attitudes towards vaccines during the COVID-19 pandemic. *Group Processes & Intergroup Relations*, 24(5), 720–737; <https://doi.org/10.1177/13684302211001946>
- Kretchner, M., Lifshin, U., Mikulincer, M. (2023). Parental motivated helplessness in vaccinating children against COVID-19: Its association with fear, effectiveness and willingness to vaccinate. *Journal of Health Psychology*, 13591053231170055.
- Jolley, D., Douglas, K. (2014). The effects of anti-vaccine conspiracy theories on vaccination intentions. *Plos One*, 9(2), e89177; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089177>
- Jost, J.T., Federico, C.M., Napier, J.L. (2009). Political ideology: its structure, functions, and elective affinities. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 307–337; <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163600>
- Lamberty, P., Nocun, K. (2022). *Gefährlicher Glaube: Die radikale Gedankenwelt der Esoterik*.

- Landau, M.J., Kay, A.C., Whitson, J.A. (2015). Compensatory control and the appeal of a structured world. *Psychological Bulletin*, 141, 694–722; <http://doi.org/10.1037/a0038703>
- Lifshin, U., Mikulincer, M. (2021). Further evidence for motivated helplessness in the context of the COVID-19 outbreak: The case of Argentina before and during the pandemic. *The Journal of Social Psychology*, 161(4), 452–465.
- Lifshin, U., Mikulincer, M., Kretchner, M. (2020). Motivated helplessness in the context of the COVID-19 pandemic: Evidence for a curvilinear relationship between perceived ability to avoid the virus and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 39(6), 479–497.
- Lifshin, U., Mikulincer, M., Kretchner, M. (2022). Motivated helplessness in the Coronavirus pandemic: Experimental evidence that perceived helplessness to avoid the virus reduces fear of COVID-19. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 41(2), 176–197.
- Lurka, K. (2020, 7 lipca). *Andrzej Duda: Nie jestem zwolennikiem szczepień obowiązkowych*; <https://www.termedia.pl/mz/Andrzej-Duda-Nie-jestem-zwolennikiem-szczepien-obowiazkowych,38626.html>
- Maier, S.F., Seligman, M.E. (2016). Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. *Psychological Review*, 123(4), 349–367; <https://doi.org/10.1037/rev0000033>
- McNeil Jr, D.G. (2011, 11 sierpnia). Nigerians Receive First Payments for Children Who Died in 1996 Meningitis Drug Trial. *The New York Times*; <https://www.nytimes.com/2011/08/12/world/africa/12nigeria.html>
- Meier, B. (2007, 10 maja). In Guilty Plea, OxyContin Maker to Pay \$600 Million. *The New York Times*; <https://www.nytimes.com/2007/05/10/business/11drug-web.html>
- Meier, B., Carey, B. (2009, 26 lutego). Drug Maker Is Accused of Fraud. *The New York Times*; <https://www.nytimes.com/2009/02/26/business/26drug.html>
- Natoli, E.E., Marques, M.D. (2021). The antidepressant hoax: Conspiracy theories decrease health-seeking intentions. *British Journal of Social Psychology*, 60(3), 902–923; <https://doi.org/10.1111/bjso.12426>
- Nera, K., Jetten, J., Biddlestone, M., Klein, O. (2022). ‘Who wants to silence us?’ Perceived discrimination of conspiracy theory believers increases ‘conspiracy theorist’ identification when it comes from powerholders – But not from the general public. *The British Journal of Social Psychology*, 61(4), 1263–1285; <https://doi.org/10.1111/bjso.12536>
- Nisbet, E.C., Kamenchuk, O. (2021). Russian news media, digital media, informational learned helplessness, and belief in COVID-19 misinformation. *International Journal of Public Opinion Research*, 33(3), 571–590.

