

Uniwersytet
Wrocławski



Zdrowie i style życia

Ekonomiczne, społeczne
i zdrowotne skutki pandemii



Pod redakcją

Wioletty Nowak i Katarzyny Szalonki

Wrocław 2021

Zdrowie i style życia

Ekonomiczne, społeczne i zdrowotne skutki pandemii



Zdrowie i style życia

Ekonomiczne, społeczne i zdrowotne skutki pandemii

pod redakcją

Wioletty Nowak

Uniwersytet Wrocławski
Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii
ORCID: [0000-0002-9200-2972](https://orcid.org/0000-0002-9200-2972)

Katarzyny Szalonki

Uniwersytet Wrocławski
Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii
ORCID: [0000-0001-7290-6408](https://orcid.org/0000-0001-7290-6408)

Wrocław 2021

Kolegium Redakcyjne

prof. dr hab. Leonard Górnicki – przewodniczący

dr Julian Jezioro – zastępca przewodniczącego

mgr Aleksandra Dorywała – sekretarz

mgr Ewa Galyga-Michowska – członek

mgr Bożena Górna – członek

mgr Tadeusz Juchniewicz – członek

Recenzenci:

prof. dr hab. Witold Kwaśnicki, UWr; prof. dr hab. Grażyna Światowy, UEW – rozdział 1;

dr hab. Agnieszka Niezgoda, prof. UEP; prof. dr hab. Iga Rudawska, US – rozdział 2;

dr hab. Agata Niemczyk, prof. UEK; dr hab. Lucyna Witek, prof. PRz – rozdział 3;

dr hab. Anna Gardocka-Jałowiec, prof. UwB; prof. dr hab. Henryk Mruk, WSZiB w Poznaniu – rozdział 4;

prof. dr hab. inż. Monika Bronkowska, UPWr – „Milk and dairy...”

© Copyright by Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego

Korekta: *Anna Noga-Grochola*

Projekt i wykonanie okładki: *Karolina Drozd*

Skład i opracowanie techniczne: *Aleksandra Kumasza, eBooki.com.pl*

Druk: *Agencja Reklamowa TOP, Agnieszka Łuczak*

Wydawca

E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa.

Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego

ISBN 978-83-66601-61-1 (druk)

ISBN 978-83-66601-62-8 (online)

Spis treści

Wprowadzenie	11
ROZDZIAŁ 1.	
PANDEMIA – WYBRANE ASPEKTY TEOLOGICZNE I PSYCHOLOGICZNE	
Sławomir Stasiak	
Zaraza jako kara boża według Biblii. Stary Testament a nauka w czasach pandemii	15
Paweł Beyga	
Koronawirus jako problem teologiczny. Dobroć Boga a cierpienie świata	33
Joanna Księżka-Koszalka	
Psychologiczne konsekwencje pandemii COVID-19	47
Agata Olearczyk, Bożena Walewska-Zielecka	
Wpływ pandemii COVID-19 na wybrane obszary zdrowia, stylu życia i samopoczucia pracowników w Polsce	59
Iwona Piękoś-Lorenc, Joanna Woźniak-Holecka, Sylwia Jaruga-Sękowska	
Otyłość, nadwaga i problemy psychiczne jako konsekwencje pandemii koronawirusa	69
ROZDZIAŁ 2.	
DEMOGRAFICZNE I EKONOMICZNE SKUTKI PANDEMII	
Janusz Szymborski	
Demograficzne implikacje pandemii COVID-19. Perspektywa zdrowia publicznego	81
Justyna Ziobrowska	
Wpływ pandemii COVID-19 na gospodarkę współdzielenia w Polsce	99
Paweł Waniowski	
Wpływ COVID-19 na kształtowanie cen artykułów konsumpcyjnych	113
Mirosława Pluta-Olearnik	
Usługi w nowej rzeczywistości z perspektywy dostawców usług i konsumentów	125
Barbara Kucharska, Mirosława Malinowska	
Konsument w przestrzeni handlu detalicznego w warunkach pandemii COVID-19	139
Aleksandra Sztuk	
Zmiany w wyborach destynacji turystycznych w okresie pandemii COVID-19. Szansa dla małych miast	155

Magdalena Wawoczny	
Zachowania turystyczne mieszkańców Polski i Izraela w czasie pandemii CO-VID-19 – podobieństwa i różnice	175
ROZDZIAŁ 3.	
OPIEKA ZDROWOTNA W CZASIE PANDEMII	
Iwona Czerska	
Kierunki rozwoju branży medycznej w kontekście pandemii COVID-19	189
Anna Rogalska, Magdalena Syrkiewicz-Świtała	
Rola działań w zakresie e-zdrowia w obliczu pandemii COVID-19	203
Karolina Jędrasik, Zofia Gawel, Martyna Pietruszka, Beata Jankowska-Polańska, Aleksandra Krysiak	
Ocena jakości życia pacjentów chorych na reumatoidalne zapalenie stawów w okresie pandemii SARS-CoV-2	217
Ewa Tańska	
Wyzwania logistyczno-organizacyjne w placówce onkologicznej w czasie pan-demii COVID-19	231
Henryk Mruk	
Neuronauka a zarządzanie w sferze zdrowia	261
Konrad Żak	
Farmaceuta w aptece a jakość usług farmaceutycznych	277
ROZDZIAŁ 4.	
PANDEMIA A JAKOŚĆ I STYL ŻYCIA	
Magdalena Daszkiewicz	
Kampanie społeczne w okresie pandemii – obszary, treści i formy komuniko-wania	305
Paweł Żurawski	
Postawy prospołeczne – solidny fundament społeczeństwa postpandemicznego	323
Lidia Napieralska, Izabela Jasińska, Katarzyna Śledzińska, Ewa Witczak, Violeta Jarzyna	
Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnościami motorycznymi poprzez funkcjonalizację odzieży roboczej	339
Urszula Grzega	
Dostępność i wykorzystanie internetu w czasie pandemii w Polsce i UE	355
Beata Kolny	
Formy spędzania czasu wolnego w okresie pandemii z wykorzystaniem inter-netu	371

Beata Mucha, Monika Mucha

Aktywność fizyczna w dobie pandemii COVID-19	385

Kinga Czyżewska, Grażyna Światowy

Aktywność fizyczna w zachowaniach prozdrowotnych zawodowych muzyków	399

Joanna Wajs, Karolina Król, Aneta Brodziak

Milk and dairy products as a source of antiviral compounds	413

Alicja Mocarska

Postrzeganie wegańskiej oferty rynkowej przez konsumentów w Polsce w świetle badań ankietowych	427

Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 wpłynęła na wiele obszarów życia gospodarczego i społecznego. Reżim sanitarny i konieczność zachowania dystansu społecznego zmieniły funkcjonowanie gospodarki, administracji państwowej, systemu ochrony zdrowia oraz tryb pracy i nauki. Zmianie uległy także sposoby spędzania wolnego czasu, nawyki żywieniowe, jakość życia i relacje międzyludzkie.

W niniejszej monografii zawarto wyniki badań dotyczących ekonomicznych, społecznych i zdrowotnych skutków pandemii COVID-19. Przedstawiono zmiany zachodzące w polskiej gospodarce pod wpływem pandemii oraz zidentyfikowano przyczyny i skutki wzrostu cen dóbr konsumpcyjnych. Szczególną uwagę zwrócono na zakłócenia występujące w branżach usługowych. Pokazano główne wyzwania dla dostawców usług w sytuacji epidemicznej oraz zmiany w zachowaniach konsumentów na rynku usług. Ponadto, przedstawiono kierunki rozwoju sektora e-usług w Polsce, w tym ważne rozwiązania z zakresu e-zdrowia.

Monografia zawiera także rozważania na temat przyczyn nadumieralności w Polsce oraz destrukcyjnego wpływu koronawirusa i izolacji społecznej na zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka. Pokazano w niej również, jak pandemia rzutuje na jakość życia Polaków oraz jakie powoduje zmiany w formach spędzania wolnego czasu. Opis doświadczeń czasu pandemii został wzbogacony o biblijne ujęcie zarazy i ludzkiego cierpienia.

Redaktorki monografii wyrażają nadzieję, że jej treść wzbudzi zainteresowanie pracowników i studentów różnych dziedzin i dyscyplin naukowych, a także władz lokalnych i regionalnych oraz przedstawicieli świata biznesu, którzy mają wpływ na kreowanie zdrowego stylu życia w nowej rzeczywistości (post)pandemicznej. Życzymy Czytelnikom miłej lektury, a Autorom i Recenzentom serdecznie dziękujemy za współpracę i wkład merytoryczny.

Wioletta Nowak i Katarzyna Szalonka

Rozdział 1

Pandemia **– wybrane aspekty teologiczne i psychologiczne**

Zaraza jako kara Boża według Biblii. Stary Testament a nauka w czasach pandemii

*Pestilence as a punishment from God according to the Bible.
Old Testament and science in times of pandemic*

Sławomir Stasiak

Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu

ORCID: [0000-0002-0949-2043](https://orcid.org/0000-0002-0949-2043)

e-mail: stasiak@pwt.wroc.pl

Streszczenie

W Starym Testamencie dość mocno rozpowszechnione jest przekonanie, że zaraza była karą Bożą za popełnianie grzechy. Widowym przykładem jest historia wyjścia Izraelitów z Egiptu, które nastąpiło wskutek zesłanych dziesięciu plag (Wj 7, 14–13, 16). Celem niniejszego opracowania jest odpowiedź na dwa pytania. Po pierwsze: dlaczego plagi, zarazy i inne nieszczęścia pojmowane były jako kara Boża? Po drugie: czy obrazy zaczerpnięte z Biblii przeczą dzisiejszej nauce? Zadajemy je zwłaszcza w kontekście panującej pandemii wirusa SARS-CoV-2. Do zagadnienia podejmiemy, posługując się metodą analizy literackiej z elementami metody historyczno-krytycznej. Skupimy się na tych tekstach Starego Testamentu, w których występują hebrajskie terminy *maggēpāh*, *qeteb* i *deber*. Z analizy tych pojęć nie sposób wyciągnąć prosty wniosek, że cierpienie, choroba, zaraza jest konsekwencją złego postępowania konkretnego człowieka. Problem należy raczej widzieć znacznie szerzej jako zaburzenie harmonii świata, które skutkuje pojawianiem się „dziwnych” wirusów, chorób i innych nieszczęść, które spadają na człowieka. Stary Testament widzi to w kategoriach grzechu pierwszych rodziców, którzy mieli czynić sobie ziemię poddaną (Rdz 1, 28), a burząc tę harmonię, sprawili, że ziemia zaczęła rodzić „cierń i oset” (Rdz 3, 18). Zatem to zaburzenie harmonii w czterech wymiarach (wewnątrz człowieka, z drugim człowiekiem, z otaczającym go światem oraz ze Stwórcą) skutkuje negatywnymi konsekwencjami, także w przestrzeni zdrowotnej.

Słowa kluczowe

Stary Testament, plagi, zaraza, choroba, pandemia, harmonia wewnętrzna, harmonia ze światem, kara za grzechy, życie szczęśliwe

Abstract

In the Old Testament, the belief that plague was God's punishment for sins is quite widespread. A conspicuous example is the story of the Israelites' exodus from Egypt, which occurred as a result of the ten plagues sent down on this country (Exod 7:14–13:16). The purpose of this study is to answer two questions. First: Why were plagues, pestilences and other misfortunes conceived as God's punishment? Second: Do images taken from the Bible contradict today's teaching? We ask these questions especially in the context of the prevailing SARS-CoV-2 virus pandemic. Literary analysis with elements of

the historical-critical method will help us cope with the problem. We will focus on those Old Testament texts which feature the Hebrew terms *maggēpāh*, *qeteb* and *deber*. From the analysis of these concepts simple conclusion that suffering, sickness and pestilence are the consequence of wrongdoing are to be dismissed. Rather, the problem should be seen much more broadly, as a disturbance of the harmony of the world that manifests itself in the appearance of “strange” viruses, diseases and other misfortunes that befall man. The Old Testament sees it in terms of the sin of our first parents, who were supposed to make the earth subdued (Gen 1:28), and by disturbing this harmony caused the earth to bear “thorns and thistles” (Gen 3:18). Thus, this disruption of harmony in four dimensions (within man, with the other man, with the surrounding world and with the Creator) brings about negative consequences that also affect health.

Keywords

Old Testament, plagues, pestilence, disease, pandemic, inner harmony, harmony with the world, punishment for sin, happy life.

JEL: I

Wstęp

Doświadczenie pandemii wirusa SARS-CoV-2 sprowokowało mnie do podjęcia zagadnienia plag, zarazy i choroby w kontekście Starego Testamentu. Niewątpliwie od pierwszych kart Biblii dominuje przekonanie, że człowiek w pierwotnym, nieskażonym stanie egzystował w doskonałej harmonii wewnętrznej, harmonii z drugim człowiekiem, z otaczającym go światem oraz ze Stwórcą. Jego sytuacja zmieniła się radykalnie wraz z pełnym pychy sięgnięciem ludzi po atrybut Boga, jakim była znajomość dobra i zła. Obiektywnie rzecz biorąc, znajomość tego rodzaju nie musiała być czymś złym z natury, bowiem i współcześnie człowiek chce znać granicę pomiędzy dobrem a złem. Jednak doświadczenie zła właśnie sprawiło, że człowiek zaczął doświadczać między innymi różnego rodzaju chorób, zaraz i epidemii. Stary Testament posługuje się w tym kontekście takimi pojęciami jak *maggēpāh*, *qeteb* i *deber*. Przeanalizowanie ich użycia przez autora biblijnego pozwoli nam na właściwą odpowiedź na pytanie: czy zaraza, choroba lub epidemia są karą za grzechy człowieka? Odpowiedź zaś na to pytanie poprowadzi nas do ukazania poczwórnego wymiaru zerwanej przez człowieka harmonii – z samym sobą, z drugim człowiekiem, ze światem i ze Stwórcą. Warto odnotować już w tym miejscu, że z tych czterech wymiarów naruszonej harmonii tylko jeden ma charakter ściśle religijny. Pozostałe mają wymiar ogólnoludzki.

1. Zdrowie i szczęście człowieka jako owoc Bożego błogosławieństwa

U początku istnienia człowieka na ziemi autor biblijny nie wspomina w jakiś szczególny sposób o jego zdrowym i szczęśliwym życiu na niej. Spotykamy jedynie dość enigmatyczne stwierdzenie: „Potem Bóg powiedział: Uczyńmy człowieka na Nasz obraz i na Nasze podobieństwo. Niech panuje nad rybami morskimi, nad ptactwem podniebnym, nad bydlęmi i nad całą ziemią, i nad wszelkimi zwierzętami pełzającymi po ziemi” (Rdz 1, 26). Pojęcia „obraz” (*celem*) i „podobieństwo” (*d^emût*) oddają naturę człowieka. Można nawet zaryzykować stwierdzenie, że pojęcia te opisują pierwotną naturę człowieka. „Obraz” oznacza relację, jaka istnieje między Bogiem i człowiekiem; człowiek jest reprodukcją Boga, jak obraz jest reprodukcją rzeczywistości. „Podobieństwo” specyfikuje pierwsze pojęcie, stwierdzając, że nie chodzi o reprodukcję dokładną, lecz tylko podobną.

Ponieważ po stwierdzeniu podobieństwa Bożego autor natychmiast mówi o panowaniu człowieka nad resztą stworzenia, wielu egzegetów sądzi, że istotą bycia *obrazem Boga* jest panowanie nad światem. Przecież i królowie starożytni umieszczali w podległych krajach swoją podobiznę jako znak panowania. Człowiek więc byłby w świecie takim pełnomocnikiem, przedłużeniem Boga w Jego rządzeniu światem stworzonym. Podobieństwo Boże oznaczałoby pierwszorzędną ową moc, jaką człowiek otrzymał od Boga, władzę nad światem roślin i zwierząt, stworzonych po to, by były pożyteczne człowiekowi¹. Tak to rozumiał mędrzec Syrach: „Wyzaczył ludziom czas i dni życia oraz dał władzę nad tym, co jest na ziemi. Przyodział ich mocą, jak siebie samego i stworzył ich na swój obraz” (Syr 17, 2–3). To, że Bóg przekazał człowiekowi władzę nad światem, nad rozwojem, nad tym wszystkim, co związane jest z jego egzystencją na tej ziemi, świadczy o Jego wyjątkowym zaufaniu do „swojego obrazu”, czyli człowieka. Jak się wydaje, przyobleczenie człowieka mocą jest wyrazem noszonego przez niego obrazu Boga, który daje mu udział w swoim dziele stwórczym. Jak zaś wynika z wersu 4, człowiek, będąc obrazem Boga, otrzymał przywilej reprezentowania Boga wobec innych stworzeń².

Co do zdrowego i szczęśliwego życia na ziemi jako owocu Bożego błogosławieństwa rzecz staje się znacznie jaśniejsza dopiero wówczas, kiedy człowiek w ułudzie swojej wolności sięgnął po atrybuty Boga, łamiąc jego zakaz: „Z każdego drzewa w ogrodzie możesz jeść, tylko z drzewa poznania dobra i zła nie będziesz jadł, bo w dniu, w którym z niego zjesz, umrzesz na pewno” (Rdz 2, 16–17). Konsekwencje pychy

¹ K. Romaniuk, *Stworzenie człowieka jako przejaw odwiecznej dobroci Boga*, ZN KUL 13, 1970, nr 3, s. 38; J. Scharbert, *Genesis 1–11*, Würzburg 1983, s. 45; T. Brzegowy, *Pięć ksiąg Mojżesza*, Tarnów 1995, s. 128.

² H. Langkammer, *Księga Syrycha. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz, ekskursy*, Poznań 2020, s. 145–146.

człowieka, która popchnęła go do wystąpienia przeciw Bogu, zostały przedstawione w następujący sposób: „Przez wszystkie dni swojego życia w trudzie będziesz się z niej żywił. Ciernie i osty będzie ci rodziła, ty zaś będziesz jadł polne rośliny. W pocie czoła będziesz jadł chleb, dopóki nie powrócisz do ziemi, z której zostałeś wzięty, bo prochem jesteś i do prochu powrócisz” (Rdz 3, 17–19). Mężczyzna, który nie posłuchał głosu Boga, Jego rady, ściągnął przekleństwo na ziemię. W konsekwencji, choć ziemia stanowiła dla człowieka podstawowy środek zdobywania pokarmu niezbędnego do życia, stawiać będzie mu opór podczas uprawy (w. 17). Nie wyda już sama z siebie pokarmu (jak to było jej naturą zgodnie z Rdz 1, 11–12), lecz w pocie czoła i ciężką pracą mężczyzna będzie musiał wydobywać z niej to, czego potrzebuje. Ona jedna mimo wszystko będzie rodziła tylko „cierń i oset”, roślinność typową dla pustkowi, a nie uprawnych pól (Rdz 3, 17–18)³.

Dopóki więc człowiek pozostawał w harmonii ze Stwórcą, z otaczającym światem, z drugim człowiekiem i z samym sobą, nie musiał znosić konsekwencji swojego złego postępowania. Kiedy jednak ta trójwymiarowa harmonia została zerwana, wówczas pojawiły się negatywne konsekwencje, w postaci między innymi zarazy czy też epidemii.

2. Zaraza i choroba jako skutek braku Bożego błogosławieństwa

W tekstach biblijnych pochodzących z VIII w. przed Chr. odnajdujemy przekonanie, że chorobę zsyła Bóg jako osobistą karę za popełnione grzechy: „Gdzie jeszcze możecie być uderzeni, wy, którzy mnożycie odstępstwa? Cała głowa jest chora i całe serce osłabłe. Od stóp do czubka głowy nie ma w nim niczego zdrowego; zranienia i sińce, a świeże rany są nieoczyszczone i nieobwiązane ani też złagodzone oliwą” (Iz 1, 5–6). Mimo metaforycznego obrazu, którym operuje tutaj Izajasz, łatwo odnaleźć jego podstawę. Są nią złośliwsze choroby, które trawią cały organizm człowieka, które zagrażają jego życiu („głowa” i „serce”) oraz ciosy spadające na zmaltretowanego⁴. Wszystko to z powodu mnożonych odstępstw. Jeszcze dosadniej oddał to autor Księgi Przysłów: „Ciosy, rany oczyszczają ze zła, uderzenia leczą wnętrze człowieka” (Prz 20, 30). Kary fizyczne były stosowane od starożytności wobec osób, które nie reagowały na łagodniejsze środki wychowawcze. Przysłowie to podkreśla, że tylko w ten sposób można oczyścić człowieka ze zła i usunąć je nawet z jego wnętrza, do którego w inny sposób nie można dotrzeć⁵.

Z czasem jednak poszukiwano innej odpowiedzi na problem choroby i cierpienia. Uczynili to już prorocy: „W tych dniach nie będą już więcej mówić: «Ojcowie jedli

³ J. Lemański, *Księga Rodzaju, rozdziały 1–11. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz*, NKB ST 1.1, Częstochowa 2013, s. 255.

⁴ L. Stachowiak, *Księga Izajasza I, 1–39. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz*, Poznań 1996, s. 111.

⁵ S. Potocki, *Księga Przysłów. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz, ekskursy*, Poznań 2008, s. 166.

cierpkie jagody, a synom zdrętwiały zęby», lecz: «Każdy umrze za swoje własne grzechy; każdemu, kto będzie spożywał cierpkie jagody, zdrętwieją zęby» (Jr 31, 29–30). Także Księga Hioba rzecz przedstawia inaczej niż dotychczasowy nurt mądrościowy. Według Hi 1 główny bohater księgi został dotknięty chorobą na skutek działania szatana, jednak za przyzwoleniem Boga. Ponieważ jednak Hiob prowadził sprawiedliwe życie, dlatego nie można się było oprzeć wrażeniu, że ludzie pełniący złe czyny żyją w zdrowiu i szczęściu, a ludzi pełniących dobre czyny spotykają choroby i nieszczęścia⁶.

Spróbujmy zatem spojrzeć na zagadnienie plagi, zarazy i choroby z perspektywy użycia przez autorów Starego Testamentu terminów *maggēfāh*, *qetēb* i *deber*.

2.1. Plagi / plaga

Termin *maggēfāh* spotykamy w Starym Testamencie 26 razy. Oznacza „plagę zesłaną przez Boga” (Wj 9, 14; 2 Krn 21, 14) lub „plagę” w ogólności (1 Sm 6, 4; Syr 48, 21) czy też „śmierć” (Lb 14, 37; 17, 13–15; 25, 8–9; 13, 16; Ez 24, 16; Ps 106, 29–30) albo „klęskę” (1 Sm 4, 17; 2 Sm 17, 9; 18, 7), „zarazę, epidemię” (2 Sm 24, 21.25; 1 Krn 21, 17.22), „straszliwą chorobę” (Za 14, 12.15.18)⁷. Z jednej więc strony mamy do czynienia z pewnym terminem technicznym na określenie tego, co wydarzyło się w Egipcie przed wyjściem Izraelitów z niewoli (Wj 7, 14–13, 16). Opowiadanie o tych wydarzeniach ma jednak nie tyle cel ukazania chorób jako takich, ile cel teologiczny. Rzecz dotyczy uznania JHWH jako jedyne Pana oraz Jego potężnych i nieporównywalnych czynów⁸.

Z drugiej zaś strony *maggēfāh* oznacza wprost straszliwą chorobę, zarazę, a nawet epidemię. Zachariasz, opisując dzień sądu ostatecznego, ukazuje ostateczne zwycięstwo Jerozolimy, Miasta Świętego (Za 14, 1–15)⁹. W dwóch miejscach spotykamy wzmiankę o straszliwej chorobie, jaka dotknie najpierw ludzi, którzy wystąpią przeciw Jerozolimie (Za 14, 12), a następnie również zwierzęta, które im służyły (Za 14, 15). W pierwszym z tekstów *maggēpāh* oznacza niewątpliwie zarazę, gdyż ciała ludzi dotkniętych tą plagą będą się rozkładały za życia¹⁰. Bardziej jednak zaskakujące jest to, że plagą tą zostaną dotknięte również zwierzęta, które pozostawały na służbie wrogów Jerozolimy. Rzecz

⁶ D. Dormeyer, A. Grabner-Haider, *Choroba*, [w:] *Praktyczny słownik biblijny*, oprac. A. Grabner-Heider, tłum. i oprac. pol. T. Mieszkowski, P. Pachciarek, Warszawa 2016, s. 166.

⁷ *Maggēpāh*, [hasło w:] L. Koehler, W. Baumgartner, J.J. Stamm (red.), P. Dec (red. pol.), *Wielki słownik hebrajsko-polski i aramejsko-polski*, t. 1, tłum. M. Kantor, Warszawa 2008, s. 514.

⁸ W. Urbanz, *Plaga/Opowiadanie o plagach egipskich*, tłum. Ł. Siemieniec, [w:] G. Kogler, R. Egger-Wenzel, M. Ernst (red.), H. Witczak (red. pol.), *Nowy Leksykon Biblijny*, Kielce 2011, s. 592.

⁹ Odnotujemy w tym miejscu, że Za 9–14, zwana Deutero-Zachariaszem, to część, która pochodzi prawdopodobnie ze schyłkowego okresu perskiego i początku czasu helleńskiego (333–300 przed Chr.); por. T. Brzegowy, *Prorocy Izraela. Część druga*, Tarnów 1995, s. 218–220.

¹⁰ J. Homerski, *Księga Zachariasza. Wstęp, przekład, komentarz*, [w:] *Księgi proroków mniejszych. Nahuma, Habakuka, Sofoniasza, Aggeusza, Zachariasz, Malachiasz. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz*, Poznań 1968, s. 452.

dotyczy apokaliptycznej wojny świętej, w którym absolutnym zwycięzcą będzie JHWH, Pan wszelkiego stworzenia (por. Ez 39, 20). Według jej zasad walka przeciw Jerozolimie była walką z Bogiem. Dlatego też w dniu sądu („dzień JHWH”) straszliwa choroba (*maggēfāh*) dotknie nie tylko ludzi, lecz także zwierzęta¹¹. Plaga zatem, czy też straszliwa choroba, jest rozumiana z jednej strony jako kara za walkę z Bogiem, z drugiej zaś strony działa na rzecz tych, którzy w walce stają po stronie Boga.

Historia spisu ludności Izraela przez króla Dawida (2 Sm 24, 1–25)¹² pokazuje jeszcze inny wymiar rozumienia terminu *maggēfāh*. Oto król dokonuje zliczenia ludności państwa, którego był królem. Popełnił przez to grzech, gdyż tylko Bóg jako jedyny Władca Izraela może znać liczbę jego obywateli. Król musi ponieść konsekwencje swojego czynu: „Przyszedł więc Gad do Dawida i oznajmił mu: czy z twego powodu ma nastać siedem lat głodu w kraju, czy też chcesz przez trzy miesiące uciekać przed swoimi wrogami, którzy będą cię ścigać, albo czy przez trzy dni ma trwać zaraza w twoim kraju. [...] Dawid odpowiedział Gadowi: Jestem pod wielką presją. Wpadnijmy jednak raczej w ręce Pana, ponieważ wielkie jest Jego miłosierdzie. Obym nie wpadł w ręce człowieka. Zesłał więc Pan zarazę na Izrael...” (2 Sm 24, 13–15). Już z tych słów wyraźnie pobrzmiewa edukacyjny wymiar zsyłanej przez Boga kary. Fakt ten potwierdza dalszy rozwój wydarzeń. Dawid udaje się do Arauny, aby kupić od niego ziemię „i zbudować ołtarz dla Pana, aby powstrzymać zarazę (*hammaggēfāh*) wśród ludu” (2 Sm 24, 21). Kiedy zaś właściciel chce królowi oddać ziemię za darmo, władca wyjaśnia, dlaczego chce dokonać tej transakcji: „Nie! Lecz bezwarunkowo chcę ją od ciebie kupić za wyznaczoną cenę! Nie złożę Panu, mojemu Bogu, ofiar całopalnych, które mnie nic nie kosztują” (2 Sm 24, 24). W konsekwencji Dawid realizuje swój plan i zaraza ustaje: „Zbudował tam ołtarz dla Pana i złożył ofiarę całopalną i ofiary wspólnotowe. Wówczas Pan okazał się łaskawy dla ziemi i zaraza (*hammaggēfāh*) w Izraelu została zatrzymana” (2 Sm 24, 25)¹³.

Z przeanalizowanych tekstów dość jasno wynika, że „plaga/plagi” są fizyczną karą zesłaną na tych, którzy występują przeciw Bogu (Za 14, 1–15). Niewątpliwie obraz ten ma charakter metaforyczny i jest ukazaniem nie jedynie fizycznej choroby jako konsekwencji wystąpienia przeciw Bogu, lecz także, a może przede wszystkim, próbą wyjaśnienia skąd biorą się straszliwe choroby, które dotyczą człowieka, a nawet zwierząt, które mu służą. Brak właściwej relacji z Bogiem, zerwanie z Nim harmonii skutkuje ciężką chorobą. Takie znaczenie ma również długie opowiadanie o plagach zesłanych na faraona i Egipt (Wj 7, 14–13, 16). Nie wszystkie wprawdzie to choroby, ale wszystkie są

¹¹ *Ibidem*, s. 454.

¹² To samo zdarzenie, choć w nieco innej formie zostało opisane także w 1 Krn 21, 1–30.

¹³ W. Brueggemann, *I e II Samuele* (ed. it. a cura di M. Sbaiffi Girardet), Torino 2005, s. 366.

konsekwencją nieposłuszeństwa Bogu. Zauważmy jednak, że nawet jeśli człowiek popełnił błąd i musiał przyjąć konsekwencje swojego grzechu jak Dawid, który zliczył lud Izraela (2 Sm 24, 1–25), to jednak dzięki prześlaniu (ofiara całopalna i ofiary wspólnotowe) możliwe jest zatrzymanie zarazy (w. 25). Oczywiście można ten tekst interpretować literalnie. Jednak jego znaczenie metaforyczne jest dużo bardziej prawdopodobne. O ile odpowiedź na pytanie o pochodzenie straszliwych chorób i zarazy zostało przez nas określone wyżej, o tyle teraz pojawia się możliwość zaradzenia ich obecności. Odbudowanie harmonii świata z Bogiem będzie skutkowało oddaleniem zarazy.

2.2. Zniszczenie, zaraza

W Starym Testamencie termin *qeteb* występuje zaledwie cztery razy (Pwt 32, 24; Ps 91, 6; Iz 28, 2; Oz 13, 14). Pierwotne znaczenie tego pojęcia nie jest jasne, jakkolwiek na pierwszy plan wysuwa się „coś zaraźliwego” albo „katastrofa” lub „żądło, cierń”¹⁴. Kontekst jednak pozwala wnioskować, że chodzi o jakiegoś rodzaju zarazę lub w sensie ogólnym – zniszczenie. I tak w Księdze Powtórzonego Prawa naruszenie postanowień przymierza zostało przedstawione w następujący sposób: „Będą wyczerpani głodem, trawieni gorączką (*rešef*) i złośliwą zarazą (*w^eqeteb*). Poślę na nich kły dzikich zwierząt i jadem pełzających w prochu” (Pwt 32, 24). Dwoma terminami została określona tutaj zaraza – *rešef* i *qeteb*. Jakkolwiek oba terminy nie są do końca pewne. Jednak kontekst pozwala się domyślać dwóch znaczeń. Jeśli *rešef* przełożymy jako zaraza, przez analogię do Ha 3,5, to wówczas *qeteb* należałoby przetłumaczyć jako „epidemia” lub „zniszczenie” albo też „demon”¹⁵. Jeśli jednak zachowamy tłumaczenie zaproponowane wyżej, to *qeteb* będziemy mogli rozumieć jako „zaraza, epidemia”. W każdym razie nieszczęścia, które spadają na Izrael, w tym zaraza, epidemia, są oczywiście karą za popełnione złe czyny przez członków narodu wybranego. Jednak to na tych ostatnich czynnościach należałoby się skupić, aby odpowiedzieć na pytanie: skąd wzięły się owe choroby i epidemia? A odpowiedź brzmi: spowodowali to ludzie, łamiąc przymierze, które Bóg z nimi zawarł.

Jednak zaraza (*deber*)¹⁶ ani epidemia (*qeteb*) nie mają swojego źródła w Bogu. Co więcej, Bóg ochrania przed nimi człowieka przebywającego we wnętrzu świątyni: „Nie będziesz się bał nocnej mary ani za dnia lecącej strzały, ani zarazy (*middeber*) szerzącej się w mroku, ani zagłady (*miqqeteb*) niszczącej w południe” (Ps 91, 5–6). Pytanie jednak: przed kim Bóg ochrania człowieka? Kto jest źródłem owych nieszczęść? Tekst Ps 91, 5–6 zawsze wiązano z ideą złych duchów, które działały na skutek ludzkiej bezczynności. Z pewnością te wersety, zgodnie z koncepcją właściwą dla starożytnego Wschodu,

¹⁴ *Qeteb*, [hasło w:] *Wielki słownik hebrajsko-polski i aramejsko-polski*, t. 2, tłum. J. Pudełko, Warszawa 2008, s. 158.

¹⁵ R.D. Nelson, *Deuteronomy. A Commentary*, Louisville-London 2002, s. 374.

¹⁶ Na temat użycia tego terminu będzie mowa w dalszej części opracowania.

zakładają uwikłanie człowieka w sieć złych energii, sił demonicznych (por. Iz 34, 14; Tb 3, 8; 6, 15; 8, 3)¹⁷. Zatem to właśnie przed tymi siłami Bóg chroni człowieka, by chaos go nie pogrążył.

Sytuacja zsyłanej przez Boga zarazy nierzadko pozostaje w związku ze śmiercią/szeolem, o czym świadczą słowa Ozeasza: „Czy mam ich wykupić z mocy Szeolu, wybawić od śmierci? Śmierci, gdzie jest twoja zaraza (*d^ebārēkā*), Szeolu, gdzie jest twoja zagłada (*qāṭāb^ekā*)? Nie będę się kierował litością!” (Oz 13, 14). Z łatwością możemy dostrzec paralelizm zwrotów: gdzie jest „śmierci twoja zaraza” (*d^ebārēkā māwet*)/„szeolu, twoja zagłada” (*qāṭāb^ekā š^e’ôl*)¹⁸. Należałoby zatem spodziewać się, że *qeteb* i *deber* to terminy synonimiczne w tym samym stopniu co „śmierć” i „szeol”, podobnie jak w Ps 91, 5–6. Rzeczywiście tak jest, oba terminy bowiem wskazują na zagładę spowodowaną katastrofalną zarazą. Pytanie jednak: kto jest źródłem owej zagłady? Kontekst zdaje się nie wskazywać na Boga, a jedynie na Jego przyzwalające działanie. Wydaje się zatem, że „zagłada szeolu” (*qāṭāb^ekā š^e’ôl*) pozostaje w nim samym, a do Boga jedynie należy decyzja o tym, czy wybawić lud od tego nieszczęścia czy też nie. Gdzie zatem szukać źródła owych nieszczęść, jakie mają spaść na Izraela? Prorocy, w tym Ozeasz, niejednokrotnie wskazywali na nieprawość narodu jako źródło jego nieszczęść: „Słuchajcie słowa Pana, synowie Izraela, bo Pan wie dzie spór z mieszkańcami kraju! Nie ma bowiem w kraju wierności ani miłości, ani poznania Boga, tylko krzywoprzysięstwo, kłamstwo, zabójstwo, kradzież, cudzołóstwo i rabunek, a morderstwo następuje jedno po drugim” (Oz 4, 1–2).

Niekiedy nasz rzeczownik spotykamy w konstrukcjach złożonych w funkcji przymiotnika¹⁹. W „Biada” ogłoszonym przeciw Samarii Izajasz pisze: „Oto ktoś posłany od Pana, mocny i silny, jak gradobicie i niszcząca burza (*ša’ar qāṭeb*), jak nawałnic wód gwałtownie wezbranych, które z mocą rzuci na ziemię” (Iz 28, 2). W tym kontekście znaczenie *qeteb* wzmacnia semantycznie sens rzeczownika *ša’ar*, który oznacza burzę niosącą zniszczenie²⁰. Cały zatem zwrot oznaczałby burzę, która niesie nadzwyczaj wielkie zniszczenie.

2.3. Epidemia, zaraza morowa

Zagadnienie to oddaje termin *deber*, który w Starym Testamencie występuje 46 razy. Rzeczownik ten ma znaczenie ściśle powiązane z zarazą, epidemią czy nieszczęściem

¹⁷ G. Ravasi, *Psalmy. Psalmy 72–103, część 3*, tłum. K. Stopa, Kraków 2008, s. 366.

¹⁸ Ł. Popko, *Why Paul Was Not Wrong in Quoting Hosea 13:14*, „The Biblical Annals” 9, 2019, nr 3, s. 501.

¹⁹ W języku hebrajskim tego rodzaju użycie rzeczownika jest dość powszechne wobec niezbyt wielkiej liczby przymiotników w tym języku.

²⁰ *Ša’ar*, [hasło w:] *Wielki słownik hebrajsko-polski i aramejsko-polski*, t. 2, tłum. P. Dec, s. 365.

prowadzącym do śmierci²¹. Analizując znaczenie tego pojęcia w kontekście, oprócz wspomnianych już wyżej tekstów (Ps 91, 5–6; Oz 13, 14), zatrzymamy się nad tymi, które występują w Pięcioksięgu, aby nadmiernie nie rozbudowywać tego punktu.

W pierwszym opisie spotkania Mojżesza z faraonem, na pytanie tego ostatniego o to, kim jest Bóg Izraela, padają następujące słowa: „Bóg Hebrajczyków ukazał się nam. Chcemy iść drogą na trzy dni na pustynię i złożyć ofiary Panu, naszemu Bogu, aby nas nie dotknął zarazą ani mieczem (*baddeber 'ô behāreb*)” (Wj 5, 3). Zwrot „zarazą i mieczem” wydaje się w tym kontekście standardową formułą opisującą doświadczenie kary Bożej²². Natomiast termin *deber* to ogólne określenie jakiejś strasznej zarazy lub fatalnej w skutkach choroby (Wj 9, 15; Lb 14, 12; Pwt 28, 21)²³.

Także w zapowiedzi piątej plagi spotykamy interesujący nas termin: „Jeżeli nie będziesz chciał ich wypuścić i jeszcze będziesz ich zatrzymywał, oto ręka Pana dotknie twoje bydło w polu, konie, osły, wielbłądy, woły i owce bardzo ciężką zarazą (*deber kābēd mē'ōd*)” (Wj 9, 2–3). Pozornie neutralny i podobny do poprzedniego w znaczeniu zwrot zawierający analizowany przez nas termin został dodatkowo wzbogacony dopełnieniem „bardzo ciężka” (*kābēd mē'ōd*). Niektórzy uczeni w kontekście pozostałych plag, jakie spadły na Egipt, próbowali szczegółowo określić, jakiego rodzaju choroba miała wywołać tę zarazę – np. wąglik, leptospiroza lub brucelozę²⁴. Wydaje się jednak, że autorowi biblijnemu bardziej chodziło o podkreślenie bardzo ciężkiego przebiegu choroby oraz jej niespotykanego charakteru. Z kontekstu użycia *deber* w innych miejscach biblijnych możemy wnioskować, że chodzi o epidemiczny wymiar tej choroby (Jr 27, 13; Ez 33, 27). Pojawia się ona w kontekście sądu Bożego (Pwt 28, 21; Ez 5, 12) oraz występuje przeważnie jako jeden z elementów ciągu strasznych klęsk, a przynajmniej stoi w paralelizmie do innych nieszczęść (por. Lb 14, 12; Hb 3, 5)²⁵.

W podobnym do Wj 9, 3 tonie utrzymana jest przestroga przed działaniem Bożym w kontekście siódmej plagi (Wj 9, 13–28): „Już teraz mógłbym wyciągnąć rękę i uderzyć ciebie i twój lud zarazą (*baddāber*) i byłbyś zgładzony z ziemi” (Wj 9, 15). Także ten tekst wskazuje, że zaraza, o której tutaj mowa, była na tyle niebezpieczna, że mogła doprowadzić do całkowitego zgładzenia Egipcjan²⁶.

²¹ *Deber*, [hasło w:] *Wielki słownik hebrajsko-polski i aramejsko-polski*, t. 1, tłum. M. Kantor, s. 201.

²² W tekstach biblijnych znana jest również triada „miecz, głód i zaraza” (Jr 14, 12; 21, 9; 24, 10; 27, 8.13; Ez 6, 11; 7, 15).

²³ J. Lemański, *Księga Wyjścia. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz*, NKB ST 2, Częstochowa 2009, s. 182.

²⁴ Zob. np. I. Friedman, J. Marr, *The Exodus Syndemic. The Epidemiology of the Tenth Plague*, „Jewish Bible Quarterly” 45, 2017, nr 1, s. 7–8.

²⁵ J. Lemański, *Księga Wyjścia...*, s. 245–246.

²⁶ Niektórzy widzą tutaj zagrożenie ludzi przez wprowadzenie chorego bydła pod dach mieszkalny, co mogło skutkować zarażeniem, a w konsekwencji śmiercią ludzi; zob. I. Friedman, J. Marr, *op. cit.*, s. 8–9.

Dotychczas zaraza miała dotknąć lub wręcz dotykała Egipcjan, wrogów Izraela. W kolejnych księgach biblijnych narracja się zmienia. Oto za złamanie przymierza grozi kara epidemii: „Sprowadzę na was miecz, który pomści złamane przymierze. Gdy zgromadzicie się w waszych miastach, ześlę zarazę na was (*w^ešillah^etî deber b^etôk^ekem*) i będziecie wydani w ręce nieprzyjaciół” (Kpł 26, 25). Zaraza wpisuje się w sekwencję nieszczęść, jakie mają spaść na naród za niedochowanie warunków przymierza. Pierwszą karą, która na nich spadnie, będzie „miecz”, czyli wojna. Przed nią ludzie będą się chronili do miast, ale tam padną ofiarą zarazy (w. 25) i głodu (w. 26), a w końcu dostaną się w ręce wroga²⁷. W słowach tych możemy odkryć pewne elementy naturalistyczne. W ostatnich latach bardzo często powtarzano zalecenie, aby zachować dystans społeczny, unikać wielkich skupisk ludzkich i zamkniętych pomieszczeń. W przeludnionym mieście, do którego ludzie uciekali przed wojną, zaraza z łatwością mogła się rozprzestrzeniać i zbierać śmiertelny plon. Zatem zburzenie harmonii z Bogiem przez zerwanie przymierza skutkuje epidemią, która zagraża nie tylko zdrowiu, ale i życiu.

Podobna sytuacja miała miejsce, kiedy lud zbuntował się w czasie wędrówki przez pustynię i chciał wracać do Egiptu. Wówczas Bóg podjął następującą decyzję: „Wyniszcze ich zarazą (*’akkennû baddeber*) i pozbawię ich dziedzictwa, a z ciebie uczynię naród, który będzie większy i silniejszy od nich” (Lb 14, 12). Wobec znaków, jakich Bóg dokonał w czasie wyjścia z Egiptu, Izraelici winni byli uwierzyć w Niego, a nie buntować się. Dlatego też JHWH chce im wymierzyć: „uderzę ich zarazą i wygubię” (*’akkennû baddeber w^e’ôrišennû*). Czasownik *’ôriš* (od *jāraš*) pozwala lepiej zrozumieć znaczenie interesującego nas terminu *deber*. Mianowicie *jāraš* w koniugacji podstawowej (Qal) oznacza „biorę w posiadanie”. Tutaj w koniugacji sprawczej (Hifil) oznacza „tępię, gładzę”, ponieważ objęcie w posiadanie szło nieraz w parze z wytępieniem dawnych mieszkańców²⁸. Zatem zaraza, która miała spaść na Izraela, będzie środkiem wytępienia (por. Wj 5, 3; 9, 15; Kpł 26, 25). Jednak, jak dowiadujemy się z kolejnych wersetów, do owego wyniszczenia nie doszło, choć Izrael w pełni zasłużył na konsekwencje swojego postępowania. Bóg przebaczył narodowi jego bunt (Lb 14, 20). Jednak Izrael musiał ponieść konsekwencje swoich czynów: „Nikt z tych, którzy widzieli Moją chwałę i Moje znaki czynione w Egipcie i na pustyni [...] nie zobaczy ziemi, którą przysiągłem ich ojcom” (Lb 14, 22–23). Zatem zaraza (*deber*) nie ma i w tym przypadku charakteru kary bezwzględnej, lecz edukacyjną. Każdy bowiem czyn niesie ze sobą konsekwencje: dobry – dobre, zły – złe.

W jeszcze bardziej drastyczny sposób przedstawione zostały konsekwencje odstępstwa w kolejnym tekście: „Pan sprawi, że przylgnie do ciebie zaraza (*’et-haddāber*)

²⁷ S. Łach, *Księga Kapłańska. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz, ekskursy*, Poznań-Warszawa 1970, s. 282.

²⁸ S. Łach, *Księga Liczb. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz, ekskursy*, Poznań-Warszawa 1970, s. 151.

i zgładzi cię z ziemi, do której idziesz, aby ją posiąść” (Pwt 28, 21). Zwykle komentatorzy nie poświęcają zbyt wiele miejsca zagadnieniu zarazy, o której tu mowa. Jednak kontekst w. 22 pozwala wnioskować, że wykorzystanie serii dość rzadkich terminów w odniesieniu do chorób („suchoty”, „paląca gorączka” i „stan zapalny”), katastrof meteorologicznych („susza” i „ogniste upały”) oraz różnego rodzaju chorób roślin („rdza zboża” i „pleśń”), określa naturę jako przestrzeń, w której zostanie zmanifestowany gniew JHWH²⁹. Zatem mamy do czynienia z kolejnymi skutkami odstąpienia od przy mierza, które Izraelici dobrowolnie zawarli z Bogiem.

W podsumowaniu możemy zauważyć pewną prawidłowość konsekwencji, jakie spadają na człowieka, jeśli ten łamie prawo natury: zerwanie harmonii wewnętrznej (różnego rodzaju choroby ciała i ducha), zerwanie harmonii w życiu z drugim człowiekiem (wojny), zerwanie harmonii ze światem, w którym człowiek żyje (katastrofy meteorologiczne i choroby roślin) i wreszcie zerwane relacji stworzenie–Stwórca (kary, które JHWH zsyła na swój lud).

3. Zaraza jako skutek zaburzonej harmonii wewnętrznej i zewnętrznej człowieka

Niezależnie od tego, czy jesteśmy ludźmi wierzącymi czy też nie, musimy przyznać, że współczesny człowiek żyje w stanie zachwianej harmonii w trzech wymiarach: wewnętrznej, wobec drugiego człowieka i wobec otaczającego nas świata. Jeśli jeszcze do tego dołożymy wymiar wiary, zaobserwujemy, że stworzenie, czyli świat w ogólności, a człowiek w szczególności pozbawiony jest życia w harmonii ze swoim Stwórcą. Tu warto zaznaczyć, że mówiąc o czterowymiarowym braku harmonii we współczesnym świecie, zaledwie jeden ewidentnie dotyczy ludzi wierzących, pozostałe trzy mają charakter ponad-religijny. Ideę tę dobrze wyrazili I. Friedman i J. Marr, pisząc na temat plag egipskich na tle transmisji różnego rodzaju wirusów czy bakterii powodujących epidemie. Zauważyli, że biblijna narracja o plagach jest zgodna z epidemiologiczną reakcją łańcuchową. Co najważniejsze, śmierć ludzi w dziesiątej pladze mogła być spowodowana chorobami przenoszonymi przez roje owadów, o czym była mowa w narracji o czwartej pladze, a także chorobą zwierząt gospodarskich, która była transmitowana na ludzi, o czym była mowa w opowiadaniu o piątej pladze. Chociaż naturalne wytłumaczenie śmierci pierwotnych Egipcjan i ich zwierząt jest dzisiaj trudne do uzasadnienia, to jednak niewykluczone, że z czasem pojawiają się przekonujące argumenty w tej materii. Nawet jeśli ten konkretny aspekt dziesiątej plagi pozostaje w przestrzeni cudu

²⁹ Smyth & Helwys Bible Commentary. Deuteronomy, C.P. Staton, D. Cassady, L. Horton (red.), Macon 2003, s. 414.

absolutnego, to jednak dostrzegamy, że sekwencja plag ułożona została jako seria epidemii prowadzących do śmiertelnej sydemii ostatniej plagi. Wszystkie plagi, w tym dziesiąta, miały fundamentalnie cudowny charakter, jednak oparte były na modelu choroby³⁰. W ten sposób na naturalnie możliwych zjawiskach szerzącej się choroby w skali epidemicznej, czy nawet pandemicznej, zbudowano narrację o charakterze cudownych działań Boga prowadzących do wyzwolenia Izraelitów z Egiptu.

3.1. Zerwanie harmonii wewnętrznej

Zgodnie z opisem stworzenia świata i człowieka (Rdz 1, 1–2, 4a) oraz jego rajskiej egzystencji (Rdz 2, 4b–25) człowiek pierwotnie żył w stanie wewnętrznej harmonii: „Chociaż obydwójce, mężczyzna i jego żona, byli nadzy, to jednak się nie wstydziła” (Rdz 2, 25). Nieodczuwanie wstydu z powodu nagości nie świadczy o jeszcze nierozwiniętej świadomości płci. Jest raczej wyrazem nieskażonej harmonii wewnętrznej człowieka postrzegającego siebie jako istotę, którą nie rządzą pożądanie i chęć podporządkowania sobie drugiej osoby, lecz raczej chęć pełnej realizacji siebie jako osoby, istoty ludzkiej³¹. Po grzechu pychy człowiek zaczyna postrzegać swoją nagość jako coś wstydliwego: „Wtedy otworzyły się im obojgu oczy i spostrzegli, że są nadzy. Spletli więc liście figowe i zrobili sobie przepaski” (Rdz 3, 7). Niewątpliwie nowym aspektem poznania pierwszych ludzi, na skutek zerwania i zjedzenia owocu z drzewa poznania dobra i zła (Rdz 3, 6), jest pojawienie się świadomości własnej nagości. Rodzi się poczucie wstydu, a ułuda poznania dobra i zła skutkuje wstydem i żalosnym położeniem, z którego Adam i Ewa chcą wybrnąć przez przygotowanie sobie przepaski z liści figowca. W ten sposób człowiek czyni pierwszy krok w kierunku zmiany rzeczywistości ustanowionej przez Stwórcę. Już nie owoce, lecz liście są tym, czego człowiek potrzebuje, przebywając w ogrodzie³².

Przenieśmy taki stan rzeczy na doświadczenie współczesnego człowieka, który czuje się coraz bardziej wyalienowany, wyobcowany względem samego siebie. Człowiek coraz bardziej poszukuje swojej tożsamości, niezależnie od wyznawanej lub niewyznawanej religii. Chce być szczęśliwy, a coraz bardziej zatapia się w nieszczęściu. Pragnie doświadczać miłości, a coraz częściej jest wykorzystywany przez jej substytuty, które prowadzą do jego zniewolenia. Chce być piękny, a jedynie sięga po coraz nowsze kosmetyki czy chirurgię plastyczną, która nierzadko deformuje jego naturalne piękno. Jaka na to recepta? Powrót do wewnętrznej harmonii. Z mojego punktu widzenia, człowieka wierzącego, jest nią życie w zgodzie ze swoją naturą nie tylko jako istoty żywej, jak zwierzęta, lecz przede wszystkim jako osoby, która chce istnieć w relacji do innej osoby.

³⁰ I. Friedman, J. Marr, *op. cit.*, s. 9.

³¹ Por. G. Ravasi, *Księga Rodzaju (1–11)*, tłum. M. Brzezinka, Kraków 1997, s. 75–77.

³² J. Lemański, *Księga Rodzaju, rozdziały 1–11. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz*, NKB ST 1.1, Częstochowa 2013, s. 247.

3.2. Zerwanie harmonii zewnętrznej z drugim człowiekiem

W opisie rajskiej egzystencji człowieka czytamy: „Z żebra wyjętego człowiekowi (*min-hā'ādām*) Pan Bóg zbudował kobietę i przyprowadził ją do mężczyzny (*'el-hā'ādām*). Wtedy człowiek (*hā'ādām*) powiedział: Ta jest wreszcie kością z moich kości i ciałem z mojego ciała, ona będzie nazwana kobietą (*'iššāh*), gdyż z mężczyzny (*mē'îš*) została wzięta” (Rdz 2, 22–23). Słowa Adama wyrażają z jednej strony radość, a z drugiej są formułą pokrewieństwa (Rdz 29, 14)³³, która w istocie oznacza akt przyjęcia do rodziny i odwołania się do więzów łączących dwie jednostki (por. 1 Sm 5, 1)³⁴. Identyczność natury, a więc także harmonię, pomiędzy mężczyzną a kobietą wyraża najpierw formuła „kością z moich kości i ciałem z mojego ciała”, a następnie gra słów w zdaniu „ona będzie nazwana kobietą (*'iššāh*), gdyż z mężczyzny (*mē'îš*) została wzięta”. Autor natchniony wykorzystuje podobieństwo fonetyczne pojęć *'iššāh* i *'îš*, co J. Wujek wyraził za pomocą słynnego neologizmu: „tę będą zwać **mężyną**, bo z **męża** wzięta jest”³⁵. Ideę zawartą w tych porównaniach bardzo trafnie wyraził S. Wypych: „Kobieta posiada tę samą naturę co mężczyzna, składa się z tych samych elementów tworzących mężczyznę, ona również jest stworzona przez Boga. Jest to idea bardzo interesująca w świecie, w którym kobieta uważana była za istotę niższą od mężczyzny lub za jego własność”³⁶.

Harmonia pomiędzy mężczyzną a kobietą zostaje nadwyrężona, jeśli nie całkiem zerwana wskutek pychy człowieka. Grzech, który został przez niego popełniony, niesie ze sobą konsekwencje, a jedną z nich jest pożądanie względem mężczyzny: „Do kobiety powiedział: Pomnożę bardzo cierpienia związane z twoją ciążą, w bólu będziesz rodziła dzieci, a mimo to będziesz pożądała swego męża, on będzie panował nad tobą” (Rdz 3, 16). Łatwo dostrzec, że dochodzi do zerwania pierwotnej relacji pomiędzy kobietą a mężczyzną. Najpierw wyraża to pożądanie, jakie będzie ona kierowała ku niemu. Hebrajskie *tešûqāh* oznacza dosłownie „pragnienie, tęsknotę”³⁷, czyli uczucia, które niechybnie kobieta będzie kierowała ku mężczyźnie. Drugą konsekwencją grzechu będzie panowanie (*māšal*) mężczyzny nad kobietą. Powstała zatem skaza na planowanej przez Boga pierwotnej, partnerskiej miłości obojga płci (por. Rdz 2, 23–24). Zachwiana została naturalna równowaga i harmonia we wzajemnych stosunkach kobiety i mężczyzny³⁸.

Przenosząc to na realia współczesnego świata, dostrzegamy, że wzajemne wykorzystywanie się przez ludzi prowadzi nie tylko do tak drastycznie negatywnych skutków

³³ B.T. Arnold, *Genesis (The New Cambridge Bible Commentary)*, Cambridge 2009, s. 60.

³⁴ J. Lemański, *Księga Rodzaju, rozdziały 1–11...*, 2013, s. 235.

³⁵ Rdz II, 23; *Biblia w przekładzie księdza Jakuba Wujka z 1599 r. Transliteracja typu „B” oryginalnego tekstu z XVI w. i wstępy ks. Janusz Frankowski*, Warszawa 2000, s. 34.

³⁶ S. Wypych, *Pięcioksiąg. Wprowadzenie w myśl i wezwanie ksiąg biblijnych*, t. 1, Warszawa 1987, s. 60.

³⁷ *Tešûqāh*, [hasło w:] *Wielki słownik hebrajsko-polski i aramejsko-polski*, t. 2, tłum. M. Kantor, s. 713.

³⁸ J. Lemański, *Księga Rodzaju, rozdziały 1–11...*, 2013, s. 254.

jak instrumentalizowanie drugiej osoby i delikatnie mówiąc brak tolerancji, lecz także „używanie” innych osób do indywidualnych celów partykularnych. W przeszłości było to niewolnictwo w sensie dosłownym, dzisiaj jest to np. niewolnictwo korporacyjne.

3.3. Zerwanie zewnętrznej harmonii człowieka ze światem

We wcześniejszych tekstach (opis rajskiej egzystencji człowieka w Rdz 2, 4b–25) autor biblijny podkreślał, że istniała harmonia pomiędzy człowiekiem a światem, o który miał on dbać: „Potem Pan Bóg wziął człowieka i umieścił go w ogrodzie Eden, aby go uprawiał i strzegł” (Rdz 2, 15). Podobnie rzecz miała się ze zwierzętami: „Pan Bóg ulepił z ziemi wszelkie polne zwierzęta oraz wszelkie ptactwo podniebne i przyprowadził do człowieka, aby zobaczyć, jak je nazwie. Każde żywe stworzenie miało nosić takie imię, jakie człowiek mu nada” (Rdz 2, 19). We wcześniejszym poemacie o stworzeniu świata i człowieka (Rdz 1, 1–2, 4a) czytamy natomiast: „Potem Bóg powiedział: Oto daję wam wszystkie trawy wydające nasiona, które są na powierzchni całej ziemi, i wszystkie drzewa, których owoce wydają nasiona, **niech będą dla was pokarmem**” (Rdz 1, 29). Z powyższych tekstów można wyciągnąć kilka wniosków wskazujących na harmonię, jaka istniała pomiędzy człowiekiem a światem. Po pierwsze, zadaniem człowieka jest dbałość o otaczający go świat, który autor nazywa ogrodem Eden. Po drugie, zwierzęta mają to samo źródło pochodzenia co człowiek, a jest nim ziemia, którą dzisiaj nazwalibyśmy po prostu pierwiastkami ujętymi w Tablicy Mendelejewa. Po trzecie, pokarmem człowieka były pierwotnie rośliny, a nie mięso zwierząt. Oczywiście nie chodzi o to, że pierwotny człowiek był wegetarianinem czy weganinem. Chodziło raczej o to, że autor biblijny, obserwując konieczność zabijania zwierząt w celu pozyskania naturalnego białka w diecie człowieka, widział to jako konsekwencję grzechu. Człowiek, aby przeżyć, musi zabijać zwierzęta, z którymi wcześniej żył w pełnej harmonii. Dyskretnym wyrazem tego przekonania są słowa, które czytamy po tym, jak człowiek zyskuje świadomość swojej nagości: „Pan Bóg zrobił ubranie ze skóry dla Adama i dla jego żony i odział ich” (Rdz 3, 21). Wcześniejszy strój (liście figowe) był spowodowany wstydem, teraz Bóg wyraża troskę o ludzi, aby zabezpieczyć ich przed zimnem. Chodzi jednocześnie o znak oddalenia się ludzi od pierwotnej rzeczywistości, a także o symboliczne określenie ich nowej sytuacji. Hebrajskie *kuttōnēt 'ôr* oznacza „ubranie ze skóry”. Nas interesuje szczególnie termin *'ôr*, który może oznaczać skórę człowieka, a nawet człowieka jako osobę, ale zwykle oznacza skórę zwierzęcia jako taką (zob. np. Rdz 27, 16; Wj 29, 14), a nawet wyprawioną skórę zwierzęcia (zob. np. Kpł 11, 32)³⁹. Rzeczą oczywistą jest, że aby sporządzić ubranie ze skóry, wyprawionej czy nie, najpierw należało zabić zwierzę, a człowiek staje się swego rodzaju beneficjentem śmierci zwierzęcia.

³⁹ *'Ôr*, [hasło w:] *Wielki słownik hebrajsko-polski i aramejsko-polski*, t. 1, tłum. J. Sulowski, s. 751.

Przenosząc powyższe trzy wymiary zerwanej harmonii pomiędzy człowiekiem a otaczającym go światem na dzisiejszą rzeczywistość, podajmy trzy wnioski. Po pierwsze, człowiek winien dbać o świat, którego jest swoistym administratorem. Jeśli natomiast będzie się zachowywał jak hegemon, to świat po prostu przestanie mu służyć i wystąpi przeciw niemu. Po drugie, człowiek, składając się dokładnie z tych samych pierwiastków co zwierzęta, musi okazać im należyty szacunek, ale nie może zejść do ich poziomu egzystencji, bo ma nad nimi roztaczać opiekę, a nie żyć jak one. Po trzecie, nawet jeśli człowiek musi zabijać zwierzęta, aby zabezpieczyć odpowiednią ilość białka w diecie, to nie może tego robić w bestialski sposób. Zasada złotego środka obowiązuje w każdych okolicznościach i w żadnej sytuacji człowiek nie może siebie uważać za absolutnego hegemonu.

3.4. Zerwanie harmonii ze Stwórcą

Dopiero ostatni wymiar zerwanej przez człowieka harmonii ma wymiar ewidentnie religijny. Z pierwszych dwóch rozdziałów Księgi Rodzaju odnosimy wrażenie, że człowiek zaraz po swoim stworzeniu żyje w całkowitej harmonii ze Stwórcą. Dopiero pragnienie osiągnięcia statusu egzystencji samego Boga sprawiło, że ta harmonia została zerwana. Wyrazem jej zerwania jest lęk i ukrywanie się przed Stwórcą: „A gdy usłyszeli głos Pana Boga przechadzającego się po ogrodzie w dziennym powiewie, wtedy Adam i jego żona ukryli się przed obliczem Pana Boga wśród drzew ogrodu” (Rdz 3, 8). Oprócz wielu innych konsekwencji popełnionego grzechu pierwsi rodzice doświadczyli również naruszenia dotychczasowej relacji z Bogiem. Gdy oboje, słysząc odgłosy spacerującego jak zwykle po ogrodzie Boga, kryją się przed Nim pośród drzew ogrodu. Dotychczas ta obecność Boga o stałej porze w stałym miejscu ogrodu ani w niczym nie przeszkadzała ludziom, ani w niczym ich nie ograniczała. Teraz, po złamaniu Bożego nakazu, ludzie odczuwają konieczność ukrycia się „przed obliczem Boga”. Zatem kolejnym skutkiem poznania „dobra i zła” jest potrzeba ukrycia się przed JHWH⁴⁰.

W naszej rzeczywistości to zerwanie harmonii przez pierwszych rodziców skutkuje grzechem pierworodnym, z którego zostaliśmy wyzwoleni przez sakrament chrztu. Ten sakrament bowiem daje wierzącemu udział w zbawczym dziele Jezusa Chrystusa, czyli Jego męce, śmierci i zmartwychwstaniu. Jakkolwiek grzech w postaci indywidualnej wciąż roztacza swoją władzę nad człowiekiem. Stąd konieczność ciągłego życia w zjednoczeniu z Bogiem.

⁴⁰ J. Lemański, *Księga Rodzaju, rozdziały 1–11...*, s. 247–248.

Podsumowanie

Człowiek, również współczesny, żyje w nieustannym lęku nie tylko przed zarażeniem się jakimś wirusem, jak choćby SARS-CoV-2, lecz także przed możliwością utraty zdrowia lub życia na skutek agresywnych i morderczych działań drugiego człowieka. Nasz niepokój budzi również przyszłość naszej planety, której środowisko naturalne jest ciągle degradowane. Dla ludzi wierzących równie frapującym zagadnieniem jest rozdzźwięk pomiędzy wymaganiami stawianymi przez Boga a bardzo oddaloną od Boga egzystencją wielu tych, którzy siebie nazywają chrześcijanami.

Nasze poszukiwania pozwoliły nam odkryć prawdę o tym, że człowiek, niezależnie od przekonań religijnych, żył w zamierzchłej przeszłości w większej harmonii z samym sobą, z drugim człowiekiem, z otaczającym go światem i ze Stwórcą. Z czasem sytuacja ulegała zmianie, co w wymiarze religijnym nazywamy grzechem. Wobec degradacji środowiska naturalnego, a także dysharmonii w życiu społecznym człowiek ściągnął na siebie wiele chorób, zaraz i epidemii. W pierwotnym wymiarze miały one charakter ewidentnie edukacyjny (zob. Lb 14, 22–23) – miały doprowadzić człowieka do zawrócenia ze złej drogi postępowania. Kiedy człowiek to czynił, wówczas Bóg okazywał się łaskawy dla ziemi i zaraza (*hammaggēfāh*) była zatrzymywana (por. 2 Sm 24, 25). Człowiek prawy bowiem jest przez Boga osłaniany wobec zarazy (*middeber*) szerzącej się w mroku (Ps 91, 6), której źródłem jest uwikłanie w zło i poddanie się siłom demonicznym. Kiedy jednak człowiek zrywa przymierze zawarte z Bogiem⁴¹, wówczas ściąga on na siebie nie tylko chorobę, lecz także staje się częścią w łańcuchu transmisji wirusa (np. chroniąc się w przeludnionych miastach; por. Kpł 26, 25–26), co prowadzi do zarazy czy epidemii.

Podejmując powyższe obserwacje, zauważamy, że na skutek grzechu pychy, który był wyrazem całkowitej wolności człowieka, zerwał on ukazany wyżej poczwórny wymiar harmonii. Przede wszystkim utracił harmonię wewnętrzną. W miejsce prostoty w postępowaniu pojawia się wstyd (Rdz 3, 7).

Wyrok, który usłyszała kobieta po popełnionym grzechu (Rdz 3, 16), wymownie świadczy o tym, jak bardzo harmonia pary ludzkiej, a więc pomiędzy ludźmi w ogólności, uległa zniszczeniu. Autor biblijny czyni to, odwołując się do dwóch symboli. Pierwszym jest poród, który od tej pory będzie się dokonywał w wielkich cierpieniach, w czym autor dostrzega znak dysharmonii. Drugi symbol bezpośrednio dotyczy relacji kobiety i mężczyzny. Napięciu, które rządzi pożądaniem seksualnym, towarzyszy jeszcze

⁴¹ W wymiarze niereligijnym możemy tu mówić o sprzeniewierzeniu się roli, jaką człowiek powinien pełnić w relacjach społecznych i w relacji do świata, którego w końcu jest jakimś zarządcą.

pragnienie posiadania. Określenie „będzie panował” (hebr. *jim^ešāl-bāk*) jest tym samym, którym opisywana jest hegemonia króla, władcy czy tyrana⁴².

Także mężczyzna usłyszał wyrok (Rdz 3, 17–19). Jego treść ukazuje, w jaki sposób została zerwana więź pomiędzy człowiekiem a naturą. Grzech skutkuje dysharmonią, na skutek której praca zmienia się w coś nad wyraz ciężkiego, ziemia zaś staje się nieprzyjazna i oporna względem człowieka. Człowiek nie odczuwa już radości z powodu czynienia sobie ziemi poddaną (por. Rdz 1, 28), a jego wysiłki stają się torturą i wielkim ciężarem, znoszonym w trudzie i pocie czoła (Rdz 3, 17–19)⁴³.

Na końcu wreszcie zwróciliśmy uwagę na zerwaną harmonię z Bogiem. Jest to jedyny w sumie absolutnie religijny aspekt skutków pychy człowieka. Dotychczas, kiedy Bóg przechadzał się po ogrodzie Eden, spotykał tam Adama i Ewę (Rdz 3, 8–9), którzy będąc sprawiedliwymi, żyli w pokoju z własną kruchością i ograniczeniami. Kiedy jednak wpadli w sidła pychy, zaczęli się ich wstydzić i przeciw nim buntować. Więź i harmonia zostały zerwane ze wszystkimi tego konsekwencjami.

Bibliografia

- Arnold B.T., *Genesis (The New Cambridge Bible Commentary)*, Cambridge 2009.
- Brueggemann W., *I e II Samuele* (ed. it. a cura di M. Sbaifi Girardet), Torino 2005.
- Brzegowy T., *Pięcioksiąg Mojżesza*, Tarnów 1995.
- Brzegowy T., *Prorocy Izraela. Część druga*, Tarnów 1995.
- Dormeyer D., Grabner-Haider A., *Choroba*, [w:] *Praktyczny słownik biblijny*, oprac. A. Grabner-Heider, tłum. i oprac. pol. T. Mieszkowski, P. Pachciarek, Warszawa 2016, s. 166.
- Friedman I., Marr, J., *The Exodus Syndemic. The Epidemiology of the Tenth Plague*, „Jewish Bible Quarterly” 45, 2017, nr 1, s. 3–12.
- Homerski J., *Księga Zachariasza. Wstęp, przekład, komentarz*, [w:] *Księgi proroków mniejszych. Nahuma, Habakuka, Sofoniasza, Aggeusza, Zachariasz, Malachiasza. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz*, Poznań 1968, s. 237–459.
- Łach S., *Księga Kapłańska. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz, ekskursy*, Poznań-Warszawa 1970.
- Łach S., *Księga Liczb. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz, ekskursy*, Poznań-Warszawa 1970.
- Langkammer H., *Księga Syracha. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz, ekskursy*, Poznań 2020.
- Lemański J., *Księga Rodzaju, rozdziały 1–11. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz*, NKB ST 1.1, Częstochowa 2013.
- Lemański J., *Księga Wyjścia. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz*, NKB ST 2, Częstochowa 2009.
- Nelson R.D., *Deuteronomy. A Commentary*, Louisville-London 2002.
- Ogden G.S., *Notes on the Use of yahweh in Exodus 9:3*, „Vetus Testamentum” 17, 1967, nr 4, s. 483–484.

⁴² G. Ravasi, *Księga Rodzaju (1–11)...*, s. 86–87.

⁴³ *Ibidem*, s. 88.

- Popko Ł., *Why Paul Was Not Wrong in Quoting Hosea 13:14*, „The Biblical Annals”, 9, 2019, nr 3, s. 493–511.
- Potocki S., *Księga Przysłów. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz, ekskursy*, Poznań 2008.
- Ravasi G., *Księga Rodzaju (1–11)*, tłum. M. Brzezinka, Kraków 1997.
- Ravasi G., *Psalmy. Psalm 72–103, część 3*, tłum. K. Stopa, Kraków 2008.
- Romaniuk K., *Stworzenie człowieka jako przejaw odwiecznej dobroci Boga*, ZN KUL 13, 1970, nr 3, s. 35–45.
- Ruppenthal Neto W., *‘O morte, onde está o teu poder?’: O uso da profecia de Oséias 13.14 por Paulo em I Corintios 15.55*, „Fides Reformata” 23, 2018, nr 1, s. 75–93.
- Scharbert J., *Genesis 1–11*, Würzburg 1983.
- Smyth & Helwys Bible Commentary. *Deuteronomy*, C.P. Staton, D.Cassady, L. Horton (red.), Macon 2003.
- Stachowiak L., *Księga Izajasza I, 1–39. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz*, Poznań 1996.
- Urbanz W., *Plaga/Opowiadanie o plagach egipskich*, tłum. Ł. Siemieniec), [w:] *Nowy Leksykon Biblijny*, G. Kogler, R. Egger-Wenzel, M. Ernst (red.), H. Witczyk (red. pol.), Kielce 2011, s. 592.
- Wielki słownik hebrajsko-polski i aramejsko-polski*, L. Koehler, W. Baumgartner, J.J. Stamm (red.) P. Dec (red. pol.), t. 1–2, Warszawa 2008.
- Wypych S., *Pięcioksiąg. Wprowadzenie w myśl i wezwanie ksiąg biblijnych*, t. 1, Warszawa 1987.

Ks. Sławomir Stasiak, ur. 8.12.1965 r. w Dzierżoniowie, dr hab. nauk teologicznych w zakresie teologii biblijnej (PWT Wrocław), dr teologii (KUL Lublin), lic. nauk biblijnych (PIB Roma). Prorektor Papieskiego Wydziału Teologicznego we Wrocławiu. Kierownik Katedry Teologii Starożytności w Instytucie Nauk Biblijnych w Papieskim Wydziale Teologicznym we Wrocławiu. Wykłada Pismo Święte w Papieskim Wydziale Teologicznym we Wrocławiu i w Wyższym Seminarium Duchownym Diecezji Legnickiej. Jest moderatorem Dzieła Biblijnego im. Jana Pawła II w Diecezji Legnickiej. Ostatnie publikacje: *List do Rzymian. Wstęp, przekład z oryginału, komentarz* (NKB NT VI), Częstochowa 2020, ss. 928; *Biblia po obu stronach „żelaznej kurtyny”*. *Studium historyczne nauczania przedmiotów biblijnych na przykładzie Facoltà Teologica dell’Italia Centrale we Florencji i Papieskiego Wydziału Teologicznego we Wrocławiu / La Bibbia su entrambi i lati della „cortina di ferro”*. *Studio storico dell’insegnamento delle materie bibliche sull’esempio della Facoltà Teologica dell’Italia Centrale a Firenze e della Pontificia Facoltà Teologica a Breslavia*, Wrocław 2020, ss. 528.

Koronawirus jako problem teologiczny. Dobroć Boga a cierpienie świata

*Coronavirus as a theological problem.
Goodness of God and the pain of the world*

Paweł Beyga

Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu

ORCID: [0000-0002-0838-9482](https://orcid.org/0000-0002-0838-9482)

Streszczenie

Jednym z najważniejszych pytań w debacie teologicznej i filozoficznej jest człowieka cierpienie w ludzkim życiu i Opatrzność Boża. Nauka spogląda na koronawirusa w aspekcie medycznym, biologicznym i wielu innych. Artykuł ukazuje pandemię jako problem teologiczny. Autor tekstu spogląda na problem ludzkiego cierpienia i Bożej Opatrzności w teologicznej, biblijnej i liturgicznej perspektywie. Problem poruszony w artykule jest problemem obecnym w każdym czasie, a więc nie traci nic ze swojej aktualności.

Słowa kluczowe

koronawirus, cierpienie, teologia, opatrzność

Abstract

One of the most important questions in the theological and philosophical debate are pain in the human life and God's providence. The science looks at the coronavirus in the medical, biological and many other perspectives. The article shows the pandemic as a theological problem. The author of the text looked at the problem of human pain and providence of God in the theological, biblical and liturgical perspective. The problem of the article is a problem that is present at all times, so it does not lose anything of its relevance.

Keywords

coronavirus, pain, theology, providence

JEL: Z12

W głośnej książce zatytułowanej *Wprowadzenie w chrześcijaństwo* młody niemiecki teolog Joseph Ratzinger naszkicował współczesne spojrzenie na wiarę, a szczególnie wiarę chrześcijańską. „Zasadniczy paradoks, istniejący już w samej wierze, pogłębia się przez to, że wiara występuje w stroju przeszłości, a nawet wydaje się właśnie

przeszłością, minioną formą życia i egzystencji”¹. Jednocześnie każda próba unowocześniania wiary – kontynuuje przyszły papież – sprawia, że postronni nabierają podejrzeń, że jest to próba ubrania w nowoczesne szaty tego, co w gruncie rzeczy jest staroświeckie. Tym samym, wierzyć dzisiaj wydaje się pozostawieniem tego, co pewne, sprawdzalne, empiryczne. Wiara staje się skokiem „z pozornej pełni naszego świata widzialnego w pozorną nicość niewidzialnego i niedosięgalnego”². Wiara – charakteryzuje podejście wielu Ratzinger – stanowi porzucenie racjonalności na rzecz braku racjonalności.

W takim współczesnym nastawieniu wobec wiary pojawił się koronawirus stanowiący bez wątpienia wyzwanie dla nauk zajmujących się zdrowiem człowieka. Niemniej pandemia COVID-19 sprowokowała stawianie nie tylko medycznych, lecz także ważnych egzystencjalnych pytań. Jednym z nich jest pytanie o odpowiedzialność Boga za koronakryzys³, czy Bóg chciał zabierającej życie epidemii, a może przeciwnie, to wszechmogący stał się bezsilny wobec mikroskopijnego wirusa? Innymi słowy, być może należy głosić jako nową „dobrą nowinę” śmierć Boga, a tym samym – jak postulował Fryderyk Nietzsche w *Wiedzy radosnej* – kres stawiania teologicznych i filozoficznych pytań o naturę zła czy genezę i sens cierpienia? Nie tylko przedstawiciele nauk szczegółowych, ale również teologowie powinni zmierzyć się z pytaniem o genezę cierpienia i odpowiedzialność Boga. Obrazowo można powiedzieć, że w pytaniu tym Opatrzność zostaje postawiona w stan oskarżenia. Wyjaśnienia domaga się jednak samo słowo „opatrność”. Boecjusz próbował opisać Opatrzność, stwierdzając, że „jest to właśnie owa mądrość Boska ugruntowana w najwyższym władcy wszechrzeczy, który kieruje wszystkim”⁴. W scholastycznym ujęciu opatrność (*providentia*) jest rozumnym układem rzeczy w stosunku do ich celu. Ta definicja nie ma w sobie nic z przewidywania przyszłości, jak często potocznie rozumie się Opatrzność Bożą. Jeszcze inaczej niż Tomasz, Opatrzność zdefiniował współczesny teolog Wincenty Granat: „Opatrzność jest to najwyższy rozum Boży i wszechmogąca wola, kierująca dobrze, sprawiedliwie i miłosiernie wszystkimi rzeczami ku ich właściwemu celom”⁵.

Problem niniejszego tekstu można sprowadzić zaś do następującego pytania: jak na gruncie teologii pogodzić ze sobą Bożą Opatrzność z pandemią koronawirusa? Struktura niniejszego tekstu zamknie się w trzech punktach. Na początku zostanie ukazane napięcie pomiędzy dobrocią Boga a złem i cierpieniem świata na podstawie tekstów

¹ J. Ratzinger, *Opera omnia*, t. 4. *Wprowadzenie do chrześcijaństwa*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2017, s. 59.

² *Ibidem*, s. 59.

³ Sformułowanie to występuje w tekście Kurta Kocha, *Koronawirus widziany oczyma wiary*, [w:] W. Kasper, G. Augustin (red.), *Odkrywanie wspólnoty. Wiara w czasach pandemii koronawirusa*, WAM, Kraków 2020, s. 44.

⁴ Boecjusz, *O pocieszeniu, jakie daje filozofia*, PWN, Warszawa 1962, s. 112.

⁵ W. Granat, *Teodycea. Istnienie Boga i Jego natura*, Pallotinum, Lublin 1968, s. 425.

biblijnych. Kolejno zostanie przywołane doświadczenie „śmierci Boga” i teologiczna argumentacja, nazywana teodyceą, wypracowana przez teologów i myślicieli różnych wieków. W ostatnim punkcie zostanie dokonana ocena aktualności przedstawionych powyżej argumentów w świetle współczesnych wyzwań korona-kryzysu.

Biblijna geneza cierpienia

Walter Kasper w niewielkiej książeczce *Odkrywanie wspólnoty. Wiara w czasach pandemii koronawirusa* słusznie zauważył, że pytanie o odpowiedzialność Boga za zło i cierpienie na świecie nie traci nic ze swojej aktualności. Innymi słowy, zawsze próbowano dociec: jak dobry Bóg może na to pozwolić? Według tego niemieckiego teologa „w XX wieku to samo pytanie z zakresu teodycei powróciło jako pytanie o niesłyszana zbrodnię, która wiąże się z nazwą Auschwitz. [...] Kryzys związany z koronawirusem jest innego rodzaju. [...] Wydarzyło się coś, co nie jest konieczne, ale najwyraźniej jest możliwe, coś, co nas spotyka, co nam się przydarza i przytrafia”⁶. Z pytaniem o genezę zła zadawanego przez ludzi (zła moralnego) oraz o źródło cierpienia, które przydarza się nie z woli człowieka (zło fizyczne), należy w pierwszej kolejności zwrócić się ku biblijnemu opisowi człowieka.

W Księdze Rodzaju w drugim opisie stworzenia świata i człowieka znajduje się wzmianka o dwóch drzewach w Edenie: „drzewie poznania dobra i zła” oraz „drzewie życia”. Z drugim z nich powiązane było Boże przykazanie: „Z wszelkiego drzewa tego ogrodu możesz spożywać według upodobania; ale z drzewa poznania dobra i zła nie wolno ci jeść, bo gdy z niego spożyjesz, niechybnie umrzesz” (Rdz 2, 16–17). Także w scenie kuszenia pierwszych rodziców pobrzmiewa echo Bożego nakazu i konsekwencja jego złamania: „Na pewno nie umrzecie! Ale wie Bóg, że gdy spożyjecie owoc z tego drzewa, otworzą się wam oczy i tak jak Bóg będziecie znali dobro i zło” (Rdz 3, 4). Biblijne kuszenie kończy się zrealizowaniem się przestrogi Stwórcy. Adam i Ewa dostrzegli, że są nady. Nagość ta nie ma jednak podtekstu seksualnego, ale chodzi w tym fragmencie o bezbronność człowieka wobec samego zła. Nagi człowiek to osoba bezbronna wobec skutków własnego grzechu⁷: śmierci, cierpienia oraz kolejnych grzechów. Jest to ważne przypomnienie, ponieważ np. „teatr i film używają tego słowa w sposób ironiczny czy też czynią zeń element rozrywki”⁸. Chociaż Księga Rodzaju nie wyjaśnia *expressis verbis* genezy zła, to jednak wskazuje, że za obecność zła moralnego i fizycznego nie jest

⁶ W. Kasper, G. Augustin (red.), *op. cit.*, s. 20–21.

⁷ Zob. M. Rosik, *Ciemna strona wiary? Dobroć Boga wobec zła świata*, Oficyna wydawnicza „W mi-sji”, Wrocław 2014, s. 18.

⁸ J. Ratzinger, *Na początku Bóg stworzył... Konsekwencje wiary w stworzenie*, Wydawnictwo Salvator, Kraków 2006, s. 67.

odpowiedzialny Bóg. Zranienie, osłabienie natury rozumianej jako możliwość występowania cierpienia, niedoskonałości i śmierci doczekało się dogmatycznego potwierdzenia m.in. na Soborze Trydenckim⁹, a z drugiej współczesnej krytyki ze strony niektórych katolickich teologów. Denis Edwards postuluje nowe spojrzenie na naszkicowany powyżej problem. Według amerykańskiego teologa „jeśli grzech pierworodny jest rozumiany jako pochodzący z historii ludzkich wolnych decyzji przeciwko Bogu i Bożemu stworzeniu, wtedy przyroda poza człowiekiem nie jest upadła, z wyjątkiem przypadków, gdy jest zniszczona przez ludzki grzech. [...] najważniejsza chrześcijańska idea dotycząca stworzenia nie mówi, że stworzenie jest upadłe, ale że całe stworzenie zostanie odmienione w Chrystusie”¹⁰. Teologia, pozostawiając autonomię badań dla nauk przyrodniczych, proponuje jednak teologiczne, a nie przyrodnicze wyjaśnienie problemu chorób i cierpienia. Opisy stworzenia przekazują podstawowe teologiczne przesłanie o dobroci Boga, który nie jest autorem jakiegokolwiek zła.

Aby zrozumieć biblijną koncepcję pogodzenia ze sobą Bożej Opatrzności oraz obecności w świecie chorób i cierpienia, należy spojrzeć na pewien subtelny doktrynalny rozwój na kartach Pisma Świętego. Autorzy poszczególnych ksiąg biblijnych byli „dziećmi swoich czasów”. Klarownie widać to w różnych miejscach Starego Testamentu. Pisarze biblijni z biegiem czasu odkrywali prawdę o tym, że to nie Bóg stoi za cierpieniem, chorobą i śmiercią. W uproszczeniu można zobrazować kształtowanie się tej świadomości w następujący sposób: „Izraelici przyjmowali w swych poglądach religijnych swoistą hierarchię bytów. Na jej czele stał oczywiście Bóg [...]. Niższy szczebel w owej hierarchii przypadał wszelkiego rodzaju istotom duchowym [...]. Wszystkie one, zarówno dobre, jak i złe duchy są silniejsze od człowieka, który stoi na najniższym szczeblu hierarchii istot duchowych”¹¹. Szatan w pierwotnej wierze Izraela był przeciwnikiem człowieka, ale nie przeciwnikiem Boga. Gdyby prawda, znana już w pełni chrześcijaństwu, o naturze złych duchów była dostępna także starożytnym Żydom, to wtedy stanowiłoby zagrożenie dla monoteizmu. Z obawy przed zemstą diabła na ludzkości Izrael mógłby oprócz czci Jahwe oddawać też cześć duchom upadłym. Świadectwem takiego spojrzenia jest dialog między Bogiem a szatanem w Księdze Hioba (Hi 1, 6–8). W tej księdze ścierają się ze sobą dwa spojrzenia na genezę cierpienia, chorób i śmierci. Pierwsze widzi w cierpieniu sposób Boga na doświadczanie człowieka: „Szczęśliwy, kogo Bóg

⁹ „Jeśli ktoś nie wyznaje, że pierwszy człowiek Adam, przekroczywszy w raju Boże polecenie, nie utracił tym samym świętości i sprawiedliwości, w której został ustanowiony, i że przez to przyniewierstwo ściągnął na siebie gniew i niełaskę Boga oraz śmierć, którą Bóg zagroził mu wcześniej, [...], i że cały Adam przez to przyniewierstwo, zarówno w ciele, jak i w duszy, zmienił się na gorsze – niech będzie wyklęty”. Sobór Trydencki, *Dekret o grzechu pierworodnym* (1546), [w:] A. Baron, H. Pietras (red.), *Dokumenty Soborów Powszechnych*, t. 4/1, WAM, Kraków 2007, s. 235–237.

¹⁰ D. Edward, *Bóg ewolucji. Teologia trynitarna*, Copernicus Center Press, Kraków 2016, s. 105.

¹¹ M. Rosik, *op. cit.*, s. 29.

karci, więc nie odrzucaj nagan Wszechmocnego. On zrani, On także uleczy, skaleczy – i ręką swą własną uzdrowi” (Hi 5, 17). Drugie zaś spojrzenie na cierpienie wydaje się podawać w wątpliwość pedagogiczny wymiar cierpienia: „Właściwie, po cóż nadzieja, kto przedmiot ufności zobaczy? Czy zejdzie do królestwa Szeolu? Czy razem do ziemi pójdziemy?” (Hi 17, 15–16). Księga Hioba z jednej strony ukazuje cierpienie jako dopuszczane przez Boga, z drugiej zaś nie stwierdza wprost, że wyszło ono z ręki Boga¹².

Przeświadczenie, że śmierć i cierpienie są konsekwencją grzechu, przetrwało aż do Nowego Testamentu i weszło poniekąd do tradycyjnego nauczania Kościoła katolickiego. O śmierci jako skutku grzechu pierwszych rodziców wspomina Katechizm Kościoła Katolickiego: „Urząd Nauczycielski Kościoła [...] naucza, że śmierć weszła na świat z powodu grzechu człowieka. Chociaż człowiek posiadał śmiertelną naturę, z woli Bożej miał nie umierać. Śmierć była więc przeciwna zamysłom Boga Stwórcy, a weszła na świat jako konsekwencja grzechu” (KKK 1008). W środowisku teologicznym trwa jednak dyskusja, czy rzeczywiście zjawisko śmierci występujące na ziemi jest tylko skutkiem grzechu Adama i Ewy, czy może jednak śmierć miała jakieś swoje miejsce i formę w pierwotnym planie Stwórcy. Do tej dyskusji trzeba będzie jeszcze w niniejszym tekście powrócić.

Nowy Testament ostatecznie stwierdził, że to nie Bóg jest promotorem ludzkich cierpień, ale cierpienie może mieć nowy sens. Myliłby się jednak ten, kto poszukiwałby w ewangelii teoretycznego wykładu na temat związku Opatrzności z cierpieniami na świecie. W ewangelii według Jana uczniowie zapytali Jezusa o człowieka niewidomego: „Rabbi, kto zgrzeszył, że się urodził niewidomym – on czy jego rodzice?” (J 9, 2). Apostołowie kierowali się w swoim pytaniu starotestamentowym przekonaniem, że każde kalectwo i cierpienie jest karą za grzechy. W odpowiedzi Jezus stwierdził, że nie każda choroba lub nieszczęście muszą mieć związek z osobistym grzechem danego człowieka lub jego krewnych. Według ewangelii janowej „ani on nie zgrzeszył, ani rodzice jego, ale [stało się tak], aby się na nim objawiły sprawy Boże” (J 9, 3). Jednocześnie po tych słowach Jezus uzdrowił niewidomego. Nowy Testament koryguje zatem przekonanie judaizmu Starego Testamentu o chorobie jako skutku grzechów. Teologiczny akcent położony jest nie na genezę cierpienia, lecz na jego możliwy skutek, czyli objawienie spraw Bożych.

Nieco inną wymowę ma fragment, w którym Jezus jest informowany o Galilejczykach ofiarach Poncjusza Piłata oraz o katastrofie budowlanej. Według Jezusa ci zamordowani Galilejczycy nie byli większymi ani mniejszymi grzesznikami niż inni mieszkańcy Galilei, a ich śmierć jest powiązana z brakiem nawrócenia¹³. „Powiadam wam; lecz jeśli się nie nawrócicie, wszyscy podobnie zginiecie. Albo myślicie, że owych

¹² Zob. Papieska Komisja Biblijna, *Czym jest człowiek? Zarys antropologii biblijnej*, Jedność, Kielce 2020, s. 27.

¹³ Zob. B. Ferdek, *O odpustach 500 lat później. Ekumeniczna lektura 95 tez ks. dr. Marcina Lutra*, Wydawnictwo TUM, Wrocław 2017, s. 65.

osiemnastu, na których zwała się wieża w Siloam i zabiła ich, było większymi winowajcami niż inni mieszkańcy Jeruzolimy? Bynajmniej, powiadam wam; lecz jeśli się nie nawrócicie, wszyscy tak samo zginiecie» (Łk 13, 2–5). W świetle tego fragmentu, chociaż nie każde zło na świecie jest konsekwencją grzechu człowieka, to jednak każde cierpienie i śmierć mogą mieć walor pedagogiczny, a więc prowadzić do nawrócenia.

Cierpienie jako doświadczenie „śmierci Boga”

Nawet jeśli Bóg nie jest autorem cierpienia i śmierci, to jednak one wciąż pojawiają się na świecie. Należy zadać pytanie: czy możliwa jest próba pogodzenia nauki o dobroci Boga, Jego Opatrzności z bólem i śmiercią? Innymi słowy, zarzut ten można sprowadzić do dwóch twierdzeń. Bóg nie chce zaradzić ludzkiemu cierpieniu, chorobom oraz nieszczęściom lub nie może, a zatem nie jest wszechmogący. Nieco światła rzuca na ten problem klasyczna teologia, która stwierdzała, że „na skutek grzechu Adama, pierwotny, rajski stan ludzkości tak co do duszy, jak i co do ciała uległ pogorszeniu; w porównaniu natomiast ze stanem natury czystej człowiek przez grzech nie tyle doznał wewnętrznego uszczuplenia swoich naturalnych sił, ile raczej pewnego wstrząsu i zewnętrznych uciążliwości”¹⁴. O tym, że Boża Opatrzność nie zsyła cierpienia i chorób, świadczy fakt, że są one takim cierpieniem, że „trudno przypuścić, aby w takim stanie [świat – przyp. autora] mógł kiedykolwiek wyjść z ręki Boga”¹⁵. Świat musiał być zatem stworzony jako dobry. Wobec takiego teologicznego stwierdzenia okazuje się, że pytanie o Bożą odpowiedzialność za cierpienie jest pytaniem źle postawionym.

Na te powyższe zarzuty o bierność Boga wobec zła próbował odpowiedzieć Wincenty Granat, wskazując na różne wymiary cierpienia, które „w porządku natury jest chciane przez Boga jako czynnik rozwoju życia, wszystko bowiem, co żyje w materii, podlega cierpieniu i śmierci. Człowiek podniesiony do stanu nadprzyrodzonego miał być wolny od cierpienia; dlaczego jednak i on jemu podlega, tłumaczy Objawienie, mianowicie nauka o grzechu pierworodnym”¹⁶. Według Wincentego Granata cierpienie można wytłumaczyć względami biologicznymi, np. tym, że cierpienie ostrzega o chorobie, sprzyja rozwojowi gatunku oraz ma wartość duchową, pozwala zrozumieć lepiej sens życia. To jednak nadal nie rozwiązuje problemu Bożej Opatrzności i cierpienia, a może nawet wprowadzać nieporozumienie, bo jak rozumieć w świetle chrześcijańskiej teologii, że cierpienie jest chciane przez Boga?

¹⁴ F. Dziasek, *Stwórca natury i Dawca łaski (Traktat dogmatyczny)*, Księgarnia Św. Wojciecha, Poznań 1959, s. 390–391.

¹⁵ *Ibidem*, s. 393.

¹⁶ W. Granat, *op. cit.*, s. 433.

Na taką niepewność wskazywał żyjący na przełomie XVII i XVIII w. filozof Gottfried Wilhelm Leibniz. Najbardziej znanym jego dziełem podejmującym problem Bożej Opatrzności jest *Teodycea*, na której kartach próbował rozwikłać problem zła i Bożej dobroci. Według Leibniza Bóg jest nieskończenie mądry oraz nieskończenie dobry. „Najwyższa mądrość w połączeniu z dobrocią, która jest tak samo nieskończona, mogła wybrać jedynie to, co najlepsze”¹⁷. Gdyby było inaczej „należałoby coś poprawić w Bożych działaniach, gdyby istniał sposób, aby zrobić lepiej”¹⁸. Według tego filozofa Bóg mógł powołać do istnienia świat na nieskończenie wiele różnych sposobów, a jednak musiał dzięki swojej mądrości i dobroci powołać do istnienia najlepszy wariant tegoż świata. Jest to ten świat znany człowiekowi. Czy jednak mógłby istnieć lepszy świat niż znany ludzkości, czyli bez grzechu i bez cierpienia? – pytał Leibniz. Odpowiadał jednak: „nie zgadzam się jednak, że wówczas byłby on najlepszy. [...] Bóg raz na zawsze wszystko z góry tam ustalił, przewidziawszy modlitwy, dobre i złe uczynki oraz całą resztę, a każda rzecz przed swoim zaistnieniem idealnie przyczyniła się do decyzji, która została powzięta w sprawie zaistnienia wszystkich rzeczy. [...] Gdyby więc zabrakło najmniejszego zła, które zdarza się w świecie, nie byłby to już ten świat, uznany mimo wszystko za najlepszy przez Stwórcę, który go wybrał”¹⁹. Innymi słowy, Leibniz nie usprawiedliwiał obecności zła i cierpienia w świecie, ale próbował ukazać, że mieszczą się one w Bożym planie przewidzianym Opatrznością. Ponadto Bóg ze zła potrafi wyprowadzić dobro, które niejednokrotnie bez niego by się nie wydarzyło. W myśl Leibniza cierpienia, choroba, a nawet śmierć mogą stanowić paradoksalnie *felix culpa* – szczęśliwą winę. Filozof odwołał się nawet do *Exultetu*, który chce widzieć w grzechu pierwszych ludzi właśnie taką szczęśliwą winę, która prowadzi do odkupienia²⁰.

Jeżeli Nowy Testament w porównaniu ze Starym Testamentem rzuca nowe światło na cierpienie człowieka, należy w tym miejscu odpowiedzieć na pytanie, na czym polega to nowe spojrzenie. W ostateczności jest to teologiczne i filozoficzne pytanie o obecność Boga w doświadczeniu cierpienia i śmierci. To już nie pytanie o Jego odpowiedzialność, ale o Jego towarzyszenie cierpiącemu stworzeniu. Współczesnym teologiem, który stawiał to pytanie, był Joseph Ratzinger. Wychodząc ze starotestamentalnej sceny spotkania Eliasza z prorokami Baala, niemiecki teolog ukazał odwrócenie biblijnej

¹⁷ Leibniz, *Teodycea. O dobroci Boga, wolności człowieka i pochodzeniu zła*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 125.

¹⁸ *Ibidem*, s. 126.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ „O mira circa nos tuae pietatis dignatio! O inestimabilis dilectio caritatis: ut servum redimeres, Filium tradidisti! O certe necessarium Adae peccatum, quod Christi morte deletum est! O felix culpa, quae talem ac tantum meruit habere Redemptorem!”. *Missale Romanum ex decreto Sacrosancti Oecumenici Concilii Vaticani II instauratum auctoritate Pauli pp. VI promulgatum*, editio I juxta typicam, Lipsiae, Sumptibus Societatis Sancti Bennonis – S. Sedis Apostolicae et S. Rituum Cingregationis Typographi 1970, s. 272.

sytuacji w konfrontacji wierzących w Chrystusa z cierpieniem. Według Pierwszej Księgi Królewskiej Eliaasz szydził z proroków pogańskich wzywających Baala: „Wołajcie głośniej, bo to bóg! Węć może zamyślony albo jest zajęty, albo udaje się w drogę. Może on śpi, więc niech się obudzi!” (1 Krl 18, 27). Według Josepha Ratzingera współcześnie to drwiące wołanie Eliasza bywa kierowane pod adresem wierzących, którzy w cierpieniu wydają się pozostawieni bez Bożej pomocy. W Nowym Testamencie fragmentem, który bardziej przypomina sytuację współczesnego człowieka widzącego milczenie Boga wobec zła, jest burza na jeziorze (Mk 4, 35–41) lub rozmowa dwóch rozczarowanych uczniów idących do Emaus (Łk 24, 13–35). „Dla nich to jakby śmierć Boga. W chwili, w której się wydawało, że wreszcie Bóg przemówił – Bóg zamilkł”²¹. Aby wytłumaczyć miejsce Boga w sytuacji ludzkiego cierpienia, przyszły papież nie odwołał się jednak do żadnego uzdrowienia z kart ewangelii ani nawet do powyższych scen.

Dla Josepha Ratzingera artykuł z *Credo* mówiący o zstąpieniu Chrystusa do piekieł może stanowić punkt wyjścia do rozwiązywania problemu Opatrzności Bożej i cierpienia. W ostateczności w tym artykule wiary chodzi o śmierć i wchodzenie człowieka w nią zawsze samotnie i prawie zawsze z lękiem. Według niemieckiego teologa cierpienie Jezusa w Wielki Piątek to nie przede wszystkim ból fizyczny, lecz „niezgłębiona samotność, zupełne opuszczenie. [...] Gdy bowiem człowiek znajdzie się w zupełnej samotności, nie boi się czegoś określonego, co można usunąć, tylko doświadcza lęku samotności, czegoś obcego, i zagrożenia własnej istoty, czego racjonalnie nie da się opanować”²². Śmierć – dla Josepha Ratzingera – jest wejściem w samotność, którą już przemierzył Chrystus. Innymi słowy, artykuł wiary brzmiący „zstąpił do piekieł” może być równie dobrze rozumiany jako „zstąpił w śmierć”. Joseph Ratzinger jednak nie zadał pytania o genezę cierpienia i śmierci *in genere*, ale wskazał raczej pewne teologiczne rozwiązanie wobec głosów drwiących w zaufanie Bogu w momencie cierpienia oraz śmierci. Podobnie argumentował Hans Urs von Balthasar, przypominając współczesnym piórem teologię Wielkiej Soboty znaną już w starożytności chrześcijańskiej. Dla szwajcarskiego teologa zstąpienie do piekieł „stanowi [...] ponadczasową projekcję deklaracji solidarności Odkupiciela z wszystkimi potępionymi, ogłoszonej na krzyżu i przez pewnego rodzaju jej przeniesienie rozciągniętej na wszystkich zmarłych”²³. Bóg według Ratzingera i Balthasara nie tyle zsyła cierpienie czy śmierć, ile po prostu jest razem z cierpiącymi i umierającymi. Innymi słowy, Bóg nie może nie być dobry, również tam, gdzie tego człowiek od razu nie pojmuje²⁴.

Nieco inną perspektywę obrał Medard Kehl, który spoglądał na śmierć biologiczną jako na wpisany w Boży plan element przemijania człowieka i świata. Głos jezuity

²¹ J. Ratzinger, *Opera omnia*, t. 4. *Wprowadzenie do chrześcijaństwa*, s. 236.

²² *Ibidem*, s. 239–240.

²³ H.U. von Balthasar, *Eschatologia w naszych czasach*, WAM, Kraków 2008, s. 53.

²⁴ Zob. H.U. von Balthasar, *Teodramatyka*, t. 1. *Prolegomena*, WAM, Kraków 2003, s. 45.

wpisuje się zatem we współczesną teologiczną dyskusję na temat śmierci. Pośrednio jest to również dyskurs nad Bożą Opatrznością. Innymi słowy, według tego teologa sprawiedliwi Adam i Ewa, a także ich potomkowie, nawet bez grzechu nie żyliby w nieskończoność, ale śmierć byłaby łagodnym przejściem do innej formy egzystencji. „W teologii – pisze Medard Kehl – można żywić słuszne przekonanie, że konsekwencją grzechu jest nie biologiczna śmierć w ogólności, rozumiana po prostu jako kres życia ziemskiego, lecz określony sposób umierania. Bóg grozi nim jako karą śmierci człowiekowi, który – niepokodzony ze swą skończonością i ograniczonością – przekracza dobre dla niego przykazanie Stwórcy. [...] Dla grzesznego człowieka śmierć staje się przychodzącym do niego z zewnątrz przekreśleniem życia, a więc odejściem od samego siebie, od drugiego i od Boga”²⁵. Ci, którzy są blisko Boga, nie zostali wprawdzie uwolnieni od śmierci cielesnej, ale zostali oswobodzeni od przekleństwa grzesznej śmierci, czyli od śmierci duchowej. Dzięki śmierci cielesnej Chrystusa możliwe jest zachowanie od śmierci duchowej. Bóg w tej koncepcji występuje jako autor śmierci cielesnej, ale nie jako promotor cierpienia i smutku związanego z nią.