- Pearlin, L.I., Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2–21; <https://doi.org/10.2307/2136319>
- Roets, A., Au, E.W.M., Van Hiel, A. (2015). Can Authoritarianism Lead to Greater Liking of Out-Groups? The Intriguing Case of Singapore. *Psychological Science*, 26(12), 1972–1974; <https://doi.org/10.1177/0956797615605271>
- Rokeach, M. (1960). *The open and closed mind: investigations into the nature of belief systems and personality systems*. Basic Books.
- Römer, D., Jamieson, K. (2020). Conspiracy theories as barriers to controlling the spread of COVID-19 in the U.S. *Social Science & Medicine*, 263, 113356; <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113356>
- Rothschild, Z.K., Keefer, L.A. (2023). Who scapegoats? Individual differences moderate the dual-motive model of scapegoating. *Journal of Research in Personality*, 105, 104400; <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2023.104400>
- Rothschild, Z.K., Landau, M.J., Sullivan, D., Keefer, L.A. (2012). A dual-motive model of scapegoating: displacing blame to reduce guilt or increase control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1148–1163; <https://doi.org/10.1037/a0027413>
- Salalı, G., Uysal, M. (2020). COVID-19 vaccine hesitancy is associated with beliefs on the origin of the novel coronavirus in the UK and Turkey. *Psychological Medicine*, 52(15), 3750–3752; <https://doi.org/10.1017/s0033291720004067>
- Sedik, G., Kofta, M. (1990). When cognitive exertion does not yield cognitive gain: Toward an informational explanation of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 729–743; <http://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.729>
- Sedik, G., Kofta, M., Tyszka, T. (1993). Effects of uncontrollability on subsequent decision making: Testing the cognitive exhaustion hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1270–1281; <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.65.6.1270>
- Spinney, L. (2017). *Pale River: The Spanish Flu of 1918 and How it Changed the World*. New York: Public Affairs.
- Stojanov, A., Halberstadt, J. (2020). Does lack of control lead to conspiracy beliefs? A meta analysis. *European Journal of Social Psychology*, 50(5), 955–968; <https://doi.org/10.1002/ejsp.2690>
- Sullivan, D., Landau, M.J., Rothschild, Z.K. (2010). An existential function of enemyship: evidence that people attribute influence to personal and political enemies to compensate for threats to control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(3), 434–449; <https://doi.org/10.1037/a0017457>
- Uscinski, J.E. Parent, J.M. (2014). *American conspiracy theories*; <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199351800.001.0001>

- van Prooijen, J.W., Krouwel, A.P., Pollet, T.V. (2015). Political extremism predicts belief in conspiracy theories. *Social Psychological and Personality Science*, 6(5), 570–578.
- van der Linden, S., Panagopoulos, C., Azevedo, F., Jost, J.T. (2021). The Paranoid Style in American Politics Revisited: An Ideological Asymmetry in Conspiratorial Thinking. *Political Psychology*, 42(1), 23–51; <https://doi.org/10.1111/pops.12681>
- von Hecker, U., Sędek, G. (1999). Uncontrollability, depression, and the construction of mental models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 833–850; <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.77.4.833>
- Wagner-Egger, P., Bangerter, A., Gilles, I., Green, E., Rigaud, D., Krings, F., Staerklé, C., Clémence, A. (2011). Lay perceptions of collectives at the outbreak of the H1N1 epidemic: Heroes, villains and victims. *Public Understanding of Science*, 20(4), 461–476; <https://doi.org/10.1177/0963662510393605>
- Whitson, J.A., Galinsky, A.D. (2008). Lacking control increases illusory pattern perception. *Science*, 322(5898), 115–117; <https://doi.org/10.1126/science.1159845>

Rozdział 12

Moralność i szczepienia

- Amin, A.B., Bednarczyk, R.A., Ray, C.E., Melchiori, K.J., Graham, J., Huntsinger, J.R., Omer, S.B. (2017). Association of moral values with vaccine hesitancy. *Nature Human Behaviour*, 1, 873–880; <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0256-5>
- Aquino, K., Reed II, A. (2002). The self-importance of moral identity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1423; <https://doi.org/10.1037//0022-3514.83.6.1423>
- Aramovich, N.P., Lytle, B.L., Skitka, L.J. (2012). Opposing torture: Moral conviction and resistance to majority influence. *Social Influence*, 7, 21–34; <https://doi.org/10.1080/15534510.2011.640199>
- Asch, S.E. (1956). Studies of independence and conformity: I. A minority of one against a unanimous majority. *Psychological Monographs: General and Applied*, 70, 1–70; <https://doi.org/10.1037/h0093718>
- Baumgartner, J.N., Morgan, G.S. (2019). Mindfulness and cognitive depletion shape the relationship between moral conviction and intolerance of dissimilar others. *Studia Psychologica*, 61, 31–41; <https://doi.org/10.21909/sp.2019.01.770>
- Deutsch, M., Gerard, H.B. (1955). A study of normative and informational social influences upon individual judgment. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 629–636; <https://doi.org/10.1037/h0046408>