Aktualność rozwiązań teologiczno-filozoficznych

Jeśli Bóg – w świetle dotychczasowej myśli teologicznej – nie odpowiada za zło, nie jest jego sprawcą, to pozostaje jednak równie poważne pytanie o choroby, cierpienia (w tym pandemię koronawirusa) jako rodzaj kary Bożej. Czy można pogodzić Bożą Opatrzność z wizją Boga, który karze za grzechy? Kara za grzechy według katolickiej teologii ma dwa wymiary: wieczny i doczesny. Wieczna kara to piekło, które jednak nie będzie przedmiotem zainteresowania w niniejszym tekście. Natomiast kara doczesna to konsekwencje grzechów lub szczególna interwencja Boga w życie człowieka prowadząca do nawrócenia lub zadośćuczynienia za grzechy. Należy z pewnością pamiętać, jak sformułował to Romano Guardini, że „gdyby Pan chciał karać każde wystąpienie przeciw Niemu, burza nad naszymi głowami nigdy by się nie skończyła. A On po prostu na nie pozwala. Kara dokonuje się w sposób straszliwy. Polega ona na zniszczeniu wynikającym z tego oporu, czyli na ogromnych szkodach, które buntownik wyrządza samemu sobie. Teraz jeszcze są one ukryte, ale w przyszłości się ujawnią. Milczenie jest Bożą cierpliwością”²⁶. Jedną z reakcji Boga na zło – także to fizyczne – może pozostać zatem milczenie. Wypływa ono jednak z samej koncepcji Opatrzności Bożej, która nie interweniuje w każdej trudnej sytuacji świata.

Jednak przywoływane powyżej słowa Jezusa, a dotyczące zawalenia się wieży i bezwzględności Piłata, wskazują na taki wymiar cierpienia, które skłania do nawrócenia.

²⁵ M. Kehl, *I widział Bóg, że to jest dobre. Teologia stworzenia*, W drodze, Poznań 2008, s. 169.

²⁶ R. Guardini, *Wyznanie wiary*, Wydawnictwo W drodze, Poznań 2013, s. 29.

Także modlitwa, która była dawniej odmawiana podczas mszy w okresie zarazy (*pro vitanda mortalitate vel tempore pestilentia*), wskazuje na pedagogiczny wymiar cierpienia: „Boże, który nie chcesz śmierci grzesznika, lecz jego nawrócenia, wejrzyj łaskawie na lud zwracający się do Ciebie i łaskawie odwróć od niego bicz Twego gniewu”²⁷. Współczesny człowiek może być urażony lub zdezorientowany wobec stwierdzenia o „biczach gniewu” Boga. Według drugiej Księgi Machabejskiej „Znakiem bowiem wielkiego dobrodziejstwa jest to, iż grzesznicy nie są pozostawieni w spokoju przez długi czas, ale że zaraz dosięga ich kara. [...] A więc nigdy nie cofa On od nas swojego miłosierdzia; choć wychowuje przez prześladowania, to jednak nie opuszcza swojego ludu” (6, 13.16). Cierpienie może zatem mieć charakter ekspiacyjny, może służyć nawróceniu i w tym znaczeniu są to bicze Bożego gniewu.

Jednakże cierpienie dopuszczane przez Opatrzność Bożą może mieć także inny ukryty przed człowiekiem sens. Aby posłużyć się konkretnym przykładem i odpowiedzią, warto odwołać się do programu telewizyjnego *Na Jego podobieństwo* we włoskiej telewizji, w którym w 2011 r. wziął udział Benedykt XVI. Papież został w Wielki Piątek zapytany przez Elenę, dziewczynkę z Japonii, o sens cierpienia wywołanego przez trzęsienie ziemi i tsunami. Joseph Ratzinger, który przed laty jako zawodowy teolog próbował szukać Boga w ludzkim cierpieniu, odpowiedział: „Także ja zadaję sobie pytanie: dlaczego tak jest? Dlaczego wy musicie tyle cierpieć, podczas gdy inni żyją w wygodzie. [...] I miejcie świadomość tego, że pewnego dnia zrozumiecie, że to cierpienie nie było na próżno, nie było nadaremne, ale że za nim jest dobry plan, plan miłości”²⁸. Teolog musi zatem niejednokrotnie przysłowiowo bezradnie „rozłożyć ręce” wobec chorób i cierpień, które dotyczą dobrych, niewinnych ludzi. Jedną z reakcji na chorobę, która dotyka bezbronnych, niewinnych ludzi, można porównać do reakcji Augustyna na trzęsienie ziemi w Azji. Jacek Salij tak komentował reakcję Doktora Łaski: „Owszem, od razu pojawili się wówczas różni sędziowie i oskarżyciele Pana Boga. Augustyn wspomina o nich, ale z nimi nie polemizuje. Nagłą śmierć takiej masy ludzi Augustyn przyjął przede wszystkim jako przypomnienie o kruchości naszego ludzkiego życia: «Tam umieścmy nasze serce, gdzie nie będą mogły go psuć troski tego świata. Niech przeminą te troski, które przejmują ludzi, niech wyparują, mgłą jest bowiem życie ludzkie na ziemi. Kruchość obecnego życia zwiększają jeszcze różne i wręcz codzienne niebezpieczeństwa»”²⁹. Augustyn

²⁷ „Deus, qui non mortem, sed poenitentiam desideras peccatorum: populum tuum ad te revertentem propitius respice; ut, dum tibi devotus existit, iracundiae tuae flagella, ab eo clementer amoveas”. *Missale Romanum ex decreto Sacrosancti Concilii Tridentini restitutum s. Pii V Pontificis Maximi iussu editum aliorum Pontificum cura recognitum*, editio VII juxta typicam Vaticanam, Ratisbonae 1923, s. [60].

²⁸ Benedykt XVI pyta o cierpienie, <https://www.gosc.pl/doc/843610.Benedykt-XVI-pyta-o-cierpienie> [dostęp: 25.03.2021].

²⁹ J. Salij, *Opatrzność Boża w świecie, w którym dzieje się zło*, „Studia Theologica Varsaviensia UKSW” 48, 2010, nr 2, s. 27.

nie polemizował z tymi, którzy oskarżali Boga o nieszczęście, które spotkało niewinnych, ale próbował zmienić przedmiot zainteresowania adwersarzy. To już nie sama tragedia miała stać w centrum uwagi, lecz to, co można dzięki niej sobie uświadomić, a mianowicie kruchość ludzkiego życia i ostateczny cel życia człowieka, czyli wieczność. Czy zatem Bóg nie chce zdrowia swojego stworzenia? Odpowiedź na to pytanie dochodzi do głosu w dawnej formule sakramentu namaszczenia chorych. Kapłan namaszczał oczy, uszy, nozdrza, usta, dłonie i stopy chorego, mówiąc: „Przez to święte namaszczenie i swoje najłaskawsze miłosierdzie, niechaj ci Bóg odpuści, cokolwiek przewiniłeś: wzrokiem, słuchem, powonieniem, smakiem i mową, dotykiem, krokami. Amen”³⁰. Chociaż ten sakrament nazywany jest do dzisiaj sakramentem namaszczenia chorych (na ciele), to przez wieki formuła sakramentalna zwracała uwagę przede wszystkim na zdrowie duchowe. Według teologii chrześcijańskiej Bóg chce zdrowia człowieka, ale nie jest ono wartością najwyższą.

Myśl starożytnego Ojca Kościoła podjął lub – lepiej powiedzieć – sparafrazował Romano Guardini, pisząc, że „wiara w Opatrzność nie jest tylko postawą oczekiwania na dar i pomoc. [...] Istota wiary w Opatrzność nie polega na tym, że człowiek rzuca się w ramiona kochającemu ojcu, który sobie ze wszystkim i tak poradzi, polega natomiast na tym, że człowiek przystępuje do współtroski z Bogiem o jego królestwo, do współodpowiedzialności za rzecz, która posiada dla niego bądź co bądź rozstrzygające znaczenie”³¹. Stąd choroby i nieszczęścia spotykające człowieka mogą stać się impulsem do współpracy z Bożą łaską. Chrześcijańska nauka o Opatrzności nie sprawia, że człowiek przestaje być za cokolwiek odpowiedzialny, lecz raczej wskazuje, że pomimo wielu nieudanych prób człowieka, aby świat uczynić lepszym, to Bóg ma ostateczne słowo.

Wnioski końcowe

Koronawirus oprócz tego, że jest kwestią przede wszystkim medyczną, może stać się również problemem natury filozoficznej i teologicznej. Człowiek w obliczu pandemii nie zadaje sobie wyłącznie pytania, jak leczyć daną chorobę, lecz także dlaczego trzeba z nią w ogóle walczyć. Pytanie postawione na początku tekstu brzmiało: jak na gruncie teologii pogodzić ze sobą Bożą Opatrzność z pandemią koronawirusa? Konieczne było wieloaspektowe spojrzenie, które pomogło uzyskać odpowiedź na tak postawiony

³⁰ „Per istam sanctam unctionem, et suam piissimam misericordiam, indulgeat tibi Dominus quicquid per: visum, auditum, odoratum, gustum et locutionem, tactum, gressum deliquisti. Amen”. *Collectio Rituum continens excerpta e Rituali Romano Ecclesiae Poloniae adaptato*, Wydawnictwo Kurii Diecezjalnej, Katowice 1963, s. 95–96.

³¹ R. Guardini, *Koniec czasów nowożytnych. Świat i osoba. Wolność, łaska, los*, ZNAK, Kraków 1969, s. 416.

problem. Na samym początku należało przedstawić samo teologiczne rozumienie słowa „Opatrzność”, które nie oznacza tylko tego, że Bóg wie wszystko, że przewiduje przyszłość. Opatrzność to m.in. w scholastycznym kluczu rozumny obraz świata stworzony przez Boga, prowadzenie stworzeń ku ich ostatecznemu celowi. Opatrzność to także zaproszenie człowieka do współpracy z Panem. Biblia podpowiada jednak, że chociaż świat jest w ręku Boga, to jednak przez grzech człowieka na świecie pojawiło się cierpienie, zło, choroby i śmierć. Jednak pomimo tylu wieków teologicznego namysłu *mysterium iniquitatis* tajemnica nieprawości pozostaje nadal tajemnicą. Pismo Święte podpowiada, że to nie Bóg jest autorem cierpienia. Bóg nie interweniuje za każdym razem, gdy na świecie pojawia się cierpienie, a raczej potrafi przemówić poprzez nie do świata, np. wzywając do nawrócenia.

Myśliciele różnych wieków próbowali połączyć Bożą Opatrzność z istnieniem cierpienia. Teoria Gottfrieda Wilhelma Leibniza o różnych światach, które mógł stworzyć Bóg, prawdopodobnie nikogo już dzisiaj nie usatysfakcjonuje, jednak warto sięgnąć po *Teodyceę* także dzisiaj. Leibnitz przeczuwał, mówiąc językiem liturgii, że cierpienie może być „błogosławionym cierpieniem” prowadzącym do objawienia się Bożej chwały. Może tak być, ale nie musi. Natomiast Ratzinger i Balthasar w cierpieniu jako doświadczeniu „śmierci Boga” widzieli odwołanie do zstąpienia Chrystusa w mrok śmierci. Ich zdaniem, pytając, „gdzie jest Bóg, gdy pojawia się śmierć i choroba?”, należy odpowiedzieć, że razem z cierpiącym i umierającym. Bóg przetańił człowiekowi ślad w cierpieniu i w tym właśnie przejawia się Jego Opatrzność, że nie pozostawia człowieka nawet w cierpieniu.

Jeśli Boża Opatrzność nie odpowiada za cierpienie, to jaka jest jej rola m.in. w pandemii koronawirusa? Czy koronawirus może być „biczem Bożego gniewu”? Wobec powyższych argumentów może nim być, ale nie jest to bicz tego, który chłoszcze, aby się zemścić. Bicz ten nie ma przede wszystkim zadawać bólu, ale ma zmusić do myślenia oraz do nawrócenia. Nie oznacza to, że Bóg nie chce zdrowia człowieka, ale ustawia to zdrowie w odpowiedniej optyce. Opatrzność zatem spogląda całościowo na człowieka, nawet z choroby ciała może – we współpracy z człowiekiem – doprowadzić do zdrowia duchowego.

Bibliografia

Literatura

Balthasar von H.U., *Eschatologia w naszych czasach*, WAM, Kraków 2008.

Balthasar von H.U., *Teodramatyka*, t. 1. *Prolegomena*, WAM, Kraków 2003.

Boecjusz, *O pocieszeniu, jakie daje filozofia*, PWN, Warszawa 1962.

- Collectio Rituum continens excerpta e Rituali Romano Ecclesiis Poloniae adaptato*, Wydawnictwo Kurii Diecezjalnej, Katowice 1963.
- Dziasek F., *Stwórca natury i Dawca łaski (Traktat dogmatyczny)*, Księgarnia Św. Wojciecha, Poznań 1959.
- Edward D., *Bóg ewolucji. Teologia trynitarna*, Copernicus Center Press, Kraków 2016.
- Ferdek B., *O odpustach 500 lat później. Ekumeniczna lektura 95 tez ks. dr. Marcina Lutra*, Wydawnictwo TUM, Wrocław 2017.
- Granat W., *Teodycea. Istnienie Boga i Jego natura*, Pallotinum, Lublin 1968.
- Guardini R., *Koniec czasów nowożytnych. Świat i osoba. Wolność, łaska, los*, ZNAK, Kraków 1969.
- Guardini R., *Wyznanie wiary*, Wydawnictwo W drodze, Poznań 2013.
- Kehl M., *I widział Bóg, że to jest dobre. Teologia stworzenia*, W drodze, Poznań 2008.
- Koch K., *Koronawirus widziany oczyma wiary*, [w:] W. Kasper, G. Augustin (red.), *Odkrywanie wspólnoty. Wiara w czasach pandemii koronawirusa*, WAM, Kraków 2020, s. 43–60.
- Leibniz, *Teodycea. O dobroci Boga, wolności człowieka i pochodzeniu zła*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
- Papieska Komisja Biblijna, *Czym jest człowiek? Zarys antropologii biblijnej*, Jedność, Kielce 2020.
- Ratzinger J., *Na początku Bóg stworzył... Konsekwencje wiary w stworzenie*, Wydawnictwo Salvator, Kraków 2006.
- Ratzinger J., *Opera omnia*, t. 4. *Wprowadzenie do chrześcijaństwa*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2017.
- Rosik M., *Ciemna strona wiary? Dobroć Boga wobec zła świata*, Oficyna wydawnicza „W misji”, Wrocław 2014.
- Salij J., *Opatrzność Boża w świecie, w którym dzieje się zło*, „Studia Theologica Varsaviensia UKSW” 48, 2010, nr 2, s. 21–29.
- Sobór Trydencki, *Dekret o grzechu pierworodnym (1546)*, [w:] A. Baron, H. Pietras (red.), *Dokumenty Soborów Powszechnych*, t. 4/1, WAM, Kraków 2007, s. 235–237.

Źródła

- Missale Romanum ex decreto Sacrosancti Concilii Tridentini restitutum s. Pii V Pontificis Maximi iussu editum aliorum Pontificum cura recognitum*, editio VII juxta typicam Vaticanam, Ratisbonae 1923, s. [60].
- Missale Romanum ex decreto Sacrosancti Oecumenici Concilii Vaticani II instauratum auctoritate Pauli pp. VI promulgatum*, editio I juxta typicam, Lipsiae, Sumptibus Societatis Sancti Bennonis – S. Sedis Apostolicae et S. Rituum Cingregationis Typographi 1970.

Internet

- Benedykt XVI pyta o cierpienie*, <https://www.gosc.pl/doc/843610.Benedykt-XVI-pyta-o-cierpienie>.

Psychologiczne konsekwencje pandemii COVID-19

Psychological consequences of pandemic COVID-19

Joanna Ksińska-Koszalka

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej

ORCID: [0000-0002-8777-3545](https://orcid.org/0000-0002-8777-3545)

e-mail: joannaksieska-koszalka@o2.pl

Streszczenie

Pandemia COVID-19 przyniosła zarówno oczekiwane, jak i nieoczekiwane skutki, które wpłynęły na zdrowie psychiczne jednostek, grup i całych społeczności. Rezultatem zaistniałej sytuacji pandemicznej jest szerokie spektrum objawów i problemów natury psychologicznej. Celem artykułu jest zaprezentowanie i uporządkowanie zagadnień, które wchodzą w zakres omawianej problematyki na podstawie aktualnych badań naukowych. Przedstawione zostaną tu rodzaje problemów psychologicznych (m.in. problemy związane z ograniczeniem kontaktów społecznych, zwłaszcza wśród dzieci, młodzieży i osób starszych; zaburzenia psychiczne związane z przechorowaniem COVID-19; zespół stresu pourazowego (PTSD) u pacjentów i personelu medycznego; rozwój patologii społecznych, tj. wzrost bezrobocia, uzależnień, aktów przemocy w rodzinie *etc.*), które są konsekwencją pandemii COVID-19, oraz sposoby ich zwalczania. Omówione zostaną również grupy osób szczególnie na nie narażonych lub nimi dotkniętych (m.in. różne grupy wiekowe i zawodowe). Osobne miejsce poświęcone zostanie kwestii lęku przed zaszczepieniem się. W podsumowaniu umieszczone będą implikacje praktyczne dotyczące tego, w jaki sposób przeciwdziałać wskazanym psychologicznym następstwom pandemii oraz jakie wartościowe rozwiązania są w tym zakresie aktualnie wdrażane.

Słowa kluczowe

psychologiczne konsekwencje COVID-19, problemy *post-covid*, PTSD jako następstwo COVID-19, zaburzenia psychiczne po COVID-19, rehabilitacja po COVID-19

Abstract

The COVID-19 pandemic has brought both expected and unexpected consequences for the mental health of individuals, groups and entire communities. The effects of this pandemic situation encompass an entire spectrum of psychological symptoms and problems. The purpose of the paper is to present and put in order those issues which fit the scope of the problems discussed based on current reports from scientific research. Types of mental problems will be presented (e.g. problems related to the social isolation, especially among children, young people and the elderly; mental disorders related to having suffered from COVID-19, Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) among patients and medical personnel; development of social pathologies, i.e. rise in the unemployment rate, addiction, domestic violence *etc.*), which are consequences of the COVID-19 pandemic and possibilities of combating them. Moreover, groups of particularly exposed or affected people will be discussed (e.g. various age and professional groups). The issue of fear of getting vaccinated will be discussed separately. The summary will

present practical implications of how to combat the indicated psychological consequences of pandemics and what valuable solutions are being implemented at the moment.

Keywords

psychological consequences of COVID-19, post-covid problems, PTSD as a consequence of COVID-19, post-COVID-19 mental disorders, post-COVID-19 rehabilitation

JEL: I 10

Wprowadzenie

Zagadnienie psychologicznego wpływu pandemii COVID-19 na zdrowie jednostek, grup i społeczeństw jest złożone i wieloaspektowe. Jest to tematyka będąca przedmiotem aktualnych pogłębionych eksploracji badawczych. Co ważne, z uwagi na potencjalne długofalowe psychologiczne oddziaływanie pandemii pełna ocena zjawiska będzie możliwa do przeprowadzenia dopiero po kilku latach od jej (miejmy nadzieję rychłego) zakończenia. Jednakże już teraz niektórzy autorzy podejmują próby formułowania pewnych terminów, które odnosiłyby się do problemów psychologicznych związanych z COVID-19, np. „pandemic stressors”¹, „COVID-19 related psychological stressors”² czy „post-COVID-19 stress disorder”³. Na zatwierdzone przez towarzystwa naukowe jednostki nozologiczne oczywiście należy jeszcze poczekać.

Początkowo wydawało się, że trudności psychologiczne pojawiające się w trakcie pandemii będą miały charakter przejściowego kryzysu związanego z koniecznością izolacji, ograniczeniem kontaktów społecznych i lęku przed chorobą. Dzisiaj wiemy już, że psychologiczne skutki pandemii COVID-19 to całe spektrum różnego rodzaju psychopatologicznych objawów lub zespołów objawów o różnym czasie trwania i różnym nasileniu. Celem artykułu jest przedstawienie dostępnych w literaturze danych na temat rodzajów zaburzeń i/lub problemów psychologicznych będących konsekwencją pandemii COVID-19 wraz z próbą ich systematyzacji i wskazaniem możliwości terapeutycznych. Opracowanie powstało na podstawie źródeł w postaci artykułów, głównie przeglądowych, jakie ukazały się na ten temat w latach 2020–2021.

¹ M. Boden, L. Zimmerman, K. J. Azevedo, J. I. Ruzek, S. Gala. H. S. Abdel Magid, N. Cohen, R. Walser, N. D. Mahtani, K. J. Hoggatt, C. P. McLean, *Addressing the mental health impact of COVID-19 through population health*, „Clinical Psychology Review” 85, 2021, nr 3, s. 1–13.

² J. Xiong, O. Lipsitz, F. Nasri, L.M. Lui, H. Gill, L. Phan, *Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review*, „Journal of Affective Disorders” 277, 2020, nr 1, s. 55–64.

³ P. Tucker, C.S. Czapla, *Post-COVID Stress Disorder: Another Emerging Consequence of the Global Pandemic*, „Psychiatric Times” 38, 2021, nr 1, s. 9-11.

Stresory związane z pandemią COVID-19

Negatywny wpływ pandemii na zdrowie psychiczne wiąże się przede wszystkim z faktem, iż wymusiła ona zmianę dotychczasowej aktywności zawodowej i społecznej jednostek. Wprowadzane przez rządy poszczególnych państw restrykcje zakładały przede wszystkim ograniczenie kontaktów społecznych do niezbędnego minimum, w niektórych przypadkach aż do zakazu opuszczania miejsca zamieszkania. Wiele osób przeżywało wynikające z konieczności izolacji społecznej trudności związane np. z poczuciem nudy, osamotnienia, frustracji. Stresogenne w wielu wypadkach było także pozostanie przez dłuższy okres z pozostałymi domownikami, niejednokrotnie na relatywnie niewielkiej powierzchni mieszkania, notuje się bowiem wzrost wskaźników konfliktów rodzinnych i aktów przemocy domowej⁴.

Pandemia wymusiła również konieczność pracy i nauki zdalnej. Mimo zalet tych rozwiązań wpływały one również negatywnie na stan psychiczny dzieci, młodzieży i dorosłych. Zacierały się granice między nauką/pracą a życiem rodzinnym; obecność innych domowników utrudniała bądź uniemożliwiała realizację zadań edukacyjnych i zawodowych. W sposób oczywisty sytuacje tego typu budzą negatywne emocje⁵.

Kolejnym pandemicznym stresorem była utrata pracy i/lub dochodów przez rzesze pracowników i firm, którzy wskutek gospodarczych restrykcji zmuszeni byli do ograniczenia lub zawieszenia działalności. Nałożony na to lęk antycypacyjny związany z niepewnością dotyczącą przyszłych zdarzeń i przebiegu pandemii, obawa przed bankructwem związanym z dalszym trwaniem pandemii bardzo negatywnie wpływały na funkcjonowanie psychiczne dotkniętych tymi problemami osób⁶.

Kolejnym większym stresorem w okresie pandemii był lęk przed chorobą swoją i/lub bliskich, lęk przed hospitalizacją i śmiercią w wyniku choroby. Nieprzewidywalny przebieg choroby, jakim charakteryzuje się COVID-19, potęgował negatywne emocje i pojawiające się stany lękowe o zróżnicowanym nasileniu. W tym kontekście warto wspomnieć o lęku przed szczepieniem na COVID-19, który dotyczy jego możliwych skutków ubocznych, a nawet śmierci wskutek szczepienia. Lęk ten wzmacniany jest przez komunikaty środowisk promujących teorie spiskowe dotyczące zagadnień związanych

⁴ A. Fiorillo, G. Sampogna, V. Giallonardo, G. Sani, V. Del Vecchio, M. Luciano, U. Albert., C. Carmassi, G. Carrà, F. Cirulli, B. Dell'Osso, M.G. Nanni, M. Pompili, G. Sani, A. Tortorella, U. Volpe, *Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET collaborative network*, „European Psychiatry” 63, 2020, nr 1, s. 1–11; F. Ganz, R. Torralba, V. Oliveira, *Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations*, „Journal of Nutrition, Health & Aging” 24, 2020, nr 9, s. 938–947.

⁵ A.L. Pedrosa, L. Bitencourt, A. Cláudia, F. Fróes, M. Luíza, B. Cazumbá, R. Gustavo, S. de Brito, C. Bruna, *Emotional, Behavioral, and Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic*, „Frontiers in Psychology” 11, 2020, nr 10, s. 1–18.

⁶ *Ibidem*.

z koronawirusem oraz podważających zasadność szczepień. Obawa przed zaszczepieniem się często powoduje problemy decyzyjne pacjentów, a w konsekwencji niejednokrotnie rezygnację lub próby odraczania przyjęcia szczepionki⁷.

Do potęgowania negatywnych konsekwencji psychologicznych związanych z pandemią przyczyniały się również przekazy medialne, które wzmacniały negatywne aspekty związane z sytuacją pandemiczną m.in. poprzez kładzenie akcentu na statystyki dotyczące zachorowalności i śmiertelności. Stresogenne były również niejednokrotnie niespójne i nieracjonalne przekazy ministerialne, np. dotyczące stosowania/niestosowania się do zaleceń związanych z dystansem społecznym, ograniczaniem działalności branż, które w niewielkim stopniu miały wpływ na wzrost zakażeń, i jednocześnie obostrzeń dla instytucji/branż będących źródłem dużej transmisji wirusa. Źródłem silnych negatywnych emocji była również nieprzewidywalność dotycząca stopnia i czasu trwania nakładanych obostrzeń w niektórych krajach. Zainteresowane tymi informacjami osoby (często właściciele dotkniętych pandemią branż) przeżywały silny stres związany z niemożnością planowania decyzji ekonomicznych i osobistych⁸.

Jednym z najważniejszych stresów pandemicznych jest obciążenie pracą i wypalenie zawodowe grup zawodowych bezpośrednio zaangażowanych w walkę z pandemią, zwłaszcza służb medycznych. Osoby te narażone na pracę w wysoce stresujących warunkach należą do grup najbardziej narażonych na negatywne konsekwencje psychologiczne pandemii. Muszą one poradzić sobie z wieloma czynnikami stresogennymi, do których należą m.in. praca w godzinach nadliczbowych, praca w niewygodnych kombinazonach i środkach ochrony osobistej, trudności organizacyjne w ochronie zdrowia, trudności związane z leczeniem i udzielaniem pomocy jako takiej, przeciążenie systemu opieki zdrowotnej, codzienne obcowanie ze śmiercią i cierpieniem pacjentów, lęk przed chorobą swoją i bliskich itp.⁹

⁷ A.A. Madison, M.R. Shrout, M.E. Renna, J.K. Kiecolt-Glaser, *Psychological and Behavioral Predictors of Vaccine Efficacy: Considerations for COVID-19*, „Perspectives on Psychological Science” 16, 2021, nr 2, s. 191–203.

⁸ A.L. Pedrosa, L. Bitencourt, A. Cláudia, F. Fróes, M. Luíza, B. Cazumbá, R. Gustavo, S. de Brito, C. Bruna, *op. cit.*

⁹ A. Chatzitofis, M. Karanikola, K. Michailidou, *Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Healthcare Workers*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 18, 2021, nr 1435, s. 1–8; J. Schneider, D. Talamonti, B. Gibson, M. Forshaw, *Factors mediating the psychological well-being of healthcare workers responding to global pandemics: A systematic review*, „Journal of Health Psychology” 2021, s. 1–22; N.W.S. Chew, G.K.H. Lee, B.Y.Q. Tan, M. Jing, Y. Goh, N.J.H. Ngiam, L.L.L.Yeo, A. Ahmad, K.F. Ahmed, S.G. Napoleon, A.K. Sharma, R.N. Komalkumar, P.V. Meenakshi, K. Shah, B. Patel, B.P.L. Chan, S. Sunny, B. Chandra, J.J.Y. Ong, P.R. Paliwal, L.Y.H. Wong, R. Sagayanthan, J.T. Chen, A.Y. Ying Ng, H.L. Teoh, G. Tsivgoulis, C.S. Ho, R.C. Ho, V.K. Sharma, *A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak*, „Brain, Behavior, and Immunity” 88, 2020, nr 1, s. 559–565.

Wymienione stresogenne czynniki związane z sytuacją pandemii lub jej konsekwencjami powodują negatywne skutki psychologiczne o różnym czasie trwania i różnym nasileniu. Ich rozpowszechnienie osiąga stosunkowo duży zasięg. Choć występują różnice między poszczególnymi jednostkami diagnostycznymi/objawami oraz badanymi populacjami, z dostępnych danych epidemiologicznych wynika, że w trakcie pandemii zaburzeń psychicznych doświadcza ok. 30% osób, a ponad 50% badanych uskarża się na psychologiczny dystres¹⁰. Liczby te pokazują ogromną potrzebę podejmowania działań zarówno profilaktycznych, jak i zaradczych, które powinny być wdrażane.

Grupy ryzyka

Jeśli chodzi o grupy najbardziej narażone na psychologiczne konsekwencje COVID-19, również jest ich sporo, co pokazuje, jak duży jest zasięg negatywnych skutków pandemii. Do grup ryzyka należą dzieci i młodzież, które wskutek restrykcji epidemicznych nie mogły w sposób swobodny w grupie rówieśniczej wypełniać swoich zadań rozwojowych i związanych z edukacją i realizacją zainteresowań. W grupie ryzyka są również osoby starsze jako te najbardziej narażone na śmierć i ciężki przebieg choroby COVID-19, zmuszone w związku z tym do długotrwałej izolacji i ograniczenia kontaktów rodzinnych. To samo dotyczy osób przewlekle chorych, w tym z zaburzeniami psychicznymi. Psychologiczne konsekwencje COVID-19 dotyczą często ozdrowieńców i ich rodzin oraz osób, które doświadczyły kryzysu ekonomicznego związanego z pandemią, m.in. osób, które straciły pracę/dochód, właścicieli branż objętych restrykcjami. Wreszcie grupą w sposób szczególny narażoną na negatywne skutki pandemii są pracownicy ochrony zdrowia oraz pracownicy branż zaangażowanych w walkę z pandemią. W grupach tych istotnie częściej notuje się zaburzenia psychiczne zwłaszcza ze spektrum zaburzeń lękowych i posttraumatycznych¹¹.

¹⁰ B. Gibson, J. Schneider, D. Talamonti, M. Forshaw, *The Impact of Inequality on Mental Health Outcomes During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review*, „Canadian Psychology” 62, 2021, nr 1, s. 101–126; M. Hossain, S. Tasnim, A. Sultana, F. Faizah, H. Mazumder, L. Zou, E.L.J. Mckyer, H.U. Ahmed, *Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review*, „F1000Research2020” 9, 2020, nr 636, s. 1–16; J. Xiong, O. Lipsitz, F. Nasri, L.M. Lui, H. Gill, L. Phan, *op. cit.*; P. Tucker, C.S. Czapla, *op. cit.*; M. Gambin, M. Sękowski, M. Woźniak, M. Woźniak-Prus, E. Pisula, K. Hansen, G. Kmita, K. Kubicka, J. Gorgol, M. Huflejt-Lukasik, P. Holas, A.E. Łyś, A. Wnuk, T. Oleksy, A. Szczepaniak, A. Cudo, E. Łojek, K. Bargiel-Matusiewicz, *Objawy depresji i lęku wśród Polaków w trakcie epidemii COVID-19. Raport z badań podłużnych*, Uniwersytet Warszawski Wydział Psychologii, Warszawa 2021.

¹¹ B. Gibson, J. Schneider, D. Talamonti, M. Forshaw, *op. cit.*; M. Hossain, S. Tasnim, A. Sultana, F. Faizah, H. Mazumder, L. Zou, E.L.J. Mckyer, H.U. Ahmed, *op. cit.*; A.L. Pedrosa, L. Bitencourt, A. Cláudia, F. Fróes, M. Luíza, B. Cazumbá, R. Gustavo, S. de Brito, C. Bruna, *op. cit.*

Rodzaje psychologicznych konsekwencji uwarunkowanych pandemią COVID-19

Biorąc pod uwagę rodzaje psychologicznych konsekwencji związanych z COVID-19, należy rozróżnić problemy wynikłe z narażenia na stresory związane z pandemią oraz skutki bezpośredniej inwazji koronawirusa na ośrodkowy układ nerwowy. Istnieje bowiem wiele danych, które wskazują, że choroba COVID-19 może w swym przebiegu i powikłaniach zaburzać funkcjonowanie układu nerwowego. Fakt ten też jest przedmiotem intensywnych badań. Należy jednak pamiętać, że trudno orzec, czy pojawiające się psychologiczne trudności są wynikiem oddziaływania stresorów czy też chorobą COVID-19. Być może kolejne ustalenia badaczy przyniosą konkretne wskazówki diagnostyczne¹².

Psychologiczne skutki pandemii COVID-19 to zarówno pojedyncze objawy, jak i ich zespoły. To również zaburzenia lub grupy zaburzeń oraz złożone problemy o charakterze psychopatologicznym. Wszystkie wymienione negatywne konsekwencje psychologiczne mogą się na siebie nakładać. W literaturze wymieniania się następujące psychopatologiczne symptomy/problemy/zaburzenia będące wynikiem szkodliwego oddziaływania pandemicznych stresorów¹³:

- stany obniżonego nastroju;
- stany lękowe;
- stany napięcia nerwowego;
- somatyzacja;
- impulsywność;
- drażliwość;
- złość;

¹² J. Lucas, D.S. Moreira, S. Maria, B. Barbosa, J. Gino, N. Castelo, B. Chaves, E.B.G. Felix, P.W.G. Feitosa, I.S. da Cruz, C.G.L. da Silva, M.L.R. Neto, *The psychiatric and neuropsychiatric repercussions associated with severe infections of COVID-19 and other coronaviruses*, „Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry” 106, 2021, nr 1, s. 1–9; D. Szcześniak, A. Gładka, B. Misiak, A. Cyran, J. Rymaszewska, *The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences*, „Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry” 104, 2021, Article 110046; D. Dinakaran, N. Manjunatha, C.N. Kumar, *Neuropsychiatric aspects of COVID-19 pandemic: A selective review*, „Asian Journal of Psychiatry” 53, 2020, nr 1, s. 1–5.

¹³ M. Boden, L. Zimmerman, K. J. Azevedo, J. I. Ruzek, S. Gala, H. S. Abdel Magid, N. Cohen, R. Walser, N. D. Mahtani, K. J. Hoggatt, C. P. McLean, *op. cit.*; A.M. Kunzler, N. Röthke, L. Günthner, J. Stoffers-Winterling, O. Tüscher, M. Coenen, E. Rehfuess, G. Schwarzer, H. Binder, C. Schmucker, J.J. Meerpohl, K. Lieb, *Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS-CoV-2 pandemic: systematic review and meta-analyses*, „Globalization and Health” 17, 2021, Article number: 34 (2021); J.S. Yarrington, J. Lasser, D. Garcia, J. Hamilton, D. Dotta, T. Marafon, M.G. Craske, A.N. Niles, *Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health among 157, 213 Americans*, „Journal of Affective Disorders” 286, 2021, nr 2, s. 64–70; J. Xiong, O. Lipsitz, F. Nasri, L.M. Lui, H. Gill, L. Phan, *op. cit.*; P. Tucker, C.S. Czaplak, *op. cit.*; J. Duszyński, A. Afelt, A. Ochab-Marcinek, R. Owczuk, K. Pyrc, M. Rosińska, *Zrozumieć COVID-19*, PAN, Warszawa 2020.

- frustracja;
- zaburzenia lękowe;
- zaburzenia związane ze stresem pourazowym, posttraumatyczne, w tym PTSD i ASD;
- zaburzenia depresyjne;
- zaburzenia psychotyczne;
- zaburzenia snu;
- nadużywanie/wzrost uzależnień od alkoholu, substancji psychoaktywnych;
- nasilenie zjawisk przemocy domowej/konfliktów interpersonalnych w rodzinach;
- wzrost liczby samobójstw;
- wypalenie zawodowe.

Negatywne psychologiczne konsekwencje COVID-19 wynikające z oddziaływania wirusa na układ nerwowy oprócz wymienionych najczęściej obejmują następujące symptomy/problemy¹⁴:

- zmęczenie przewlekłe/spowolnienie psychoruchowe;
- zaburzenia funkcji poznawczych – trudności w koncentracji, kłopoty z pamięcią;
- dezorientacja, obniżenie zdolności intelektualnych.

Wszystkie negatywne psychologiczne następstwa choroby mogą występować zarówno w jej przebiegu, jak i jako powikłania. Mogą być także skutkiem stosowanych leków, np. remdesiviru¹⁵.

Sposoby przeciwdziałania negatywnym psychologicznym następstwom pandemii COVID-19

Dotychczasowe rozważania pokazują, jak dużym problemem nie tylko dla systemu opieki zdrowotnej, ale również społecznym, ekonomicznym są (i z dużym prawdopodobieństwem będą) psychologiczne konsekwencje pandemii. W sposób oczywisty implikuje to konieczność wprowadzenia środków zaradczych o charakterze zarówno

¹⁴ J. Lucas, D.S. Moreira, S. Maria, B. Barbosa, J. Gino, N. Castelo, B. Chaves, E.B.G. Felix, P.W.G. Feitosa, I.S. da Cruz, C.G.L. da Silva, M.L.R. Neto, *op. cit.*; V. Vuren, S.F. Steyn, C.B. Brink, M. Marisa, F.P. Viljoen, B.H. Harvey, *The neuropsychiatric manifestations of COVID-19: Interactions with psychiatric illness and pharmacological treatment*, „Biomedicine & Pharmacotherapy” 135, 2021, nr 1, s. 1–20; D. Szcześniak, A. Gładka, B. Misiak, A. Cyran, J. Rymaszewska, *The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences*, „Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry” 104, 2020, nr 1, s. 1–9; D. Dinakaran, N. Manjunatha, C.N. Kumar, *op. cit.*

¹⁵ F. Cristine, M. Leite, R. Neto, *Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID-19: A systematic review with meta-analysis Flaviane*, „Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry” 104, 2020, nr 1, s. 1–7.

profilaktycznym, jak i leczniczym na poziomie jednostkowym, instytucjonalnym oraz na poziomie agend rządowych. Poniżej znajduje się omówienie rekomendacji dotyczących wdrażania możliwych działań na wymienionych trzech poziomach¹⁶.

Na poziomie indywidualnym zaleca się stosowanie zasad zdrowego stylu życia, w tym zasad higieny psychicznej. Do działań, które mogą być w tym zakresie wdrożone, należą dbanie o aktywność fizyczną i zbilansowaną dietę, w razie potrzeby suplementacja substancjami o dowiedzionej roli w funkcjonowaniu układu nerwowego, m.in. magnezem, witaminami z grupy B, kwasami omega-3 itp. Duże znaczenie ma higiena snu, regulacja dobowego rytmu oraz poświęcanie odpowiedniej ilości czasu na relaks i wypoczynek. Należy ponadto ograniczyć napływ negatywnych informacji płynących z przekazów medialnych, aby nadmiernie nie skupiać uwagi na sprawach związanych z fatalistycznym obrazem pandemii. Na ile to możliwe, zalecane jest kontynuowanie dotychczasowej aktywności zawodowej, edukacyjnej, społecznej, także zdalnie.

Wymiar instytucjonalny dotyczy oferty instytucji sektora publicznego i prywatnego skierowanej do osób dotkniętych psychologicznymi skutkami pandemii. W pierwszej kolejności jest to możliwość skorzystania z pomocy psychiatry i neurologa oraz zaleconej przez tych specjalistów farmakoterapii. Coraz częściej w ramach leczenia powikłań pocovidowych stosuje się rehabilitację neurologiczną z elementami technik psychologicznych, np. relaksacji czy treningu poznawczego. Zalecane jest również korzystanie z usług psychologicznych i psychoterapeutycznych oraz zajęć psychoedukacyjnych oferowanych przez różne instytucje, np. z warsztatów dla rodziców dotyczących pomagania dzieciom w radzeniu sobie w czasie pandemii. Dobrym rozwiązaniem może być również udział w grupach wsparcia i samopomocowych, także tych funkcjonujących w mediach społecznościowych. Wiele z tych rozwiązań jest dostępnych online.

Agendy rządowe mogą odgórnie sterować procesami wpływającymi na przeciwdziałanie negatywnym konsekwencjom COVID-19 na zdrowie psychiczne. Po pierwsze, do zadań rządowych należy właściwe zarządzanie informacją oraz racjonalna polityka związana z nakładaniem i znoszeniem obostrzeń. Jeśli chodzi o zarządzanie informacją, warto zadbać o spójny, klarowny przekaz, przedstawianie zagrożeń w sposób obiektywny, na podstawie danych medycznych. Ponadto warto zadbać o przekaz nie tylko dotyczący negatywnych, lecz także pozytywnych informacji, mówić o wprowadzanych działaniach

¹⁶ R. Schwartz, J.L., U. Anand, R.D. Margolis, *Addressing Postpandemic Clinician Mental Health. A Narrative Review and Conceptual Framework*, „Annals of Internal Medicine” 173, 2020, nr 11, s. 981–988; F. Ganz, R. Torralba, D. V Oliveira, *op. cit.*; J. Xiong, O. Lipsitz, F. Nasri, L.M. Lui, H. Gill, L. Phan, *op. cit.*; M. Boden, L. Zimmerman, K. J. Azevedo, J. I. Ruzek, S. Gala, H. S. Abdel Magid, N. Cohen, R. Walser, N. D. Mahtani, K. J. Hoggatt, C. P. McLean, *op. cit.*; A. Rieckert, E. Schuit, N. Bleijenberg D. ten Cate, W. de Lange, J. M. de Man-van Ginkel, E. Mathijssen, L.C. Smit, D. Stalpers, L. Schoonhoven, J.D. Veldhuizen, J.C.A. Trappenburg, *How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review*, „BMJ Open” 11, 2021, nr 5, s. 1–13.

zaradczych, zachęcać nie tylko do przestrzegania restrykcji, ale również do dbania o zdrowy styl życia.

Osoby decyzyjne powinny mieć na uwadze spójność i racjonalność systemu wprowadzanych obostrzeń. Na ile to możliwe, powinny również zapewnić przewidywalność tego systemu, dbając o to, by osoby, których dotyczą wprowadzane zmiany, miały czas się do nich przygotować.

Do zadań rządowych należeć będzie organizowanie i koordynowanie programów wsparcia i programów interwencyjnych dla grup ryzyka oraz grup dotkniętych psychologicznymi następstwami pandemii. Agendy rządowe zlecać mogą również prowadzenie różnego rodzaju tematycznych kampanii społecznych.

Podsumowanie

Reasumując, widać wyraźnie, że istnieją liczne możliwości zwalczania negatywnych psychologicznych następstw pandemii COVID-19 na różnych szczeblach. Oczywiście jest, że dostępność i efektywność różnego rodzaju działań zależy nie tylko od woli i profesjonalizmu osób zlecających i realizujących, lecz także od dostępnych środków finansowych, zarówno u odbiorców, jak i dostawców usług.

Na koniec rozważań warto zwrócić uwagę, że psychologiczne skutki pandemii nie są wyłącznie negatywne. Znalezienie się w nowej sytuacji zmieniło również sposób postrzegania siebie, własnych relacji i otoczenia wielu osób. Wiele z nich przewartościowało dotychczasową filozofię życia i wprowadziło zmiany na lepsze. Najlepszym dowodem na to są badania, które pokazują, iż istnieją ludzie, u których pandemia spowodowała tzw. posttraumatyczny wzrost¹⁷. Fakt ten budzi nadzieję, że obecna sytuacja związana ze zdrowiem psychicznym ludzkości, choć trudna, ma szanse poprawy.

Bibliografia

- Boden M., Zimmerman L., Azevedo K.J., Ruzek J.I., Gala S., Abdel H.S., Cohen N., Walser R., Mahtani, N.D., Hoggatt K.J., McLean C.P., *Addressing the mental health impact of COVID-19 through population health*, „Clinical Psychology Review” 85, 2021, nr 3, s. 1–13.
- Chatzittofis A., Karanikola M., Michailidou K., *Impact of the COVID-19 Pandemic on the Mental Health of Healthcare Workers*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 18, 2021, nr 1435, s. 1–8.

¹⁷ K. Tomaszek, A. Muchacka-Cymerman, *Thinking about My Existence during COVID-19, I Feel Anxiety and Awe – The Mediating Role of Existential Anxiety and Life Satisfaction on the Relationship between PTSD Symptoms and Post-Traumatic Growth*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 17, 2020, nr 7062, s. 1–14.

- Chew N.W.S., Lee G.K.H., Tan B.Y.Q., Jing M., Goh Y., Ngiam N.J.H., Yeo L.L.L., Ahmad A., Ahmed K.F., Napoleon S.G., Sharma A.K., Komalkumar R.N., Meenakshi P.V., Shah K., Patel B., Chan B.P.L., Sunny S., Chandra B., Ong J.J.Y., Paliwal P.R., Wong L.Y.H., Sagayanathan R., Chen J.T., Ying Ng A.Y., Teoh H.L., Tsigoulis G., Ho C.S., Ho R.C., Sharma V.K., *A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak*, „Brain, Behavior, and Immunity” 88, 2020, nr 1, s. 559–565.
- Cristine F., Leite M., Neto R., *Psychiatric symptomatology associated with depression, anxiety, distress, and insomnia in health professionals working in patients affected by COVID- 19: A systematic review with meta-analysis*, „Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry” 104, 2020, nr 1, s. 1–7.
- Dinakaran D., Manjunatha N., Kumar C.N., *Neuropsychiatric aspects of COVID-19 pandemic: A selective review*, „Asian Journal of Psychiatry” 53, 2020, nr 1, s. 1–5.
- Duszyński J., Afelt A., Ochab-Marcinek A., Owczuk R., Pyré K., Rosińska M., *Zrozumieć COVID-19*, PAN, Warszawa 2020.
- Fiorillo A., Sampogna G., Giallonardo V., Sani G., Vecchio V. Del, Luciano M., Albert U. Carmassi C., Carrà G., Cirulli F., Dell’Osso B., Nanni M.G., Pompili M., Sani G., Tortorella A., Volpe U., *Effects of the lockdown on the mental health of the general population during the COVID-19 pandemic in Italy: Results from the COMET collaborative network*, „European Psychiatry” 63, 2020, nr 1, s. 1–11.
- Gambin M., Sękowski M., Woźniak M., Woźniak-Prus M., Pisula E., Hansen K., Kmita G., Kubicka K., Gorgol J., Huflejt-Lukasik M., Holas P., Łyś A.E., Wnuk A., Oleksy T., Szczepaniak A., Cudo A., Łojek E., Bargiel-Matusiewicz K., *Objawy depresji i lęku wśród Polaków w trakcie epidemii COVID-19. Raport z badań podłużnych*, Wydział Psychologii UW, Warszawa 2021.
- Ganz F., Torralba R., Oliveira D.V., *Impact of social isolation due to covid-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations*, „Journal of Nutrition, Health & Aging” 24, 2020, nr 9, s. 938–947.
- Gibson B., Schneider J., Talamonti D., Forshaw M., *The Impact of Inequality on Mental Health Outcomes During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review*, „Canadian Psychology” 62, 2021, nr 1, s. 101–126.
- Hossain M., Tasnim S., Sultana A., Faizah F., Mazumder H., Zou L., Mckyer E.L.J., Ahmed H.U., *Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review*, „F1000Research2020” 9, 2020, nr 636, s. 1–16.
- Kunzler A.M., Röthke N., Günthner L., Stoffers-Winterling J., Tüscher O., Coenen M., Rehfuess E., Schwarzer G., Binder H., Schmucker C., Meerpohl J.J., Lieb K., *Mental burden and its risk and protective factors during the early phase of the SARS- CoV-2 pandemic: systematic review and meta-analyses*, „Globalization and Health” 17, 2021, Article number: 34 (2021).
- Lucas J., Moreira D.S., Maria S., Barbosa B., Gino J., Castelo N., Chaves B., Felix E.B.G., Feitosa P.W.G., da Cruz I.S., da Silva C.G.L., Neto M.L.R., *The psychiatric and neuropsychiatric repercussions associated with severe infections of COVID-19 and other coronaviruses*, „Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry” 106, 2021, nr 1, s. 1–9.
- Madison A.A., Shrout M.R., Renna M.E., Kiecolt-Glaser J.K., *Psychological and Behavioral Predictors of Vaccine Efficacy: Considerations for COVID-19.*, „Perspectives on Psychological Science” 16, 2021, nr 2, s. 191–203.

- Pedrosa A.L., Bitencourt L., Cláudia A., Fróes F., Luíza M., Cazumbá B., Gustavo R., de Brito S., Bruna C., *Emotional, Behavioral, and Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic*, „Frontiers in Psychology” 11, 2020, nr 10, s. 1–18.
- Rieckert A., Schuit E., Bleijenberg N., Cate D., Ginkel V., Mathijssen E., Lange W. De, Smit C.L., Stalpers D., Schoonhoven L., Veldhuizen J.D., Trappenburg J.C.A., *How can we build and maintain the resilience of our health care professionals during COVID-19? Recommendations based on a scoping review*, „BMJ Open” 11, 2021, nr 5, s. 1–13.
- Schneider J., Talamonti D., Gibson B., Forshaw M., *Factors mediating the psychological well-being of healthcare workers responding to global pandemics: A systematic review*, „Journal of Health Psychology” 2021, s. 1–22.
- Schwartz R., Sinsky J.L., Anand U., Margolis R.D., *Addressing Postpandemic Clinician Mental Health. A Narrative Review and Conceptual Framework*, „Annals of Internal Medicine” 173, 2020, nr 11, s. 981–988.
- Szczęśniak D., Gładka A., Misiak B., Cyran A., Rymaszewska J., *The SARS-CoV-2 and mental health: From biological mechanisms to social consequences*, „Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry” 104, 2020, 110046, s. 1–9.
- Tomaszek K., Muchacka-Cymerman A., *Thinking about My Existence during COVID-19, I Feel Anxiety and Awe – The Mediating Role of Existential Anxiety and Life Satisfaction on the Relationship between PTSD Symptoms and Post-Traumatic Growth*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 17, 2020, nr 7062, s. 1–14.
- Tucker P., Czapla C.S., *Post-COVID Stress Disorder: Another Emerging Consequence of the Global Pandemic*, „Psychiatric Times” 38, 2021, nr 1., s. 9-11.
- Vuren V., Steyn S.F., Brink C.B., Marisa M., Viljoen F.P., Harvey B.H., *The neuropsychiatric manifestations of COVID-19: Interactions with psychiatric illness and pharmacological treatment*, „Biomedicine & Pharmacotherapy” 135, 2021, nr 1, s. 1–20.
- Xiong J., Lipsitz O., Nasri F., Lui L.M.W., Gill H., Phan L., *Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review*, „Journal of Affective Disorders” 277, 2020, nr 1, s. 55–64.
- Yarrington J.S., Lasser J., Garcia D., Hamilton J., Dotta D., Marafon T., Craske M.G., Niles A.N., *Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health among 157, 213 Americans*, „Journal of Affective Disorders” 286, 2021, nr 2, s. 64–70.

Wpływ pandemii COVID-19 na wybrane obszary zdrowia, stylu życia i samopoczucia pracowników w Polsce

Impact of the COVID-19 pandemic on the selected areas of health, lifestyle and well-being of employees in Poland

Agata Olearczyk

Zakład Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ORCID: [0000-0002-8097-7238](https://orcid.org/0000-0002-8097-7238)

Bożena Walewska-Zielecka

Zakład Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ORCID: [0000-0001-6828-6912](https://orcid.org/0000-0001-6828-6912)

Streszczenie

Ogłoszony w marcu 2020 r. stan epidemiczny w Polsce wynikający z pandemii COVID-19 wpłynął na wiele obszarów naszego życia codziennego, począwszy od życia społecznego przez prywatne po zawodowe. Zmianie musiał ulec dotychczasowy tryb pracy i w konsekwencji często również lokalizacja stanowiska pracy. Biura przeniosły się do naszych domów, stwarzając nowe możliwości, ale również wyzwania i zagrożenia.

Celem badania jest identyfikacja, w jakim stopniu pandemia COVID-19 wpłynęła na wybrane obszary zdrowia i samopoczucia pracowników w Polsce oraz w jaki sposób wpłynęła na ich dotychczasowy styl życia.

Badanie zostało przeprowadzone za pomocą autorskiej anonimowej ankiety skierowanej mailowo do pracowników firm działających w Polsce poprzez ich działy HR. W niniejszej pracy przedstawiamy wyniki z trzech wybranych pytań (spośród trzynastu znajdujących się w ankiecie). Ankieta została udostępniona za pośrednictwem narzędzia Qualtrics (bezpiecznego pod kątem RODO). Badanie trwało w okresie wrzesień–październik 2020 r.

Słowa kluczowe

pandemia, styl życia, zdrowie publiczne, pracownik, epidemia, COVID-19

Abstract

The epidemic state in Poland due to the COVID-19 pandemic announced in March 2020 has affected many areas of our everyday life, social life, private as well as professional. The current mode of work had to be changed, and often also the location of the workplace. The offices have moved to our homes, creating new opportunities, but also challenges and threats.

The aim of the study is to identify to what extent the COVID-19 pandemic affected selected areas of health and well-being of employees in Poland and how it influenced their current lifestyle.

The survey was conducted using an original anonymous questionnaire addressed by e-mail to employees of companies operating in Poland through their HR departments. In this paper, we present the results of 3 questions (out of 13 included in the survey). The survey was made available via Qualtrics (GDPR safe). The study was conducted from September to October 2020.

Keywords

pandemic, lifestyle, public health, employee, epidemic, COVID-19

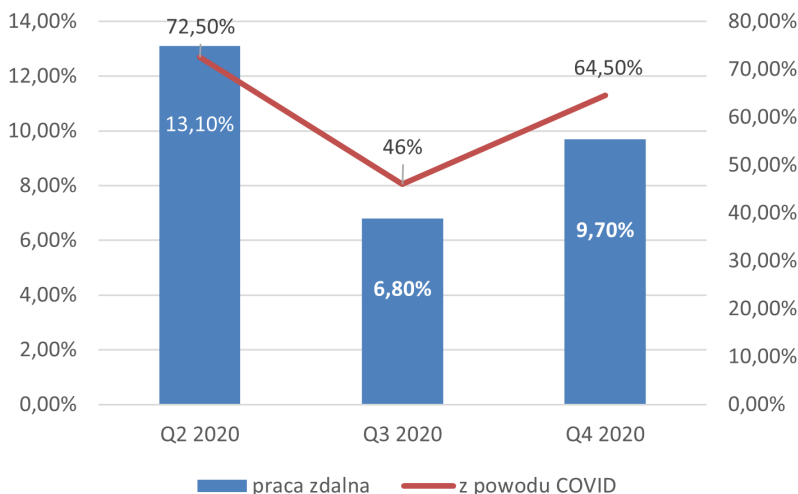
JEL: I12, I18, I31

Wstęp

Epidemia COVID-19 zmusiła wszystkich do zmiany swojego dotychczasowego trybu życia, również trybu pracy. Wielu pracowników biurowych zostało oddelegowanych do pracy zdalnej. Według wstępnego raportu GUS w czwartym kwartale 2020 r. pracę zdalną wykonywało 9,7% wszystkich pracujących. Wśród tych osób 64,5% pracowało zdalnie właśnie z powodu sytuacji związanej z epidemią COVID-19. Dane na temat pracy zdalnej w tym opracowaniu widoczne są dopiero od drugiego kwartału 2020 r. – brakuje takowych informacji w opracowaniach za pierwszy kwartał 2020 czy czwarty kwartał 2019 r. Niemniej we wszystkich trzech opracowaniach ocenia się znaczny wzrost udziału procentowego liczby osób pracujących zdalnie w porównaniu do roku poprzedniego, co jest podstawą do uznania znacznego wzrostu osób pracujących zdalnie w związku z epidemią. Kolejne opracowanie GUS „Wpływ epidemii COVID-19 na wybrane elementy rynku pracy w Polsce w II kwartale 2020 roku” pokazuje, że na 30 czerwca 2020 r. 10,2% osób pracowało zdalnie (Wykres 1).

Epidemia COVID-19 utrudniła również w znacznym stopniu dostęp do opieki medycznej, nie tylko w publicznym systemie, lecz także w sektorze prywatnym. Ogłoszony w marcu 2020 r. lockdown spowodował przeniesienie konsultacji specjalistycznych na tryb zdalny. Pozytywnym aspektem jest fakt, iż zaistniała sytuacja przyspieszyła rozwój telemedycyny na wielu obszarach. Już nie tylko firmy medyczne, ale i ubezpieczeniowe świadczą usługi poprzez platformy telemedyczne, a do e-skierowań i e-recept dołączyły również e-zwolnienia lekarskie wystawiane w ramach e-wizyt (wcześniejsze stanowisko ZUS nie było do końca jasne w sprawie wystawiania zwolnienia lekarskiego bez fizycznego zbadania pacjenta). Zmiany te objęły również medycynę pracy. Zawieszone zostały badania okresowe wybranych pracowników. Ważność orzeczeń lekarskich została wydłużona początkowo do 60 dni, a następnie do 180 dni od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii.

Wykres 1. Udział [%] osób pracujących zdalnie, w tym z powodu epidemii COVID-19 w drugim, trzecim i czwartym kwartale 2020 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wstępnych raportów GUS: „Informacja o rynku pracy w II kwartale 2020 (dane wstępne)”, „Informacja o rynku pracy w III kwartale 2020 (dane ostateczne)”, „Informacja o rynku pracy w IV kwartale 2020 (dane wstępne)”.

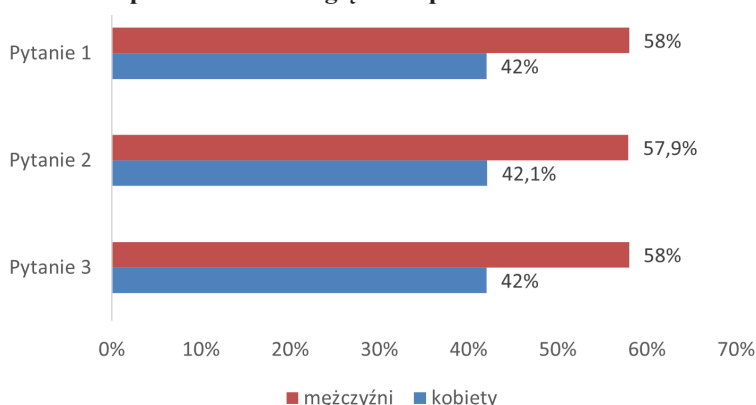
Bez wątpienia epidemia COVID-19 wpłynęła na liczne zmiany organizacyjne, stawiając nowe wyzwania przed pracodawcami. Począwszy od ustalenia nowych punktów wejścia i wyjścia do zakładu pracy, wyposażenia miejsc pracy w środki dezynfekcyjne, ustalenia systemu zmianowego pracy, modeli hybrydowych, skończywszy na dostarczeniu pracownikom oddelegowanym do pracy zdalnej odpowiedniego wyposażenia (krzesła, sprzęt komputerowy, stacje dokujące, podstawki pod laptopy, słuchawki *etc.*). Nadal pozostaje jednak wiele czynników, na które pracodawca nie ma wpływu i jego wsparcie jest ograniczone (oświetlenie, warunki i przestrzeń do pracy, obecność innych domowników).

Koronawirus ujawnił również w niektórych firmach podstawowe problemy dotyczące dobrostanu pracowników i stał się okazją, a nawet koniecznością ich rozwiązania. Inicjatywy pracodawców stały się katalizatorem innowacyjności i popularyzacji dobrych praktyk, obejmujących m.in. wsparcie psychologiczne, podtrzymywanie aktywności fizycznej w domu, ćwiczenia rozciągające czy fundusze wspierające pracowników, którzy znaleźli się w trudnej sytuacji finansowej. Jaka jednak jest skala faktycznych problemów pracowników oraz które obszary wymagają wsparcia? Czy proponowane wsparcie odzwierciedla potrzeby pracowników?

Metodyka

W badaniu wykorzystano technikę badawczą CAWI, czyli internetowe badanie ankietowe. Ankieta została udostępniona za pośrednictwem narzędzia Qualtrics, stanowiącego bezpieczne rozwiązanie pod kątem RODO. Przygotowano autorską, anonimową i dobrowolną ankietę, składającą się łącznie z trzynastu pytań dotyczących zachowań zdrowotnych pracowników w Polsce. W niniejszej publikacji prezentowane są wyniki odpowiedzi na trzy wybrane pytania. W kwestionariuszu występowały pytania zarówno jednokrotnego, jak i wielokrotnego wyboru. Dystrybucja ankiety odbyła się za pośrednictwem działów HR w firmach, które otrzymały zaproszenie do udziału w badaniu. Badanie trwało w okresie wrzesień–październik 2020 r. i wzięło w nim udział łącznie 2266 pracowników spośród 31 firm z różnych branż (farmaceutyczna, produkcyjna, IT, finansowa i inne). Kobiety stanowiły 41% ankietowanych ($n = 929$), a mężczyźni 59% ($n = 1337$). W prezentowanych wynikach liczba kompletnych odpowiedzi wyniosła odpowiednio: 1991 (pytanie 1), 2040 (pytanie 2) oraz 2007 (pytanie 3).

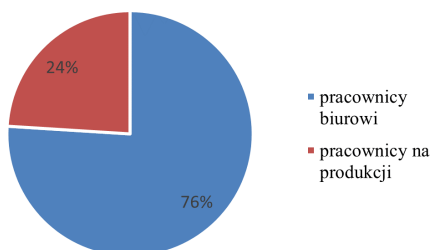
Wykres 2. Podział respondentów ze względu na płeć



Źródło: Opracowanie własne.

Zdecydowana większość respondentów to pracownicy biurowi 76% ($n = 1717$). Pozostali to pracownicy zatrudnieni w produkcji 24% ($n = 549$).

Wykres 3. Podział respondentów ze względu na rodzaj wykonywanej pracy



Źródło: Opracowanie własne.

Wyniki

Pytania wybrane do niniejszej publikacji dotyczyły wpływu epidemii COVID-19 na wybrane obszary zdrowia i samopoczucia pracowników, jak również na ich podejście do zdrowia i stylu życia oraz nawyków żywieniowych w trakcie pracy.

1. Wpływ pandemii COVID-19 na zmianę stylu życia i nastawienie do zdrowia pracowników

Tytułowe pytanie składało się z pięciu możliwych odpowiedzi jednokrotnego wyboru. Pozytywny wpływ epidemii na podejście do zdrowia i stylu życia odczuło łącznie 30% pracowników. Spośród nich 398 na 1991 badanych (20%) zadeklarowało zmianę swojego stylu życia na zdrowszy, a 199 na 1991 badanych (10%) zaczęło rozważać jego poprawienie. Jednocześnie 478 osobom (24%) epidemia COVID-19 utrudniła utrzymanie przez nich zdrowego stylu życia. Dla 517 ankietowanych (26%) epidemia nie wpłynęła w żaden sposób na ich dotychczasowy zdrowy styl życia, a 398 osób (20%) nie zmieniło swojego dotychczasowego podejścia do zdrowia.

Wykres 4. Jak epidemia COVID-19 wpłynęła na Twoje podejście do zdrowia i stylu życia?



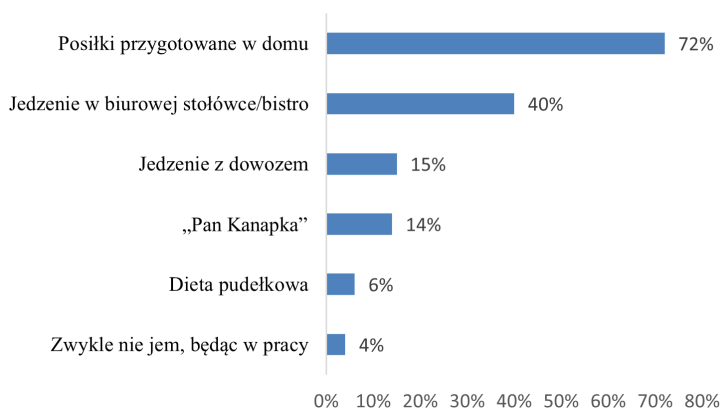
Źródło: Opracowanie własne.

2. Wpływ pandemii COVID-19 na odżywianie się w godzinach pracy

Kolejnym prezentowanym zagadnieniem są nawyki żywieniowe pracowników w trakcie godzin pracy. Jest to pytanie wielokrotnego wyboru zakładające sześć odpowiedzi. Wyniki pokazują, że zdecydowana większość – 1469 z 2040 badanych (72%) – przygotowuje posiłki w domu. Jednocześnie nadal spora liczba ankietowanych – 816 na 2040 (40%) – korzysta z posiłków w biurowej stołówce/bistro w miejscu pracy (dotyczy

to w dużej mierze firm produkcyjnych, w których często spotykamy stołówki pracowni-
cze na terenie zakładu pracy). Jedzenie z dostawą zamawia 306 na 2040 ankietowanych
(15%). Kolejnym źródłem posiłków jest „Pan Kanapka”, czyli catering z kanapkami i da-
niami do odgrzania, pojawiający się w miejscu pracy o określonej porze (podczas gdy
wielu pracowników biurowych przeszło na pracę w trybie zdalnym, są firmy, które nadal
prowadzą swoją działalność w modelu hybrydowym lub w pełni stacjonarnym). Z tego
rozwiązania korzysta 285 na 2040 ankietowanych (14%). Z diety pudełkowej korzysta 122
na 2040 ankietowanych pracowników, a 81 badanych (4%) nie je podczas pracy.

Wykres 5. Jak najczęściej odżywasz się w trakcie godzin pracy?



Źródło: Opracowanie własne.

3. Wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie i samopoczucie pracowników

Ostatnie prezentowane pytanie jest najbardziej rozbudowane i zakłada trzynaście odpowiedzi, w których respondenci oceniali wpływ epidemii na badane obszary jako pozytywny, negatywny lub bez zmian.

Wyniki badania pokazują, że obszarami najbardziej dotkniętymi przez epidemię w sensie negatywnym są: poziom odczuwanego stresu, dostęp do opieki medycznej i relacje ze współpracownikami.

Pozytywny wpływ odnotowano wyraźnie tylko w jednym obszarze, tj. przestrzeganiu zaleceń higienicznych.

Obszarami, na które epidemia COVID-19 wywarła najmniejszy wpływ (odpowiedzi „bez zmian” zaznaczone przez ponad 60% respondentów), to sen (długość i jakość), odżywianie (regularność, częstotliwość) i dolegliwości bólowe.

Pozostałe obszary zebrały mieszane odpowiedzi i wymienić tu należy: aktywność fizyczną, czas przeznaczony na wypoczynek, relacje z rodziną i ogólna ocena zdrowia i samopoczucia.

3.1. Wpływ negatywny

Zwiększony stres odczuło 1004 badanych (50%), wynikający zarówno z obawy o zdrowie swoje i bliskich, jak również z obawy o stabilność zatrudnienia i zarobków. Wpływ epidemii COVID-19 na zdrowie psychiczne możemy zaobserwować w licznych badaniach, na wielu płaszczyznach życia powodując liczne zaburzenia i problemy zarówno indywidualne, jak i zbiorowe.

Jednak najbardziej negatywny wpływ epidemii odnotowano w kontekście dostępu do opieki medycznej – według 70% ankietowanych ($n = 1404$). Warto w tym miejscu wspomnieć o popularności prywatnych pakietów medycznych wśród pracowników w Polsce. Według danych PIU po trzecim kwartale 2020 r. prywatne ubezpieczenia zdrowotne posiadało już ponad 3,1 mln Polaków. Wartość ta od lat rośnie i dotyczy zarówno indywidualnych polis, jak i grupowych ubezpieczeń od pracodawców. Na rynku oprócz prywatnych ubezpieczeń mamy również abonamenty medyczne – dokładne dane na temat liczby wykupionych abonamentów medycznych nie są znane (nie ma obowiązku raportowania – wyjęcie spod zwierzchnictwa KNF czy PIU), ale szacuje się je na drugie tyle. Co więcej, prywatna opieka medyczna dla wielu pracodawców i pracowników jest najpopularniejszą i najbardziej pożądaną korzyścią pozapłacową – według badania Mercer „Total Remuneration Survey” 2019 spośród 426 organizacji 89% oferowało pracownikom prywatną opiekę medyczną.

Mimo wszystko prywatny sektor i jego pacjenci również odczuli skutki pandemii, szczególnie podczas pierwszego lockdownu, kiedy to uniemożliwiono lub znacznie ograniczono stacjonarne wizyty w placówkach medycznych, a proces leczniczy prowadzono za pośrednictwem telemedycyny. Według badania Centrum Badawczo-Rozwojowego Biostat aż 80% Polaków chce mieć możliwość skorzystania z telemedycyny, przede wszystkim z uwagi na bezpieczeństwo w czasach epidemii (57,5%), a placówki medyczne odnotowały nawet ośmiokrotny wzrost zainteresowania telemedycyną. Wyniki te pokazują, że choć epidemia zwiększyła wykorzystanie konsultacji zdalnych, to nie wszystkie usługi były w ten sposób realizowane (rehabilitacja i stomatologia wstrzymały wizyty), a dostęp do wizyt stacjonarnych pozostaje dla pracowników istotnym aspektem.

Epidemia negatywnie wpłynęła również na relacje ze współpracownikami – dla 45% respondentów (903 odpowiedzi na 2007 ankietowanych).

3.2. Wpływ pozytywny

Respondenci ocenili wyraźnie pozytywny wpływ epidemii COVID-19 tylko na jeden obszar, tj. przestrzeganie higieny: 923 na 2007 ankietowanych (46%) pozytywnie ocenia wpływ epidemii na przestrzeganie zaleceń higienicznych. Z danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego wynika, że od stycznia do lipca 2020 r. odnotowano

spadek zachorowań na wybrane choroby zakaźne o niemal 50%, a w niektórych przypadkach prawie całkowite ograniczenie zachorowań, co jest nieodłącznie związane z wprowadzonym reżimem sanitarnym i wzmożoną dezynfekcją rąk.

3.3. Bez zmian

Dla zdecydowanej większości – 1344 z 2007 ankietowanych – epidemia nie wpłynęła na długość snu (67%), choć jednocześnie co czwarty ankietowany deklarował, iż w czasie epidemii wydłużył czas snu ($n = 501$). Podobnie prezentują się wyniki dotyczące jakości snu – 70% nie odczuwało żadnych zmian w odniesieniu do jakości swojego snu (1404 osoby na 2007 ankietowanych), a tylko 14% odczuwało poprawę jakości snu ($n = 280$).

Brak istotnego wpływu odnotowano również w kontekście dolegliwości bólowych. W niniejszym badaniu dla 30% ($n = 602$) ankietowanych epidemia negatywnie wpłynęła na dolegliwości bólowe, a 66% ($n = 1324$) nie odczuło żadnej zmiany. Według jednego z badań praca zdalna może przynosić korzyści w utrzymaniu równowagi między życiem prywatnym a zawodowym, co poprawia ogólny dobrostan pracowników. Jednocześnie istnieją również zagrożenia – pojawiają się m.in. dodatkowe lub zwiększone dolegliwości będące konsekwencją przyjmowania niewłaściwej postawy, ból/zmęczenie oczu, ból szyi i nadgarstków. Niemniej, jak pokazują badania sprzed epidemii, wielu pracownikom na co dzień towarzyszyły różnego rodzaju dolegliwości bólowe związane z układem mięśniowo-szkieletowym spowodowane siedzącym trybem pracy

Ostatnim obszarem uznanym za najmniej dotknięty epidemią COVID-19 jest odżywianie w trakcie godzin pracy. Jedynie dla 281 respondentów (14%) epidemia miała negatywny wpływ na odżywianie, dla 26% pozytywny, a 60% ankietowanych nie odczuło żadnej zmiany.

3.4. Pozostałe odpowiedzi

W tej sekcji umieszczono odpowiedzi najbardziej zróżnicowane, bez wyraźnych trendów czy jednoznacznych wyników.

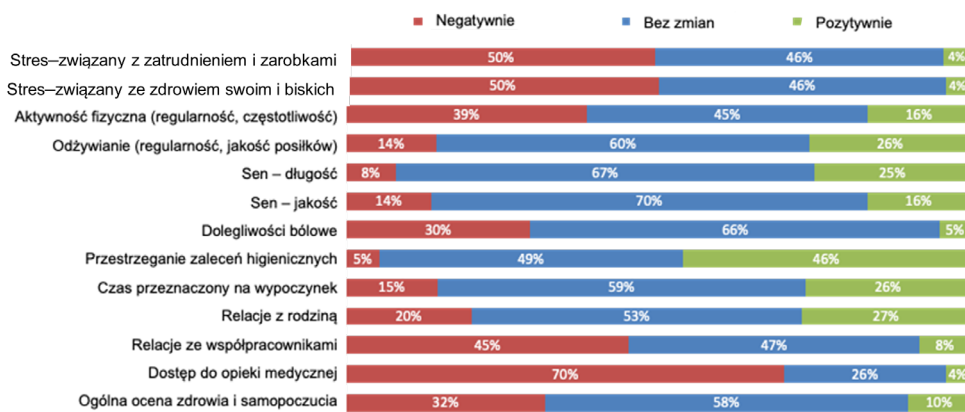
Pierwszą z nich jest aktywność fizyczna. Dla 783 z 2007 ankietowanych (39%) epidemia miała negatywny wpływ na aktywność fizyczną. W okresie epidemii popularne wśród pracowników karty sportowe zostały zawieszone, a ośrodki sportowe typu siłownie i baseny zostały zamknięte. Jednocześnie dla 903 respondentów (45%) epidemia nie miała żadnego wpływu na ich aktywność fizyczną, a dla 321 z nich (16%) miała wpływ pozytywny.

W przeciwieństwie do pogorszonych relacji ze współpracownikami relacje z rodziną w czasie epidemii poprawiły się dla 541 respondentów (27%), a dla 1063 (53%) nie zmieniły się.

Podobne wyniki obserwujemy w przypadku czasu przeznaczonego na odpoczynek – 541 respondentów (27%) pozytywnie ocenia wpływ epidemii COVID-19 na ten obszar, negatywnie zaś 401 z nich (20%). Niemal 60% respondentów (1184) nie odczuwa w tym obszarze zmian.

W ogólnej ocenie 642 pracowników na 2007 ankietowanych (32%) negatywnie ocenia wpływ epidemii COVID-19 na swoje zdrowie i samopoczucie, 200 z nich (10%) ocenia jej wpływ pozytywnie, a dla 1164 (58%) nie nastąpiły żadne zmiany.

Wykres 6. W jaki sposób epidemia COVID wpłynęła na Twoje zdrowie i samopoczucie w poszczególnych obszarach?



Źródło: Opracowanie własne.

Wnioski

1. Wyróżnić możemy obszary, na które epidemia COVID-19:
 - miała istotnie negatywny wpływ: dostęp do opieki medycznej, poziom odczuwanego stresu, relacje ze współpracownikami;
 - miała pozytywny wpływ: przestrzeganie zaleceń higienicznych;
 - nie miała istotnego wpływu: nawyki żywieniowe, sen, dolegliwości bólowe.
2. Wyniki pokazują konieczność zapewnienia pracownikom poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego m.in. poprzez poprawę koordynacji opieki medycznej w modelu hybrydowym (zapewnienie usług telemedycznych obok stacjonarnych).
3. Bezpieczeństwo zdrowotne nie powinno pomijać wsparcia zdrowia psychicznego (również możliwie w formie zdalnej).
4. Należy podjąć działania poprawiające relacje w zespole i usprawniające komunikację tam, gdzie jest ona utrudniona z uwagi na pracę zdalną.
5. Do rozważenia pracodawcy pozostają również działania poprawiające styl życia pracowników w nowym trybie pracy.

Bibliografia

Literatura

- Carbal E. (red.), *Ergonomics and telework: A systematic review*, „Work” 66, 2020, nr 4, s. 777–788, <https://doi.org/10.3233/WOR-203224>.
- Celik S., Celik C., Dirimese E., Tasdemir E., Arik T., Büyükkara T., *Determination of pain in musculoskeletal system reported by office workers and the pain risk factors*, „Int J Occup Med Environ Health” 31, 2018, nr 1, s. 91–111, <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00901>.
- Citko A., Górski S., Marcinowicz L., Górski A., *Sedentary Lifestyle and Nonspecific Low Back Pain in Medical Personnel in North-East Poland*, „BioMed Research International” 2018, nr 3, s. 1–8, <https://doi.org/10.1155/2018/1965807>.
- Jakovljevic M., Bjedov S., Jaksic N., Jakovljevic I., *COVID-19 Pandemia and Public and Global Mental Health from the Perspective of Global Health Securit*, „Psychiatria Danubina” 32, 2020, nr 1, s. 6–14, <https://doi.org/10.24869/psyd.2020.6>.

Źródła

- Ustawa z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz. U. z 2020 r., poz. 374.
- Ustawa z dnia 9 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, Dz. U. z 2020 r., poz. 2255.

Internet

- Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności i Bezrobocia rejestrowanego w IV kwartale 2020 r., https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5475/12/45/1/informacja_sygnalna_o_rynku_pracy_iv_kw.2020.pdf.
- <https://www.biostat.com.pl/porady-lekarskie-online.php>.
- <https://www.politykazdrowotna.com/57910,telemedycyna-wychodzi-na-prowadzenie>.
- Polska Izba Ubezpieczeń, <https://piu.org.pl/prywatne-ubezpieczenia-coraz-wazniejsze-w-ochronie-zdrowia/>.
- Raport Alumnów projektu „Liderzy Ochrony Zdrowia” Pokłady cyfrowego bogactwa w służbie pacjentom, czyli o wykorzystaniu potencjału danych w sektorze ochrony zdrowia, Fundacja im. Lesława A. Pagi, październik 2019, s. 57, <https://paga.org.pl/paga-campus/raporty/>.
- Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w Polsce od 1 stycznia do 15 lipca 2020 r. oraz w porównywalnym okresie 2019 r., Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP-PZH, <https://www.politykazdrowotna.com/61970,mniej-zachorowan-dzieki-covid-19>.

Otyłość, nadwaga i problemy psychiczne jako konsekwencje pandemii koronawirusa

Obesity, overweight and psychological problems as consequences of the coronavirus pandemic

Iwona Piękoś-Lorenc

Szkoła Doktorska Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Zakład Promocji Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ORCID: [0000-0002-4619-1346](https://orcid.org/0000-0002-4619-1346)

Joanna Woźniak-Holecka

Zakład Promocji Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ORCID: [0000-0002-4468-063X](https://orcid.org/0000-0002-4468-063X)

Sylvia Jaruga-Sękowska

Zakład Promocji Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ORCID: [0000-0003-0142-2013](https://orcid.org/0000-0003-0142-2013)

Streszczenie

Głównym celem tego artykułu jest opisanie wybranych konsekwencji zdrowotnych spowodowanych wystąpieniem pandemii koronawirusa.

Praca powstała na podstawie przeglądu aktualnego piśmiennictwa polskiego i zagranicznego (artykuły z czasopism naukowych, prace poglądowe oraz prace badawcze, raporty) przedstawiającego informacje o wirusie SARS-CoV-2 oraz jego wpływie na różne aspekty zdrowia człowieka. W poszukiwaniu artykułów naukowych wykorzystano bazy naukowe Google Scholar oraz PubMed.

Otyłość jeszcze przed wystąpieniem pandemii określana była jako „epidemia XXI wieku”. Okres kwarantanny bądź izolacji wpływa na odczuwanie silnego stresu, co może zwiększać m.in. ryzyko wystąpienia otyłości. Jedną z konsekwencji tego stanu może być zmiana stylu życia i nawyków żywieniowych. Jedzenie jest sposobem na rozładowanie złych emocji i polepszenie samopoczucia, a w sytuacjach stresowych najczęściej wybierane są produkty wysoko przetworzone i wysokoenergetyczne, z długim terminem przydatności do spożycia, z dużą zawartością cukru, tłuszczów nasyconych, jednak małą wartością i gęstością odżywczą. Okres izolacji społecznej wymusił zmianę charakteru pracy i nauki na zdalny, co również przyczyniło się do częstszego sięgania po przekąski i zaprzestania aktywności. Badania wskazują, iż ograniczenie kontaktów międzyludzkich oddziałuje na zdrowie psychiczne osób, u których nigdy wcześniej nie występowały podobne zaburzenia. Najczęściej można zaobserwować problemy związane z odczuwaniem lęku, niepokoju, drażliwości, samotności, obniżenia nastroju czy frustracji. Częściej obserwuje się u nich występowanie depresji.

Słowa kluczowe

koronawirus, COVID-19, kwarantanna, otyłość, zdrowie psychiczne, depresja

Abstract

The main purpose of this article is to describe selected health consequences of the coronavirus pandemic.

The work was based on a review of the current Polish and foreign literature (articles from scientific journals, review papers and research papers, reports) presenting information about the SARS-CoV-2 virus and its impact on various aspects of human health. In search of scientific articles, scientific databases were used, i.e. Google Scholar and PubMed.

Before the pandemic occurred, obesity was referred to as the „epidemic of the 21st century”. The period of quarantine or isolation affects the feeling of severe stress, which may increase, among others, the risk of obesity. One of the consequences of this condition may be a change in lifestyle and eating habits. Eating is a way to relieve bad emotions and improve your well-being, and in stressful situations, highly processed and high-energy products are most often chosen, with a long shelf life, high in sugar, saturated fat – but low in value and nutrient density. The social isolation forced a change of work and learning to, which also contributed to more eat snacks and reduce activity. Research shows that limiting interpersonal contacts affects the mental health of people who have never experienced similar disorders before. Most common problems are feeling of fear, anxiety, irritability, loneliness, depressed mood or frustration.

Keywords

coronavirus, COVID-19, quarantine, obesity, health, depression

JEL: I12

Wprowadzenie

Koronawirusy należą do jednych z największych wirusów RNA, biorąc pod uwagę wielkość wirionu i długość genomu. Ich nazwa związana jest z budową otoczki cząsteczek wirusa, która w obrazie mikroskopowym otoczona jest pierścieniem przypominającym koronę. Koronawirusy istnieją w świecie mikrobiologii od lat, jednak wcześniej uważano je za łagodne patogeny wpływające na występowanie objawów ze strony układu oddechowego, niepowodujące poważnych chorób. Z upływem lat pojawiły się nowe odmiany tych wirusów powodujące występowanie epidemii, co przyczyniło się do zwiększenia zainteresowania tym tematem wśród badaczy¹. Do pierwszej epidemii związanej z zakażeniem wysoce patogennym gatunkiem koronawirusa SARS (ang. *Severe Acute Respiratory Syndrom*) doszło w 2002 r. w Chinach. Odmiana ta powodowała ostrą niewydolność oddechową skutkującą poważnymi zniszczeniami tkanki płucnej². Zespół chorobowy cechował wysoki odsetek śmiertelności (ok. 15%), szczególnie w populacji osób starszych, co

¹ A. Wawrzyniak, K. Kuczborska, A. Lipińska-Opałka, A. Będzichowska, B. Kalicki, *Koronawirus 2019-nCoV – transmisja zakażenia, objawy i leczenie*, „Pediatria i Medycyna Rodzinna” 15, 2019, nr 4, s. 2.

² A. Welz, A. Brześ-Targowska, *Koronawirus – aktualny problem medyczny i społeczny*, „Farmacja Polska” 76, 2020, nr 5, s. 260.

spowodowało wystąpienie stanu epidemii³. Infekcja zaczęła szybko się rozprzestrzeniać drogą kropelkową. W ciągu jednego sezonu zachorowania odnotowano w blisko 40 różnych krajach, w których doszło do ponad 8000 zakażeń. Rok później ogłoszono eradykację wirusa⁴. Dekadę później pojawił się bliskowschodni gatunek koronawirusa MERS (ang. *Middle East Respiratory Syndrome*), objawiający się zapaleniem płuc o zróżnicowanym nasileniu⁵. W tym przypadku nie doszło do globalnej epidemii, ponieważ do zakażenia dochodzi poprzez długotrwały kontakt z nosicielem. SARS i MERS mogą występować zarówno u ludzi, jak i u zwierząt⁶. Po kilku kolejnych latach w listopadzie 2019 r. w Wuhan w Chinach odnotowano pierwsze przypadki zachorowania na nową odmianę koronawirusa SARS-CoV-2 (ang. *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*), określanej jako „zespół ciężkiej niewydolności oddechowej”. Koronawirus ten ze względu na swoją wysoką zakaźność bardzo szybko zaczął rozprzestrzeniać się nie tylko w Chinach, lecz także na świecie. Główne symptomy, jakie można zaobserwować w przebiegu zakażenia, to objawy grypopodobne: podwyższona temperatura ciała, ból mięśni, uczucie zmęczenia, duszności. U niektórych osób mogą wystąpić objawy ze strony układu pokarmowego, tj.: biegunka, wymioty czy nudności. Zauważono również nietypowe zaburzenia, jak utrata węchu i smaku. W skrajnie poważnych przypadkach dochodzi do rozwoju ostrej niewydolności oddechowej, która często kończy się śmiercią pacjenta⁷.

Już zaledwie po kilku miesiącach w marcu 2020 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, ang. *World Health Organization*) poinformowała o wystąpieniu stanu epidemii. W tym samym miesiącu w Polsce odnotowano pierwszy przypadek zarażenia⁸. Na dzień 29 maja 2021 r., po ponad roku trwania pandemii w naszym kraju (licząc od 4 marca 2020 r.) odnotowano 2 871 371 przypadków zakażeń, z czego 73 682 śmiertelnych⁹. Na całym świecie liczba ta sięgnęła 170 403 440 przypadków, w tym 3 543 430 śmiertelnych¹⁰.

Zdaniem ekspertów WHO największą śmiertelność zauważa się u osób starszych z chorobami towarzyszącymi, takimi jak: otyłość, POCHP, choroby układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca czy choroby nowotworowe. Szczególnie narażone na zakażenie są osoby z obniżoną odpornością¹¹. Potencjalnie częściej obserwuje się występowanie

³ A. Szarowska, *COVID-19 – nowa choroba*, „Aktualności Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków” 2020, nr 2, s. 1.

⁴ A. Wawrzyniak, K. Kuczborska, A. Lipińska-Opałka, A. Będzichowska, B. Kalicki, *op. cit.*, s. 2.

⁵ A. Welz, A. Breś-Targowska, *op. cit.*, s. 260.

⁶ A. Wawrzyniak, K. Kuczborska, A. Lipińska-Opałka, A. Będzichowska, B. Kalicki, *op. cit.*, s. 2.

⁷ E. Nowakowska, S. Sulimiera-Michalak, *COVID-19 – choroba wywołana zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 globalnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego*, „Postępy Mikrobiologii” 59, 2020, nr 3, *passim*.

⁸ *Ibidem*.

⁹ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2> [dostęp: 29.05.2021].

¹⁰ <https://www.worldometers.info/coronavirus/> [dostęp: 29.05.2021].

¹¹ W. Guan, Z. Ni, Y. Hu, W. Liang, Ch. Ou, J. He, L. Liu, H. Shan, Ch. Lei, D. Hui, B. Du, L. Li, G. Zeng, K. Yuen, R. Chen, Ch. Tang, T. Wang, P. Chen, J. Xiang, S. Li, J. Wang, Z. Liang, Y. Peng, L. Wei, Y. Liu, Y. Hu, P. Peng, J. Wang, J. Liu, Z. Chen, G. Li, Z. Zheng, S. Qiu, J. Luo, Ch. Ye, S. Zhu, N. Zhong,

zakażenia SARS-CoV-2 i większą śmiertelność u mężczyzn. Może to wynikać z wyższego stężenia enzymu ACE2 (enzym konwertujący angiotensynę) w osoczu mężczyzn, który stanowi receptor dla wirusa. Przypuszcza się, iż w przypadku kobiet działanie estrogenów może wykazywać działanie prewencyjne na zakażenie koronawirusem¹². Działania profilaktyczne wprowadzone w większości krajów polegają na: utrzymywaniu dystansu społecznego, obowiązku zakrywania ust i nosa, odpowiednim myciu rąk oraz regularnej dezynfekcji. Zaleca się również jak najrzadsze przemieszczanie się i ograniczanie kontaktów społecznych¹³.

Cel

Głównym celem tego artykułu jest opisanie wybranych konsekwencji zdrowotnych spowodowanych wystąpieniem pandemii koronawirusa. Cele szczegółowe obejmują: omówienie zmian stylu życia wywołanych kwarantanną i izolacją społeczną prowadzących do nadmiernej masy ciała bądź depresji.

Metody badawcze

Praca powstała na podstawie przeglądu aktualnego piśmiennictwa polskiego i zagranicznego (artykuły z czasopism naukowych, prace pogładowe oraz prace badawcze) przedstawiającego informacje o wirusie SARS-CoV-2 oraz jego wpływie na zdrowie człowieka. W poszukiwaniu artykułów naukowych wykorzystano bazy naukowe Google Scholar oraz PubMed.

1. Destrukcyjne działanie koronawirusa na zdrowie człowieka

1.1. Otyłość i nadwaga – przyczyny i skutki zdrowotne

Otyłość jeszcze przed wystąpieniem pandemii określana była „epidemią XXI wieku”. Odsetek osób z nadmierną masą ciała rośnie i coraz częściej obserwuje się ją wśród dzieci i młodzieży. Dane wskazują, iż prawie 75% dorosłych mieszkańców Stanów Zjednoczonych powyżej 20. roku życia spełnia kryteria nadwagi bądź otyłości na podstawie wskaźnika masy ciała BMI (ang. *Body Mass Index*) wyliczonej jako stosunek masy ciała do wzrostu,

Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China, „New England Journal of Medicine” 382, 2020, nr 18, *passim*.

¹² E. Nowakowska, S. Sulimiera-Michalak, *op. cit.*, *passim*.

¹³ A. Welz, A. Breś-Targowska, *op. cit.*, s. 266.

a ponad 40% osób jest otyłych. Zatrważający jest fakt, iż ponad 9% Amerykanów spełnia kryteria otyłości olbrzymiej, w której BMI wynosi 40 kg/m² i więcej. Jak wiadomo, nadmierna masa ciała niesie za sobą wiele negatywnych konsekwencji, np.: rozwój nadciśnienia tętniczego, dyslipidemii, zespołu metabolicznego czy cukrzycy typu 2¹⁴.

Kiedy Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła pandemię koronawirusa, poszczególne kraje zaczęły wprowadzać środki mające na celu zapobieganie rozprzestrzenienia się wirusa i wzrostu zakażeń, m.in.: kwarantannę i izolację społeczną. Kwarantanną nazywamy oddzielenie osób, które były narażone na kontakt z chorobą, w celu obserwacji stanu zdrowia, natomiast izolacja to odseparowanie osób już zarażonych¹⁵. Należy dokładnie rozważyć korzyści masowej kwarantanny, odnosząc się do negatywnych, długoterminowych konsekwencji zdrowotnych z nią związanych¹⁶. Okres kwarantanny bądź izolacji wpływa na odczuwanie silnego stresu, co może zwiększać m.in. ryzyko wystąpienia otyłości. Jedną z konsekwencji tego stanu może być zmiana stylu życia i nawyków żywieniowych. Jedzenie jest sposobem na rozładowanie złych emocji i polepszenie samopoczucia, a w sytuacjach stresowych najczęściej wybierane są produkty wysoko przetworzone i wysoko energetyczne, z długim terminem przydatności do spożycia, z dużą zawartością cukru, tłuszczów nasyconych, lecz małą wartością i gęstością odżywczą¹⁷.

Badanie Torresa i Nowsona wskazuje, iż osoby spożywające pokarmy pod wpływem stresu najczęściej sięgają po niezdrowe przekąski, tj.: żywność typu fast food, napoje gazowane, czekoladę, a także wino i mocniejsze napoje alkoholowe. „Jedzenie emocjonalne” wiąże się również z brakiem wsparcia ze strony bliskich. Niezdrowa dieta w połączeniu z niskim poziomem aktywności fizycznej zwiększa ryzyko rozwoju otyłości i chorób sercowo-naczyniowych¹⁸. W czasie odczuwania stresu narasta chęć spożycia produktów wysokowęglowodanowych, które wpływają na wydzielanie serotoniny, nazywanej hormonem szczęścia, i tym samym poprawiają nastrój. Taka żywność oddziałuje również na stężenie glukozy we krwi i wydzielanie insuliny. Te wszystkie działania prowadzą do dalszego zwiększania masy ciała oraz w konsekwencji rozwoju insulinooporności i cukrzycy typu 2¹⁹. Należy również podkreślić, iż stan pandemii

¹⁴ F. Sanchis-Gomar, C.J. Lavie, M.R. Mehra, B.M. Henry, G. Lipi, *Obesity and Outcomes in COVID-19: When an Epidemic and Pandemic Collide*, „Mayo Clin Proc” 95, 2020, nr 7, s. 1445.

¹⁵ A.V. Mattioli, M. Pinti, A. Farinetti, M. Nasi, *Obesity risk during collective quarantine for the COVID-19 epidemic*, „Obesity Medicine” 20, 2020, s. 1.

¹⁶ A.V. Mattioli, M.B. Puviani, M. Nasi, A. Farinetti, *COVID-19 pandemic: the effects of quarantine on cardiovascular risk*, „European Journal of Clinical Nutrition” 74, 2020, *passim*.

¹⁷ A.V. Mattioli, M.B. Puviani, *Lifestyle at time of COVID-19, how could quarantine affect cardiovascular risk*, „Am J Lifestyle Med” 14, 2020, nr 3, s. 241.

¹⁸ S.J. Torres, C.A. Nowson, *Relationship between stress, eating behaviour, and obesity*, „Nutrition” 23, 2007, *passim*.

¹⁹ M. Rodríguez, A. Meule, *Food craving: new contributions on its assessment, moderators, and consequences*, „Front Psychol” 6, 2015, nr 21, s. 1.

pogłębia problemy ekonomiczne ludności, a to wpływa na wybieranie niezdrowej żywności, która jest tańsza w porównaniu do produktów pełnowartościowych, co także zwiększa ryzyko otyłości zwłaszcza wśród uboższych grup społecznych²⁰.

Regularna aktywność fizyczna jest niezbędna do zachowania zdrowia, odpowiedniej masy ciała i zmniejszenia ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych²¹. Wytyczne ACC/AHA (ang. *American Collage of Cardiology/American Health Association*) dotyczące prewencji pierwotnej chorób sercowo-naczyniowych wskazują, iż poziom aktywności fizycznej w grupie dorosłych powinien wynosić co najmniej 150 minut tygodniowo w przypadku umiarkowanej intensywności lub 75 minut intensywnych ćwiczeń aerobowych²². Poprzez ograniczenie aktywności fizycznej dochodzi do nasilenia stresu oksydacyjnego, który m.in.: powoduje śmierć komórek śródbłónka za pomocą apoptozy, zmniejsza stężenie tlenu azotu oraz nasila stan zapalny naczyń, powodując ich skurcz i dysfunkcje śródbłónka. Otyłość wiąże się również z podwyższonym stężeniem substancji prozapalnych, tj. interleukiny 6 (IL-6) i czynnika martwicy nowotworów (TNF α) w krwiobiegu. Nadmierna zawartość tkanki tłuszczowej w organizmie prowadzi do przewlekłego stanu zapalnego, rozwoju zaburzeń lipidowych i insulinooporności²³.

W czasie pandemii aktywność fizyczna ludzi znacznie spadła, na co niewątpliwie wpłynęło wprowadzanie obostrzeń i zamknięcie obiektów sportowych, co w połączeniu z nieodpowiednim odżywianiem prowadzi do zwiększenia masy ciała. Okres izolacji społecznej wymusił zmianę charakteru pracy i nauki na zdalny, co również przyczyniło się do częstszego sięgania po przekąski i zaprzestania aktywności²⁴.

Problemy psychiczne związane z przystosowaniem się do pandemii koronawirusa

Koronawirus ze względu na przebieg choroby oraz powikłania stanowi niebezpieczeństwo dla prawidłowego funkcjonowania i zachowania zdrowia fizycznego i psychicznego ludzi na całym świecie. Pandemia spowodowała wiele modyfikacji w codziennym

²⁰ A.V. Mattioli, M. Pinti, A. Farinetti, M. Nasi, *op. cit.*, s. 1.

²¹ A.V. Mattioli, M.B. Puviani, M. Nasi, A. Farinetti, *op. cit.*, s. 1.

²² D.K. Arnett, R.S. Blumenthal, M.A. Albert, A.B. Buroker, Z.D. Goldberger, E.J. Hahn, Ch. Dennison Himmelfarb, A. Khera, D. Lloyd-Jones, J.W. McEvoy, E.D. Michos, M.D. Miedema, D. Muñoz, S.C. Smith, S.S. Virani, K.A. Williams, J. Yeboah, B. Ziaian, *ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines*, „Circulation” 140, 2019, s. 608.

²³ A. Chait, L.J. den Hartigh, *Adipose tissue distribution, inflammation and its metabolic consequences, including diabetes and cardiovascular disease*, „Front Cardiovasc Med” 7, 2020, nr 22, s. 7.

²⁴ A.V. Mattioli, M. Pinti, A. Farinetti, M. Nasi, *op. cit.*, s. 1.

życiu, często prowadząc do negatywnych skutków²⁵. Jak potwierdziły liczne badania²⁶, zmiany powodują zachwianie wewnętrznej równowagi, zwiększenie odczuwania niepokoju o przyszłość i konieczności przystosowania się, a co za tym idzie nasilenia stresu²⁷. Zauważono również, iż izolacja społeczna oddziałuje na zdrowie psychiczne osób, u których nigdy wcześniej nie występowały podobne zaburzenia. Najczęściej można zaobserwować problemy związane z odczuwaniem lęku, niepokoju, drażliwości, samotności czy frustracji²⁸. Choć wydaje się, że strach i niepewność są w pewnym sensie naturalnymi reakcjami organizmu na sytuację, z którą wcześniej nie mieliśmy do czynienia, należy pamiętać, iż przedłużająca się pandemia niesie poważne konsekwencje nie tylko w sferze doznań osobistych, lecz także społecznych i ekonomicznych. Poziom stresu wielu osób bywa tak duży, że przekracza możliwości ich adaptacji do normalnego życia społecznego i gospodarczego, prowadzi do rozwoju zaburzeń o podłożu psychologicznym, depresji czy stanów lękowych o znacznym nasileniu²⁹. Innym czynnikiem zwiększającym poziom społecznego stresu są doniesienia medialne. Codzienny przekaz informacji o liczbie zachorowań, zgonów, zajętych łóżek czy wykorzystywanych respiratorów połączony ze zobrazowaniem tego kolejnymi reportażami ze szpitali wywołuje strach. Pandemia jest również niepokojącym zjawiskiem w sferze ekonomicznej. Wprowadzone obostrzenia ograniczały działalność wielu firm, co skutkowało upadłością niektórych przedsiębiorstw, zmniejszaniem wynagrodzeń lub zwolnieniami z pracy. Dla wielu Polaków było to zwiastunem pogarszających się warunków życia, zmniejszeniem, a nawet utratą dochodów, co często prowadzi do zaburzeń psychicznych³⁰.

Według raportu „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020” opublikowanego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) ponad 1 600 000 osób to pacjenci psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej. Obserwuje się, iż kobiety sięgają po taki rodzaj pomocy ponad 20% częściej niż mężczyźni. Najczęściej występującymi zaburzeniami wśród pacjentów są nerwice

²⁵ R.M. Anderson, H. Heesterbeek, D. Klinkenberg, T.D. Hollingsworth, *How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?*, „The Lancet” 395, 2020, nr 10228, *passim*.

²⁶ J. Qiu, B. Shen, M. Zhao, Z. Wang, B. Xie, Y. Xu, *A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations*, „General Psychiatry” 33, 2020, nr 2, *passim*.

²⁷ M. Gambin, M. Sękowski, M. Woźniak-Prus, A. Cudo, K. Hansen, J. Gorgol, M. Huflejt-Łukasik, G. Kmita, K. Kubicka, A.E. Łyś, D. Maison, T. Oleksy, A. Wnuk, *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii COVID-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego*, Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego 2020, s. 3.

²⁸ M. Sokół-Szwałowska, *Wpływ kwarantanny na zdrowie psychiczne podczas pandemii COVID-19*, „Psychiatria” 18, 2021, nr 1, s. 59.

²⁹ M. Gambin, M. Sękowski, M. Woźniak-Prus, A. Cudo, K. Hansen, J. Gorgol, M. Huflejt-Łukasik, G. Kmita, K. Kubicka, A.E. Łyś, D. Maison, T. Oleksy, A. Wnuk, *op. cit.*, s. 4.