- Feinberg, M., Willer, R. (2019). Moral reframing: A technique for effective and persuasive communication across political divides. *Social and Personality Psychology Compass*, 13, e12501; <https://doi.org/10.1111/spc3.12501>
- Feinberg, M., Willer, R. (2015). From gulf to bridge: When do moral arguments facilitate political influence? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 41, 1665–1681; <https://doi.org/10.1177/0146167215607842>
- Feygina, I., Jost, J.T., Goldsmith, R.E. (2010). System justification, the denial of global warming, and the possibility of „system-sanctioned change”. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36, 326–338; <https://doi.org/10.1177/0146167209351435>
- Gadarian, S.K., Van der Vort, E. (2018). The gag reflex: Disgust rhetoric and gay rights in American politics. *Political Behavior*, 40, 521–543; <https://doi.org/10.1007/s11109-017-9412-x>
- Garrett, K.N., Bankert, A. (2020). The moral roots of partisan division: How moral conviction heightens affective polarization. *British Journal of Political Science*, 50, 621–640; <https://doi.org/10.1017/S000712341700059X>
- Graham, J., Haidt, J., Nosek, B.A. (2009). Liberals and conservatives rely on different sets of moral foundations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 1029–1046; <https://doi.org/10.1037/a0015141>
- Haidt, J. (2012). *The righteous mind: Why good people are divided by politics and religion*. Pantheon Books [wyd. pol. (2014). *Prawy umysł. Dlaczego dobrych ludzi dzieli religia i polityka?* Sopot: Smak Słowa].
- Hanson, B., Skitka, L.J., Wisneski, D. (2016). *Moral conviction as a limit on Supreme Court legitimacy: A natural experiment involving same-sex marriage*. Annual Meeting of the Society for Personality and Social Psychology, San Diego, CA, United States.
- Hornsey, M.J., Majkut, L., Terry, D.J., McKimmie, B.M. (2003). On being loud and proud: Non conformity and counter conformity to group norms. *British Journal of Social Psychology*, 42, 319–335; <https://doi.org/10.1348/014466603322438189>
- Kende, A., Lantos, N.A., Belinszky, A., Csaba, S., Lukács, Z.A. (2017). The politicized motivations of volunteers in the refugee crisis: Intergroup helping as the means to achieve social change. *Journal of Social and Political Psychology*, 5, 260–281; <https://doi.org/10.5964/jspp.v5i1.642>
- Lakoff, G. (2004). *Don't Think of an Elephant! Know Your Values and Frame the Debate*. White River Junction, Vermont: Chelsea Green Publishing.
- Luttrell, A., Togans, L.J. (2021). The stability of moralized attitudes over time. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 47, 551–564; <https://doi.org/10.1177/0146167220935737>