³⁰ A. Wojtczuk, *Pandemia koronawirusa – zmiana w świecie. Zagrożenia dla zdrowia psychicznego i szanse rozwojowe*, „Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy” 2020, nr 20, s. 102.

o podłożu stresowym oraz zaburzenia nastroju³¹. Znaczący wpływ pandemii na psychikę człowieka wiąże się także z okresami izolacji społecznej. Celem badania przeprowadzonego w Chinach z udziałem ponad 1200 osób było pokazanie oddziaływania narodowej kwarantanny związanej z COVID-19 na stan psychiczny. Ponad 50% badanych odczuwało obniżenie nastroju, u blisko 30% występowały stany lękowe, 16,5% osób zauważyło objawy depresji, a ponad 8% odczuwało nasilony stres. Wszystkie powyższe objawy miały charakter umiarkowany bądź ciężki. Znacząca większość ankietowanych – aż 84,7% – przebywała w domu 20–24 godziny dziennie. Zauważono również, iż większy poziom stresu i odczuwanie stanów depresyjnych częściej występuje w grupie kobiet i studentów³². Qui i wsp. w badaniu przeprowadzonym również w Chinach z udziałem ponad 52 000 ankietowanych wykazali, iż prawie 35% respondentów doświadczyło stresu psychicznego związanego z kwarantanną. Grupami szczególnie podatnymi były osoby starsze, kobiety i pracownicy migrujący. To właśnie im należy poświęcić najwięcej uwagi i wsparcia. U kobiet znacznie częściej dochodzi do rozwinięcia zespołu stresu pourazowego. Największą umieralność i ciężki przebieg choroby odnotowuje się wśród osób starszych, co powiązane jest z większym występowaniem stresu w tej grupie³³. Wyniki innego chińskiego badania wskazują, iż wśród kobiet ryzyko wystąpienia stanów lękowych jest ponad trzykrotnie większe niż u mężczyzn oraz u osób po 40. roku życia w porównaniu do młodszych. U ponad 17% respondentów wystąpiła depresja, a u 6,3% lęk³⁴. W Wielkiej Brytanii wykonano badanie przedstawiające stan psychiczny osób przed pandemią i w jej pierwszym okresie. Odczuwanie cierpienia psychicznego wzrosło z 18,9% na przełomie 2018 i 2019 r. do 27,3% w miesiąc po zamknięciu gospodarki (kwiecień 2020)³⁵. Niektóre towarzystwa eksperckie od początku epidemii wskazywały, iż pandemia może powodować poważne konsekwencje psychiczne, tj.: depresję, bezsenność, nadpobudliwość czy zespół stresu pourazowego. W wytycznych Koreańskiego Towarzystwa Neuropsychiatrycznego pojawiły się również informacje o grupach szczególnie narażonych na tego typu objawy – należą do nich: małe dzieci i ich rodzice, osoby poddane kwarantannie oraz personel medyczny zajmujący się osobami zarażonymi³⁶.

³¹ B. Wojtyński, P. Goryński, *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*, „Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny”, Warszawa 2020, s. 24.

³² C. Wang, R. Pan, X. Wan, Y. Tan, L. Xu, C.S. Ho, R.C. Ho, *Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China*, „Int J Environ Res Public Health” 17, 2020, nr 5, s. 15.

³³ J. Qiu, B. Shen, M. Zhao, Z. Wang, B. Xie, Y. Xu, *op. cit.*, s. 1.

³⁴ Y. Wang, Y. Di, J. Ye, W. Wei, *Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China*, „Psychol Health Med” 26, 2020, nr 1, s. 16.

³⁵ M. Pierce, H. Hope, T. Ford, S. Hatch, M. Hotopf, A. John, E. Kontopantelis, R. Webb, S. Wessely, S. McManus, K.M. Abel *Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population*, „The Lancet Psychiatry” 7, 2020, nr 10, s. 888.

³⁶ M. Sokół-Szwałowska, *op. cit.*, s. 61.

Wnioski

1. Kwarantanna i izolacja społeczna mogą przyczyniać się do zmiany stylu życia: nieprawidłowego odżywiania i ograniczenia aktywności fizycznej, a w konsekwencji nadmiernej masy ciała i rozwoju chorób dietozależnych.
2. Należy wdrożyć działania profilaktyczne w walce z nadmierną masą ciała spowodowaną pandemią, takie jak: odpowiednia edukacja żywieniowa, zwiększenie świadomości o możliwości wykonywania ćwiczeń fizycznych w domu bądź na świeżym powietrzu bez konieczności wykorzystywania w tym celu ośrodków sportowych.
3. Pandemia i związane z nią okresy izolacji społecznej prowadzą do negatywnych skutków o podłożu psychologicznym: częstszego występowania stanów depresyjnych, lękowych, odczuwania złości, niepewności, a nawet rozwoju zespołu stresu pourazowego.
4. Niektóre grupy społeczne – dzieci, młodzież, kobiety, osoby starsze – są szczególnie narażone na odczuwanie stresu i rozwój zaburzeń psychicznych, dlatego należy poświęcić im więcej uwagi i wsparcia.

Bibliografia

Literatura

- Anderson R.M., Heesterbeek H., Klinkenberg D., Hollingsworth T.D., *How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic?*, „The Lancet” 395, 2020, nr 10228.
- Arnett D.K., Blumenthal R.S., Albert M.A., Buroker A.B., Goldberger Z.D., Hahn E.J., Dennison Himmel-farb Ch., Khera A., Lloyd-Jones D., McEvoy J.W., Michos E.D., Miedema M.D., Muñoz D., Smith S.C., Virani S.S., Williams K.A., Yeboah J., Ziaeian B., *ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines*, „Circulation” 140, 2019.
- Chait A., den Hartigh L.J., *Adipose tissue distribution, inflammation and its metabolic consequences, including diabetes and cardiovascular disease*, „Front Cardiovasc Med” 7, 2020, nr 22.
- Gambin M., Sękowski M., Woźniak-Prus M., Cudo A., Hansen K., Gorgol J., Huflejt-Łukasik M., Kmita G., Kubicka K., Łyś A.E., Maison D., Oleksy T., Wnuk A., *Uwarunkowania objawów depresji i lęku uogólnionego u dorosłych Polaków w trakcie epidemii COVID-19 – raport z pierwszej fali badania podłużnego*, Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego 2020.
- Guan W., Ni Z., Hu Y., Liang W., Ou Ch., He J., Liu L., Shan H., Lei Ch., Hui D., Du B., Li L., Zeng G., Yuen K., Chen R., Tang Ch., Wang T., Chen P., Xiang J., Li S., Wang J., Liang Z., Peng Y., Wei L., Liu Y., Hu Y., Peng P., Wang J., Liu J., Chen Z., Li G., Zheng Z., Qiu S., Luo J., Ye Ch., Zhu S., Zhong N., *Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China*, „New England Journal of Medicine” 382, 2020, nr 18.
- Mattioli A.V., Pinti M., Farinetti A., Nasi M., *Obesity risk during collective quarantine for the COVID-19 epidemic*, „Obesity Medicine” 20, 2020.

- Mattioli A.V., Puviani M.B., *Lifestyle at time of COVID-19, how could quarantine affect cardiovascular risk*, „Am J Lifestyle Med” 14, 2020, nr 3.
- Mattioli A.V., Puviani M.B., Nasi M., Farinetti A., *COVID-19 pandemic: the effects of quarantine on cardiovascular risk*, „European Journal of Clinical Nutrition” 74, 2020.
- Nowakowska E., Sulimiera-Michalak S., *COVID-19 – choroba wywołana zakażeniem wirusem SARS-COV-2 globalnym zagrożeniem dla zdrowia publicznego*, „Postępy Mikrobiologii” 59, 2020, nr 3.
- Pierce M., Hope H., Ford T., Hatch S., Hotopf M., John A., Kontopantelis E., Webb R., Wessely S., McManus S., Abel K.M., *Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population*, „The Lancet Psychiatry” 7, 2020, nr 10.
- Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y., *A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations*, „General Psychiatry” 33, 2020, nr 2.
- Rodríguez M., Meule A., *Food craving: new contributions on its assessment, moderators, and consequences*, „Front Psychol” 6, 2015, nr 21.
- Sanchis-Gomar F., Lavie C.J., Mehra M.R., Henry B.M., G. Lippi, *Obesity and Outcomes in COVID-19: When an Epidemic and Pandemic Collide*, „Mayo Clin Proc” 95, 2020, nr 7.
- Sokół-Szwałowska M., *Wpływ kwarantanny na zdrowie psychiczne podczas pandemii COVID-19*, „Psychiatria” 18, 2021, nr 1.
- Szarowska A., *COVID -19 – nowa choroba*, „Aktualności Narodowego Programu Ochrony Antybiotyków” 2020, nr 2.
- Torres S.J., Nowson C.A., *Relationship between stress, eating behaviour, and obesity*, „Nutrition” 23, 2007.
- Wang C., Pan R., Wan X., Tan Y., Xu L., Ho C.S., Ho R.C., *Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China*, „Int J Environ Res Public Health” 17, 2020, nr 5.
- Wang Y., Di Y., Ye J., Wei W., *Study on the public psychological states and its related factors during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in some regions of China*, „Psychol Health Med” 26, 2020, nr 1.
- Wawrzyniak A., Kuczborska K., Lipińska-Opalka A., Będzichowska A., Kalicki B., *Koronawirus 2019-nCoV – transmisja zakażenia, objawy i leczenie*, „Pediatria i Medycyna Rodzinna” 15, 2019, nr 4.
- Welz A., Breś-Targowska A., *Koronawirus – aktualny problem medyczny i społeczny*, „Farm Pol” 76, 2020, nr 5.
- Wojtczuk A., *Pandemia koronawirusa – zmiana w świecie. Zagrożenia dla zdrowia psychicznego i szanse rozwojowe*, „Student Niepełnosprawny. Szkice i Rozprawy” 2020, nr 20.
- Wojtyniak B., Goryński P., *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020*, „Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny”, Warszawa 2020.

Internet

<https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2>.

<https://www.worldometers.info/coronavirus/>.

Rozdział 2

Demograficzne i ekonomiczne skutki pandemii

Demograficzne implikacje pandemii COVID-19. Perspektywa zdrowia publicznego

Demographic implications of the COVID-19 pandemic. A public health perspective

Janusz Szymborski

Rządowa Rada Ludnościowa

Wszelchnica Polska Szkoła Wyższa w Warszawie

ORCID: 0000-0003-1101-905X

Streszczenie

Celem opracowania jest próba oceny wpływu pandemii COVID-19 na cztery główne segmenty polityki ludnościowej Polski: politykę rodzinną nakierowaną na tworzenie warunków sprzyjających realizacji planów prokreacyjnych; politykę senioralną, politykę migracyjną oraz politykę zdrowotną zorientowaną na poprawę stanu zdrowia ludności i ograniczaniu umieralności. Wykazano, że pandemia wywiera szkodliwy wpływ na pogłębienie już i tak niekorzystnie rozwijających się procesów demograficznych w Polsce. Odnotowano przede wszystkim dramatyczny wzrost umieralności i ujemny przyrost naturalny na niespotykaną dotąd skalę. Omówiono także zjawiska, które stanowią istotną przeszkodę w zwalczaniu pandemii (infodemia) oraz te, których uwzględnienie może pomóc w zrozumieniu specyfiki przebiegu infekcji i ułatwić ograniczenie jej następstw zdrowotnych, społecznych i demograficznych (syndemia). Wiele wskazuje na to, że niekorzystny rozwój trzeciej fali pandemii w Polsce, a także w innych krajach Europy Środkowo-Wschodniej ma swe źródła z jednej strony w niezadowalającym stanie zdrowia ludności, z drugiej zaś wynika z niedostatków w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia. Zaproponowano otwartą listę kilkudziesięciu tematów badawczych, których podjęcie może się przyczynić do zaktualizowania celów i kierunków polityki ludnościowej w Polsce. W kontekście przemian demograficznych omówiono przesłanki do debaty nad redefinicją podejścia do zdrowia publicznego w polskim systemie ochrony zdrowia z naciskiem na edukację zdrowotną, legislację, opiekę społeczną.

Słowa kluczowe

pandemia COVID-19, demografia, nadwyżka umieralności, system ochrony zdrowia

Abstract

The aim of the study is to try to assess the impact of the COVID-19 pandemic on four main segments of Poland's population policy: family policy aimed at creating conditions conducive to the implementation of reproductive plans; senior policy, migration policy and health policy aimed at improving the health of the population and reducing mortality. It has been shown that the pandemic has a detrimental effect on the deepening of already adversely developing demographic processes in Poland. First of all, there was a dramatic increase in mortality and negative population growth on an unprecedented scale. The phenomena that constitute a significant obstacle in the fight against pandemics (infodemia) and those whose

consideration may help in understanding the specificity of the course of infection and help reduce its health, social and demographic consequences (syndemia) are also discussed. There are many indications that the unfavorable development of the third wave of the pandemic in Poland, as well as in other countries of Central and Eastern Europe, is due to, on the one hand, the unsatisfactory health condition of the population, and on the other hand, it results from deficiencies in the functioning of the health care system. An open list of several dozen research topics has been proposed, which may contribute to updating the goals and directions of the population policy in Poland. In the context of demographic changes, the reasons for the debate on the redefinition of the approach to public health in the Polish health care system were discussed, with an emphasis on health education, legislation and social care.

Keywords

COVID-19 pandemic, demography, excess mortality, health care system

JEL: I18, J11

Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 jest wyzwaniem dla życia społeczno-gospodarczego na całym globie. W przeszłości na świecie i na ziemiach polskich wyniszczające epidemie prowadziły nie tylko do strat demograficznych, upadku gospodarczego, rewolucji politycznych, lecz także do przeobrażeń kulturowych rzutujących na indywidualne i zbiorowe postawy ludzi wobec zarazy i osób cierpiących z jej przyczyny¹. W czasach współczesnych z powodu tragicznych następstw drugiej wojny światowej prawdziwym problemem społecznym w Polsce były epidemie duru wysypkowego, duru brzuszego, durów rzekomych, gruźlicy, kiły, błonicy, choroby Heinego-Medina². Mimo rozpowszechnienia i wysokiej śmiertelności tych chorób utrzymywało się dodatnie saldo przyrostu naturalnego, ze względu na dużą liczbę urodzeń.

W okresie ostatniego trzydziestolecia sytuacja epidemiologiczna chorób zakaźnych była określana jako stosunkowo korzystna i względnie stabilna, choć stałym przedmiotem niepokoju była narastająca lekooporność, utrzymywanie się starych i pojawianie się nowych patogenów oraz niedostatki diagnostyki i luki w zgłaszalności tych chorób³. Istotnej wiedzy na temat problemów w zwalczaniu chorób zakaźnych i różnicowanego do nich podejścia dostarcza raport Rzecznika Praw Obywatelskich⁴ oraz późniejsza korespondencja RPO dr. Janusza Kochanowskiego (1940–2010) z ministerstwem zdrowia (MZ), dotycząca pandemii

¹ J. Kracik, *Staropolskie postawy wobec zarazy*, Wydawnictwo Petrus, Kraków 2012, s. 6–10.

² J. Szymborski, *Kultura zdrowotna*, [w:] M. Szyszkowska (red.), *Świat kultury czasów Polski Ludowej*, Wydawnictwo „Kto jest kim”, Warszawa 2020, s. 123–141.

³ B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020, s. 285–342

⁴ J. Szymborski (red.), *Raport o korespondencji i kontaktach między Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Ministrem Zdrowia w sprawie przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia w okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009 – Biała Księga*, Biuletyn RPO – Źródła, Warszawa 2009, s. 630–722.

grypy AH1N1. Rządowa Rada Ludnościowa (RRL) od I Kongresu Demograficznego w Polsce (2000/2001) także podejmowała prace analityczno-programowe odnoszące się do zapobiegania i zwalczania chorób o podłożu infekcyjnym, epidemiologii i statystyki medycznej⁵.

Celem opracowania jest próba oceny wpływu pandemii COVID-19 na cztery główne segmenty polityki ludnościowej Polski. Chodzi nie tylko o kontekst bieżącej, niepokojącej sytuacji epidemicznej, lecz także o namysł nad sposobami skutecznych działań zaradczych wobec przyszłych zagrożeń epidemicznych. Dlatego oprócz prezentacji danych demograficznych i zdrowotnych, wyszczególnienia problemów badawczych odnoszących się do wpływu pandemii COVID-19 na politykę ludnościową poczyniono uwagi do podejmowanych w Polsce działań na rzecz kontroli epidemii, jak również zarysowano istotne z punktu widzenia polityki ludnościowej przesłanki do debaty na temat redefinicji podejścia do zdrowia publicznego w krajowym systemie ochrony zdrowia (SOZ).

Wybrane dane demograficzne i zdrowotne

Jak wynika z danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) zebranych w tabeli 1 w dniu 31 grudnia 2019 r. kraj nasz liczył 38 382,6 tys. osób, zaś 31 grudnia 2020 r. odnotowano 38 265 013 osób, co oznacza zmniejszenie populacji Polski o 118 tys. osób, czyli o 0,3%.

Tabela 1. Stan, ruch naturalny i migracje zagraniczne ludności w latach 2011, 2015, 2019 i 2020

Rok	Liczba ogółem	Małżeństwa	Urodzenia żywe	Zgony	Przyrost naturalny	Migracje zagraniczne na pobyt stały		
						imigracje	emigracje	saldo
	W tysiącach (lata 2011-2019)							
2011	385,38	206,5	388,4	375,5	12,9	15,5	19,9	-4,3
2015	384,37	188,8	369,3	394,9	-25,6	12,3a	28,1a	-15,8a
2019	383,83	183,4	375,0	409,7	-34,8	16,9	10,7	6,2
2020	382 650,13	145 045	355 309	477 355	-122 046	132 63	8780	4483

a – dane za 2014 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

⁵ J. Szymborski, W. Zatoński, *The activities of the Government Population Council aimed at limiting health care inequalities*, „J Health Inequal” 1, 2017, nr 3, s. 30–40.

W ostatnim roku dekady 2011–2020 radykalnie zmieniła się, w miarę stabilna dotąd, liczba nowo zawieranych małżeństw – w roku 2020 zarejestrowano ich zaledwie 145 045, o 38,4 tys. mniej niż rok wcześniej, tj. ok. 21%. Mimo że urodzenia małżeńskie mają miejsce tylko w trzech czwartych ogółu urodzeń, to jednak tak niska liczba małżeństw w 2020 r. może mieć istotny wpływ na zmniejszenie się liczby urodzeń w kolejnych latach. W 2020 r. odnotowano najniższą w ostatnim dziesięcioleciu liczbę urodzeń żywych: 355 309, o niemal 20 tys., tj. o ok. 5,3%, mniej niż w roku 2019. Co do umieralności to już w drugiej połowie ostatniej dekady odnotowywano zwiększanie się liczby zgonów, jednak prawdziwy dramat nastąpił w 2020 r., kiedy to zarejestrowano aż 477 355 zgonów, o 67,7 tys., tj. o ok. 16,5%, więcej niż w roku poprzednim. Fakt ten, wobec zmniejszenia się liczby urodzeń żywych, spowodował w roku 2020 niespotykany dotychczas spadek przyrostu naturalnego ludności. Różnica między liczbą urodzeń żywych i ogólną liczbą zgonów wyniosła -122 046 i w porównaniu z rokiem poprzednim zwiększyła się o -87,2 tys. Według danych MZ wzrost umieralności wygenerowały przede wszystkim zgony, które wystąpiły w czwartym kwartale, a 43% nadwyżki stanowiły zgony na SARS-CoV-2, zwłaszcza wśród osób, u których rozpoznano choroby przewlekłe. Najwyższy relatywny wzrost odnotowano wśród osób cierpiących na choroby układu krążenia (16,69%) i cukrzycę (15,88%)⁶. Wyniki analiz zespołu prof. W. Zatońskiego, uwzględniające publikacje międzynarodowe, wskazują, że Polska jest w grupie krajów o najwyższym ryzyku zgonu z powodu COVID-19, a wyrażony w procentach przyrost umieralności ogółem – w Polsce 14,4% – jest najwyższy na świecie, przed USA⁷.

Problemy badawcze odnoszące się do wpływu pandemii COVID-19 na procesy demograficzne w Polsce

Rządowa Rada Ludnościowa pod kierunkiem prof. Zbigniewa Strzeleckiego (1949–2016) wypracowała *Założenia polityki ludnościowej Polski*, w których określiła cztery główne cele. W ich ramach przyjęto priorytetowe cele operacyjne, kierunki działań realizacyjnych, zadania szczegółowe, wskazano podmioty odpowiedzialne i źródła finansowania. W niniejszym opracowaniu jedynie zarysowano istotne z punktu widzenia zdrowia publicznego problemy badawcze dotyczące możliwego wpływu pandemii COVID-19 na realizację trzech celów głównych polityki ludnościowej, dotyczących polityki rodzinnej, senioralnej i migracyjnej. Ze względu na dramatyczny wzrost liczby zgonów, co zdecydowanie pogorszyło wskaźniki demograficzne, skupiono się szczególnie na

⁶ *Informacja o zgonach w Polsce w 2020 roku*, Ministerstwo Zdrowia, luty 2021.

⁷ W. Zatoński, *O koronawirusie wiemy, że nic nie wiemy*, „Menadżer Zdrowia”, 23.03.2021, <https://www.termedia.pl/mz/O-koronawirusie-wiemy-ze-nic-nie-wiemy,41818.html> [dostęp: 17.04.2021].

wpływie pandemii na sytuację zdrowotną ludności. Należy jednak zaznaczyć, że istnieje ścisły związek zdrowia publicznego i medycyny z możliwością realizacji pozostałych celów głównych polityki ludnościowej⁸.

Ocena wpływu pandemii COVID-19 na politykę rodzinną, w tym na określony przez RRL cel, jakim jest „Tworzenie warunków sprzyjających powstawaniu rodzin, przede wszystkim poprzez zawieranie małżeństw i realizację planów prokreacyjnych”, powinna według RRL objąć m.in. „warunki powstawania i funkcjonowania rodzin oraz problemy rozrodczości; warunki rozwoju młodego pokolenia w rodzinie; możliwości zapobiegania wykluczeniu i marginalizacji społecznej, zwłaszcza rodzin w trudnych sytuacjach”. Jest zbyt wcześnie na naukową interpretację wstępnych danych za rok 2020, ale ważne są dalsze, wielodyscyplinarne obserwacje i naukowe analizy dotyczące epidemicznych uwarunkowań planów małżeńskich i prokreacyjnych, przy czym polityka rodzinna nie może się skupiać wyłącznie na aspekcie ilościowym (wzroście dzietności). Należy także uwzględnić poprawę jakości funkcjonowania rodziny we wszystkich jej wymiarach, na kolejnych etapach cyklu życia rodziny, potrzeby zdrowotne rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji i potrzeby starszego pokolenia. Ponadto pojawiają się nowe typy i formy życia rodzinnego mogące w specyficzny sposób oddziaływać na sytuację zdrowotną rodziny⁹. Problemy zdrowotne, także związane z chorobami infekcyjnymi, mogą wywierać negatywny wpływ na wszystkie funkcje rodziny – prokreacyjną, opiekuńczą, socjalizacyjno-wychowawczą, emocjonalną, rekreacyjną i ekonomiczną. Sprostanie tym wyzwaniom leży często poza możliwościami rodziny, wymaga bowiem wcześniejszego przygotowania ze strony jej członków. Istotna jest rola władz publicznych w realizacji zbiorowych działań zaradczych obejmujących zarówno opiekę leczniczą i rehabilitacyjną, jak i promocję zdrowia, edukację zdrowotną, profilaktykę chorób i zagrożeń zdrowotnych na każdym etapie cyklu życia rodziny¹⁰.

W ocenie wpływu pandemii na politykę senioralną i kolejny cel główny polityki ludnościowej: „Tworzenie warunków sprzyjających integracji w starzejącym się społeczeństwie – zmniejszenie skali zagrożenia wykluczeniem społecznym ludzi starszych, niesamodzielných i niepełnosprawnych” należy według RRL uwzględnić m.in.: „możliwości skutecznego przeciwdziałania ubóstwu; dostępność seniorów, zwłaszcza osób niesamodzielných, do usług opieki zdrowotnej i socjalnej oraz rehabilitacji; aktywność

⁸ J. Szymborski (red.), *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012; Z. Strzelecki, E. Kowalczyk (red.), *Polska w Europie – przyszłość demograficzna*, II Kongres Demograficzny, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.

⁹ J. Szymborski, *Polityka zdrowia publicznego wobec problemów współczesnej rodziny – cele i zadania*, [w:] A. Kubów, J. Szczepaniak (red.), *Współczesne wyzwania polityki społecznej wobec rodziny*, „Prace Naukowe UE we Wrocławiu” nr 146, Wydawnictwo UE we Wrocławiu, Wrocław 2010, s. 286–307.

¹⁰ B. Balcerzak-Paradowska, J. Szymborski (red.), *Polityka rodzinna w krajach UE – wnioski dla Polski*, „Biuletyn RPO, Mat.” nr 67, BRPO, Warszawa 2009.

społeczną, w tym zatrudnienie, ludzi starszych; możliwość ograniczania dyskryminacji, przemocy oraz na zapewnienie bezpieczeństwa osobom starym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym”. Osoby z niepełnosprawnościami zostały w różny sposób dotknięte COVID-19 m.in. wskutek zwiększonego ryzyka złego rokowania samej choroby, ograniczonego dostępu do opieki podstawowej, specjalistycznej i rehabilitacji oraz niekorzystnych skutków społecznych zastosowanych restrykcji przeciwepidemicznych. Stąd istotne są badania nad opieką i transferem usług między generacjami oraz badania więzi społecznych i możliwego wzrostu napięć międzypokoleniowych. Pandemia COVID-19 w obliczu poważnych zmian struktury demograficznej ludności oraz rosnących wyzwań socjalnych w starzejącym się społeczeństwie uwypukliła potrzebę publicznej debaty na temat roli państwa i rodziny w zaspokojeniu potrzeb socjalnych osób starszych oraz wykorzystania w opiece zdrowotnej i socjalnej zaawansowanych technologii informacyjnych, komunikacyjnych, sprzętowych, diagnostycznych i terapeutycznych możliwych do zastosowania w miejscu zamieszkania¹¹. Położenie nacisku na senioralny filar polityki ludnościowej jest uzasadnione nie tylko nawarstwiający się w dobie pandemii problemami społecznymi i zdrowotnymi doświadczanymi przez ludzi starszych, ale również możliwością aktywnego uczestnictwa w rozpoczętej w bieżącym roku Dekadzie Zdrowego Starzenia ogłoszonej przez ONZ. Dekada kładzie nacisk na konieczność fundamentalnych zmian nie tylko w podejmowanych przez nas działaniach, lecz także w sposobie myślenia o starzeniu się. Dekada zajmuje się czterema obszarami działań, które są ważne także dla Polski, dziś i w przyszłości: 1) środowiska fizyczne, społeczne i ekonomiczne przyjazne osobom starszym; 2) zwalczanie stereotypów, uprzedzeń i dyskryminacji wobec osób starszych; 3) zintegrowana opieka medyczna w zakresie profilaktyki, diagnostyki, leczenia, rehabilitacji, dostępu do leków, opieki stomatologicznej, nowych technologii; 4) opieka długoterminowa umożliwiająca godne życie osobom niesamodzielnym¹².

„Określenie zasad i kierunków polityki migracyjnej Polski” to cel polityki ludnościowej, z ustalonymi przez RRL priorytetami: „możliwości utrzymywania więzi z rodzinami i Polakami przebywającymi za granicą i w kraju w dużych odległościach w kontekście zróżnicowanej sytuacji epidemicznej; przestrzennej (regionalnej) i zawodowej orientacji dotyczącej obszarów i struktury wyjazdów zarobkowych, z uwzględnieniem sytuacji epidemicznej na lokalnych rynkach pracy; możliwości realizacji postulatów dotyczących imigracji zawartych w dokumencie «Polityka Migracyjna Polski», w tym dotyczących reemigracji, repatriacji, uchodźców, migracji edukacyjnych, w tym

¹¹ J. Szymborski, *Zdrowie publiczne i polityka senioralna*, [w:] B. Kłos, P. Russel (red.), *Przemiany demograficzne w Polsce i ich społeczno-ekonomiczne konsekwencje*, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2016, s. 221–262.

¹² UN Resolution A/75/L.47 *United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030)*, Seventy-fifth United Nations General Assembly, Dec 8, 2020, United Nations, New York 2020.

w zakresie studiów wyższych za granicą; emigracji krajowego i imigracji zewnętrznego personelu medycznego”. Zagadnienia migracji w całej swej palecie – emigracji, reemigracji/repatriacji, imigracji – powinny być istotnym obszarem zainteresowania zdrowia publicznego, jednak w praktyce polityki migracyjne wielu krajów nie odnoszą się do społecznych determinantów migracji i zdrowia i pomijają konieczność traktowania migracji jako ważnego obszaru zainteresowania zdrowia publicznego, daleko wykraczającego poza problematykę zdrowotnych zagrożeń transgranicznych¹³. W dyskusji nad dokumentami dotyczącymi polityki migracyjnej Polski na konferencjach zorganizowanych przez RRL 14 stycznia 2019 r. oraz 25 czerwca 2019 r. podkreślano, że bez uwzględnienia i sprecyzowania roli zdrowia publicznego w obrębie polityki migracyjnej nie będzie możliwe zrealizowanie priorytetów społeczno-gospodarczych polityki migracyjnej przyjętych przez Radę Ministrów w dniu 23 marca 2018 r. W obecnej sytuacji epidemiologicznej istotnym problemem dla SOZ i sytuacji zdrowotnej ludności Polski może być emigracja lekarzy i personelu medycznego. Dlatego wskazane jest pilne podjęcie analiz badawczych w tym zakresie i zaproponowanie stosownych środków zaradczych. W przypadku imigracji zarobkowej chodzi nie tylko o bezpieczeństwo i higienę pracy, zapobieganie wypadkowości i urazom, o dostęp do profilaktyczno-leczniczej opieki zdrowotnej, w tym do szczepień ochronnych, lecz także o możliwości i warunki (w tym etyczne) imigracji fachowego personelu medycznego.

Odnosnie do celu polityki ludnościowej „Poprawa stanu zdrowia ludności i ograniczanie umieralności” w ostatniej, z początku 2016 r., wersji *Założeń Polityki Ludnościowej* RRL określiła siedem priorytetowych obszarów działań: „poprawa opieki profilaktyczno-leczniczej nad matką i dzieckiem oraz młodzieżą szkolną; ograniczenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia; oraz z powodu chorób nowotworowych; poprawa jakości żywienia i aktywności fizycznej społeczeństwa; zdrowie psychiczne; profilaktyka i zwalczanie zakażeń i chorób infekcyjnych; oraz promocja zdrowia jako strategia rozwiązywania współczesnych problemów zdrowotnych”. W świetle napływających doniesień naukowych z całego świata, także danych na temat umieralności w Polsce przedstawionych w tej pracy oraz specyficznych dla naszego kraju wyzwań zdrowotnych i społeczno-demograficznych, wydaje się konieczne uszczegółowienie i uzupełnienie istotnych dla polityki ludnościowej problemów badawczych w dziedzinie zdrowia publicznego. Ich lista przedstawiona w tabeli 2 nie stanowi katalogu

¹³ I. Abubakar, R.W. Aldridge, D. Devakumar, M. Orcutt, R. Burns, M.L. Barreto, P. Dhavan, F.M. Fouad, N. Groce, Y. Guo, S. Hargreaves, M. Knipper, J. J. Miranda, N. Madise, B. Kumar, D. Mosca, T. McGovern, L. Rubenstein, P. Sammonds, S.M. Sawyer, K. Sheikh, S. Tollman, P. Spiegel, C. Zimmerman, on behalf of the UCL–Lancet Commission on Migration and Health, *The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move*, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7) [dostęp: 12.12.2018].

zamkniętego, zmienia się w miarę uzyskiwania nowych danych naukowych, a miejsce w zestawieniu nie jest tożsame z hierarchią ważności. Wszystkie problemy badawcze w dziedzinie zdrowia publicznego są komplementarne do tych widzianych z perspektywy medycyny, jednak analiza ściśle medycznych problemów i pytań badawczych wymaga osobnego omówienia.

Tabela 2. Uszczegółowienie i uzupełnienie problemów i pytań badawczych w zakresie zdrowia publicznego oraz opieki medycznej istotnych dla polityki ludnościowej

Lp.	Problemy badawcze w zakresie zdrowia publicznego
1.	Jakość przekazu kierowanego do społeczeństwa na tematy związane z pandemią przez kanały oficjalne, przedstawiciele zawodów medycznych, środki masowego przekazu, media społecznościowe.
2.	Skuteczność stosowanych metod przekazu informacji służących budowaniu zaufania społecznego oraz obalaniu mitów, spiskowych teorii, przeciwdziałaniu rozpowszechnianiu opinii o procedurach leczniczych nieopartych badaniami naukowymi; zjawisko <i>infodemii</i> .
3.	Określenie roli i stworzenie warunków rozwoju edukacji zdrowotnej i pedagogiki zdrowia dla budowania świadomości zdrowotnej (alfabetyzacja zdrowotna) w całym cyklu życia oraz w celu skutecznego ograniczenia zjawiska <i>infodemii</i> .
4.	Ocena jakości dotychczas stosowanych metod budowania zaufania społecznego do szczepień i szczepionek, sposobów reakcji na aktywność ruchów antyszczepionkowych oraz ocena procedur związanych z niepożądanymi odczynami poszczepiennymi, w tym ich zgłaszalności i zaspokajania roszczeń pacjentów.
5.	Badania dla ustalenia, czy odporność na SARS-CoV-2 poszczepienna i po zakażeniu jest pełna czy częściowa, trwała czy tymczasowa, jaki jest jej mechanizm i jak najlepiej ją mierzyć.
6.	Skuteczność pozafarmakologicznych procedur profilaktycznych (w tym: maseczki, dystans fizyczny, higiena rąk, testy, izolacja, śledzenie kontaktów, kwarantanna, ograniczenia dotyczące zgromadzeń) i ocena skutków zdrowotnych naruszania tych procedur.
7.	Ocena możliwości przenoszenia SARS-CoV-2 z matki na dziecko w okresie prenatalnym, okołoporodowym lub poporodowym oraz wpływ infekcji COVID-19 podczas ciąży na rozwój płodu i stan zdrowia noworodka.
8.	Ryzyko rozprzestrzeniania się infekcji na starszych członków rodziny i osoby dorosłe, w tym opiekunów, nauczycieli), przez dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym.
9.	Wpływ pandemii COVID-19 na stopień i jakość realizacji programów profilaktyki chorób i zagrożeń zdrowotnych adresowanych do poszczególnych grup ludności.
10.	Wpływ na rozwój, kondycję fizyczną i psychiczną dzieci i młodzieży, wszelkich okoliczności związanych z wprowadzonymi ogólnokrajowymi procedurami profilaktycznymi i obostrzeniami, w tym z zamknięciem placówek oświatowo-wychowawczych. Metody rewitalizacji zachowań sprzyjających zdrowiu.
11.	Ocena podatności na infekcje różnych grup społecznych pod względem cech biologicznych (wiek, płeć), statusu rodzinnego i zawodowego, typu mobilności dziennej itp., także w wymiarze terytorialnym i w związku z cechami środowiska naturalnego i antropogenicznego (zmienność klimatyczno-fenologiczna, bioklimatologia człowieka, wpływ pogody i topoklimatu, np. cyrkulacja powietrza, zjawiska smogowe i in.).
12.	Analiza ewentualnego wpływu SARS-CoV-2 na potencjał prokreacyjny mężczyzn i kobiet.

Lp.	Problemy badawcze w zakresie zdrowia publicznego
13.	Dyspanseryzacja ozdrowieńców w celu zbadania możliwych, odległych następstw zdrowotnych i społecznych COVID-19 oraz w celu wyboru efektywnych metod zaradczych.
14.	Analiza porównawcza przebiegu, skuteczności metod profilaktyki i postępowania leczniczego u osób zakażonych SARS-CoV-2 oraz osób chorujących na inne, znane choroby wirusowe.
15.	Skuteczność i bezpieczeństwo metod profilaktyki zakażeń z zastosowaniem osocza rekonwalescentów, przeciwciał monoklonalnych i szczepionek, na poziomie indywidualnym i populacyjnym.
16.	Ocena rozpowszechnienia w okresie pandemii i po jej wygaśnięciu głównych czynników ryzyka (tytoń, niska aktywność fizyczna, nadwaga i otyłość, niska świadomość zdrowotna) ze szczególnym uwzględnieniem alkoholu.
17.	Stopień upowszechnienia w okresie pandemii zmodyfikowanych zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, w tym resuscytacji krążeniowo-oddechowej i zewnętrznej automatycznej defibrylacji oraz ocena ich skuteczności i bezpieczeństwa;
18.	Problem dyspersji i dyfuzji przestrzennej związanej z rozpoznaniem mechanizmów i sposobów geograficznego rozprzestrzeniania się SARS-CoV-2 i innych chorób zakaźnych, w tym np. oddziaływania tzw. ognisk zakaźnych, kanałów transmisji itd., co może mieć duże znaczenie we wprowadzeniu racjonalnych i efektywnych sposobów ograniczania mobilności na określonych obszarach (terytorializacja polityki przeciwepidemicznej).
19.	Rozwiązania infrastrukturalne, urbanistyczne i architektoniczne (np. kwestia klinów nawietrzających w miastach i wentylacji pomieszczeń).
20.	Racjonalność i efektywność usług medycznych, profilaktycznych i in., w tym problem optymalnej organizacji przestrzennej i lokalizacji obiektów medycznych różnego typu, ważna z powodu silnych różnicowań międzyregionalnych między podażą tych usług a popytem na nie (także w związku ze spodziewanymi silnymi przeobrażeniami struktury demograficznej i osadniczej w Polsce).
21.	Monitoring epidemii: prowadzenie wyczerpujących i rzetelnych (ale zanonimizowanych) baz danych o pacjentach, pozwalających na monitoring zakażeń pod względem zakaźności w różnych grupach biologicznych, społeczno-zawodowych, terytorialnych itp., pozwalający skutecznie i efektywnie (selektywnie) reagować na rozwój sytuacji, także pod względem syndemicznym.
22.	Problem rozprzestrzeniania się wirusa w rodzinach wielopokoleniowych w kontekście zachowania dystansu społecznego, jak i potrzeb związanych ze spójnością rodzin oraz wzajemną pomocą międzypokoleniową.
23.	Ocena socjologiczna zjawisk demograficznych i społecznych związanych z pandemią COVID-19, w tym opieki i transferu usług między generacjami, więzi społecznych i możliwego wzrostu napięć międzypokoleniowych, skłonności do emigracji w sytuacji braku pracy oraz spodziewanych bankructw gospodarstw domowych.
24.	Pogłębiona ocena programów kształcenia w dziedzinie zdrowia publicznego pod kątem przygotowania do zapobiegania i zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych; ocena miejsca i roli tysięcy absolwentów kierunku zdrowie publiczne w opanowaniu epidemii COVID-19.
25.	Analiza nakładów finansowych Narodowego Centrum Nauki (NCN) i Ministerstwa Zdrowia na badania naukowe dotyczące różnych aspektów COVID-19, innych zakażeń, chorób zakaźnych i infekcyjnych pod kątem równoważnego traktowania badań w dziedzinie zdrowia publicznego w porównaniu z medycyną naprawczą.
26.	Analiza korzyści, także w odniesieniu do ludzi w starszym wieku, upowszechnienia „podejścia syndemicznego” w profilaktyce i leczeniu COVID-19.

Lp.	Problemy badawcze w zakresie zdrowia publicznego
27.	Problem zapewnienia odpowiedniej obsługi społeczno-medycznej osób starszych, które zamieszkują peryferyjne obszary wiejskie, oraz ochrony przed zakażeniem osób starszych w obszarach o najbardziej intensywniej codziennej aktywności w centrach większych miast.
28.	Przejrzystość i sprawiedliwość w dostępie do środków ochrony osobistej, szczepionek i leków na COVID-19 oraz przeciwdziałanie zjawiskom korupcyjnym. Sposób finansowania i dostępność świadczeń opieki medycznej pod kątem nierówności w zdrowiu w celu opracowania działań na rzecz zmniejszenia tych nierówności.
29.	Wielodyscyplinarne analizy jakości prawa w podstawowych jego funkcjach: normatywnej, zarządczej i orzeczniczej w obszarze systemu ochrony zdrowia (zdrowie publiczne, w tym promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, profilaktyka pierwotna, wtórna i trzeciorzędowa; diagnostyka laboratoryjna, w tym mikrobiologiczna; restytucja zdrowia – leczenie i rehabilitacja, organizacja; finansowanie; personel medyczny i paramedyczny) w celu wypracowania niezbędnych korekt i uzupełnień, ważnych z punktu widzenia efektywnego zwalczania zagrożeń epidemicznych.
30.	Możliwość redefinicji podejścia do chorób infekcyjnych w zmodyfikowanym krajowym systemie ochrony zdrowia ze stworzeniem realnych warunków do harmonijnego funkcjonowania zdrowia publicznego (m.in. przez zapewnienie krajowego przywództwa w dziedzinie zdrowia publicznego – <i>leadership</i>), solidnej legislacji i strukturalnego powiązania opieki społecznej ze zdrowiem.
31.	Rozwój badań naukowych w obszarze zdrowia publicznego, w tym chorób o podłożu infekcyjnym, w kontekście realizacji zadań wynikających z Agendy 2030.
32.	Jakość wypełniania kart zgonów osób zmarłych na COVID-19 i kompleksowa analiza przyczyn nadmiernej umieralności z powodu COVID-19 i chorób towarzyszących.
33.	Ocena porównawcza działań przeciwepidemicznych podejmowanych przez poszczególne kraje, w tym w zakresie wprowadzania ograniczeń i ich znoszenia, z punktu widzenia zdrowia, gospodarki, życia społecznego i praw człowieka.
34.	Ocena współpracy międzynarodowej na rzecz zwalczania COVID-19: dwustronnej, w ramach UE, ze Światową Organizacją Zdrowia i wnioski na przyszłość.
Lp.	Wybrane problemy badawcze w zakresie opieki medycznej
35.	Randomizowane oceny skuteczności i bezpieczeństwa stosowanych procedur leczniczych u osób z objawami COVID-19 leczonych ambulatoryjnie w celu zapobieżenia SARS.
36.	Randomizowane oceny skuteczności i bezpieczeństwa stosowanych procedur leczniczych u osób hospitalizowanych z powodu ciężkiego, ostrego zespołu zaburzeń oddychania.
37.	Identyfikacja markerów ryzyka śmiertelności na COVID-19 – poza wiekiem i chorobami współistniejącymi.
38.	Analiza skuteczności i bezpieczeństwa różnych metod tlenoterapii nieinwazyjnej, pozaustrojowego utlenowania krwi (ang. <i>extracorporeal membrane oxygenation</i> , ECMO), leczenia przy użyciu respiratora osób chorych na SARS.
39.	Skuteczność i bezpieczeństwo zmodyfikowanych zasad udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz ocena funkcjonowania w dobie COVID-19 kluczowych podmiotów systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (Zespoły Ratownictwa Medycznego, Szpitalne Oddziały Ratunkowe, system powiadamiania).
40.	Analiza sercowo-naczyniowych konsekwencji zakażenia COVID-19, w tym ryzyka dla osób ze współistniejącym nadciśnieniem tętniczym i ryzyka uszkodzenia mięśnia sercowego.

Lp.	Wybrane problemy badawcze w zakresie opieki medycznej
41	Badanie ryzyka bezpośredniego zajęcia ośrodkowego układu nerwowego i zapalenia mózgu wywołanego przez COVID-19 oraz długotrwałych objawów neuropsychiatrycznych w zespole po COVID-19.
42	Analiza ryzyka związanego z zakażeniem SARS-CoV-2 u pacjentów z obniżoną odpornością, np. w trakcie leczenia raka.
43	Analiza ryzyka przeniesienia wirusa w czasie wykonywania procedur medycznych generujących aerozole (większość zabiegów małoinwazyjnych), a także konieczność stosowania środków ochrony oczu i środków ochrony indywidualnej.
44	Analiza częstości występowania i znaczenia schorzeń oczu u pacjentów z COVID-19 oraz ryzyka przeniesienia zakażenia tą drogą.
45	Badanie wpływu pandemii COVID-19, koniecznych restrykcji i spowolnienia gospodarczego na kondycję psychiczną pacjentów, personelu medycznego i poszczególnych grup ludności.
46	Analiza konsekwencji COVID-19 dla możliwości pełnej realizacji wszystkich zadań opieki zdrowotnej (opieka podstawowa, specjalistyczna ambulatoryjna, szpitalna, rehabilitacyjna), w tym problemy organizacyjne, logistyczne, kadrowe, finansowe.
47	Analiza możliwości rozwoju medycyny precyzyjnej opartej na badaniach genetycznych wskazujących, że przyczyną COVID-19 nie jest identyczny genetycznie wirus RNA, ale ewoluujący patogen z wieloma mutacjami, liniami i wariantami. Warianty te można zidentyfikować za pomocą sekwencjonowania genetycznego i mogą mieć różny wpływ na przenoszenie, antygenowość i zjadliwość.
48	Analiza konsekwencji COVID-19 dla kształcenia przed- i podyplomowego lekarzy, pielęgniarek, diagnostów i pozostałego personelu ochrony zdrowia.
49	Analiza dostępności i efektywności teleopieki i możliwości jej rozwoju.
50	Rozwój badań naukowych oraz nowoczesnych metod diagnostyki i terapii chorób o podłożu infekcyjnym (infrastruktura, kadry, legislacja, finansowanie), w obrębie medycyny i dziedzin współdziałających w innych sektorach.

Źródło: Opracowanie własne.

Dyskusja

Kształtowanie się procesów demograficznych w pożądanym z punktu widzenia rozwoju kraju kierunku wymaga skoordynowanych działań w obrębie wszystkich polityk publicznych, jednak rola polityki zdrowia publicznego bywa pomijana w debatach i opracowaniach dotyczących demografii. Pandemia COVID-19 uzmysławia, iż jednym z filarów polityki ludnościowej jest poprawa stanu zdrowia społeczeństwa i ograniczanie umieralności. O ile pełna ocena wpływu pandemii na wskaźniki urodzeń i ruch wędrowny będzie możliwa w nieco późniejszym czasie, o tyle nie ulega wątpliwości, że wzrost liczby zgonów jest dziś podstawową przyczyną dramatycznego spadku przyrostu naturalnego. Dane GUS, MZ i publikowane wyniki analiz badawczych powinny skłaniać do

rozważań na temat przyczyn tak dużego wzrostu umieralności w Polsce i innych krajach naszego regionu w trakcie drugiej i trzeciej fali pandemii – sześć z dziesięciu krajów o najwyższej w świecie umieralności sytuuje się w Europie Środkowej i Wschodniej¹⁴.

Z jednej strony nadwyżkę zgonów w Polsce można tłumaczyć gorszą niż w krajach zachodnich kondycją zdrowotną ludności¹⁵. W tym kontekście celowe wydaje się traktowanie COVID-19 jako syndemii interakcji biologicznych i społeczno-ekologicznych. Syndemia oznacza jednoczesowe, epidemiczne występowanie chorób przewlekłych niezakaźnych i chorób infekcyjnych, addytywne interakcje między nimi przy niekorzystnym wpływie czynników społecznych, demograficznych i środowiskowych¹⁶. Przyjęcie tej koncepcji może mieć istotne znaczenie dla opanowania COVID-19 oraz jej następstw zdrowotnych i społecznych, ukazuje bowiem znacznie szerszy kontekst działań niż tylko kontrolę epidemii i leczenie pacjentów z ciężkim, ostrym zespołem zaburzeń oddychania¹⁷. Zrozumienie i zastosowanie podejścia syndemicznego może być szczególnie korzystne w polskich warunkach, ze względu na specyfikę problemów zdrowotnych i cechy demograficzne, w tym charakterystykę polskiej starości. Starość w naszym kraju, poza feminizacją, singularyzacją i niską aktywnością społeczną, cechują wysokie wskaźniki wielochorobowości, niesprawności i zespołu kruchości. Według danych MZ aż 94% nadwyżki liczby zgonów w 2020 r. dotyczyło osób powyżej 60. roku życia. Badania J. Lee, S. Lau, E. Meijer, P. Hu, wykazały w dekadzie 2004–2014 różnorodne trendy czasowe występowania niesprawności umiarkowanej i zaawansowanej w kilkunastu krajach europejskich. Między najgorzej i najlepiej ocenianym krajem w 2004 r. oraz w 2014 r. odnotowano różnicę odpowiednio trzyipół- i prawie trzykrotną w grupie wieku 60+ oraz jedenasto- i sześciokrotną w grupie wieku 80+¹⁸. W każdym zestawieniu najgorszą pozycję zajęła Polska, co potwierdza dotychczasową wiedzę, iż wchodzimy w okres starości z gorszym niż ludność krajów zachodnich stanem zdrowia, a sposób reakcji na pierwsze oznaki niesprawności jest nieadekwatny do potrzeb. Tak znaczne różnice między Polską a wieloma innymi krajami UE pokazują, że oprócz leczenia i rehabilitacji potrzebne są systemowe działania w zakresie promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej, prewencji zagrożeń zdrowotnych i chorób, opieki długoterminowej i opieki społecznej. Tych zagadnień dotyczą liczne, zestawione w tym opracowaniu, propozycje analiz badawczych.

¹⁴ *COVID-19: building a stronger Europe*, s. 1157, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00720-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00720-0) [dostęp: 10.04.2020].

¹⁵ B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *op. cit.*, s. 15–202 oraz s. 517–534.

¹⁶ A.C. Tsai, E. Mendenhall, J.A. Trostle, I. Kawachi, *Co-occurring epidemics, syndemics, and population health*, s. 978–982, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30403-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30403-8) [dostęp: 11.04.2020].

¹⁷ R. Horton, *COVID-19 is not a pandemic*, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6) [dostęp: 05.10.2020].

¹⁸ J. Lee, S. Lau, E. Meijer, P. Hu, *Living Longer, With or Without Disability? A Global and Longitudinal Perspective*, „J Gerontol A Biol Sci Med Sci” 75, 2020, nr 1, s. 162–167.