- Luttrell, A., Petty, R.E., Briñol, P., Wagner, B.C. (2016). Making it moral: Merely labeling an attitude as moral increases its strength. *Journal of Experimental Social Psychology*, 65, 82–93; <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2016.04.003>
- Luttrell, A., Philipp-Muller, A., Petty, R.E. (2019). Challenging Moral Attitudes With Moral Messages. *Psychological Science*, 30, 1136–1150; <https://doi.org/10.1177/0956797619854706>
- Martin, L.R., Petrie, K.J. (2017). Understanding the dimensions of anti-vaccination attitudes: The vaccination attitudes examination (VAX) scale. *Annals of Behavioral Medicine*, 51, 652–660; <https://doi.org/10.1007/s12160-017-9888-y>
- McElwee, J.J. (2021, styczeń). Pope Francis suggests people have moral obligation to take coronavirus vaccine. *National Catholic Reporter*; <https://www.ncronline.org/vatican/pope-francis-suggests-people-have-moral-obligation-take-coronavirus-vaccine>
- Morgan, G.S. (2012). *Toward a model of morally motivated behavior: Investigating mediators of the moral conviction-action link*. Rozprawa doktorska. University of Illinois at Chicago.
- Morgan, G.S., Skitka, L.J. (2020). Evidence for meta-ethical monism: Moral conviction predicts perceived objectivity and universality across issues. Praca zaprezentowana podczas Annual Meeting of the Society for Personality and Social Psychology, New Orleans, LA.
- Morgan, G.S., Skitka, L.J., Wisneski, D.C. (2010). Moral and religious convictions and intentions to vote in the 2008 presidential election. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 10, 307–320; <https://doi.org/10.1111/j.1530-2415.2010.01204.x>
- Mullen, E., Skitka, L.J. (2006). Exploring the psychological underpinnings of the moral mandate effect: Motivated reasoning, group differentiation, or anger? *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 629–643; <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.4.629>
- Paul, E., Steptoe, A., Fancourt, D. (2021). Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications. *The Lancet Regional Health. Europe*, 1, 100012; <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2020.100012>
- Reimer, N.K., Atari, M., Karimi-Malekabadi, F., Trager, J., Kennedy, B., Graham, J., Dehghani, M. (2022). Moral values predict county-level COVID-19 vaccination rates in the United States. *American Psychologist*, 77, 743–759; <https://doi.org/10.1037/amp0001020>
- Roweton, M., Eidelman, S. (2023). Ideology, moral reframing, and persuasion in the context of COVID-19 vaccines. *Social and Personality Psychology Compass*, e12802; <https://doi.org/10.1111/spc3.12802>

- Sabucedo, J.M., Dono, M., Alzate, M., Seoane, G. (2018). The importance of protesters' morals: Moral obligation as a key variable to understand collective action. *Frontiers in Psychology*, 9, 418; <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00418>
- Sallam, M. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy worldwide: a concise systematic review of vaccine acceptance rates. *Vaccines*, 9, 160; <https://doi.org/10.3390/vaccines9020160>
- Sherman, S.M., Sim, J., Cutts, M., Dasch, H., Amlôt, R., Rubin, G.J., Sevdalis, N., Smith, L.E. (2022). COVID-19 vaccination acceptability in the UK at the start of the vaccination programme: a nationally representative cross-sectional survey (CoVAccS - wave 2). *Public Health*, 202, 1–9; <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.10.008>
- Skitka, L.J., Mullen, E. (2002). Understanding judgments of fairness in a real-world political context: A test of the value protection model of justice reasoning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 1419–1429; <https://doi.org/10.1177/014616702236873>
- Skitka, L.J., Bauman, C.W., Lytle, B.L. (2009). Limits on legitimacy: Moral and religious convictions as constraints on deference to authority. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 567–578; <https://doi.org/10.1037/a0015998>
- Skitka, L.J., Bauman, C.W., Sargis, E.G. (2005). Moral Conviction: Another Contributor to Attitude Strength or Something More? *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 895–917; <https://doi.org/10.1037/0022-3514.88.6.895>
- Skitka, L.J., Hanson, B.E., Morgan, G.S., Wisneski, D.C. (2021). The psychology of moral conviction. *Annual Review of Psychology*, 72, 347–366; <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-063020-030612>
- Van Bavel, J.J., Packer, D.J., Haas, I.J., Cunningham, W.A. (2012). The importance of moral construal: moral versus non-moral construal elicits faster, more extreme, universal evaluations of the same actions. *PloS One*, 7, e48693; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048693>
- Wiatrzyk, A. (2022). *Historia szczepień w pigułce – Szczepienia.Info*; <https://szczepienia.pzh.gov.pl/ciekawostki/historia-szczepien-w-pigulce/>
- Wolsko, C., Ariceaga, H., Seiden, J. (2016). Red, white, and blue enough to be green: Effects of moral framing on climate change attitudes and conservation behaviors. *Journal of Experimental Social Psychology*, 65, 7–19; <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2016.02.005>
- Wright, J.C. (2012). Children's and adolescents' tolerance for divergent beliefs: Exploring the cognitive and affective dimensions of moral conviction in our youth. *British Journal of Developmental Psychology*, 30, 493–510; <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.2011.02058.x>