W dobie pandemii COVID-19 okazało się, że oprócz zaangażowania całego systemu ochrony zdrowia i wszystkich struktur państwowych kluczową rolę w rozwiązywaniu realnych problemów w zwalczaniu choroby odgrywa indywidualna i zbiorowa gotowość obywateli do rozumienia i przestrzegania zasad ochrony przed transmisją wirusa (stosowanie maseczek, higiena osobista, ograniczenia kontaktu fizycznego, zakazy uczestniczenia w zgromadzeniach masowych, limity spotkań grupowych, zdalne nauczanie, poddawanie się testowaniu, przestrzeganie kwarantanny i izolacji, a także np. częstsze korzystanie z zakupów przez internet itp.). Ważną rolę odgrywa przekazywanie społeczeństwu takich informacji, które są zrozumiałe, przejrzyste, spójne, wolne od hurraoptymizmu, pozbawione cech stygmatyzacji grup ludzi, dochowujące standardów pedagogiki zdrowia, dzięki czemu mogą być skuteczniej, z większą ufnością absorbowane przez większość ludzi. W tym kontekście szczególną uwagę należy zwrócić na fundamentalne znaczenie edukacji zdrowotnej w rozwijaniu świadomości zdrowotnej (alfabetyzacja zdrowotna – ang. *health literacy*). Edukacja zdrowotna jest obecna w kolejnych edycjach podstaw kształcenia w naszych placówkach oświatowo-wychowawczych, jednak pojawiają się poważne wątpliwości co do rzeczywistej skali wprowadzania treści zdrowotnych i co do właściwości stosowanych metod dydaktycznych¹⁹. Proces alfabetyzacji zdrowotnej rozwijany w przedszkolu i szkole, doskonalony na studiach i w miejscu pracy, będący podstawowym warunkiem aktywnej, zdrowej, twórczej starości powinien być prowadzony trójwymiarowo. Wymiar informacyjny jest tożsamy z oświatą zdrowotną i obejmuje dostarczanie wiedzy o zdrowiu, jego zagrożeniach i możliwościach zachowania i ochrony zdrowia. Wymiar czynnościowy, tożsamy z wychowaniem zdrowotnym, dotyczy nabywania i rozwijania w życiu codziennym zachowań, które są korzystne dla zdrowia. Wymiar motywacyjny obejmuje takie pobudzanie aktywności uczestników na rzecz zdrowia, by wyzwolić w nich satysfakcję z „bycia zdrowym”, wewnętrzną potrzebę utrzymania zdrowia oraz zainteresowanie sposobami podnoszenia jego stanu. Niestety pandemia COVID-19 już w pierwszych miesiącach trwania ujawniła na całym świecie zjawisko upowszechniania się we wszystkich dostępnych mediach – nie tylko społecznościowych – wielu sprzecznych, fragmentarycznych lub fałszywych informacji zdrowotnych²⁰. To szkodliwe zjawisko zyskało nazwę infodemii. Dlatego potrzeba rozwoju świadomości zdrowotnej poprzez powszechną edukację zdrowotną jest jeszcze bardziej aktualna niż kiedykolwiek. Problem niepełnej świadomości zdrowotnej zaostrza się wówczas, gdy przedwczesne, niekompletne, a nawet mylne informacje wpływają ze

¹⁹ J. Szymborski, *Pedagogika zdrowia – współczesne cele*, [w:] M. Szyszkowska (red.), *Mistrzowie, Pedagodzy, Nauczyciele*, Wszechnica Polska Szkoła Wyższa w Warszawie, Warszawa 2020.

²⁰ J. Zarocostas, *How to fight an infodemic. WHO's newly launched platform aims to combat misinformation around COVID-19*, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X) [dostęp: 10.05.2020].

środowiska medycznego lub zarządczego²¹. W Polsce doświadczyliśmy takich zjawisk przed dekadą, w trakcie epidemii wywołanej przez wirusa grypy AH1N1, co stało się paliwem dla gwałtownego rozwoju ruchów antyszczepionkowych²².

Z drugiej strony przyczyną zwiększenia umieralności może być relatywna słabość systemu ochrony zdrowia. W Polsce, podobnie jak w wielu innych krajach, występują złożone, często sprzeczne, wzajemne relacje między pacjentem, lekarzem, płatnikiem i właścicielem. Polską specyfiką jest jednak niska pozycja zdrowia publicznego, promocji zdrowia/edukacji zdrowotnej w SOZ, często marginalna pozycja zdrowia w innych politykach publicznych, niedostateczne powiązanie z opieką społeczną, a także niedostatki w koordynacji działań międzyresortowych i wewnątrz SOZ oraz w myśleniu strategicznym, pojmującym wydatki na zdrowie jako inwestycję w przyszłość²³. Pojawiają się dane co do negatywnego wpływu COVID-19 na możliwość pełnej realizacji wszystkich zadań opieki zdrowotnej (podstawowej, specjalistycznej, szpitalnej i rehabilitacyjnej), co dotyczy w szczególności osób starszych. Z informacji MZ dla sejmowej komisji polityki senioralnej wynika, że w 2020 r. odsetek porad dla seniorów powyżej 65. roku życia zmniejszył się o ok. 5% w podstawowej opiece zdrowotnej, o ok. 6,5% w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i o ok. 30% w zakresie geriatrii²⁴. Obecnie nasuwa się potrzeba pogłębionej oceny funkcjonowania SOZ w warunkach epidemicznych, przede wszystkim w celu wyciągnięcia wniosków i lepszego przygotowania się na kolejne tego typu wyzwania. Biorąc pod uwagę proces starzenia się ludności w Polsce, wydaje się, że pandemia COVID-19 przynosi kolejny ważki argument za koniecznością traktowania opieki społecznej jako istotną składową systemu ochrony zdrowia. W 1960 r. bezpartyjny Minister Zdrowia prof. Rajmund Barański (1894–1971) doprowadził do włączenia opieki społecznej do Ministerstwa Zdrowia, lecz w 1999 r. z chwilą rozpoczęcia reformy SOZ opieka społeczna została „wyprowadzona” z tego resortu. Nie można wykluczyć, że odizolowanie zdrowia od opieki społecznej wywiera istotny wpływ na występowanie negatywnych zjawisk w funkcjonowaniu SOZ opisywanych w ostatnim dwudziestoleciu²⁵. Wielodyscyplinarne analizy jakości prawa w podstawowych jego funkcjach – normatywnej, zarządczej

²¹ S. D. Halpern, MD, R.D. Truog, F.G. Miller, *Cognitive Bias and Public Health Policy During the COVID-19 Pandemic*, *JAMA*. 2020;324(4):337-338. doi:10.1001/jama.2020.11623 [dostęp: 13.07.2020].

²² A. Dmochowski, *Afera grypowa*, Prohibita, Warszawa 2015.

²³ M. Gujski, W.P. Kalbarczyk, A. Ścibek, Z. Tytko, Raport „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje”, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.

²⁴ Sejmowa Komisja Polityki Senioralnej, posiedzenie nr 15, 13 kwietnia 2021 r., pełny zapis przebiegu posiedzenia, Kancelaria Sejmu, Biuro Komisji Sejmowych, <https://orka.sejm.gov.pl/zapisy9.nsf/0/7B3875BEABC8313FC12586BF0031F975/%24File/0115309.pdf> [dostęp: 08.07.2021].

²⁵ J. Szymborski (red.), *Raport o korespondencji i kontaktach...*; W.A. Zatoński, K. Janik-Koncewicz, M. Zatoński, A. Wojtyła, *Pogorszenie stanu zdrowia Polaków po 2002 r. Epidemia zgonów alkoholowych*, „Menedżer Zdrowia” 2020, s. 7–8 oraz 118–123; W.A. Zatoński, *One hundred years of health in Poland*, „J Health Inequal” 5, 2019, nr 1, s. 11–19.

i orzeczniczey w obszarze systemu ochrony zdrowia – mogą ułatwić wypracowanie niezbędnych korekt i uzupełnień, ważnych z punktu widzenia funkcjonowania SOZ i efektywnego zwalczania zagrożeń epidemicznych. Chodzi m.in. o zapewnienie krajowego przywództwa w dziedzinie zdrowia publicznego (*leadership*) i strukturalnego powiązania opieki społecznej ze zdrowiem. RRL w ramach konsultacji ustawy o zdrowiu publicznym w 2015 r. przedstawiła uwagi m.in. w kwestii usytuowania kluczowej dla powodzenia tego przedsięwzięcia instytucji Pełnomocnika Rządu ds. Zdrowia Publicznego i dookreślenie zadań Pełnomocnika, w tym w zakresie dysponowania Funduszem Zdrowia Publicznego (RRL/00021-6/2015). Postulaty te nie zostały uwzględnione, jednak obecnie uzasadnione wydaje się przeprowadzenie oceny przydatności przepisów ustawy o zdrowiu publicznym i Narodowego Programu Zdrowia w ich obecnym kształcie do zapobieżenia i do sprostania tak destrukcyjnym zjawiskom jak pandemia COVID-19. W zrozumieniu specyfiki przebiegu pandemii, wyborze metod zapobiegających kolejnym falom zakażeń SARS-CoV-2, a także w odpowiednim przygotowaniu społeczeństwa na podobne wyzwania w przyszłości istotną rolę mają do odegrania międzynarodowe, interdyscyplinarne, wykraczające poza sferę medyczną debaty naukowe i prace analityczno-badawcze. Wyniki dyskusji i opracowań naukowych mogą pomóc w urzeczywistnieniu ambitnego, globalnego celu – „COVID-19: niech to będzie ostatnia pandemia”²⁶. W tym kontekście na podkreślenie zasługuje inicjatywa Instytutu Nauk Ekonomicznych na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, który wspólnie z Urzędem Statystycznym we Wrocławiu zorganizował w dniach 20–21 maja 2021 r. piątą edycję Międzynarodowej Konferencji Naukowej Zdrowie i Style Życia z tematyką poświęconą ekonomicznym, społecznym i zdrowotnym skutkom pandemii we współczesnym świecie²⁷. Poprzednie wielodyscyplinarne edycje tej konferencji poświęcone różnym aspektom stylu życia oraz socjoekologicznym i biomedycznym uwarunkowaniom zdrowia w ujęciu regionalnym, krajowym i globalnym wniosły istotny wkład teoretyczny i praktyczny w dziedzinie zdrowia publicznego²⁸.

²⁶ The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, *COVID-19: make it the last pandemic*, https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf [dostęp: 12.05.2021]. Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, *How an outbreak became a pandemic. The defining moments of the COVID-19 pandemic*, https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/How-an-outbreak-became-a-pandemic_final.pdf [dostęp: 12.05.2021].

²⁷ <https://wicl.uni.wroc.pl/index.php/pl/> [dostęp: 05.04.2021].

²⁸ W. Nowak, K. Szalonka (red.), *Zdrowie i style życia: wyzwania ekonomiczne i społeczne*, E-Wydawnictwo, Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2019, DOI: [10.34616/23.19.108](https://doi.org/10.34616/23.19.108); W. Nowak, K. Szalonka (red.), *Zdrowie i style życia. Determinanty długości życia*, E-Wydawnictwo, Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2020, DOI: [10.34616/23.20.106](https://doi.org/10.34616/23.20.106).

Zakończenie

Wstępne analizy badawcze wskazują na negatywne następstwa pandemii COVID-19 dla kształtowania się procesów demograficznych w Polsce. Badania te powinny być kontynuowane w trakcie i po ustąpieniu infekcji, w celu określenia uwarunkowań tego wpływu na plany prokreacyjne, sytuację osób starszych, procesy migracyjne oraz w celu podjęcia stosownych kroków zaradczych. Ze względu na dramatyczny wzrost umieralności szczególnego zainteresowania wymagają działania w sektorze zdrowia i powiązanych polityk publicznych. Wydaje się, że wyostrzone przez pandemię COVID-19 spojrzenie na systemy ochrony zdrowia na świecie jest mocno uzasadnione rozpowszechnieniem starych i nowych czynników ryzyka oraz zobowiązaniami zrównoważonego rozwoju na rzecz współczesnych i przyszłych pokoleń²⁹. Wiele globalnych problemów związanych z zagrożeniami epidemicznymi, zdrowiem publicznym i funkcjonowaniem SOZ znanych jest od lat. Pandemia COVID-19 jedynie uwypukliła te problemy, nadając jednocześnie aktualność i nagły charakter niezbędnym działaniom zaradczym, co w odniesieniu do Polski jest uwarunkowane specyfiką przemian społeczno-demograficznych, niezadowolającą sytuacją zdrowotną ludności i niedostatkami w funkcjonowaniu SOZ. Zwiększająca się populacja ludzi w podeszłym wieku w stosunku do populacji osób w wieku produkcyjnym, wielochorobowość, niepełnosprawność i niesamodzielność, utrzymujące się nierówności zdrowotne, nadmierna zachorowalność i umieralność z powodu chorób, którym można skutecznie zapobiegać, to tylko niektóre problemy stojące przed polskim systemem ochrony zdrowia w nadchodzących latach. Sprostanie wyzwaniom przyszłości będzie wymagało większego skupienia się na promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej i zapobieganiu chorobom oraz na skoordynowanych wysiłkach na rzecz rozwiązania licznych czynników społecznych, środowiskowych i ekonomicznych, które leżą u podstaw złego stanu zdrowia i nierówności zdrowotnych. Głównym priorytetem SOZ będzie łagodzenie bezpośrednich i długofalowych skutków zdrowotnych pandemii COVID-19, ale system będzie też musiał wzmocnić swą zdolność do ograniczania negatywnego wpływu wielu innych czynników ryzyka, w tym narastającej lekooporności, oraz do funkcjonowania w zmieniającym się otoczeniu społeczno-gospodarczym.

Podziękowania

Składam uprzejme podziękowanie Głównemu Urzędowi Statystycznemu – Pani Dyrektor Dorocie Szałtys i Pani Małgorzacie Cierniak-Piotrowskiej – za udostępnienie

²⁹ Organizacja Narodów Zjednoczonych, Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne w dniu 25 września 2015 r., *Przekształcamy nasz świat: Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030*, A/RES/70/1.

informacji o ruchu naturalnym i migracjach za 2020 r. Pani dr hab. Marioli Raclaw z Instytutu Stosowanych Nauk Społecznych Uniwersytetu Warszawskiego, Panu prof. dr. hab. Przemysławowi Śleszyńskiemu z Instytutu Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania PAN oraz Panu prof. dr. hab. Witoldowi Zatońskiemu z Akademii Kaliskiej i Fundacji Promocja Zdrowia gorąco dziękuję za cenne uwagi i uzupełnienia dotyczące wykazu problemów badawczych.

Bibliografia

Literatura

- Balcerzak-Paradowska B., Szymborski J. (red.), *Polityka rodzinna w krajach UE – wnioski dla Polski*, „Biuletyn RPO, Mat.” nr 67, BRPO, Warszawa 2009.
- Dmochowski A., *Afera grykowa*, Prohibita, Warszawa 2015.
- Gujski M., Kalbarczyk W.P., Ścibek A., Tytko Z., *Raport „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje”*, Instytut Ochrony Zdrowia, Warszawa 2013.
- Informacja o zgonach w Polsce w 2020 roku*, Ministerstwo Zdrowia, luty 2021.
- Kracik J., *Staropolskie postawy wobec zarazy*, Wydawnictwo Petrus, Kraków 2012.
- Lee J., Lau S., Meijer E., Hu P., *Living Longer, With or Without Disability? A Global and Longitudinal Perspective*, „J Gerontol A Biol Sci Med Sci” 75, 2020, nr 1, s. 162–167.
- Nowak W., Szalotka K. (red.), *Zdrowie i style życia. Determinanty długości życia*, E-Wydawnictwo, Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2020, DOI: [10.34616/23.20.106](https://doi.org/10.34616/23.20.106).
- Nowak W., Szalotka K. (red.), *Zdrowie i style życia: wyzwania ekonomiczne i społeczne*, E-Wydawnictwo, Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2019, DOI: [10.34616/23.19.108](https://doi.org/10.34616/23.19.108).
- Organizacja Narodów Zjednoczonych, Rezolucja przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne w dniu 25 września 2015 r., *Przekształcamy nasz świat: Agenda na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030*, A/RES/70/1.
- Szymborski J., *Kultura zdrowotna*, [w:] M. Szyszkowska (red.), *Świat kultury czasów Polski Ludowej*, Wydawnictwo „Kto jest kim”, Warszawa 2020.
- Szymborski J., *Pedagogika zdrowia – współczesne cele*, [w:] M. Szyszkowska (red.), *Mistrzowie, Pedagodzy, Nauczyciele*, Wszechnica Polska Szkoła Wyższa w Warszawie, Warszawa 2020.
- Szymborski J., *Polityka zdrowia publicznego wobec problemów współczesnej rodziny – cele i zadania*, [w:] A. Kubów, J. Szczepaniak (red.), *Współczesne wyzwania polityki społecznej wobec rodziny*, „Prace Naukowe UE we Wrocławiu” nr 146, Wydawnictwo UE we Wrocławiu, Wrocław 2010.
- Szymborski J., *Zdrowie publiczne i polityka senioralna*, [w:] B. Kłos. P. Russel (red.), *Przemiany demograficzne w Polsce i ich społeczno-ekonomiczne konsekwencje*, Wydawnictwo Sejmowe Warszawa 2016.
- Szymborski J. (red.), *Raport o korespondencji i kontaktach między Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Ministrem Zdrowia w sprawie przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia w okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009 – Biała Księga*, Biuletyn RPO – Źródła, Warszawa 2009.

- Szymborski J. (red.), *Zdrowie publiczne i polityka ludnościowa*, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2012.
- Szymborski J., Zatoński W., *The activities of the Government Population Council aimed at limiting health care inequalities*, „J Health Inequal” 1, 2017, nr 3.
- UN Resolution A/75/L.47 *United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030)*, Seventy-fifth United Nations General Assembly, Dec 8, 2020. United Nations, New York 2020.
- Wojtyński B., Goryński P. (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020.
- Zatoński W., Janik-Koncewicz K., Pawlikowska-Chechłacz K., Wojtyła A., *O koronawirusie wiemy, że nic nie wiemy*, „Menedżer Zdrowia” 23.03.2021, <https://www.termedia.pl/mz/O-koronawirusie-wiemy-ze-nic-nie-wiemy,41818.html>.
- Zatoński W.A., *One hundred years of health in Poland*, „J Health Inequal” 5, 2019, nr 1.
- Zatoński W.A., Janik-Koncewicz K., Zatoński M., Wojtyła A., *Pogorszenie stanu zdrowia Polaków po 2002 r. Epidemia zgonów alkoholowych*, Menedżer Zdrowia 2020.

Internet

- Abubakar I., Aldridge W.R., Devakumar D., Orcutt M., Burns R., Barreto I. M., Dhavan P., Fouad M.F., Groce N., Guo Y., Hargreaves S., Knipper M., Miranda J.J., Madise N., Kumar K., Mosca D., McGovern T., Rubenstein L., Sammonds P., Sawyer M.S., Sheikh K., Tollman S., Spiegel P., Zimmerman C., on behalf of the UCL–Lancet Commission on Migration and Health, *The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move*, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32114-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32114-7) [dostęp: 12.12.2018].
- COVID-19: *building a stronger Europe*, s. 1157, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00720-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00720-0) [dostęp: 10.04.2020].
- Halpern S.D., Truog R.D., Miller F.G., *Cognitive Bias and Public Health Policy During the COVID-19 Pandemic*, *JAMA*. 2020;324(4):337-338. doi:10.1001/jama.2020.11623 [dostęp: 13.07.2020].
- Horton R., *COVID-19 is not a pandemic*, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6) [dostęp: 05.10.2020].
- <https://wicl.uni.wroc.pl/index.php/pl/> [dostęp: 05.04.2021].
- Sejmowa Komisja Polityki Senioralnej, posiedzenie nr 15, 13.04.2021 r., Pełny zapis przebiegu posiedzenia, Kancelaria Sejmu, Biuro Komisji Sejmowych. <https://orka.sejm.gov.pl/zapisy9.nsf/0/7B3875BEABC8313FC12586BF0031F975/%24File/0115309.pdf>.
- The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, *How an outbreak became a pandemic. The defining moments of the COVID-19 pandemic*, https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/How-an-outbreak-became-a-pandemic_final.pdf. [dostęp: 12.05.2021].
- The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, *COVID-19: make it the last pandemic*, https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf. [dostęp: 12.05.2021].
- Tsai A.C., Mendenhall E., Trostle J.A., Kawachi I., *Co-occurring epidemics, syndemics, and population health*, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30403-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30403-8) [dostęp: 11.04.2020].
- Zarocostas J., *How to fight an infodemic. WHO's newly launched platform aims to combat misinformation around COVID-19*, <https://www.thelancet.com/> [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X) [dostęp: 10.05.2020].

Wpływ pandemii COVID-19 na gospodarkę współdzielenia w Polsce

Impact of the COVID-19 pandemic on the sharing economy in Poland

Justyna Ziobrowska

Uniwersytet Wrocławski
Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii
ORCID: [0000-0002-9572-1438](https://orcid.org/0000-0002-9572-1438)
e-mail: justyna.ziobrowska@uwr.edu.pl

Streszczenie

Koncepcja współdzielenia zasobów i usług nie jest zjawiskiem nowym, jednak rozwój technologii mobilnych i społeczności internetowych spowodował, że wymiana zasobów nabrała zupełnie innego wymiaru i dynamicznie zwiększa się jej skala, obejmując coraz to nowe sektory gospodarowania. Patrząc przez pryzmat kryzysu gospodarczego, pandemii, a także większych niż dotychczas problemów finansowych w polskich domach, ważną cechą współdzielenia okazała się racjonalna konsumpcja. Celem artykułu jest omówienie pozytywnego i negatywnego wpływu pandemii na wybrane inicjatywy współdzielenia w Polsce. Artykuł ma charakter przeglądowy i powstał na podstawie badań dokumentów oraz badań literaturowych.

Słowa kluczowe

wspólna konsumpcja, pandemic, gospodarka współdzielenia

Abstract

The concept of sharing resources and services is not a new phenomenon, while the development of mobile technologies and Internet communities has resulted in the exchange of resources. It is now taking on a completely different dimension as the scale is dynamically increasing, including new sectors of management. Looking through the prism of the economic crisis, pandemic and financial problems in Polish homes being greater than before, the rational consumption turned out to be an important feature of sharing. The purpose of this article is to review the positive and negative impacts of the pandemic on selected sharing initiatives in Poland. The article is for reference only and was based on research of documents and literature.

Keywords

collaborative consumption, pandemics, sharing economy

JEL: P48, P32, O35, O38

Wstęp

We współczesnym, wysoce zglobalizowanym, świecie zintensyfikowanych podróży i integracji między krajami pandemia uznaje się za największe potencjalne rodzaje negatywnego ryzyka¹. Mogą powodować wysoką zachorowalność i śmiertelność, a także określone skutki gospodarcze w poszczególnych sektorach oraz przedsiębiorstwach, których skala zależy od licznych czynników, m.in. od tego, czy możliwe jest dostosowanie się podmiotów gospodarczych do zakłóceń w łańcuchach dostaw oraz czy komponenty są składowane lub czy dany sektor działa na zasadzie produkcji i świadczenia usług „dokładnie na czas”.

Pandemia COVID-19 i towarzyszące jej zjawiska, jak: praca zdalna, obowiązkowe kwarantanny, niedobory sprzętu do ratowania i bezpieczeństwa obywateli, uwolniły pokłady społecznej przedsiębiorczości, czego wyrazem były liczne różnego rodzaju inicjatywy sąsiedzkie czy też zbiórki pieniędzy. Powstały nowe modele biznesowe oparte na zaufaniu i współpracy oraz rozpowszechniły się już istniejące². Tego typu działania wpisują się w obszar gospodarki współdzielenia. Celem artykułu jest omówienie pozytywnego i negatywnego wpływu pandemii na wybrane inicjatywy współdzielenia w Polsce. Do realizacji tego celu wykorzystano metodę analizy i krytyki piśmiennictwa oraz metodę badań dokumentów. Dokonano wyboru problematyki badawczej związanej z wpływem pandemii na gospodarkę współdzielenia w Polsce, ponieważ jest on niedostatecznie zbadany – szczególnie w obszarze *crowdfundingu*, *coworkingu* czy inicjatyw lokalnej społeczności, które wciąż się rozwijają. Wydaje się, że pandemia COVID-19 może przyspieszyć zmiany w obszarze współdzielenia i wymusić wyższy poziom innowacyjności modeli biznesowych tradycyjnego biznesu, zarówno w obszarze propozycji wartości (oferowania nowych produktów czy usług dla klientów), jak i architektury wartości, czyli sposobu zarządzania zasobami firmy oraz budowania głównych kompetencji (w tym przykładowo korzystania z pracy zdalnej). Jednym z ważniejszych elementów innowacyjnego modelu biznesowego postpandemicznego świata może okazać się współdzielenie.

1. Istota gospodarki współdzielenia

W literaturze granice między gospodarką współdzielenia a innymi formami dostępu do dóbr i usług zacierają się, czyniąc omawiane zagadnienie bardzo „rozmytym”.

¹ WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020, <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> [dostęp: 1.07.2021].

² A. Pyszka, *Pandemia – czas weryfikacji dotychczasowego sposobu działania*, <https://us.edu.pl/dr-adrian-pyszka-pandemia-czas-innowacji-i-zmian-modeli-biznesowych/> [dostęp: 1.07.2021].

Większość badaczy postrzega gospodarkę współdzielenia jako formę dostępu do dóbr i usług, zapominając, że jej najważniejszym elementem jest dzielenie się niewykorzystanymi lub nie w pełni wykorzystanymi zasobami bez konieczności przekazywania praw własności.

Analizę pojęcia gospodarki współdzielenia należy rozpocząć od zdefiniowania aktu dzielenia się oraz wspólnej konsumpcji. Dzielenie się to czynność polegająca na udostępnianiu posiadanych zasobów innym, a także na przyjmowaniu zasobów niebędących naszą własnością³. Jeżeli ktoś współdzieli zasoby (np. mieszkanie, samochód, pliki, urządzenia zewnętrzne, miejsce w pamięci komputera), oznacza to, że udostępnia je innym osobom. Należy odróżnić dzielenie się, w którym udostępnia się dany zasób na z góry określony czas, od takiego, w którym następuje transfer praw własności⁴. Yochai Benkler podkreśla społeczne znaczenie dzielenia się, które stanowi trzeci element organizacji produkcji (obok rynków i państwa), ściśle związany z nowymi technologiami (darmowe oprogramowanie, technologie mobilne, *peer-to-peer*)⁵. Samo współdzielenie stanowi część nurtu, jakim jest gospodarka współdzielenia.

Termin „gospodarka współdzielenia” pojawił się już w latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku w pracy Marcusa Felsona i Joe L. Spaetha *Community Structure and Collaborative Consumption*. Autorzy zdefiniowali tę formę konsumpcji jako proces, w którym jedna lub więcej osób konsumuje dobra lub usługi poprzez angażowanie się we wspólne aktywności z innymi. Jako przykład podali podróżowanie znajomych jednym samochodem, korzystanie z pralni czy też wyjście kolegów na piwo⁶. Jako pioniera w badaniu zjawiska konsumpcji współdzielonej oraz autora pierwszej formalnej definicji *sharing economy* uważa się Lawrence’a Lessiga, który nazwał w ten sposób konsumpcję realizowaną przez dzielenie się, wymianę i wypożyczanie własnych zasobów bez przenoszenia prawa własności do udostępnianych dóbr⁷.

Współcześnie konsumpcja współdzielona jest ideą znacznie szerszą. Współdzielona konsumpcja jako alternatywna forma dostępu do dóbr oznacza pojawienie się nowych modeli biznesowych, które ograniczają nadmierną konsumpcję osobistą. Według Rachel Botsman współdzieloną konsumpcję można podzielić na trzy kategorie:

³ R. Belk, *Why Not Share Rather Than Own?*, „Annals of the American Academy of Political and Social Science” 611, 2007, nr 10, s. 126.

⁴ R. Belk, *You Are What You Can Access: Sharing and Collaborative Consumption Online*, „Journal of Business Research” 67, 2014, nr 8, s. 1595.

⁵ Y. Benkler, *Sharing Nicely: On Shareable Goods and the Emergence of Sharing as a Modality of Economic Production*, „The Yale Law Journal” 114, 2015, nr 2.

⁶ M. Felson, J. Spaeth, *Community Structure and Collaborative Consumption: A Routine Activity Approach*, „The American Behavioral Scientist” 21, 1978, nr 4, s. 614–624.

⁷ L. Lessig, *Remix: Making Art and Commerce Thrive in the Hybrid Economy*, Penguin Press, New York 2008, s. 143.

- 1) rynki redystrybucji (mają one na celu przedłużenie cyklu życia produktu i redukcję odpadów);
- 2) współdzielony styl życia (dzielenie się pieniędzmi, umiejętnościami oraz czasem);
- 3) wynajem dóbr (użytkownik płaci jedynie za korzyści produktu bez konieczności posiadania go na własność; największy potencjał mają produkty używane bardzo rzadko, np. wiertarka używana średnio przez ok. 12–13 minut w ciągu całego cyklu życia)⁸.

Gospodarkę współdzielenia można określić jako systemy, które umożliwiają używanie wolnych lub częściowo wykorzystanych zasobów w ramach wspólnej konsumpcji (i nie tylko) bez konieczności posiadania ich na własność⁹. W tabeli 1 przedstawione zostały trzy kategorie uczestników transakcji w gospodarce współdzielenia: usługodawcy, użytkownicy i pośrednicy.

Tabela 1. Uczestnicy gospodarki współdzielenia

Gospodarka współdzielenia	Usługodawcy dzielący się swoimi dobrami, zasobami, czasem lub umiejętnościami (mogą to być osoby fizyczne oferujące usługi okazjonalnie lub usługodawcy zawodowo zajmujący się świadczeniem usług).
	Użytkownicy usług (osoby biorące w użytkowanie cudzą własność).
	Pośrednicy (łączą dostawców z użytkownikami).

Źródło: Opracowanie własne.

Dostęp do potrzebnych dóbr i usług może przybierać różne formy, takie jak: wynajem, pożyczanie, wspólne użytkowanie, wymiana produktów i usług, darowizna, odsprzedaż i ponowne użycie itp. W celu zapewnienia wiarygodności użytkownikom serwisy pośredniczące wdrażają systemy rekomendacji, gdzie użytkownicy oceniają osoby, które współdzieliły zasoby i te, które z nich korzystają. Z tego względu można spotkać się z opinią, iż w gospodarce współdzielenia walutą jest zaufanie. Gospodarka współdzielenia znajduje coraz szersze zastosowanie w różnych dziedzinach ludzkiej aktywności. Do obszarów, w których ten rodzaj gospodarki jest najbardziej rozwinięty, można zaliczyć: transport, magazynowanie i parkowanie, turystykę, zamieszkanie, finanse, pracę, jedzenie, media, ubrania, czas wolny. Gospodarka współdzielenia może realizować cele społeczne (styl życia, subkultura, narracja), ekonomiczne (modele biznesowe) lub cele mieszane (połączenie celów ekonomicznych z celami społecznymi). Poza istotnymi zmianami w technologiach informacyjnych oraz rosnącym znaczeniu

⁸ R. Botsman, *What's Mine is Yours – the rise of collaborative consumption*, HarperCollins Publishers, New York 2010, s. 15.

⁹ G. Sobiecki, *Sharing economy. Dylematy pojęciowe*, [w:] M. Poniatowska-Jaksch, R. Sobiecki (red.), *Sharing economy (gospodarka współdzielenia)*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2016, s. 29–32.

sieci społecznościowych do czynników rozwoju nowych modeli gospodarczych oraz inicjatyw społecznych opartych na współdzieleniu i współpracy zaliczyć można również pandemię COVID-19.

2. Pozytywny wymiar pandemii w odniesieniu do usług współdzielenia

W czasie kryzysu pandemicznego można zaobserwować wiele nowych zjawisk, a jednym z obszarów, który ulega istotnym zmianom, są zachowania konsumpcyjne. Podczas pierwszej fali pandemii (marzec i kwiecień 2020 r.) Polacy obawiali się o zdrowie swoje i najbliższych. Kupowali więcej produktów, np. zdrowotnych i higienicznych, robiąc zapasy na niepewne czasy¹⁰. Jak wynika z badań Związku Przedsiębiorców i Pracodawców, pandemia uszczupliła oszczędności jednej trzeciej gospodarstw domowych. Co trzeci ankietowany przyznał, że w związku z aktualną sytuacją epidemiczną i gospodarczą musiał naruszyć zgromadzone zabezpieczenie finansowe¹¹. W drugiej połowie roku strach przed wirusem zastąpiły obawy o sytuację finansową, szczególnie w związku z zagrożeniem bezrobociem i wzrostem inflacji¹². Zaczęły zmieniać się nawyki konsumpcyjne, rezygnowano z nadmiernego konsumpcjonizmu, co przyczyniło się do mniejszego marnotrawstwa zasobów. Zaobserwowano zmiany w mentalności człowieka, który w czasie pandemii chętnie dążył do współpracy i współdzielenia dóbr i usług, umacniał zachowania pomocowe, prospołeczne, które stanowią element gospodarki współdzielenia. Tabela 2 przedstawia wybrane pozytywne i negatywne skutki pandemii istotne dla gospodarki współdzielenia.

Tabela 2. Wybrane pozytywne i negatywne skutki pandemii istotne dla gospodarki współdzielenia

Pozytywne	Negatywne
Wzrost zachowań prospołecznych oraz odpowiedzialnej konsumpcji, rozwój platform ułatwiających kontakt pomiędzy potrzebującymi pomocy a społecznością lokalną.	Tymczasowy spadek zainteresowania obszarem współdzielonej mobilności miejskiej.
Rozwój platform wymiany wiedzy i bazy wyselekcjonowanych usługodawców.	Tymczasowy spadek zainteresowania współdzieleniem miejsc noclegowych.

¹⁰ *Konsumpcja w pandemii*, K. Dębowska, M. Kolano, P. Śliwowski (współpr.), Polski Instytut Ekonomiczny, Warszawa, 2021, s. 16–30.

¹¹ Raport z badania *Finanse Polaków w czasie COVID-19. Jak pandemia wpłynęła na portfele i zwyczaje finansowe Polaków?*, Związek Przedsiębiorców i Pracodawców, <https://zpp.net.pl/wp-content/uploads/2020/11/Raport-Finanse-Polakow-w-czasie-COVID-19.pdf> [dostęp:], s. 9.

¹² M. Miniszewski, *op. cit.*, s. 16–30.

Pozytywne	Negatywne
Wzmocnienie idei <i>coworkingu</i> , <i>colivingu</i> .	Ograniczanie bezpośrednich kontaktów międzyludzkich.
Rozwój <i>crowdfundingu</i> udziałowego.	Upadek firm, które nie potrafiły dopasować modelu biznesowego do aktualnych potrzeb i wyzwań rynku.
Rozwój <i>garden sharingu</i> .	Problemy z uzyskaniem wsparcia finansowego ze strony państwa dla modeli biznesowych opartych na współdzieleniu.

Źródło: Opracowanie własne.

Pierwszym pozytywnym skutkiem pandemii jest wspomniany wzrost zachowań prospołecznych oraz bardziej odpowiedzialna postawa konsumentów¹³. W czasie pandemii powstały platformy ułatwiające kontakt między potrzebującymi pomocy a społecznością lokalną (np. PoMOST, grupa „Widzialna ręka” na Facebooku, akcja „Psyjaciele pomagają”, „Pies w Koronie” i inne). Ponadto organizowano zbiórki charytatywne dla medyków, jak na przykład „Pomoc dla pracowników służby zdrowia!” i „Posiłek dla Lekarza” na platformie internetowej zrzutka.pl czy siepomaga.pl. Zaobserwowano wiele przejawów społecznej przedsiębiorczości „widocznej” w sieci, której twórcami, a zarazem beneficjentami było szeroko rozumiane społeczeństwo, jak np. ogólnopolska akcja szycia maseczek ochronnych¹⁴. Wszystkie te działania bazowały na wzajemnym zaufaniu, które stanowi podstawę gospodarki współdzielenia. Zaufanie budowane było za pomocą systemu ocen obu stron wymiany, wystawianiu opinii, które pozwalały budować reputację wszystkim uczestnikom współdzielenia, co sprzyjało rozwojowi wymiany dóbr i usług w tym obszarze.

Kolejnym pozytywnym skutkiem pandemii jest rozwój platform wymiany wiedzy i bazy wyselekcjonowanych usługodawców. Sieć stanowiła infrastrukturę komunikacyjną i transakcyjną. Klienci coraz częściej korzystali z platform wymiany wiedzy, optymalizując w ten sposób swój czas i ograniczając koszty oraz ryzyko podejmowanych decyzji¹⁵. Odbiorca biznesowy również musi zaufać, by zlecić komuś wykonanie konkretnego dzieła, bardzo precyzyjnie dobiera on nie tylko partnerów do współpracy, lecz

¹³ Forum Odpowiedzialnego Biznesu, *Jak organizacje społeczne angażują się w walkę z pandemią koronawirusa?*, 2020, <http://odpowiedzialnybiznes.pl/publikacje/ngo-reaguje-odpowiedzialnie/> [dostęp: 29.06.2021].

¹⁴ Informacje o przeprowadzonych akcjach pochodzą ze stron: www.facebook.com, www.siepomaga.pl oraz www.zarzutka.pl [dostęp: 11.06.2021].

¹⁵ M. Hossain, *The effect of the Covid-19 on sharing economy activities*, „Journal of Cleaner Production” 280, 2021, nr P1, s. 5–9.

także w pierwszym kroku pośredników. Przykładem platformy łączącej profesjonalistów z obszaru marketingu z agencjami reklamowymi oraz freelancerami¹⁶ jest [brief4U.com](https://brief4u.com).

W czasie pandemii COVID-19 rozwinęła się również idea *coworkingu* i *colivingu*. Niektórzy właściciele punktów gastronomicznych oraz hoteli zdecydowali się na przekwalifikowanie działalności i zamiast oferowania posiłków, wynajmowali powierzchnie do wspólnej pracy biurowej np. osobom pracującym zdalnie czy samozatrudnionym. Takie oferty przedstawiali restauratorzy m.in. z Warszawy, Wrocławia, Poznania, Lublina. Ten rodzaj wynajmu – w przeciwieństwie do działalności gastronomicznej – nie był ograniczony w okresie pandemii¹⁷. Ponadto przepisy prawne w tym względzie były nawet łagodniejsze niż te obowiązujące pracodawców, którzy musieli chronić pracujących stacjonarnie (w siedzibie firmy)¹⁸.

Rozwinęła się również idea *colivingu* (szersze ujęcie *coworkingu*), która jest przeciwieństwem pandemicznej izolacji. Jest to usługa mieszkaniowa oparta na współdzieleniu, która polega na długoterminowym wynajmowaniu niewielkiej przestrzeni prywatnej w obiekcie oferującym dostęp do rozbudowanych części wspólnych. Najczęściej projekty *colivingowe* wyposażone są w dużą kuchnię i jadalnię, przestrzeń *coworkingową*, salon, taras. Poza tym oferują dostęp do różnorodnych udogodnień, np. siłowni, basenu, sali kinowej, pokoju gier czy sali konferencyjnej. Obiekty te częściowo przypominają hotele, ponieważ do dyspozycji mieszkańców są takie usługi dodatkowe jak pranie i sprzątanie, a na terenie obiektu znajdują się restauracje i kawiarnie. Całość zaprojektowana jest w sposób, który ułatwia nawiązywanie kontaktów z innymi mieszkańcami, a tym samym budowanie społeczności w ramach danej inwestycji. Wszystkiemu sprzyja indywidualna aplikacja umożliwiająca komunikację pomiędzy lokatorami, a także informowanie mieszkańców o ważnych wydarzeniach¹⁹.

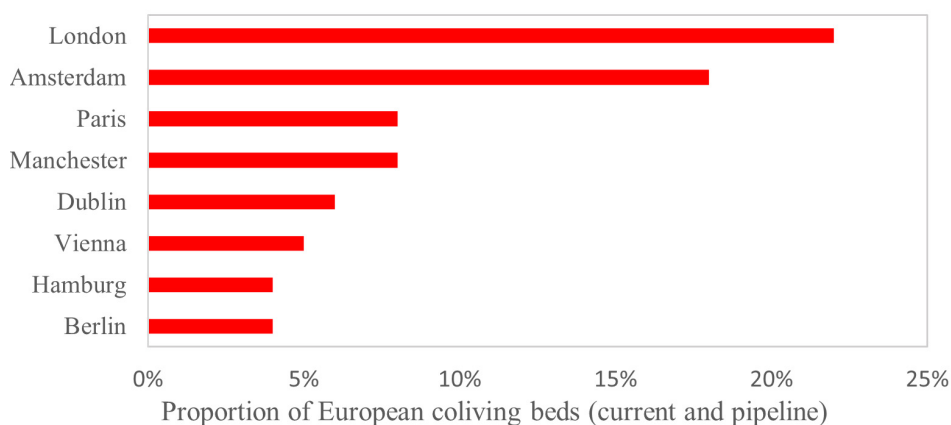
Z roku na rok *coliving* zyskuje na świecie coraz większą popularność. Najwięcej projektów *colivingowych* zlokalizowanych jest w Londynie oraz w Amsterdamie. W Polsce pojawiają się pierwsze firmy, które przyczyniają się do rozpowszechniania tej formy współdzielenia pomieszczeń. Jest to alternatywa dla tradycyjnego wynajmu, która staje się stopniowo dostępna m.in. w Warszawie, Poznaniu, Wrocławiu, Krakowie oraz Trójmieście. Wykres 1 przedstawia miasta europejskie z największym udziałem *colivingu* w 2019 r.

¹⁶ Freelancer – osoba pracująca bez etatu, najczęściej zdalnie. Realizuje projekty na zlecenie w dziedzinie, w której się specjalizuje. Freelancer może prowadzić swoją działalność, ale nie musi. Może rozliczać się z usługodawcą na podstawie umowy o dzieło (www.rynek.pracy.pl [dostęp: 13.06.2021]).

¹⁷ <https://www.coworkingpoland.pl> [dostęp: 28.05.2021].

¹⁸ Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz. U. poz. 374.

¹⁹ *Coliving, czyli nowy trend w nieruchomościach*, <https://mojafirma.infor.pl/nieruchomosci/nieruchomosci/najem/5251668,Coliving-czyli-nowy-trend-w-nieruchomosciach.html> [dostęp: 28.05.2021].

Wykres 1. Miasta europejskie z największym udziałem colivingu w 2019 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie JLL European Coliving Index 2019, <https://www.jll.pl/en/trends-and-insights/research/jll-european-coliving-index-2019> [dostęp: 10.06.2021].

Wzrost liczby ofert w tym obszarze może wpływać na zwiększenie konkurencji na rynku, co dalej może skutkować korzystnymi dla mieszkańców tendencjami cenowymi. Według JLL European Index z 2019 r. Warszawa znalazła się na 32 miejscu, a Kraków na 37 pod względem szans rozwoju *colivingu* w przyszłości, co przedstawia schemat 1.

Schemat 1. Rozwój colivingu w Europie

Strongest coliving fundamentals supported by scale of market activity

Market Type

No/limited market at present but conditions are in place to support the growth of the sector in the longer term

Key	Growth	Opportunity	Longer-term Opportunity
1. Amsterdam	11. Zurich	21. Lyon	31. Rome
2. London	12. Brussels	22. Liverpool	32. Warsaw
3. Copenhagen	13. Manchester	23. Barcelona	33. Lille
4. Paris	14. Dublin	24. Utrecht	34. Antwerp
5. Berlin	15. Glasgow	25. Milan	35. Marseille
6. Munich	16. Cologne	26. The Hague	36. Budapest
7. Stockholm	17. Gothenburg	27. Lisbon	37. Krakow
8. Frankfurt	18. Birmingham	28. Rotterdam	38. Seville
9. Vienna	19. Oslo	29. Madrid	39. Porto
10. Hamburg	20. Helsinki	30. Prague	40. Valencia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie JLL European Coliving Index 2019, <https://www.jll.pl/en/trends-and-insights/research/jll-european-coliving-index-2019> [dostęp: 10.06.2021].

Pomimo że *coliving* wydaje się w obecnym czasie zupełnym przeciwieństwem pandemicznej izolacji, to jednak trend współdzielenia, na którym bazuje *coliving*, nie traci na znaczeniu, a wręcz przeciwnie, za jego wzmocnieniem przemawia wzrost znaczenia pracy zdalnej, zwłaszcza wśród młodych profesjonalistów, a także niedobór domów studenckich oferujących lepsze jakościowo warunki. Poza tym model ten może zmniejszyć nasilone globalną epidemią poczucie wszechobecnej samotności, a tym samym ryzyko rozwoju chorób psychicznych i fizycznych. Dodatkowo wpływ na wzrost popularności *colivingu* będzie mieć niższa zdolność zakupowa klientów, a także niechęć do zaciągania wieloletnich zobowiązań finansowych oraz skłonność do poszukiwania elastycznych rozwiązań (przyciągnięcie talentów)²⁰. Przykładem inicjatywy *colivingu* w Polsce jest startup Colivia. W obiekcie położonym w Poznaniu mieszkańcy poza pokojem w dużym mieszkaniu otrzymują w pakiecie dostęp m.in. do wspólnej kuchni oraz sali, w której mogą pograć na konsoli czy obejrzeć wspólnie film. Ceny oscylują w granicach 700–1600 zł za pokój. Kolejne takie obiekty mają powstać w Łodzi, Wrocławiu, Warszawie i Bydgoszczy²¹.

Pandemia COVID-19 przyczyniła się również do popularyzacji różnych form finansowania społecznościowego oraz rewolucyjnej zmiany w świadomości Polaków na temat *crowdfundingu* udziałowego. Polacy masowo zaczęli organizować i chętnie finansować zbiórki w sieci na każdy cel, począwszy od charytatywnych (wspomniane wcześniej inicjatywy prospołeczne, zbiórki dla medyków, seniorów, właścicieli stoków narciarskich), poprzez biznesowe (zwiększenie liczby inwestorów w *crowdfundingu* udziałowym, inwestowanie w gry planszowe), naukowe oraz indywidualne, m.in. na realizację mniej lub bardziej wyszukanego hobby.

W tabeli 3 przedstawiono najpopularniejsze platformy *crowdfundingu* udziałowego w Polsce. W 2020 r. na platformach inwestycyjnych zebrano 76,8 mln zł, a to 125-procentowy wzrost w stosunku do 2019 r.²² *Crowdfunding* inwestycyjny został określony przez Komisję Nadzoru Finansowego jako niezależny sektor polskiego rynku kapitałowego. W 2020 r. blisko 40% emisji osiągnęło 100% zakładanego celu (niektóre z nich kończyły się sukcesem w kilkanaście minut).

²⁰ *Ibidem*.

²¹ www.colivia.co.pl [dostęp: 13.06.2021].

²² KNF spodziewa się wzrostu zainteresowania ofertami przy udziale platform *crowdfundingowych*, <https://www.pb.pl/knf-spodziewa-sie-wzrostu-zainteresowania-ofertami-przy-udziale-platform-crowdfundingowych-1113412> [dostęp: 29.05.2021].

Tabela 3. Najpopularniejsze platformy crowdfundingu udziałowego w Polsce w latach 2015–2020

Nazwa platformy	Rok założenia	Liczba emisji
Crowdway	2015	dwadzieścia trzy emisje (w 2020 r. dwanaście emisji o łącznej wartości 25,6 mln zł. Suma wpłat od inwestorów społecznościowych wzrosła o 140%)
CrowdConnect	2019	dwanaście emisji
Beesfund,	2012	osiemdziesiąt emisji (w czerwcu 2021 przekroczony próg 100 emisji)
FindFunds	2016	piętnaście emisji
SmartFunds	2018	dwie emisje

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych umieszczonych na platformach Crowdway, Beesfund, FindFunds, SmartFunds oraz rozmów telefonicznych z przedstawicielami CrowdConnect.

Należy zwrócić uwagę, że rozwojowi *crowdfundingu* udziałowego dodatkowo sprzyjać będzie zmiana unijnych regulacji. W listopadzie 2021 r. zaczną obowiązywać przepisy, które zwiększą limit pozyskiwanych przez spółki w ten sposób pieniędzy z 1 mln do aż 5 mln euro²³. Polski *crowdfunding* udziałowy potrzebuje czasu na profesjonalizację, ale widać już wiele pozytywnych zmian, które również przyspieszyła pandemia. Przykładowo platforma Beesfund potrzebowała ośmiu lat, aby przeprowadzić 50 emisji i ok. trzech lat, aby podwoić ten wynik w 2021 r.²⁴

Kolejnym pozytywnym skutkiem pandemii był wzrost zainteresowania ogródkami działkowymi, które stały się towarem pierwszej potrzeby oraz rozwój *garden sharingu*. W przypadku ogródków działkowych pandemia powiększyła dystans między popytem a podażą, a w większości przypadków, zwłaszcza w aglomeracjach miejskich, dostępne były tylko działki z rynku wtórnego. Głównie w dużych miastach zaczęło brakować wolnych ogródków działkowych, a te, które były wystawione na sprzedaż, okazywały się zbyt drogie. Mieszkańcy zaczęli decydować się na wynajmowanie ogródków na tygodnie, dni lub godziny od osób prywatnych, oferowanie pomocy w uprawie warzyw i owoców w zamian za wynajęcie ogródka na określony czas lub wynajmowali miejsce pod uprawę swoich warzyw, owoców w ogródku niebędącym ich własnością²⁵. Powyższe działania opierają się na idei współdzielenia przestrzeni oraz współpracy i również należą do obszaru gospodarki współdzielenia.

²³ Sz. Maj, *Equity crowdfunding nabrał dynamiki*, <https://www.pb.pl/equity-crowdfunding-nabral-dynamiki-1105263> [dostęp: 12.06.2021].

²⁴ www.beesfund.com [dostęp: 13.06.2021].

²⁵ www.pzd.pl [dostęp: 12.06.2021].

3. Negatywny wymiar pandemii w odniesieniu do usług współdzielenia

Poza pozytywnym wpływem pandemii COVID-19 na gospodarkę współdzielenia należy zwrócić uwagę również na jej negatywne skutki w tym obszarze, jak na przykład spadek zainteresowania społeczeństwa współdzieloną mobilnością miejską oraz współdzieleniem miejsc noclegowych – były to spadki bardzo duże, od kilkunastu do nawet 50%. Wynika to z faktu, że w czasie pandemii i izolacji ludzie rzadziej się przemieszczali, a ponadto obawiali się, czy zastosowano wystarczające środki sanitarne, aby zabezpieczyć ich przed zakażeniem. W trakcie pandemii najbardziej ucierpiały branże związane z zakwaterowaniem, transportem i gastronomią. Udział w koszyku wydatków w kategorii „restauracje i hotele” spadł z 7,1% do 3,8% między 2019 r. a pierwszym kwartałem 2021 r. Spadki w zakwaterowaniu sięgnęły -1,6 pkt procentowych, a w gastronomii -1,5 pkt procentowego. Okres ten cechował się też ograniczoną mobilnością – zarówno lokalną, jak i turystyczną. Przychody w transporcie zmalały z 16,7% do 13,6%, za co odpowiadały głównie mniejsze wydatki na paliwo (-1,4 pkt procentowych) czy podróże samolotem (-1 pkt procentowy)²⁶. Warto zauważyć, że mimo spadku zainteresowania współdzielonym transportem w czasie pandemii aż 45% użytkowników współdzielonej mobilności zadeklarowało, że w kolejnych sześciu miesiącach zamierza korzystać z *carsharingu* tak samo często jak do tej pory²⁷. Upadły firmy, które nie potrafiły dopasować modelu biznesowego do aktualnych potrzeb i wyzwań rynku. Przykładem firmy *carsharingowej*, która zakończyła działalność w wyniku pandemii jest Innogy Go! – jedna z największych flot samochodów elektrycznych na świecie. Firma planuje jednak w przyszłości zająć się rozbudową infrastruktury ładowania samochodów elektrycznych. Wiele podmiotów z obszaru współdzielenia mody tymczasowo zawiesiło działalność, jak Biblioteka ubrań, Ciuchowisko czy Zadzieram kiecę i lecę. Podmioty współdzielenia nie mogły również liczyć na pełne wsparcie finansowe ze strony państwa, ponieważ część nich wciąż działa w próżni prawnej.

Podsumowanie

Podsumowując, pandemia COVID-19 tylko chwilowo zachwiała rynkiem współdzielonych usług, a koronakryzys dodatkowo przekonał konsumentów do bardziej odpowiedzialnych i prospołecznych postaw, zrównoważonych decyzji oraz otwartości

²⁶ M. Miniszewski, *op. cit.*

²⁷ Fundacja Digital Poland, Raport *Pandemia a współdzielona mobilność. Stan i perspektywy polskiego rynku Mobility as a Service w obliczu epidemii SARS-CoV-2*, Warszawa, 2020.

wobec nowych modeli biznesowych opartych na współdzieleniu i współpracy. Gospodarka współdzielenia nie jest kategorią zamkniętą. To zjawisko cały czas ewoluuje i nadal będzie się rozwijało. Obecnie firmy działają w warunkach, na które nie były przygotowane, a zleceniobiorcy dopiero oswiają się z nową rzeczywistością. Przetwarzają biznesy, które będą potrafiły dostosować się do nowych warunków ekonomicznych i społecznych, dopasują swój model działania do potrzeb klientów oraz umiejętnie wykorzystają narzędzia cyfrowe w celu dotarcia do konsumentów, a także zweryfikowanych zleceniodawców. Im bardziej będziemy połączeni cyfrowo, tym gospodarka współdzielenia będzie się umacniać, co pozwoli też na dostęp do usług i towarów w zasięgu globalnym.

Bibliografia

Literatura

- Belk R., *Why Not Share Rather Than Own?*, „Annals of the American Academy of Political and Social Science” 611, 2007, nr 10.
- Belk R., *You Are What You Can Access: Sharing and Collaborative Consumption Online*, „Journal of Business Research” 67, 2014, nr 8.
- Benkler Y., *Sharing Nicely: On Shareable Goods and the Emergence of Sharing as a Modality of Economic Production*, „The Yale Law Journal” 114, 2015, nr 2.
- Botsman R., *What's Mine is Yours – the rise of collaborative consumption*, HarperCollins Publishers, New York 2010.
- Felson M., Spaeth J., *Community Structure and Collaborative Consumption: A Routine Activity Approach*, „The American Behavioral Scientist” 21, 1978, nr 4.
- Hossain M., *The effect of the Covid-19 on sharing economy activities*, „Journal of Cleaner Production” 280, 2021, nr P1.
- Lessig L., *Remix: Making Art and Commerce Thrive in the Hybrid Economy*, Penguin Press, New York 2008.
- Miniszewski M., *Konsumpcja w pandemii*, K. Dębowska, M. Kolano, P. Śliwowski (współpr.), Polski Instytut Ekonomiczny, Warszawa 2021.
- Sobiecki G., *Sharing economy. Dylematy pojęciowe*, [w:] M. Poniatowska-Jaksch, R. Sobiecki (red.), *Sharing economy (gospodarka współdzielenia)*, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2016.

Źródła

- Ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, Dz. U. poz. 374.

Internet

www.colivia.co.pl.

Coliving, czyli nowy trend w nieruchomościach, <https://mojafirma.infor.pl/nieruchomosci/nieruchomosci/najem/5251668,Coliving-czyli-nowy-trend-w-nieruchomosciach.html>.

www.coworking.pl.

Forum Odpowiedzialnego Biznesu, *Jak organizacje społeczne angażują się w walkę z pandemią koronawirusa?*, 2020, <http://odpowiedzialnybiznes.pl/publikacje/ngo-reaguje-odpowiedzialnie/>.

Fundacja Digital Poland, *Raport Pandemia a współdzielona mobilność. Stan i perspektywy polskiego rynku Mobility as a Service w obliczu epidemii SARS-CoV-2*, Warszawa, 2020.

JLL European Coliving Index 2019, <https://www.jll.pl/en/trends-and-insights/research/jll-european-coliving-index-2019>.

KNF spodziewa się wzrostu zainteresowania ofertami przy udziale platform crowdfundingowych, <https://www.pb.pl/knf-spodziewa-sie-wzrostu-zainteresowania-ofertami-przy-udziale-platform-crowdfundingowych-1113412>.

Maj Sz., *Equity crowdfunding nabrał dynamiki*, <https://www.pb.pl/equity-crowdfunding-nabral-dynamiki-1105263>.

Pyszka A., *Pandemia – czas weryfikacji dotychczasowego sposobu działania*, <https://us.edu.pl/dr-adrian-pyszka-pandemia-czas-innowacji-i-zmian-modeli-biznesowych/>.

www.pzd.pl.

Raport z badania *Finanse Polaków w czasie COVID-19. Jak pandemia wpłynęła na portfele i zwyczaje finansowe Polaków?*, Związek Przedsiębiorców i Pracodawców, <https://zpp.net.pl/wp-content/uploads/2020/11/Raport-Finanse-Polakow-w-czasie-COVID-19.pdf>.

www.rynekpracy.pl.

WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 – 11 March 2020, www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020.

Wpływ COVID-19 na kształtowanie cen artykułów konsumpcyjnych

The impact of COVID-19 pandemic on the prices of consumer goods

Paweł Waniowski

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

ORCID: [0000-0002-8054-984X](https://orcid.org/0000-0002-8054-984X)

e-mail: pawiwani1@wp.pl

Streszczenie

Pandemia COVID-19 znacząco wpłynęła na wszystkie niemal obszary życia społeczno-ekonomicznego, w tym również na kształtowanie się cen. Wzrost roli państwa, w tym szczególnie znaczące ograniczenia w możliwości prowadzenia działalności gospodarczej, pojawienie się nowych trendów inflacyjnych, częstsze i głębsze niż wcześniej zmiany profilu działalności przedsiębiorstw i konieczność reorganizacji ze względu na reżim sanitarny, a także wzrost działań aktywizujących popyt spowodowały znaczące zmiany w poziomie i strukturze cen artykułów konsumpcyjnych. Jednocześnie należy podkreślić wzrost wrażliwości nabywców na ceny, a z analiz prowadzonych przez instytucje badające opinię publiczną wynika nawet, że konieczność płacenia coraz wyższych cen za podstawowe produkty jest dla wielu osób bardziej irytująca niż ograniczenia wynikające z pandemii.

Celem artykułu jest ukazanie różnych aspektów wpływu pandemii na kształtowanie cen wybranych artykułów konsumpcyjnych wraz z wyodrębnieniem przyczyn i skutków tych zmian, zarówno w krótkim, jak i w długim okresie.

Okres pandemii COVID-19, zupełnie inny od wcześniejszych, nie daje pełnych możliwości prowadzenia badań porównawczych, ale ukazuje wiele interesujących, niespotykanych dotąd zjawisk w dziedzinie stanowienia cen. Zjawiska te zostały wyodrębnione, dokonano analizy ich specyfiki oraz oceny wpływu na proces kształtowania cen artykułów konsumpcyjnych, na częstotliwość i głębokość zmian cen i ich różnicowanie. Została też uwzględniona rola ceny jako narzędzia walki konkurencyjnej w sytuacji ograniczeń związanych z pandemią.

Słowa kluczowe

cena, marketing, artykuły konsumpcyjne, COVID-19

Abstract

The COVID-19 pandemic has significantly affected nearly all areas of socio-economic life, including shaping prices. An increase in the role of the state, and significant restrictions on the possibility of running a business in particular, the emergence of new inflation trends, more frequent and deeper than before changes in the business profile of enterprises, and the need to reorganize following the sanitary regulations, as well as an increase in demand activating measures, resulted in relevant changes in the

level and the price structure of consumer goods. On the other hand, a growth of price sensitivity of buyers should be emphasized, and analyzes conducted by public opinion research institutions even show that for many people the necessity of paying higher and higher prices for basic products is more irritating than the restrictions resulting from the pandemic.

The purpose of this article was to present various aspects of the impact of the pandemic on shaping prices of selected consumer goods, along with identifying the causes and effects of these changes, both in the short and long term.

The period of the COVID-19, completely different from the previous ones, does not provide full opportunities for comparative research, but it shows many interesting and unprecedented phenomena in the field of setting prices. These phenomena have been distinguished, their specificity has been analyzed and their impact on the price formation process for consumer goods on the frequency and depth of price changes and their differentiation will be assessed. The role of price as a competitive tool in the face of pandemic constraints has also been taken into account.

Keywords

price, marketing, consumer goods, COVID-19

JEL: M31

Uwagi wstępne

Cena jest podstawowym atrybutem wszystkich ofert oraz kluczowym parametrem umożliwiającym nabywcom dokonywanie wyborów rynkowych. Współczesne koncepcje marketingowe wskazują również na rolę ceny w procesie kształtowania trwałych relacji sprzedawców z nabywcami, w tym szczególnie w budowaniu postawy lojalności wobec produktu, marki czy też firmy. Znaczenie ceny i umiejętności zarządzania tym instrumentem marketingowym rośnie w sytuacjach kryzysowych. Wówczas bowiem szczególnie liczy się szybkie podejmowanie trudnych na ogół decyzji, aby utrzymać albo przynajmniej w jak najmniejszym stopniu nadwyrężyć dotychczasową pozycję konkurencyjną danego przedsiębiorstwa lub organizacji.

Jedną z takich sytuacji kryzysowych, która w istotny sposób wpłynęła na wszystkie niemal obszary życia społeczno-ekonomicznego, w tym również na kształtowanie się cen, jest trwająca ciągle pandemia COVID-19. Spowodowała ona z jednej strony wzrost znaczenia regulacji podejmowanych centralnie przez organy państwa, a z drugiej zaś wzrost wrażliwości nabywców na ceny. Istotne, podejmowane niekiedy w sposób nieprzewidywalny, ograniczenia w możliwości prowadzenia działalności gospodarczej i konieczność reorganizacji ze względu na reżim sanitarny spowodowały częstsze i głębsze niż wcześniej zmiany w funkcjonowaniu przedsiębiorstw. Efektem tego była m.in. zwiększona aktywność podmiotów gospodarczych w zakresie silniejszego niż wcześniej stymulowania popytu. W konsekwencji można było zaobserwować znaczące zmiany w poziomie i strukturze cen artykułów konsumpcyjnych.

Celem artykułu jest ukazanie różnych aspektów wpływu pandemii na kształtowanie cen artykułów konsumpcyjnych wraz z wyodrębnieniem przyczyn i skutków tych zmian, zarówno w krótkim, jak i w długim okresie. W związku z tym, że problem dotyczy pandemii COVID-19, a więc okresu zupełnie innego od wcześniejszych, nie ma na razie możliwości przeprowadzenia pełnych badań porównawczych. Dlatego też zostaną wykorzystane przede wszystkim wtórne źródła informacji oraz wyniki wywiadów pogłębionych z osobami odpowiedzialnymi za procesy kształtowania cen w przedsiębiorstwach, głównie handlowych. Na tej podstawie zaprezentowane zostaną liczne interesujące, niespotykane dotąd zjawiska w dziedzinie stanowienia cen wraz z analizą ich specyfiki oraz oceną wpływu na proces kształtowania cen artykułów konsumpcyjnych, na częstotliwość i głębokość zmian cen i ich różnicowanie. Zostanie też uwzględniona rola ceny jako narzędzia walki konkurencyjnej w sytuacji ograniczeń związanych z pandemią.

Cena w sytuacjach kryzysowych

W sytuacjach kryzysowych może następować racjonalizacja konsumpcji polegająca na rezygnacji z zakupu niektórych produktów mających małe znaczenie dla nabywców. W związku z tym konieczna staje się modyfikacja struktury cen, aby w świadomości nabywców zmodyfikować relacje między cenami różnych produktów, tym bardziej że zazwyczaj zmienia się struktura kosztów.

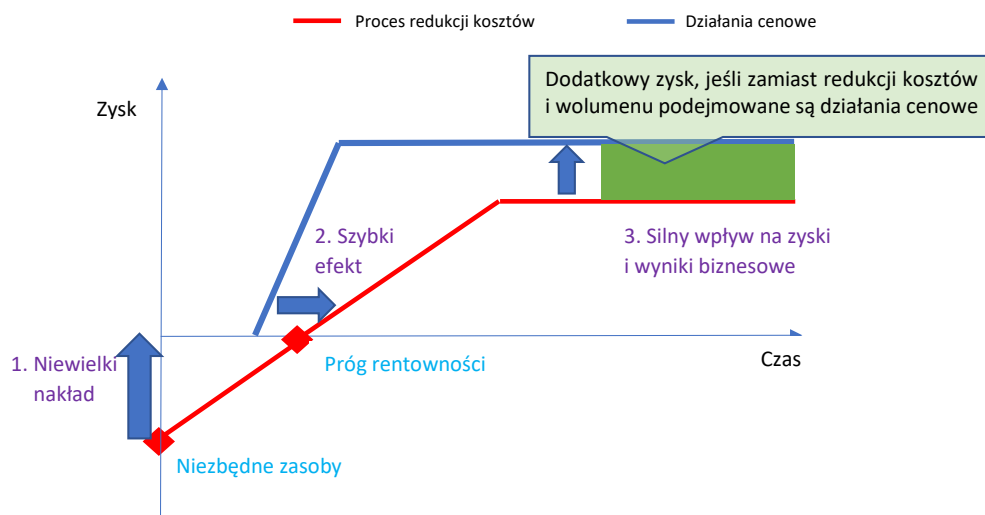
W sytuacjach kryzysowych istotne działania mogą być prowadzone na szczeblu państwa, które może rozważać czasowe zwolnienie z niektórych podatków oraz obniżenie składek na ubezpieczenie społeczne w celu stymulowania popytu. W Polsce tego typu posunięć było niewiele i nie miały one większego wpływu na wysokość cen produktów konsumpcyjnych. Tarcze antykryzysowe mające w założeniu ustabilizować polską gospodarkę i dać jej impuls inwestycyjny były adresowane jedynie do wybranych branż i firm, które spełniały arbitralnie ustanowione wymogi formalne.

W związku z COVID-19 wiele przedsiębiorstw na całym świecie odczuwa problemy ze zmniejszonym popytem, a decyzje cenowe są dość oczywistym wyborem w celu jego stymulowania, tym bardziej że:

- nie wymagają poważniejszych inwestycji,
- dają szybki efekt,
- mają najsilniejszy wpływ na zyski i wyniki sprzedażowe.

Dlatego też odpowiednio szybkie podjęcie decyzji cenowych powinno w sytuacji kryzysowej umożliwić osiągnięcie dodatkowego zysku, stając się istotną alternatywą dla uciążliwego obniżania kosztów (rysunek 1).

Rysunek 1. Korzyści z zarządzania ceną w warunkach kryzysu



Źródło: R. Zinoecker, S.C. Baban, S. Somer, Z. Ibis, *Pricing for crisis*, <https://www.adlittle.com/en/insights/viewpoints/pricing-crisis>.

Wiele przedsiębiorstw nawet w warunkach kryzysowych może znaleźć pole do obniżek cen. Koszt komponentów użytych do wytworzenia ekskluzywnego kosmetyku może stanowić zaledwie kilka lub kilkanaście procent jego ceny, czasami wyższy jest koszt jego opakowania i honoraria specjalistów, którzy ten kosmetyk opracowali. Jednak największą pozycję w kosztach stanowią marże producenta i dystrybutorów. Co prawda wysoka cena jest czynnikiem budującym ekskluzywność, tym samym zachęcając do zakupu, jednak w warunkach kryzysu mogą zmieniać się preferencje nabywców i znana prestiżowa marka oraz wysoka cena mogą stać się mało przekonującymi argumentami. Podobna sytuacja występuje w wielu usługach. W warunkach niepewności konieczne jest ograniczenie marży na rzecz utrzymania płynności i utrzymania dotychczasowych nabywców.

W sytuacjach kryzysowych najważniejsze znaczenie ma szybkość reakcji, choć w odniesieniu do cen nie zawsze powinno oznaczać to ich obniżkę. Spadek ceny może wiązać się z pogorszeniem wizerunku marki i jest równoznaczny ze spadkiem marży zysku. Obniżki cen mogą wywołać więcej niż proporcjonalny spadek zysków. W badaniach 500 przedsiębiorstw wykazano, że spadek ceny zaledwie o 1% wywołuje aż 12,3% straty zysku¹. Z kolei pięcioprocentowy wzrost ceny skutkował wzrostem zysku aż o 22%, podczas gdy pięcioprocentowy wzrost obrotów spowodował wzrost zysku tylko o 12%, a spadek kosztów sprzedaży o 5% przyniósł wzrost zysków zaledwie o 10%². Wzrost cen może wpływać na poziom atrakcyjności produktów w świadomości nabywców, dlatego

¹ R.A. Garda, M.V. Marin, *Price Wars*, „McKinsey Quarterly” sierpień 1993, s. 87–100.

² A. Hinterhuber, *Towards value-based pricing – An integrative framework for decision making*, „Industrial Marketing Management” 2004, nr 33, s. 765–778.

też konieczne staje się zrównoważenie potencjalnych negatywnych skutków wzrostu cen przez podwyższenie poziomu zadowolenia przy pomocy instrumentów pozacenowych.

Ceny artykułów konsumpcyjnych w warunkach pandemii

Jednoznaczne określenie wpływu pandemii COVID-19 na strukturę i zmiany cen jest trudne, gdyż cena jest kategorią dynamiczną, na kształtowanie której wpływa wiele różnych czynników. Wydaje się jednak, że najbardziej jednoznaczny wpływ na ceny pandemia miała na początku, gdy zamykano kolejne gałęzie gospodarki. Przykładowo, konieczność pozostania w domach wpłynęła na wzrost popytu na urządzenia RTV i AGD, co stanowiło pole do wzrostu cen (w roku 2020 sprzedaż AGD wzrosła o 10%, a o 16% wartościowo).

W zarządzaniu ceną podczas pandemii powinno się zwrócić uwagę na pięć kluczowych problemów³:

- wszystkie decyzje cenowe powinny być legalne i etyczne, gdyż czasy kryzysu humanitarnego nie są dobrym momentem na podnoszenie cen;
- należy zachować perspektywę długookresową i dbać o rozwój długofalowych programów lojalnościowych;
- powinno się wzmocnić przekaz skoncentrowany na wartości, gdyż wrażliwość cenowa klientów może ulec znacznej zmianie;
- decyzje cenowe powinny być elastyczne. Struktura cen powinna być dostosowywana do bieżących potrzeb, zapewniając jednocześnie elastyczność w dalszej perspektywie;
- okres pandemii to dobry czas na zracjonalizowanie swoich umów z klientami, gdyż w nich można poszukiwać oszczędności, często znaczących.

Spadek popytu i w ślad za tym cen na wiele produktów żywnościowych rozpoczął się na początku 2020 r. wraz z zamknięciem ludzi w domach w wielu krajach. Skala spadku cen była jednak różna, a na niezmiennym poziomie pozostały np. zboża wykorzystywane do żywienia zwierząt. Ruchy cen nastąpiły w odniesieniu do warzyw i owoców, ale tu zmiany były podyktowane również warunkami pogodowymi⁴. Na początku pandemii wzrosło zainteresowanie zdrowym odżywianiem, co wpłynęło m.in. na ceny owoców cytrusowych (w kwietniu 2020 r. podrożały o ponad 27% rok do roku), ale potem wzrosty wyhamowały i w październiku, gdy powinny być najdroższe, ceny były tylko o 10%

³ A. Abdelnour, T. Babbitz, S. Moss, *Pricing in a pandemic: Navigating the COVID-19 crisis*, <https://www.mckinsey.com/business-functions/marketing-and-sales/our-insights/pricing-in-a-pandemic-navigating-the-covid-19-crisis> [dostęp: 5.06.2021].

⁴ D. Mead, Ransom K., Reed S. B., Sager S., *The impact of the COVID-19 pandemic on food price indexes and data collection*, „Monthly Labor Review” sierpień 2020, s. 2.

wyższe niż rok wcześniej⁵. Należy jednak nadmienić, że znaczny wzrost cen warzyw i owoców, który dość powszechnie przypisuje się COVID-19, miał miejsce już w roku 2019.

Od początku wprowadzania ograniczeń można było zauważyć tendencję do spadku cen produktów rolnych. Było to spowodowane z jednej strony ograniczeniami w wymianie międzynarodowej, a z drugiej zaś zakazem funkcjonowania restauracji i innych miejsc żywienia zbiorowego⁶. Pierwszy z tych czynników ma znaczenie dla eksportu polskiej żywności, a drugi dla popytu wewnętrznego. W pierwszym okresie pandemii zauważono jednak wzrost popytu na żywność w związku z obawą przed zapewnieniem ciągłości dostaw podstawowych artykułów żywnościowych⁷. Można było zauważyć krótkotrwałe problemy z zaopatrzeniem w żywność i braki produktów o przedłużonym terminie przydatności do spożycia. Jednak było to zjawisko przejściowe i nie wywołało poważniejszej presji na wzrost cen. Dużo większe znaczenie miał wyraźny spadek całkowitych wydatków konsumpcyjnych. Wiosną 2020 r. były one o 40% niższe niż prognozowane i ponad 30% niższe niż w analogicznym okresie roku 2020⁸. W dłuższym okresie COVID-19 może zmniejszyć popyt na niektóre towary, których konsumpcja wiąże się z zagrożeniami dla zdrowia⁹.

Z punktu widzenia makroekonomicznego pandemia nie spowodowała poważniejszych zmian w kształtowaniu trendów inflacyjnych. Jak wynika z tabeli 1, Polska po okresie deflacji, od końca 2016 r. jest w stałym trendzie wzrostowym, który wyraźnie przyspieszył na przełomie 2019 i 2020 r., a więc jeszcze w okresie przed wprowadzeniem obostrzeń pandemicznych.

Tabela 1. Zmiany cen w Polsce (w %)

Analogiczny miesiąc poprzedniego roku = 100

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
2015	-1,1	-1,3	-1,2	-0,8	-0,6	-0,5	-0,4	-0,4	-0,6	-0,6	-0,5	-0,4
2016	-0,3	-0,2	-0,4	-0,5	-0,4	-0,4	-0,6	-0,5	-0,2	0,1	0,2	0,9
2017	1,4	1,9	1,8	1,8	1,5	1,3	1,4	1,4	1,6	1,6	2,0	1,7
2018	1,6	0,7	0,7	0,9	1,2	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5	1,1	0,9
2019	0,6	1,3	1,7	2,1	2,2	2,3	2,5	2,6	2,4	2,3	2,4	3,0
2020	3,8	4,1	3,9	2,9	3,4	3,8	3,7	3,7	3,8	3,8	3,7	3,4
2021	3,6	3,6	4,4	5,1	4,6							

Źródło: <https://stat.gov.pl/>.

⁵ <https://stat.gov.pl> [dostęp: 20.06.2021].

⁶ S. Kowalczyk, *Sektor żywnościowy w czasach pandemii koronawirusa*, „Kwartalnik nauk o przedsiębiorstwie” 56, 2020, nr 3, s. 43–53.

⁷ *Ibidem*.

⁸ M. Miniszewski, *Konsumpcja w pandemii*, Polski Instytut Ekonomiczny, Warszawa 2021, s. 16.

⁹ M. Eichenbaum, S. Rebelo M. Trabandt, *The Macroeconomics of Epidemics*, „CEPR Discussion Papers” 2020, nr 14520.

Wzrost wskaźnika zmian cen w ostatnich miesiącach można z kolei tłumaczyć decyzjami podjętymi we wcześniejszych okresach, które mogły wywołać impuls inflacyjny, ale zostałyby wprowadzone niezależnie od pandemii. Tak było przede wszystkim z:

- opłatami za wywóz śmieci, będącymi rezultatem wcześniejszych postanowień samorządów, wynikających z konieczności wdrażania celów UE, w tym obowiązku sortowania i recyklingu, co jest realizowane w sposób daleki od optymalnego, w związku z czym na polskie samorządy nakładane są dotkliwe kary finansowe. Według informacji GUS średni koszt wywozu śmieci był w lutym 2021 wyższy o 36,9% w stosunku do roku poprzedniego¹⁰;
- wzrostem cen energii elektrycznej ze względu na wprowadzenie tzw. opłaty mocy, mającej na celu zapewnienie ciągłości dostaw energii w wysokości 76,2 zł za 1 MWh dla przedsiębiorstw i nieco niższej dla gospodarstw domowych (w zależności od wielkości zużycia). Ceny energii wpływają bezpośrednio lub pośrednio na poziom wszystkich cen detalicznych;
- podwyżkami akcyzy na alkohol. Podatek akcyzowy za 1000 litrów 100% alkoholu od 1 stycznia 2021 r. wzrósł z 5704 zł do 6275 zł¹¹, co mogło spowodować wzrost ceny półlitrowej wódki 40% o ok. 1,40 zł;
- cenami biletów na komunikację miejską w kilku największych polskich miastach. Kluczowym argumentem była przede wszystkim potrzeba zrekompensowania niższych przychodów ze sprzedaży biletów. Niekiedy te podwyżki były dotkliwe (np. we Wrocławiu średnio o 33%), co jest o tyle interesujące, że wielkie miasta od wielu lat starają się promować korzystanie z komunikacji publicznej, a zdecydowały się na taki ruch cenowy w środku pandemii;
- ciągłym wzrostem cen mieszkań, związanym głównie z długookresowym wzrostem popytu (ze względu [m.in.](https://m.in) na mniejszą liczbę mieszkań w stosunku do liczby mieszkańców w stosunku do większości krajów UE), ale również z uprzywilejowaną rynkową pozycją deweloperów i agresywną promocją. Nie bez znaczenia jest również brak realnych możliwości bezpiecznego lokowania pieniędzy w bankach w związku z bardzo niską stopą procentową, co zachęca do poszukiwania innych możliwości inwestowania nadwyżek finansowych.

Oprócz wymienionych sytuacji, w których wzrosty cen były w zasadzie niezależne od pandemii, można wymienić sporo czynników stymulujących wzrost cen produktów konsumpcyjnych, na które COVID-19 ma wpływ. Należą do nich w szczególności:

¹⁰ <https://stat.gov.pl/> [dostęp: 20.06.2021].

¹¹ <http://www.podatekakcyzowy.pl/> [dostęp: 20.06.2021].

- wzrost roli państwa, w tym szczególnie znaczące ograniczenia w możliwości prowadzenia działalności gospodarczej, co spowodowało znaczące zmiany popytu;
- częstsze i głębsze niż wcześniej zmiany profilu działalności przedsiębiorstw;
- konieczność reorganizacji ze względu na reżim sanitarny;
- wzrost działań aktywizujących popyt, często bardzo kosztownych;
- wzrost wrażliwości nabywców na ceny.

Najwięcej istotnych zmian zaszło na początku pandemii, a doskonałym przykładem była sytuacja na rynku paliw. Ich ceny gwałtownie spadły wiosną 2020 r., gdy wiele przedsiębiorstw musiało zawiesić swoją działalność, a ponad miliard ludzi zostało dotkniętych ostrym lockdownem i zmuszonych do pozostania w domach. W tym czasie Arabia Saudyjska ogłosiła plany wzrostu wydobycia ropy naftowej¹². Spowodowało to, że w kwietniu 2020 r. globalny popyt na ropę był aż o 29 mln baryłek dziennie mniejszy niż rok wcześniej, równocześnie rekordowe były ilości ropy składowane na tankowcach – aż ponad 160 mln ton, a podczas recesji w 2009 r. było to „tylko” 100 mln ton¹³. Gwałtowne załamanie popytu spowodowało, że na światowych giełdach pojawiły się oferty z ujemną ceną. Sytuacja jednak dość szybko wróciła do normy i po okresie bardzo niskich cen paliw w marcu 2021 r. mieliśmy rekordowe podwyżki na stacjach benzynowych.

Aby umiejętnie dostosować się do nowej sytuacji i w miarę możliwości wykorzystać sposobności z niej wynikające, zarządzający przedsiębiorstwami powinni precyzyjnie określić swoją sytuację rynkową. Były bowiem branże, które nie ucierpiały, a nawet przejściowo mogły zyskać (np. branża żywnościowa w czasie, gdy wielu nabywców kupowało na zapas produkty o dłuższym okresie przydatności do konsumpcji). W tych przypadkach warto kształtować swoje strategie cenowe w kategoriach wartości dla klienta. Jest bowiem bardzo prawdopodobne, że w czasie kryzysu wrażliwość cenowa będzie się zwiększać, a specyfika kryzysu i związanych z nim ograniczeń może istotnie wpływać na kształtowanie się priorytetów. Dlatego też powinno się dostosować różne elementy oferty do aktualnych warunków przez odpowiednie kształtowanie działań związanych z cenami.

Jednym z takich rozwiązań są promocje typu dwa w cenie jednego, trzy w cenie dwóch czy też sprzedaż w pakietach większych niż do tej pory. Takie rozwiązania były znane już wcześniej¹⁴, ale w ostatnich kilkunastu miesiącach pojawiały się również w podmiotach handlowych, które ich do tej pory nie stosowały. Popularna jest również

¹² D. Villarreal-Samaniego, *The dynamics of oil prices, COVID-19, and exchange rates in five emerging economies in the atypical first quarter of 2020*, „Estudios Gerenciales” 37, 2021, nr 158, s. 18.

¹³ <https://energia.rp.pl/surowce-i-paliwa/21249-ropa-najtansza-od-ponad-dwoch-dekad> [dostęp: 22.06.2021]

¹⁴ Zob. P. Waniowski, *Marketingowe zarządzanie ceną w przedsiębiorstwie*, Wyd. UE, Wrocław 2014.

reguła niedostępności, polegająca na stworzeniu wrażenia, że produkt jest trudno dostępny i nabycie go po danej cenie jest wyjątkową okazją i już niedługo może być on znacznie droższy. Można też doprowadzić do porównania cen różnych produktów, tak aby potencjalni nabywcy mogli łatwo dostrzec cenową przewagę jednego z nich nad drugim. W tym celu można wykorzystać różne cechy i wartości związane z produktami, szczególnie takie, które jednoznacznie pokazują przewagę jednego nad drugim. W niektórych branżach częściej niż wcześniej pojawiały się też modyfikacje produktu, aby nabywcom trudniej było zapamiętywać i porównywać ceny. Wykorzystuje się tu fakt, że nabywcy mają niewielką wiedzę na temat poziomu i struktury cen w przeciwieństwie do informacji o miejscach sprzedaży, sposobach promocji, cechach produktów czy marek. Ceny bowiem zawierają również liczby, których precyzyjne zapamiętywanie jest szczególnie trudne. W czasie kryzysu ludzie mogą zachowywać się w sposób bardziej emocjonalny i będą bardziej skłonni do reagowania na psychologiczne podpowiedzi dotyczące możliwych wyborów typu „szczególnie polecane”, „oferta premium”, „najlepsza oferta”, „wyjątkowa okazja” itp. Dlatego też w czasach pandemii jeszcze bardziej komplikowano oferty dotyczące tych samych produktów, aby utrudnić ich porównanie ze względu na ceny.

Kolejnym zabiegiem jest ukrywanie niektórych elementów ceny finalnej, stosowane obecnie przy rezerwacji biletów lotniczych, gdy ogólnikowo informuje się nabywców o dodatkowych kosztach, czyli o opłatach lotniskowych, za nadbagaż czy też za dokonanie zmiany w terminie wylotu (szczególnie gdy bilety nabywane są na zasadach promocyjnych). Rozbijanie ceny na komponenty może skoncentrować uwagę nabywców na cenie podstawowej, a nie na koszcie całkowitym. Warto też wykorzystywać kontekst, w jakim ukazuje się daną cenę, gdyż ukazanie ceny produktu w otoczeniu cen ofert droższych wywołuje wrażenie, że jest on tańszy. Skutecznym zabiegiem w sytuacjach kryzysowych okazuje się umożliwienie sprzedaży pojedynczych produktów, które dawniej sprzedawane były w zestawach, aby klienci mogli płacić tylko za te artykuły, które są im rzeczywiście potrzebne. Jest to wyjątkowo doceniany sposób budowania trwałych relacji, z dużą szansą na kontynuację po zakończeniu pandemii, gdyż w warunkach niepewności wszelkie gesty korzystne dla nabywców podejmowane przez sprzedawców są szczególnie doceniane. Jedna z firm oferujących oprogramowanie do gier komputerowych po raz pierwszy w swojej historii zaoferowała bezpłatny trzymiesięczny okres próbny w najtrudniejszym okresie dla branży. Pomogło to zachować udział w rynku, a w dłuższym okresie osiągnąć sukces finansowy.

Niestety oprócz takich działań można zaobserwować wykorzystywanie pandemii do manipulacji cenowych. W czasie pandemii jeszcze częściej niż wcześniej ceny promocyjne naliczane były od ceny wyższej niż ta, która rzeczywiście była używana przed

rozpoczęciem promocji, szczególnie w wielu sieciach RTV–AGD, w hipermarketach i dyskontach oraz w sieciach sklepów odzieżowych. Podczas ostatniego Black Friday ceny najpopularniejszych artykułów RTV i AGD były wyższe o ponad 8% niż najniższe ceny na te artykuły w ciągu wcześniejszych 90 dni¹⁵. I nie był to przypadek odosobniony.

W czasach pandemii wzrosło znaczenie internetowych kanałów sprzedaży, gdyż przedsiębiorcy poszukiwali innych rozwiązań niż tradycyjna sprzedaż, a nabywcy korzystniej niż wcześniej reagowali na możliwość dokonania zakupu bez bezpośredniego kontaktu ze sprzedawcami. W 2020 r. sprzedaż internetowa w Polsce wzrosła o 35%, a ten kanał osiągnął czternastoprocentowy udział w wartości sprzedaży detalicznej¹⁶. Stwierdzono również, że dla 68% nabywców najważniejszym czynnikiem wyboru sprzedawcy internetowego jest cena¹⁷. W podobnym badaniu w grudniu 2012 r. aż 80% respondentów uznało niższą niż w zakupach tradycyjnych cenę za najistotniejszą zachętę do zakupu¹⁸. Rozwój e-commerce nie oznacza, że sprzedawcy muszą ograniczać swoje zyski, gdyż przekonanie, że sklepy online powinny oferować niższe ceny już dawno zaczęło tracić na aktualności¹⁹. Operowanie niższą ceną w internecie jest obecnie dość rzadkie, a dominują strategie ceny jednolitej bez względu na różnice w kosztach poszczególnych kanałów. W ostatnim okresie można nawet zauważyć akceptację dla cen wyższych, gdyż szczególnie pożądaną użytecznością okazuje się możliwość dostawy do domu lub odbioru w pobliskim paczkomacie. Takie przykłady, choć na razie nieliczne, można zauważyć w branży elektronicznej, w niektórych księgarniach internetowych, a nawet w sklepach odzieżowych.

Rozwojowi handlu internetowego towarzyszy szersze wykorzystywanie urządzeń mobilnych jako źródła przekazywania informacji, w tym również cenowych. Powszechne stało się np. zastępowanie promocji „gazetkowych” aplikacjami na telefony komórkowe.

Konkluzje

Jak wynika z przedstawionych danych, trudno jednoznacznie powiązać procesy cenowe z pandemią. Liczne decyzje cenowe miały związek z charakterem obostrzeń i z różnymi przepisami dotyczącymi przeciwdziałania skutkom pandemii w różnych

¹⁵ <https://cyfrowa.rp.pl/biznes/55237> [dostęp: 22.06.2021].

¹⁶ <https://www.pwc.pl/pl/media/2021/2021-05-20-raport-pwc-strategie-ktore-wygrywaja-e-commerce.html> [dostęp: 22.06.2021].

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ <http://ecommercepolska.pl/files/7614/0732/8357/Raport-E-commerce-w-Polsce-2012-w-Oczach-Internautow.pdf> [dostęp: 22.06.2021].

¹⁹ T. Jensen, Kees J., Burton S., Lucarelli Turnipseed F., *Advertised reference prices in an internet environment: effects on consumer price perceptions and channel search intentions*, „Journal of Interactive Marketing” 17, 2003, nr 2, s. 20.

krajach. Był to jeden z czynników zwiększenia się trudności związanych z porównywaniem cen pod względem czasowym i terytorialnym. Niektóre zjawiska cenowe miały charakter przejściowy, a trwałym skutkiem COVID-19 wydaje się znaczny wzrost zainteresowania stosowaniem promocji cenowych, szczególnie tych, które odwołują się do emocjonalnych aspektów zachowań nabywców. Częściej występuje również dynamiczne różnicowanie cen, czyli sprzedaż tych samych produktów po różnych cenach w zależności od różnych kryteriów. Nieunikniony wydaje się też dalszy intensywny rozwój sprzedaży internetowej, w której nabywcy zaczęli akceptować wyższe ceny w zamian za możliwość szybkiej i niezawodnej dostawy produktu.

Najważniejsze jest jednak myślenie w dłuższej perspektywie, gdyż kryzys kiedyś się skończy, więc nie powinno się podejmować decyzji, które pogorszą wizerunek firmy lub też skomplikują relacje z klientami w przyszłości.

Bibliografia

Literatura

- Briciu S., Sas F., *The crisis and the cost management*, „Annales Universitatis Apulensis Series Oeconomica” 1, 2009, nr 11.
- Eichenbaum M., Rebelo S., Trabandt M., *The Macroeconomics of Epidemics*, „CEPR Discussion Papers” 2020, nr 14520.
- Garda R.A., Marin M.V., *Price Wars*, „McKinsey Quarterly” sierpień 1993.
- Hinterhuber A., *Towards value-based pricing – An integrative framework for decision making*, „Industrial Marketing Management” 2004, nr 33.
- Jensen T., Kees J., Burton S., Lucarelli Turnipseed F., *Advertised reference prices in an internet environment: effects on consumer price perceptions and channel search intentions*, „Journal of Interactive Marketing” 17, 2003, nr 2.
- Kowalczyk S., *Sektor żywnościowy w czasach pandemii koronawirusa*, „Kwartalnik Nauk o Przedsiębiorstwie” 56, 2020, nr 3.
- Mead D., Ransom K., Reed S. B., Sager S., *The impact of the COVID-19 pandemic on food price indexes and data collection*, „Monthly Labor Review” sierpień 2020.
- Miniszewski M., *Konsumpcja w pandemii*, Polski Instytut Ekonomiczny, Warszawa 2021.
- Villarreal-Samaniego D., *The dynamics of oil prices, COVID-19, and exchange rates in five emerging economies in the atypical first quarter of 2020*, „Estudios Gerenciales” 37, 2021, nr 158.
- Waniowski P., *Marketingowe zarządzanie ceną w przedsiębiorstwie*, Wyd. UE, Wrocław 2014.

Internet

- <https://www.adlittle.com/en/insights/viewpoints/pricing-crisis>.
- <https://cyfrowa.rp.pl/biznes/55237>.

<http://ecommercepolska.pl/files/7614/0732/8357/Raport-E-commerce-w-Polsce-2012-w-Oczach-Internautow.pdf>.

<https://energia.rp.pl/surowce-i-paliwa/21249-ropa-najtansza-od-ponad-dwoch-dekad>.

<https://www.mckinsey.com/business-functions/marketing-and-sales/our-insights/pricing-in-a-pandemic-navigating-the-covid-19-crisis>.

<http://www.podatekakcyzowy.pl/>.

<https://www.pwc.pl/pl/media/2021/2021-05-20-raport-pwc-strategie-ktore-wygrywaja-e-commerce.html>.

<https://stat.gov.pl>.

Usługi w nowej rzeczywistości z perspektywy dostawców usług i konsumentów

Services in a new reality from the perspective of service providers and consumers

Mirosława Pluta-Olearnik

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

ORCID: 0000-0002-5719-4710

Streszczenie

Celem artykułu jest zidentyfikowanie i usystematyzowanie najważniejszych problemów i wyzwań dla dostawców różnych branż usługowych i konsumentów będących uczestnikami ekosystemu usługowego, które ujawniły się w nowej pandemicznej rzeczywistości. W szczególności rozważania dotyczą: 1) spotęgowanego w okresie pandemii działania niektórych czynników (megazakłóceń), a także 2) przyspieszenia niektórych trendów zachowań konsumentów lub powstania nowych oraz 3) możliwych scenariuszy postpandemicznych zachowań dostawców i konsumentów w odmiennych branżach usług. W artykule wykorzystano metodę przeglądu aktualnego piśmiennictwa oraz *case studies* służące zobrazowaniu analizowanego zjawiska. Źródłem informacji są aktualne publikacje naukowe, raporty oraz przykłady praktycznych rozwiązań stosowanych w okresie pandemii w takich branżach jak: edukacja, turystyka, transport, ochrona zdrowia. Wyniki analizy wskazują na potrzebę redefinicji dotychczasowych modeli świadczenia usług w czasach megazakłóceń, w tym wskazują na: stosowanie rozwiązań zdalnych lub automatyzację procesów usługowych w branżach usług podatnych na innowacje, nowe rozumienie dystansu społecznego w usługach bazujących na bezpośrednim kontakcie stron oraz potrzebę elastyczności i zwinności organizacji usługowych w relacji z konsumentami w nowej, postpandemicznej rzeczywistości.

Słowa kluczowe

ekosystem usługowy, megazakłócenia, pandemia COVID-19, nowa rzeczywistość, zachowania dostawców usług, trendy konsumpcji usług

Abstract

The aim of the article is to identify and systematize the most important problems and challenges for providers of various service industries and consumers who are participants in the service ecosystem, which have revealed themselves in the new, post-pandemic reality. In particular, the considerations concern: 1. the intensification of certain factors during a pandemic (mega disruptions), 2. the acceleration of certain trends in consumer behavior or the emergence of new ones, 3. possible scenarios of post-pandemic behaviors of suppliers and consumers in different service industries. The article uses the method of reviewing the current literature as well as global case studies to illustrate the analyzed phenomenon. The source of information are current scientific publications, reports and examples of

practical solutions used during the pandemic in such services industries as: education, tourism, transport, health care. The results of the analysis indicate the need to redefine the existing models of service supply in post-pandemic times, including: the use of remote solutions or automation of service processes in service industries prone to innovation, a new understanding of social distance in services based on direct contact between the participants, and – finally – the need for flexibility and agility of service organizations in relations with consumers in the new, post-pandemic reality.

Keywords

service ecosystem, megadisruptions, COVID-19 pandemic, new pandemic reality, service provider behavior, service consumption trends

JEL: L80, L84, M31, O33

Wprowadzenie

Artykuł koncentruje się na problematyce funkcjonowania sfery usług w dobie pandemii COVID-19, czyli w czasie występowania wielu zakłóceń na niespotykaną dotychczas globalną skalę, oraz w okresie postpandemii, czyli w tzw. nowej rzeczywistości społecznej i gospodarczej. Celem artykułu jest zidentyfikowanie i usystematyzowanie najważniejszych problemów i wyzwań dla dostawców różnych usług oraz konsumentów, które powstały po zidentyfikowaniu sygnałów nowej rzeczywistości. W szczególności podkreśla się wzmocnienie występowania trzech następujących zjawisk: postrzeganie zdrowia w ujęciu holistycznym (umysł i ciało), przejście na system pracy i edukacji zdalnej oraz digitalizację procesów gospodarczych i społecznych. W badaniach sformułowano trzy kluczowe pytania: 1) jakie czynniki najsilniej kształtują nową rzeczywistość?; 2) jak zmieniają się zachowania konsumentów w różnych branżach usług?; 3) jak dostawcy usług (przedsiębiorstwa, organizacje) dostosowują się do nowej rzeczywistości? Podejście badawcze zaprezentowane w tym artykule polega na holistycznym, wielopoziomowym spojrzeniu na sferę usług (tj. z poziomu makro, mezo i mikro), z uwzględnieniem wzajemnych powiązań między uczestnikami tzw. ekosystemu usług. Kategoria ekosystemów usług daje bowiem właściwy ogląd złożoności sytuacji dostawców i konsumentów usług w okresie megazakłóceń pandemicznych oraz w okresie postpandemicznym. W artykule wykorzystano metodę przeglądu aktualnego piśmiennictwa krajowego i zagranicznego oraz *case studies* służące zobrazowaniu analizowanego zjawiska. Źródłem informacji są aktualne publikacje naukowe, raporty firm badawczych oraz przykłady praktycznych rozwiązań stosowanych w okresie pandemii w takich branżach jak: edukacja, turystyka, transport, ochrona zdrowia. Wyniki opublikowanych badań redefiniują modele świadczenia usług w czasach pandemicznych i postpandemicznych, wskazując na nowe sposoby radzenia sobie z ograniczeniami, w tym również wynikającymi ze specyficznych cech usług. Badacze wskazują na intensyfikację obsługi klienta z użyciem rozwiązań zdalnych lub automatyzację procesów usługowych w branżach

podatnych na innowacje, a także ukazują nowe społeczne praktyki w usługach, które charakteryzują się bezpośrednim kontaktem z klientem, a także potrzebę elastyczności i zwinności organizacji usługowych w relacji z konsumentami w nowej rzeczywistości.

Usługi jako przedmiot współczesnych badań

Usługi jako obszar aktywności gospodarczej i społecznej stanowią ważny nurt zainteresowań badaczy reprezentujących nauki społeczne, w tym dyscypliny ekonomii i finansów oraz nauk o zarządzaniu i jakości. W dorobku tej dziedziny nauki znane i ugruntowane jest określenie procesu serwicyzacji gospodarki, które najogólniej oznacza zwiększenie udziału usług w rozmaitych przekrojach gospodarki, obserwowane w długich okresach. Serwicyzacja jest empirycznie potwierdzoną prawidłowością, zwłaszcza w badaniach nad rozwojem i przekształcaniami gospodarek wysoko rozwiniętych. Ta dominacja sektora usługowego wyraża się w szczególności wzrostem udziału usług w strukturze zatrudnienia i tworzeniu PKB¹. Jak podają źródła statystyczne, w Polsce udział sektora usług w tworzeniu wartości dodanej brutto w 2019 r. wyniósł 57%, natomiast udział pracujących w sektorze usług w 2019 r. wyniósł 59%². Mając na uwadze megazakłócenia wywołane pandemią COVID-19, można spodziewać się pogorszenia tych wskaźników, zarówno w wielu rodzajach usług związanych z funkcjonowaniem gospodarstw domowych i osobistych, jak i usług dla biznesu.

Cechy współczesnego sektora usług w Polsce, które zaznaczyły się wyraźnie w okresie przedpandemicznym, polegały m.in. na:

- usprawnieniu systemów dystrybucji usług poprzez większe wykorzystanie profesjonalnych pośredników w sprzedaży bezpośredniej wielu rodzajów usług, np. kredytowych, ubezpieczeniowych, turystycznych, telekomunikacyjnych, skutecznie pełniących funkcje sprzedażowo-doradcze;
- rozwoju bezpośrednich kanałów dystrybucji usług wykorzystujących nowe rozwiązania informatyczne w procesie obsługi klienta i usprawniające informowanie o ofercie usług, personalizowanie elementów usługi, a także sprzedaż „na odległość” wybranych usług podatnych na takie rozwiązania, np. edukacyjnych, rozrywkowych, informatycznych;
- sprzedaży tzw. pakietów usług w celu lepszego dostosowania do potrzeb klienta i zaoferowania mu większej elastyczności w wyborze cech oferty, np. usługi hotelarskie połączone z usługami transportowymi, kulturalnymi czy też usługi

¹ M. Pluta-Olearnik, *Marketing przedsiębiorstw usługowych w procesie internacjonalizacji*, PWE, Warszawa 2013, s. 12–13.

² *Mały Rocznik Statystyczny Polski 2020*, GUS, Warszawa 2020, s. 129 i 398.

- turystyki biznesowej obejmujące rozbudowane pakiety pobytowe, w tym np. ofertę krótkiego wypoczynku w trakcie wyjazdu służbowego (tzw. *bleisure*);
- wzroście personalizacji w świadczeniu usług, a nawet współdziałania (angażowania) klienta w tworzeniu cech danej usługi, zwykle z wykorzystaniem rozwiązań informatycznych udostępnionych klientom przez dostawców usług w sieci (np. usługi bankowe);
 - wzroście globalizacji w branżach usługowych, zwłaszcza oferujących usługi podatne na standaryzację i dysponujących rozbudowaną siecią sprzedaży, a co za tym idzie, również obecnych na wielu rynkach światowych, np. w usługach transportu lotniczego, bankowych, ubezpieczeniowych, turystycznych, doradczych³.

Wspomniany proces globalizacji gospodarki został w ostatniej dekadzie wzmocniony przez postępującą digitalizację gospodarki oznaczającą przejście wielu podmiotów gospodarczych, w tym usługowych, z przestrzeni geograficznej do cyberprzestrzeni. Podkreśla się, że skutkiem tego jest powstanie zjawiska kompresji czasu i przestrzeni w skali całego globu, rozumianej jako kurczenie się świata w wyniku rozwoju środków nowoczesnego przekazu, dużej mobilności ludzi, dostępności oferty dóbr i usług z całego globu⁴.

Pandemia koronawirusa w roku 2020 dotknęła niemal wszystkie gospodarki na świecie. Światowe łańcuchy dostaw, które zostały przerwane z dnia na dzień, silnie wpłynęły nie tylko na sektory przemysłowe, w tym na przemysł farmaceutyczny, motoryzacyjny i elektroniczny⁵, ale również na sektor usług, który doznał ogromnych strat. Branże usług, które szczególnie odczuły ograniczenia związane z pandemią to z pewnością usługi turystyczne, hotelarskie, gastronomiczne, transportowe⁶.

W tabeli 1 przedstawiono przykłady globalnych zakłóceń (inaczej megazakłóceń) z powodu pandemii COVID-19 w wybranych rodzajach usług.

Tabela 1. Wpływ megazakłóceń na różne branże usług w skali światowej

Rodzaje usług	Przykłady zakłóceń globalnych z powodu COVID-19
Edukacja	szkoły i uniwersytety na całym świecie są zamknięte; wpłynęło to na ponad 300 milionów uczniów na świecie, zmuszając szkoły (nauczycieli, uczniów) do zdalnego kontynuowania zajęć
Wydarzenia	imprezy sportowe, festiwale muzyczne, konferencje i targi są odwoływane, aby zapobiec dalszej eskalacji epidemii wirusa COVID-19

³ M. Pluta-Olearnik, *op. cit.*, s. 21–22.

⁴ K. Rybiński, *Globalizacja w trzech odsłonach. Offshoring – globalne nierównowagi – polityka pieniężna*, Difin, Warszawa 2007, s. 26–35.

⁵ N. Albertoni, C. Wise, *International Trade Norms in the Age of COVID-19 Nationalism on the Rise?*, „Fudan Journal of the Humanities and Social Sciences”, <https://doi.org/10.1007/s40647-020-00288-1> [dostęp: 20.04.2021].

⁶ S. Kabadayi, G.E. O'Connor, S. Tuzovic, *Impact of coronavirus on service ecosystems*, „Journal of Services Marketing” 34, 2020, nr 6, s. 813.