- Yaqub, O., Castle-Clarke, S., Sevdalis, N., Chataway, J. (2014). Attitudes to vaccination: a critical review. *Social Science & Medicine*, 112, 1–11; <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.04.018>
- Zaal, M.P., Saab, R., O'Brien, K., Jeffries, C., Barreto, M., van Laar, C. (2017). You're either with us or against us! Moral conviction determines how the politicized distinguish friend from foe. *Group Processes & Intergroup Relations*, 20, 519–539; <https://doi.org/10.1177/1368430215615682>

Zakończenie

- Crano, W.D., Prislin, R. (red.). (2008). *Attitudes and attitude change*. Psychology Press.
- Dalege, J., Borsboom, D., van Harreveld, F., van der Maas, H.L.J. (2019). A network perspective on attitude strength: Testing the connectivity hypothesis. *Social Psychological and Personality Science*, 10(6), 746–756.
- Doliński, D., Grzyb, T. (2022). *Sto technik wpływu społecznego. Kiedy i dlaczego wywieranie wpływu na innych jest skuteczne*. Sopot: Smak Słowa.
- Douglas, K.M., Sutton, R.M., Cichocka, A. (2019). The psychology of conspiracy theories. *Current Directions in Psychological Science*, 28(5), 538–542.
- Kelly, J. (2022). *Dżuma. Czarna śmierć. Najbardziej wyniszczająca epidemia wszech czasów*. Filia.
- Larson, H.J., Jarrett, C., Schulz, W.S., Chaudhuri, M., Zhou, Y., Dube, E., ... Wilson, R. (2015). Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool. *Vaccine*, 33(34), 4165–4175.
- Lwange, S. (2018). Vaccine Hesitancy and Resistance in the United States: An Analytical Examination of Socio-Cultural Factors, *SSRN Electronic Journal*.
- Rutjens, B., Sutton, R., van der Lee, R. (2017). Not all skepticism is equal: exploring the ideological antecedents of science acceptance and rejection. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 44, 384–405.
- Rutjens, B., van der Lee, R. (2020). Spiritual skepticism? Heterogeneous science skepticism in the Netherlands. *Public Understanding of Science*, 29, 335–352.
- Schudson, M. (1986). *Advertising, the uneasy persuasion. Its dubious impact on American society*. Basic Books.

We „Wprowadzeniu” do recenzowanej książki jej Redaktorzy stawiają, w moim przekonaniu retoryczne, pytanie: czy psychologia społeczna ma cokolwiek do powiedzenia w kwestii szczepień ochronnych? Dwanaście rozdziałów udziela na to pytanie jednoznacznej odpowiedzi: ma, i to bardzo wiele! Przy czym odpowiedź ta jest wnioskiem z analiz i badań prowadzonych przez ich Autorów z bardzo różnych perspektyw teoretycznych: psychologii wpływu społecznego i perswazji, analiz behawioralnych czy analiz dyskursu.

[...] Głównymi walorami książki są, po pierwsze, pomoc w zrozumieniu tego, dlaczego ludzie wykazują opór wobec szczepień ochronnych, a po drugie, dostarczenie wiedzy o strategiach czy interwencjach, których celem jest powstrzymanie i zmiana szkodliwych zjawisk społecznych.

Prof. UMCS Wojciech Cwalina

Omawiana książka oferuje bardzo szeroki wachlarz danych pokazujących zarówno sukcesy, jak i porażki w procesie modyfikacji postaw wobec szczepień ochronnych. Przedstawia także jasne rekomendacje praktyczne, które mogą być zastosowane. Dowiemy się z niej, między innymi, jak wykorzystać metody uodpornienia, jaką rolę we wzmacnianiu oporu przed szczepieniami odgrywają typowe błędy poznawcze, jak identyfikować powszechne techniki dezinformacyjne i fake newsy, jaki wpływ na osłabianie oporu przeciw szczepieniom ma pozostawienie swobody wyboru, jaka jest rola przekonań politycznych i myślenia spiskowego oraz jakie znaczenie ma nadawanie szczepieniom sensu moralnego.

Prof. Wiesław Łukaszewski

Cena detaliczna
69,90 zł

Książka dostępna
również jako e-book

Partner merytoryczny



**Uniwersytet
SWPS**