Rodzaje usług	Przykłady zakłóceń globalnych z powodu COVID-19
Opieka zdrowotna	w wielu krajach, w tym w USA, liczba testów i pojemność szpitali okazały się niewystarczające, aby poradzić sobie z rosnącą liczbą przypadków zachorowań
Gastronomia	restauracje i inne obiekty gastronomii otrzymały polecenie całkowitego zamknięcia na wiele tygodni; liczba osób jedzących „na mieście” drastycznie spadła z powodu nakazu utrzymania dystansu społecznego; wprowadzono ofertę jedzenia na wynos
Hotelarstwo	liczba rezygnacji z pokoi hotelowych wzrosła wykładniczo ze względu na ograniczone przemieszczanie się i odwołania podróży; hotele ograniczały liczbę wynajętych pokoi oraz dostęp do infrastruktury hotelowej
Transport lotniczy	ograniczenia podróży zmusiły linie lotnicze na całym świecie do odwoływania lotów; według Międzynarodowego Stowarzyszenia Transportu Lotniczego szacuje się, że globalne linie lotnicze straciły 113 miliardów dolarów ze sprzedaży usług w 2020 r.
Turystyka biznesowa	wiele firm na świecie zaostrzyło ograniczenia w podróżowaniu dla wszystkich pracowników do tylko niezbędnych podróży; pojawiły się oferty turystyki kierowanej do klienta indywidualnego, mającej charakter biznesowy (czyli oferty dopuszczanej zgodnej z regulacjami na okres pandemii)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie S. Kabadayi, G.E. O'Connor, S. Tuzovic, *Impact of coronavirus on service ecosystems*, „Journal of Services Marketing” 34, 2020, nr 6, s. 813.

Według badań firmy doradczej Deloitte opublikowanych w grudniu 2020 r. pandemia COVID-19 spotęgowała oddziaływanie czynników kształtujących przyszłość gospodarki światowej, które generalnie dotyczyły pięciu obszarów: społeczeństwa, technologii, środowiska, gospodarki oraz polityki. Eksperti spośród grupy 35 wcześniej zidentyfikowanych czynników mających wpływ na przyszłość wytypowali siedem, których wpływ może zdominować nową, postpandemiczną rzeczywistość:

- 1) nowa generacja pracowników – obszar społeczeństwo,
- 2) *crowdsourcing* – obszar społeczeństwo,
- 3) ekonomia współpracy – obszar społeczeństwo,
- 4) cyfryzacja – obszar technologie,
- 5) automatyzacja – obszar technologie,
- 6) technicyzacja opieki zdrowotnej – obszar technologie,
- 7) technologia chmury – obszar technologie⁷.

Powyższy zestaw czynników pokazuje wyraźnie, że w postpandemicznej rzeczywistości ujawniają swoją siłę działania związane z nowymi technologiami (cyfryzacja, automatyzacja procesów, technologia chmury w gromadzeniu danych) oraz praca zdalna i angażowanie szerokiej grupy ludzi do proponowania rozwiązań usprawniających

⁷ https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pl/Documents/Brochures/pl_jak_bedzie_wygladala_nowa_rzeczywistosc_COVID-19_2020.pdf [dostęp: 20.04.2021].

procesy w organizacji, z korzyścią dla finalnych odbiorców. W nowej rzeczywistości ten kierunek zmian w gospodarce i społeczeństwie znacznie przyspieszył.

Zmiany zachowań dostawców usług i konsumentów w nowej rzeczywistości

Pandemia COVID-19 dowiodła, że dla przyszłości dostawców usług ważna jest zdolność do odnawiania się, adaptacji, szybkiej zmiany w dynamicznie zmieniającym się, turbulentnym środowisku określanym mianem nowej rzeczywistości. W relatywnie krótkim czasie nastąpiły zmiany w sposobie świadczenia usług, które wpłynęły zarówno na same organizacje i ich pracowników, jak i na klientów oraz interakcje między tymi stronami procesów usługowych.

Na tym tle ważne okazały się poszukiwania odpowiedzi na następujące pytania:

- 1) jak zmieniają się zachowania nabywców usług pod wpływem doświadczeń okresu pandemii?,
- 2) jak dostosowują się dostawcy usług do pandemicznej oraz nowej postpandemicznej rzeczywistości?.

Pytania te w sposób pośredni odwołują się do znanych ograniczeń związanych ze specyfiką oferty usług i procesów świadczenia usług, które silnie wpływają na przebieg transakcji kupna–sprzedaży. Chodzi tu zwłaszcza o brak fizycznego wymiaru usługi (niematerialność) i związaną z tym potrzebę bezpośredniego kontaktu nabywców z usługodawcą, wymaganą zwłaszcza w rodzajach usług opartych na czynniku ludzkim lub/i wymagających jednoczesności świadczenia i konsumpcji takich usług (np. usługi fryzjerskie, transportowe, turystyczne, zdrowotne, kulturalne).

Ograniczenia okresu pandemii, zwłaszcza polegające na częściowym lub całkowitym lockdownie gospodarki, okazały się dla wielu rodzajów usług przełomowe z punktu widzenia ich przyszłości. Gdy niektóre branże, takie jak linie lotnicze, nagle stały się w obliczu problemu nadwyżki zdolności produkcyjnych spowodowanej poważnym ograniczeniem podróży lotniczych (odwołaniem czy zakazem podróży), to inne branże, takie jak opieka zdrowotna, przekraczały swoje granice, aby poradzić sobie z nagłym wzrostem liczby pacjentów. W efekcie część usługodawców zaniechała w ogóle świadczenia usług, natomiast część – jeśli specyfika usługi na to pozwalała – rozwinęła aktywność z częściowym lub pełnym wsparciem rozwiązań technologicznych.

Ważnym motywem zmian w modelu funkcjonowania dostawców wielu usług były jednocześnie przeobrażenia w zachowaniach konsumentów. W okresie pandemii COVID-19 odnotowano dynamiczny wzrost aktywności w formie zdalnej, zarówno w związku z pracą i edukacją, jak też obsługą gospodarstwa domowego – usługi finansowe,

rozrywkowe (filmy, gry) czy nawet rekreacją ruchową (videoblogi, aplikacje ćwiczeniowe)⁸. Bazą dla takich zmian w zachowaniach dostawców i konsumentów usług stał się łatwy dostęp do nowoczesnych usług internetowych (usług szybkiego internetu i technologii chmury). W tabeli 2 zestawiono praktyczne przykłady dobrze ilustrujące niespotykany wcześniej zakres dokonujących się zmian w zachowaniach dostawców i nabywców usług pod wpływem doświadczeń okresu pandemii COVID-19.

Tabela 2. Zmiany zachowań dostawców i konsumentów usług wywołane megazakłóceniami okresu 2020–2021

Rodzaje usług	Zachowania dostawców	Zachowania konsumentów
Usługi internetowe	– dostawcy internetu dostosowują się do nowych form cyfrowego kontaktu z klientami, – nowe elektroniczne kanały sprzedaży – aż 70% firm sektora MSP w UE zintensyfikowało <i>e-commerce</i>, – wzrost oferty tzw. cyberpolis na skutek wzrostu cyberzagrożeń dla firm	– nabywcy dostosowują się do nowych form cyfrowego kontaktu, instalując szybki internet, – wzrost zakupów usług przetwarzania w chmurze przez duże, średnie i małe firmy, – efekt „uboczny” wzmożonej aktywności w internecie – wzrost zainteresowania cyberpolisami
Usługi ubezpieczeniowe	– szybkie wdrożenie cyfrowych kanałów sprzedaży i obsługi klienta (w tym szkód), – rozwój oferty ubezpieczeń – nowe zakresy pokrycia ubezpieczeń dla MSP wynikające z przestojów spowodowanych tzw. przyczynami niematerialnymi (tj. pandemią COVID-19), – zwiększanie sprzedaży ubezpieczeń zdrowotnych	– nabywcy indywidualni i biznesowi szybko dostosowują się do nowych form cyfrowego kontaktu, – wzrost świadomości zdrowotnej społeczeństwa i zainteresowania polisami zdrowotnymi, – wzrost zainteresowania firm cyberpolisami na skutek ataków hakerskich, – wzrost zainteresowania firm MSP ubezpieczeniami dla biznesu
Usługi bankowe	– spadek liczby oddziałów bankowych (placówek) o ok. 5%, – mniej bankomatów, – wzrost płatności elektronicznych/bezgotówkowych, – wzrost aktywności usług świadczonych przez <i>call-center</i>, – rozwój technologii automatycznych – boty (programy) obsługujące klientów	– odwrót od płatności gotówkowych, – wzrost zainteresowania płatnościami elektronicznymi oraz internetowymi, – nawet o 20% więcej klientów banku chce korzystać z komunikacji cyfrowej z bankiem (według badania w Hiszpanii, we Włoszech)

⁸ <https://www.money.pl/gospodarka/operatorzy-w-czasie-pandemii-nowe-mozliwosci-rozwoju-i-szanse-dla-branzy-telekomunikacyjnej-6641313200556896a.html> [dostęp: 15.06.2021].

Rodzaje usług	Zachowania dostawców	Zachowania konsumentów
Usługi turystyczne i hotelarskie	– rozwój oferty usług w branży <i>wellness</i>, medycznej, – rozwój ofert turystyki zdrowotnej, – rozwój ofert wypoczynku krajowego na skutek zmian w wyborze destynacji podróży, – nowe oferty usług turystyki zagranicznej w odpowiedzi na rozwój pracy zdalnej, – dostosowanie oferty usług hoteli do trendu <i>bleisure</i>, tj. praca + wypoczynek (np. pokoje hotelowe jako biura zdalne w sieci hoteli Accor)	– wzrost popularności podróży krajowych – wydatki na podróże zagraniczne przekierowane na podróże krajowe – wzrost zainteresowania inwestowaniem w zdrowie oraz fizyczne i psychiczne samopoczucie po okresie postpandemicznym – nowe preferencje podróżowania, np. segment FIT (<i>free independent travel</i>) – wybór miejsca o niższej gęstości zaludnienia, – przenoszenie pracy zdalnej do destynacji turystycznych, często za granicę
Usługi pocztowe i kurierskie	– rozwój platform <i>e-commerce</i> w kraju i za granicą (obsługa handlu online), – przyspieszenie rozwoju sieci paczkomatów, – nowe łańcuchy dostaw w handlu (obsługa zakupów online), – rozwój branży usług kurierskich	– wzrost zakupów „na odległość” w dobie pandemii, – preferowanie odbioru „bezdotykowego” zakupionych towarów, – unikanie/ograniczane obecności w miejscach o wysokiej gęstości klientów (placówki pocztowe, sklepy), – docenienie wygody zakupu na odległość,
Usługi osobiste i dla gospodarstw domowych (fryzjerskie, pralnicze, gastronomiczne, fitness)	– przesunięcie miejsc świadczenia usług z centrów dużych miast do obszarów podmiejskich (np. w aglomeracji Londynu), – zmiana geograficznej aktywności w usługach – poszukiwanie odpowiednich dla nabywcy miejsc lokalizacji usług (tj. blisko miejsca zamieszkania lub pracy).	– zmiana wzorców konsumpcji na skutek pracy zdalnej w domu (np. jedzenie na wynos, formy rozrywki), – wzrostu popytu na usługi konsumowane lokalnie (tzw. <i>zoom shock</i> – szok wywołany pracą zdalną w domu)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: <https://www.obserwatorfinansowy.pl/bez-kategorii/rotator/pandemia-przyspiesza-cyfryzacje-przedsiębiorstw/> [dostęp 15.04.2021]; <https://www.obserwatorfinansowy.pl/bez-kategorii/rotator/turystyka-po-pandemii-jaka-moze-byc-nowa-normalnosc/> [dostęp: 15.04.2021]; <https://www.obserwatorfinansowy.pl/bez-kategorii/rotator/nie-pewnosc-podnosi-ceny-ubezpieczen/> [dostęp: 15.04.2021]; <https://www.obserwatorfinansowy.pl/tematyka/makroekonomia/trendy-gospodarcze/popyt-na-uslugi-przesunal-sie-z-centrow-duzych-miast-na-obrzeza/> [dostęp: 15.04.2021].

Reasumując, zidentyfikowane w latach 2020–2021 zmiany w zachowaniach dostawców usług oraz klientów indywidualnych, ale także biznesowych, np. z sektora MSP, ukazują sposoby adaptacji tych podmiotów do sytuacji wywołanej megazakłóceniami

związanymi z pandemią COVID-19. Ze względu na specyfikę działania w sektorze usług pozycja wielu usługodawców stała się szczególnie trudna, zwłaszcza w przypadku konieczności zapewnienia kontaktu bezpośredniego z wykonawcą usługi, np. w branży fryzjerskiej, medycznej, transportowej, hotelarskiej, fitness, gastronomicznej. Pandemia COVID-19 pokazuje, że dla przyszłości dostawców usług ważna jest zdolność do odnawiania się, adaptacji, szybkiej zmiany w dynamicznie zmieniającym się, turbulentnym środowisku, typowym dla nowej rzeczywistości. Z dużą dozą prawdopodobieństwa można stwierdzić, że zmiany w sposobie świadczenia usług zainicjowane w okresie pandemii oraz w postpandemicznej rzeczywistości trwale wpłyną na organizacje i ich pracowników, na klientów usług i interakcje między nimi w przyszłości.

Ekosystemy usług w nowej rzeczywistości

Terminem spopularyzowanym w literaturze z obszaru zarządzania jest pojęcie ekosystemu biznesowego, określanego jako grupa przedsiębiorstw i innych jednostek, które pozostając w interakcjach, wykorzystują relacje zależności w celu wytwarzania dóbr, technologii i usług, którymi zainteresowani są klienci. Za twórcę koncepcji ekosystemu biznesowego uznawany jest J.F. Moore⁹. Z kolei amerykańscy badacze M. Iansiti i R. Levien podkreślają, że ekosystemy biznesu tworzą wartość dla konsumenta końcowego poprzez wykorzystanie symbiotycznej relacji, dając tym samym wszystkim aktorom ekosystemu „zbiorową przewagę nad sieciami konkurencyjnymi”¹⁰. Inni jeszcze badacze podejmowali problematykę ekosystemów innowacyjnych w kontekście rozwoju nowych technologii i rewolucji cyfrowej¹¹. Również polscy naukowcy P. Klimas i W. Czakon prowadzili podobne badania, publikując wyniki nad innowacyjnymi ekosystemami¹². Ogólnie efektywność ekosystemów biznesowych zależy od starannego zdefiniowania właściwej propozycji wartości dzięki celowemu doborowi odpowiednich i doświadczonych partnerów. O ostatecznym kształcie ekosystemu biznesowego decydują jednak klienci korzystający z wybranej propozycji produktów, a ściślej rzecz ujmując – propozycji wartości produktów i usług.

Na przełomie XX i XXI w. rozwinęły się w Polsce badania nad usługami w ujęciu systemowym i sieciowym, z uwzględnieniem działalności podmiotów w takich branżach

⁹ J.F. Moore, *Predators and Prey: A New Ecology of Competition*, „Harvard Business Review” 71, 1993, nr 3, s. 75-86.

¹⁰ M. Iansiti, R. Levien, *Strategy as ecology*, „Harvard Business Review” 82, 2004, nr 3, s. 68-78, <https://hbr.org/2004/03/strategy-as-ecology> [dostęp: 15.04.2021].

¹¹ P. Yaghmaie, W. Vanhaverbeke, *Identifying and describing constituents of innovation eco- systems: a systematic review of the literature*, „EuroMed J Bus” 1-32, 2019, <https://doi.org/10.1108/EMJB-03-2019-0042> [dostęp: 10.12.2020].

¹² P. Klimas, W. Czakon, *Species in wild: a typology of innovation ecosystems*, „Review of Managerial Science” 2020, <https://doi.org/10.1007/s11846-020-00439-4> [dostęp: 10.02.2021].

jak: turystyczna, zdrowotna, finansowa, usług biznesowych, ubezpieczeniowa¹³. Wyniki badań dowiodły możliwości tworzenia rozwiązań jeszcze bardziej zaawansowanych, w tym też o charakterze ekosystemów usług. Literatura światowa z obszaru usług wprowadziła koncepcję ekosystemu usług, w którym bada się interakcje i wymianę usług między różnymi interesariuszami i podkreśla rolę instytucji w tworzeniu wartości¹⁴. Z natury ekosystemy usług są wielopoziomowe, gdzie każdy poziom (mikro, mezo i makro) jest osadzony i współzależny, ponieważ różne podmioty współdziałają ze sobą i integrują zasoby, aby współtworzyć wartość¹⁵.

Okres pandemii 2020–2021 oraz nowa rzeczywistość postpandemiczna okazały się wielkim wyzwaniem dla funkcjonowania ekosystemów usług. W 2020 r. ukazała się publikacja autorstwa S. Kabadayi, G.E. O'Connor i S. Tuzovic, w której zaproponowali schemat analizy SMD (*Service Mega-Disruptions*), pozwalający przeanalizować ekosystemy usług w warunkach gwałtownych zakłóceń na globalną skalę, takich jak pandemia COVID-19¹⁶. Schemat analizy SMD zakłada, że megazakłócenia mają jednoczesny wpływ na różnych aktorów na poziomach makro-, mezo- i mikroekonomicznym ekosystemu usług, co ostatecznie zmusza dostawców usług (poziom mikro) do zmiany procesów świadczenia usług. W szczególności:

- na poziomie makro SMD wymuszają nowe zasady/polityki działania rządów (np. kwarantanna, lockdown, ograniczenia w podróżowaniu),
- na poziomie mezo SMD wpływają na zakłócanie sposobu tworzenia i świadczenia usług oferowanych gospodarstwom domowym (B2C) i przedsiębiorstwom (B2B), przy czym charakter tych zakłóceń może być dwojaki: nadwyżka zdolności usługowej w stosunku do ograniczonego popytu (usługi transportowe, turystyczne, hotelarskie) lub też odwrotnie – niedobór zdolności usługowej w stosunku do wysokiego popytu (usługi ratownictwa medycznego, ochrona zdrowia, edukacja),
- na poziomie mikro SMD mają wpływ na klientów i pracowników organizacji usługowych, powodując zakłócenia popytu i podaży w wielu rodzajach usług.

Zakłócenia obserwowane na poziomie mikroekonomicznym i odnoszące się do popytu konsumentów usług wynikały m.in. z zagrożenia dla ich bezpieczeństwa oraz dobrego samopoczucia, uczucia stresu i przepracowania, a także przymusu korzystania

¹³ J. Matysiewicz, *Marketing organizacji sieciowych usług profesjonalnych w procesie tworzenia wartości dla klienta*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice 2014; M. Pluta-Olearnik, *Rozwój innowacji w usługach – perspektywa dostawcy i klienta*, [w:] K. Żymkowska (red.), *Nowe koncepcje w nauce o marketingu i rynkach. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Żabińskiemu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice 2018.

¹⁴ M.A. Akaka, S.L. Vargo, R.F. Lusch, *The complexity of context: a service ecosystems approach for international marketing*, „Journal of International Marketing” 21, 2013, nr 4, s. 1–20.

¹⁵ G. Beirão, L. Patrício, R.P. Fisk, *Value cocreation in service ecosystems*, „Journal of Service Management” 28, 2017, nr 2, s. 227–249.

¹⁶ S. Kabadayi, G.E. O'Connor, S. Tuzovic, *op. cit.*, s. 813.

z dostaw wielu usług na odległość. Z kolei zakłócenia po stronie dostawców usług również dotyczyły ich obaw co do własnego bezpieczeństwa i zdrowia, wymogów zachowania dystansu społecznego oraz izolacji, a także towarzyszącego im uczucia niepokoju czy nawet paniki o przyszłość biznesu. Wiele organizacji usługowych szukało innych, poza tradycyjnymi sposobami, możliwości dostarczania usług, aby sprostać wymaganiom swoich klientów, np. w usługach gastronomicznych (jedzenie na wynos), kurierskich (rozwój paczkomatów w tym przystosowanych do e-handlu żywnością), a nawet rekreacyjnych (usługi instruktorów fitness w formie online) czy turystycznych (wycieczki online organizowane przez *Przewodnicy bez granic*)¹⁷.

Podsumowując, w latach 2020–2021 sektor usług okazał się jednym z najbardziej dotkniętych ograniczeniami blokującymi rozwój pandemii COVID-19, nałożonymi przez rząd. Niektóre branże (transport, hotelarstwo) stały w obliczu problemu nadwyżki zdolności produkcyjnej, natomiast inne (opieka zdrowotna) „rozcigały” swoje zdolności, aby poradzić sobie z nagłym wzrostem liczby pacjentów. Megazakłócenia (SMD) stwarzały wyzwania na wielu poziomach mikro- i mezozarządzania usługami. Ze względu na specyfikę działalności usługowej wiele przedsiębiorstw usługowych zostało zmuszonych do działań adaptacyjnych, które okazały się w okresie postpandemicznym trwałymi rozwiązaniami, zapewniającymi dostawcom lepszą pozycję na przyszłość, a konsumentom zabezpieczenie ich potrzeb poprzez, niespotykaną wcześniej na taką skalę, wartość cyfrowej komunikacji i obsługi sprzedażowej. Już obecnie można zauważyć zmiany, które w przyszłości mogą się utrzymywać w strategii działania podmiotów wielu branż usług. Przykłady takich wyzwań strategicznych dla dostawców usług zawarto w tabeli 3.

Tabela 3. Strategie zapewniające dostawcom usług lepszą pozycję w nowej rzeczywistości

Rodzaje usług	Strategie działania dostawców w nowej rzeczywistości
Usługi bankowe	– wdrożenie nowych rozwiązań dopasowanych do specyfiki banków i umożliwiających wykorzystanie potrzeb pojawiających się w innych branżach (np. rozwój <i>e-commerce</i>, zapotrzebowanie na różne usługi związane z ochroną zdrowia); – opracowanie nowych propozycji wartości dla mikroprzedsiębiorstw (produkty niskiego ryzyka, ułatwiające ponowne uruchomienie podmiotów „uśpionych”); – zmniejszenie zasięgu sieci fizycznej i wielkości centrali banków, zwiększenie automatyzacji procesów i redukcja ryzyka; – rozwój elastycznych, skalowanych systemów IT
Usługi ubezpieczeniowe	– transformacja organizacji <i>front office</i> (np. sieci agentów) i <i>back office</i> w wyniku wdrożenia cyfrowych kanałów sprzedaży i obsługi klienta; – strategia zwiększenia sprzedaży ubezpieczeń zdrowotnych i ochrony zdrowia – odpowiedź na wzrost świadomości zdrowotnej społeczeństwa; – rozwój elastycznych, skalowanych systemów IT

¹⁷ <http://www.przewodnicybezgranic.pl/> [dostęp: 5.05.2021].

Rodzaje usług	Strategie działania dostawców w nowej rzeczywistości
Usługi turystyczne	– rozwój oferty turystycznej dostarczanej „na odległość”, np. zwiedzanie w czasie rzeczywistym atrakcyjnych miejsc na świecie z licencjonowanym przewodnikiem; – rozwój oferty w kierunku segmentów VFR (<i>visiting friends and family</i>) i FIT (<i>free independent travel</i>), gdzie popularne będą destynacje o niższej gęstości turystów; – przyspieszenie tendencji samodzielnej rezerwacji i cyfrowej sprzedaży oferty turystycznej; – strategie rozwoju lokalnego/krajowego rynku turystyki w celach wypoczynku i rekreacji
Usługi handlowe	– szybkie przestawienie na cyfrowe kanały komunikacji i obsługi klienta; – dostosowanie sieci fizycznej do nowej rzeczywistości – zwiększenie udziału e-commerce i modelu <i>click&collect</i>; – dostosowanie podaży do popytu mikrorynkowego na skutek wzrostu popytu na lokalne produkty i usługi; – dostosowanie oferty handlowej do rosnącego zapotrzebowania na produkty prozdrowotne i dbałość o własne zdrowie

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: <https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/industries/financial%20services/our%20insights/accelerating%20winds%20of%20change%20in%20global%20payments/2020-mckinsey-global-payments-report-vf.pdf> [dostęp: 10.04.2021]; <https://www.obserwatorfinansowy.pl/bez-kategorii/rotator/turystyka-po-pandemii-jaka-moze-byc-nowa-normalnosc/> [dostęp: 10.04.2021]; <https://www.obserwatorfinansowy.pl/bez-kategorii/rotator/niepewnosc-podnosi-ceny-ubezpieczen/> [dostęp: 10.04.2021]; <https://www.obserwatorfinansowy.pl/tematyka/makroekonomia/trendy-gospodarcze/popyt-na-uslugi-przesunal-sie-z-centrow-duzych-miast-na-obrzeza/> [dostęp: 15.04.2021]; https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pl/Documents/Brochures/pl_jak_będzie_wyglądała_nowa_rzeczywistość_COVID-19_2020.pdf [dostęp: 15.04.2021].

Reasumując, okres megazakłóceń związanych z pandemią COVID-19 w znacznym stopniu dotknął sektor usług, w tym zwłaszcza branże, których cechą jest znaczący udział człowieka (*people intensive services*) w procesie ich świadczenia (np. usługi transportowe, hotelarskie, fryzjerskie, zdrowotne, gastronomiczne). Jednocześnie wyzwolił w wielu branżach usług szybką adaptację do nowych warunków dzięki uruchomieniu cyfrowej komunikacji i sprzedaży oraz obsługi klienta „na odległość” (np. usługi bankowe, ubezpieczeniowe, edukacyjne, rekreacyjne czy kulturalne). W tabeli 3 wskazano kierunki zmian o charakterze trwałym, strategicznym, które zostały przyspieszone w obliczu megazakłóceń i dość szybko wdrożone do praktyki. Zapewne w tzw. normalnych warunkach proces ten trwałby znacznie dłużej, byłby odroczony, ale nastąpiłby w przyszłości, zgodnie z tendencjami rozwoju usług w gospodarce i przewidywanymi zmianami w zachowaniach konsumentów w dobie cyfryzacji i automatyzacji.

Zakończenie

Problematyka artykułu dotyczy wpływu pandemii COVID-19 na ekosystem usług, w tym zwłaszcza na zachowania organizacji usługowych (dostawców usług) i konsumentów usług.

Według schematu analizy megazakłóceń SMD (*Service Mega Disruptions*) autorstwa S. Kabadayi, G.E. O'Connor i S. Tuzovic¹⁸, zjawiska wywołane przez pandemię należy postrzegać jako wyzwania dla podmiotów zidentyfikowanych na wszystkich poziomach ekosystemu usług, tj. na poziomie mikro, mezo i makro. Analiza megazakłóceń na poziomie ekosystemu usług podkreśla znaczenie współpracy i partnerstwa między organizacjami usługowymi i innymi podmiotami na różnych poziomach ekosystemu. Takie ujęcie wyraźnie pokazuje, że do pełnego zrozumienia wpływu megazakłóceń na sektor usług potrzebne jest holistyczne, wielopoziomowe podejście.

Spółeczeństwa i gospodarki świata, w tym podmioty sektora usług, muszą być w przyszłości lepiej przygotowane na zakłócenia o tak globalnym wpływie. Pandemia COVID-19 pokazuje, że branża usługowa musi wykazać się szczególną sprawnością działania w otoczeniu, w którym jest tak wiele niewiadomych. Praktyczne doświadczenia pokazały, że elastyczność i zwinność są kluczowe dla organizacji usługowych w trakcie i po występowaniu megazakłóceń. Te właśnie cechy mogą pomóc organizacjom usługowym w odkrywaniu innowacyjnych rozwiązań zmniejszających straty spowodowane przez megazakłócenia.

Dostawcy wielu usług zostali zmuszeni do ograniczenia kontaktu między ludźmi i w efekcie zaadaptowali rozwiązania *e-commerce*, minimalizując kontakt człowiek–człowiek w procesie dostaw. Niektóre firmy podjęły wręcz eksperymenty z kompleksowymi rozwiązaniami „bezdotykowymi” przy użyciu bezzałogowych pojazdów i dronów, a nawet używając robotów (np. do kierowania ruchem klientów w dużych placówkach medycznych). Wiele technologii było już wcześniej dostępnych na rynku, jednak wyzwaniem do tej pory było skłonienie usługodawców do korzystania z nich.

Na końcu trzeba jeszcze zauważyć, że eksperci przewidują, iż skutki megazakłóceń okresu pandemii COVID-19 będą mieć długofalowy charakter. Można spodziewać się negatywnych konsekwencji dla światowej gospodarki i przedsiębiorstw, w tym ze względu na spodziewaną recesję.

Bibliografia

Literatura

Akaka M.A., Vargo S.L., Lusch R.F., *The complexity of context: a service ecosystems approach for international marketing*, „Journal of International Marketing” 21, 2013, nr 4.

¹⁸ S. Kabadayi, G.E. O'Connor, S. Tuzovic, *op. cit.*, s. 813.

- Albertoni N., Wise C., *International Trade Norms in the Age of COVID-19 Nationalism on the Rise?*, „Fudan Journal of the Humanities and Social Sciences”, <https://doi.org/10.1007/s40647-020-00288-1>.
- Beirão G., Patrício L., Fisk R.P., *Value cocreation in service ecosystems*, „Journal of Service Management” 28, 2017, nr 2.
- Iansiti M., Levien R., *Strategy as ecology*, „Harvard Business Review” 82, 2004, nr 3, <https://hbr.org/2004/03/strategy-as-ecology>.
- Kabadayi S., O'Connor G.E., Tuzovic S., *Impact of coronavirus on service ecosystems*, „Journal of Services Marketing” 34, 2020, nr 6.
- Klimas P., Czakon W., *Species in wild: a typology of innovation ecosystems*, „Review of Managerial Science” 2020, <https://doi.org/10.1007/s11846-020-00439-4>.
- Mały Rocznik Statystyczny Polski 2020*, GUS, Warszawa 2020.
- Matysiewicz J., *Marketing organizacji sieciowych usług profesjonalnych w procesie tworzenia wartości dla klienta*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice 2014.
- Moore J.F., *Predators and Prey: A New Ecology of Competition*, „Harvard Business Review” 71, 1993, nr 3.
- Pluta-Olearnik M., *Marketing przedsiębiorstw usługowych w procesie internacjonalizacji*, PWE, Warszawa 2013.
- Pluta-Olearnik M., *Rozwój innowacji w usługach – perspektywa dostawcy i klienta*, [w:] K. Żymkowska (red.), *Nowe koncepcje w nauce o marketingu i rynkach. Księga jubileuszowa dedykowana Profesorowi Leszkowi Żabińskiemu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Katowice 2018.
- Rybiński K., *Globalizacja w trzech odłogach. Offshoring – globalne nierównowagi – polityka pieniężna*, Difin, Warszawa 2007.
- Yaghmaie P., Vanhaverbeke W., *Identifying and describing constituents of innovation eco- systems: a systematic review of the literature*, „EuroMed J Bus” 1–32, 2019, <https://doi.org/10.1108/EMJB-03-2019-0042>.

Internet

- <http://www.przewodnicybezgranic.pl/>.
- <https://www.mckinsey.com/~media/mckinsey/industries/financial%20services/our%20insights/accelerating%20winds%20of%20change%20in%20global%20payments/2020-mckinsey-global-payments-report-vf.pdf>.
- <https://www.money.pl/gospodarka/operatorzy-w-czasie-pandemii-nowe-mozliwosci-rozwoju-i-szanse-dla-branzy-telekomunikacyjnej-6641313200556896a.html>.
- <https://www.obserwatorfinansowy.pl/bez-kategorii/rotator/niepewnosc-podnosi-ceny-ubezpieczen/>.
- <https://www.obserwatorfinansowy.pl/bez-kategorii/rotator/pandemia-przyspiesza-cyfrizacje-przedsiębiorstw/>.
- <https://www.obserwatorfinansowy.pl/bez-kategorii/rotator/turystyka-po-pandemii-jaka-moze-byc-nowa-normalnosc/>.
- <https://www.obserwatorfinansowy.pl/tematyka/makroekonomia/trendy-gospodarcze/popyt-na-uslugi-przesunal-sie-z-centrow-duzych-miast-na-obrzeza/>.
- https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pl/Documents/Brochures/pl_jak_bedzie_wygladala_nowa_rzeczywistosc_COVID-19_2020.pdf.

Konsument w przestrzeni handlu detalicznego w warunkach pandemii COVID-19

The consumer in the retail space during the COVID-19 pandemic

Barbara Kucharska

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

ORCID: 0000-0003-0669-3330

e-mail: barbara.kucharska@ue.katowice.pl

Mirosława Malinowska

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

ORCID: 0000-0001-7467-2502

e-mail: mirosława.malinowska@ue.katowice.pl

Streszczenie

Celem artykułu jest identyfikacja wybranych elementów zachowań nabywczych konsumentów w czasie pandemii, w szczególności odnoszących się do kwestii bezpieczeństwa klienta wewnątrz placówek handlowych. W badaniach przyjęto hipotezę, że konsumenci dostosowali swoje zachowania nabywcze, dokonując zakupów codziennego użytku w warunkach pandemii oraz pozytywnie odnieśli się do rozwiązań stosowanych w handlu detalicznym w trakcie trwania epidemii COVID-19.

Realizacji celu artykułu posłużyły studia literaturowe, akty prawne dotyczące funkcjonowania handlu w czasie pandemii oraz badania bezpośrednie przeprowadzone przez autorki artykułu. Badania zostały zrealizowane w listopadzie 2020 r. techniką ankiety online wśród 1045 dorosłych Polaków dobranych w sposób kwotowy.

W czasie pandemii – zarówno w wyborze miejsca zakupu, jak i w trakcie pobytu w placówkach handlowych – dla konsumentów ważne jest bezpieczeństwo miejsca zakupów. Większość badanych konsumentów czuje się bezpiecznie w trakcie zakupów artykułów codziennego użytku, a w opinii badanych najlepszym miejscem ich dokonywania jest sklep dyskontowy. Nie tylko detaliści, ale również kupujący podejmują działania zmierzające do zwiększenia swojego i innych bezpieczeństwa poprzez ograniczanie miejsc zakupów, częstotliwości i czasu pobytu w sklepie oraz poprzez łączenie własnych zakupów z zakupami dla innych osób. Dla respondentów obligatoryjne i fakultatywne rozwiązania stosowane w związku z pandemią mają bardzo duże znaczenie.

Słowa kluczowe

konsument, zachowania nabywcze, pandemia, bezpieczeństwo, handel detaliczny, lockdown, restrykcje dla handlu

Abstract

The aim of the article is to identify selected elements of consumers' purchasing behaviour during the pandemic, in particular relating to customer safety issues in-store. The hypothesis of the research was, that consumers adjusted their purchasing behaviour by making everyday purchases during the pandemic and positively responded to solutions used in retail trade during the COVID-19 pandemic.

The purpose of the article was achieved through the use of literature studies, legal acts concerning the functioning of trade during a pandemic as well as direct research conducted by the authors of the article. The research was carried out in November 2020 using the online survey technique among 1045 adult Poles selected in a quota sampling.

During the pandemic – both in choosing the place of purchase and during stay in retail outlets – the safety of the place of purchase is important to consumers. Most of the surveyed consumers feel safe when shopping for everyday items, and in the opinion of the respondents, the best place to buy them is at a discount store. Not only retailers, but also buyers take into consideration the increase of their own safety and that they care about other consumers by limiting the places where they shop, the frequency and time spent in the store, and by combining their own purchases with purchases for others. For the respondents, the obligatory and optional solutions used in connection with the pandemic are of great importance.

Keywords

consumer, purchasing behaviour, pandemic, retail trade, lockdown, retail restrictions

JEL: D12, D18

Zachowania konsumentów w przestrzeni sklepu – możliwości zmian w warunkach pandemii

Zachowania konsumenta w przestrzeni handlu detalicznego obejmują zarówno zachowania wewnątrz placówek handlowych, jak i te, które poprzedzają obecność konsumenta w przestrzeni wewnątrzsklepowej. Różnorodne komponenty tych zachowań od dawna są przedmiotem licznie podejmowanych badań, stanowiąc nadal ważny i wymagający obszar dociekań naukowych. Nowym wyzwaniem staje się identyfikacja postępowania konsumentów w handlu detalicznym w czasie pandemii¹.

Skutki pandemii rozpatrywać można w kontekście czynników kształtujących zachowania konsumentów w przestrzeni handlu – ekonomicznych (np. poziom i źródła dochodów, podaż, poziom i relacje cen), pozaekonomicznych (np. społeczno-zawodowych, cywilizacyjno-kulturowych) oraz subiektywnych (np. postawy, nawyki)². Wpływ pandemii na zachowania konsumentów w handlu detalicznym także należy rozważać przy uwzględnieniu czynników fizycznych i społecznych związanych z miejscem zakupu, perspektywą czasową czy też stanami poprzedzającymi pobyt konsumenta w placówce handlowej.

¹ A. Szymkowiak, P. Kulawik, K. Jeganathan, P. Guzik, *In-store epidemic behaviour: scale development and validation*, arXiv:2005.02764 [physics.soc-ph]; <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pl/pdf/2020/07/pl-Raport-KPMG-International-pt-Consumers-and-the-new-reality.pdf> [dostęp: 24.05.2021].

² B. Borusiak, T. Wanat, *Merchandising w handlu stacjonarnym i internetowym*, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 2020, s. 18 i n.

Zmiany wywołane pandemią dotyczą również przestrzeni wewnątrzsklepowej – środowiska dokonywania zakupów, które jest świadomie zaplanowane w taki sposób, aby wywołać odpowiednie warunki zwiększające prawdopodobieństwo dokonania zakupów³. Przestrzeń ta może być kontrolowana przez przedsiębiorstwo – wykorzystując odpowiednie narzędzia, może wywoływać lub ograniczać określone działania przebywających w placówce klientów i pracowników. W czasie pandemii przestrzeń wewnątrzsklepowa musi uwzględniać zmiany w zachowaniach konsumentów wywołane pandemią, ale również regulacje prawne państwa i rekomendacje specjalistów mające na celu zwiększenie bezpieczeństwa kupujących i personelu. Wśród elementów tworzących przestrzeń sklepu w czasie pandemii szczególnie ważny jest element społeczny (tabela 1). O ile dotychczas zaliczany był do elementów o niejednoznacznym poziomie świadomości i sile oddziaływania na konsumentów, o tyle czasie pandemii znaczenie komponentu społecznego znacznie wzrasta.

Tabela 1. Elementy tworzące przestrzeń sklepu

Wyszczególnienie	Charakterystyka
elementy tworzące atmosferę wewnątrz sklepu	tw. elementy tła: temperatura, natężenie oświetlenia, odtwarzana muzyka czy intensywność oraz rodzaj zapachów – elementy nie do końca uświadamiane przez nabywców, niezwykle trudne do zauważenia za pomocą zmysłu wzroku (wyjątek oświetlenie) i do zwerybalizowania
store design	elementy funkcjonalne (rozplanowanie powierzchni sprzedażowej, umiejscowienie oraz rodzaj asortymentu czy oznaczenia wewnątrz sklepu) oraz elementy związane z estetyką miejsca sprzedaży (kolory, materiały, wielkość oraz kształty wyposażenia) – elementy stosunkowo łatwe do zwerybalizowania przez nabywców, często nie w pełni uświadamiane
element społeczny	inni klienci oraz personel przebywający w tym samym czasie w przestrzeni wewnątrzsklepowej (liczba osób, ich wygląd i zachowanie) – elementy relatywnie łatwe do zwerybalizowania

Źródło: Opracowanie własne na podstawie B. Pierański, *Pomiar fizjologiczny w badaniu wewnątrzsklepowych zachowań nabywców*, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 2019, s. 41.

Stan pandemii może mieć wpływ na zachowania wewnątrzsklepowe nabywców – sposób poruszania się wewnątrz sklepu, działu, w pobliżu półki sklepowej, czas pobytu w sklepie, dokonywanie wyboru produktów (liczba, rodzaj), wchodzenie w interakcję z innymi osobami oraz korzystanie z ułatwień przy dokonywaniu zakupów

³ B. Pierański, *Pomiar fizjologiczny w badaniu wewnątrzsklepowych zachowań nabywców*, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 2019, s. 29; K. Bäckström, U. Johansson, *Creating and consuming experiences in retail store environments: Comparing retailer and consumer perspectives*, „Journal of Retailing and Consumer Services” 13, 2006, nr 6, s. 417–430; G. Ogruk, T.D. Anderson, A.S. Nacass, *In-Store Customer Experience and Customer Emotional State in the Retail Industry*, „Journal of Research for Consumers” 32, 2018, s. 111–113; J. Grashuis, T. Skevas, M.S. Segovia, *Grocery Shopping Preferences during the COVID-19 Pandemic*, „Sustainability” 12, 2020, <https://doi.org/10.3390/su12135369>.

(płatności bezgotówkowe, lista zakupowa, wózki sklepowe, aplikacje mobilne)⁴. Zmiany te mogą skutkować zmianą ilości czasu spędzonego w sklepie, kwotą wydatkowanych pieniędzy oraz liczbą kupionych produktów (tabela 2).

Tabela 2. Elementy zachowań klientów w przestrzeni wewnątrzsklepowej – możliwości modyfikacji w warunkach pandemii

Wyszczególnienie	Możliwości modyfikacji zachowań w warunkach pandemii
poruszanie się wewnątrz sklepu	– na kierunek poruszania się wewnątrz sklepu oraz odwiedzanie poszczególnych miejsc w placówce handlowej może wpływać lista zakupów
czas pobytu w sklepie	– skracanie czasu pobytu dla ograniczenia kontaktu z innymi osobami, – wydłużony czas zakupów ze względu na zmniejszenie częstotliwości zakupów (duże zakupy od czasu do czasu), – wydłużony czas zakupów ze względu na ich dokonywanie także dla innych gospodarstw domowych (np. seniorów)
poznawanie produktów w sklepie	– ograniczanie kontaktu z produktem i skracanie czasu przeznaczanego na jego poznawanie, – używanie rękawiczek jednorazowych – pośredni kontakt z produktem
dokonywanie wyboru produktów	– ograniczenie kontaktu z produktami/ekspozycjami, – pobieranie produktów o dużym prawdopodobieństwie zakupów
wchodzenie w interakcję z innymi osobami	– unikanie kontaktu z innymi klientami, – ograniczenie kontaktu z personelem, – zwracanie uwagi innym (klientom, personelowi) na konieczność przestrzegania zasad bezpieczeństwa
korzystanie z rozwiązań ułatwiających zakupy	– większa skłonność do wykorzystania listy zakupów – większe znaczenie zakupów zaplanowanych, – wzrost znaczenia płatności bezgotówkowych i bezdotykowych, – częstsze korzystanie z kas samoobsługowych, – korzystanie z własnych koszyków na zakupy

Źródło: Opracowanie własne.

Pandemia COVID-19 – restrykcje i zalecenia dla handlu detalicznego w Polsce

Pandemia COVID-19 na świecie, ogłoszona przez Światową Organizację Zdrowia 11 marca 2020 r.⁵, zapoczątkowała liczne działania związane z ograniczeniem jej

⁴ B. Pierański, *op. cit.*, s. 30, Y. Wang, R. Schwartz, M. Xu, D. Ghosh, X. Chen, *COVID-19 and retail grocery management: insights from a broad-based consumer survey*, „IEEE Engineering Management Review” 48, 2020, nr 3, s. 202–211.

⁵ <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> [dostęp: 24.05.2021].

rozprzestrzeniania się, które miały i mają konsekwencje dla funkcjonowania sfery społeczno-gospodarczej, w tym także dla funkcjonowania handlu.

Restrykcje i zalecenia dla handlu w Polsce można zatem rozpatrywać w następujących obszarach:

- ograniczanie działalności wybranych placówek handlowych,
- utrzymywanie dystansu między klientami w sklepie,
- określanie liczby klientów w sklepie lub/i liczby klientów przypadających na jedną kasę,
- zasłanianie ust i nosa przez klientów i personel sprzedażowy,
- zakładanie rękawiczek/dezynfekcja rąk,
- przestrzeganie „godzin dla seniora”.

Wraz ze zdiagnozowaniem pierwszego przypadku zachorowania w Polsce (4 marca 2020)⁶ rozpoczął się cykl działań inicjowanych przez rząd RP, zmierzający do ograniczania transmisji wirusa. Działania te ulegały modyfikacjom wraz z rozwojem epidemii i znacząco wpłynęły na funkcjonowanie handlu detalicznego. W dniu 14 marca 2020 r. na terenie RP został wprowadzony stan zagrożenia epidemicznego⁷, który uchylono 20 marca 2020 r. i tego dnia wprowadzone zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia stanu epidemii⁸. Także 14 marca Ministerstwo Rozwoju, Pracy i Technologii opublikowało wytyczne dla placówek handlowych i usługowych w związku z rozprzestrzenianiem się koronawirusa⁹. Zalecenia te obejmowały kwestie takie jak:

- zwracanie klientom uwagi na konieczność zachowania bezpiecznej odległości w kolejkach i przy kasie (przynajmniej 1–1,5 m),
- zwracanie uwagi współpracownikom i klientom, aby nie kasłali i nie kichali w naszym kierunku ani na produkty spożywcze,
- promowanie dokonywania płatności bezgotówkowych,
- promowanie regularnego i dokładnego mycia rąk przez pracowników obiektów wodą z mydłem lub ich dezynfekcję środkiem na bazie alkoholu,
- w miarę możliwości ograniczanie w punktach handlowych ekspozycji żywności nieopakowanej, przeznaczonej do bezpośredniego spożycia, szczególnie pieczywa, ciast, a tam gdzie żywność nieopakowana jest pakowana przez konsumenta – zwracanie uwagi na właściwą higienę,
- promowanie wykorzystywania do pakowania rękawic foliowych oraz torebek,

⁶ https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/kalendarium-2020_18032021-do-publ.pdf. [dostęp: 24.05.2021].

⁷ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000433/O/D20200433.pdf> [dostęp: 24.05.2021].

⁸ <https://dziennikustaw.gov.pl/D2020000049101.pdf> [dostęp: 24.05.2021].

⁹ <https://www.gov.pl/web/rozwoj-praca-technologie/wytyczne-dla-placowek-handlowych-i-uslugowych-w-zwiazku-z-rozprzestrzenianiem-sie-koronawirusa> [dostęp: 24.05.2021].

- wywieszanie w widocznym miejscu informacji, jak skutecznie myć ręce, oraz upowszechnianie wśród pracowników wiedzy z zakresu BHP,
- przestrzeganie higieny kaszlu i oddychania – podczas kaszlu i kichania należy zakryć usta i nos zgiętym łokciem lub chusteczką, a maseczki ochronne powinny nosić osoby chore, osoby opiekujące się chorymi oraz personel medyczny pracujący z pacjentami, którzy mogą być chorzy (nie zaleca się noszenia maseczek ochronnych przez osoby zdrowe).

W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego wprowadzono czasowe ograniczenie handlu w obiektach powyżej 2000 m² najemcom powierzchni handlowej, których przeważająca działalność polega na obrocie wyrobami tekstylnymi, odzieżowymi, obuwiem i wyrobami skórzanymi, meblami i sprzętem oświetleniowym, artykułami RTV i sprzętem gospodarstwa domowego, a także artykułami piśmiennymi i księgarskimi¹⁰. Zapis ten został utrzymany w rozporządzeniu w sprawie wprowadzenia stanu epidemii, doprecyzowano jednak, jakie placówki nadal będą mogły prowadzić swoją działalność (handel żywnością, produktami kosmetycznymi, toaletowymi, środkami czystości, wyrobami medycznymi, gazetami, artykułami budowlanymi itp.)¹¹. Dnia 31 marca 2020 r. weszło w życie rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem epidemii¹², w którym ponownie wprowadzono czasowe ograniczenia obrotu w obiektach handlowych powyżej 2000 m² z wyłączeniem obrotu tymi samymi produktami, które uwzględniało rozporządzenie o wprowadzeniu stanu epidemii. Wprowadzono jednak limity osób w placówkach na jedno stanowisko kasowe (trzy osoby, ale w godzinach 10–12 mogły to być wyłącznie osoby powyżej 65. roku życia). W przypadku handlu na straganie lub targowisku mogły przebywać trzy osoby na miejsce prowadzenia sprzedaży. Placówki handlowe oraz zarządzający targowiskami zostali zobowiązani do zapewnienia rękawiczek jednorazowych lub środków do dezynfekcji rąk oraz do dezynfekcji stanowiska obsługowego lub stanowiska kasowego. Ustanowiono także nakaz utrzymywania dystansu społecznego (dwa metry). W kolejnym rozporządzeniu (10 kwietnia 2020 r.) Rada Ministrów nałożyła do odwołania obowiązek zakrywania ust i nosa (za pomocą maseczki lub części odzieży) podczas przebywania poza adresem miejsca zamieszkania¹³.

¹⁰ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000433/O/D20200433.pdf> [dostęp: 24.05.2021].

¹¹ <https://dziennikustaw.gov.pl/D2020000049101.pdf> [dostęp: 24.05.2021].

¹² <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000566/O/D20200566.pdf> [dostęp: 24.05.2021].

¹³ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000658/O/D20200658.pdf> [dostęp: 24.05.2021].

Od kwietnia 2020 r. rozpoczął się pierwszy etap luzowania obostrzeń: w handlu zwiększono liczbę osób w placówkach – cztery osoby na jedno stanowisko kasowe, w przypadku gdy powierzchnia, na której odbywa się handel lub są świadczone usługi, wynosi nie więcej niż 100 m² albo jedna osoba na 15 m² tej powierzchni, w przypadku gdy powierzchnia, na której odbywa się handel lub są świadczone usługi, wynosi więcej niż 100 m², (od poniedziałku do piątku w godzinach 10.00–12.00 mogły to być wyłącznie osoby powyżej 65. roku życia) oraz cztery osoby na jedno miejsce prowadzenia sprzedaży w przypadku handlu na straganie lub targowisku¹⁴. Od tego czasu podjęto kolejne decyzje związane ze znoszeniem nałożonych obostrzeń, dotyczące sytuacji pandemicznej, które istotnie wpłynęły na handel detaliczny. Na początku maja 2020 r. nastąpił drugi etap luzowania obostrzeń, który obejmował otwarcie sklepów w centrach handlowych oraz galeriach, z zachowaniem zasad ścisłego reżimu sanitarnego. Ponadto „godziny dla seniorów” od 10.00 do 12.00 zostały zniesione¹⁵. Kolejna liberalizacja obostrzeń nastąpiła pod koniec maja 2020 r. – zniesiono limit osób w sklepach oraz na targowiskach/straganach¹⁶.

Sytuacja pandemiczna ustabilizowała się do sierpnia 2020 r., kiedy zanotowano dynamiczne zmiany w rozwoju epidemii. Wówczas podzielono terytorium RP na obszary „czerwone”, „żółte” i „zielone”¹⁷, w których ponownie zaczęły obowiązywać pewne ograniczenia (w zależności od strefy). Od 24 października cała Polska została ogłoszona strefą czerwoną, co oznaczało wprowadzenie obostrzeń charakterystycznych dla tej strefy na terenie całej Rzeczypospolitej Polskiej¹⁸. W przypadku handlu detalicznego restrykcje te ponownie obejmowały limity osób w placówkach handlowych – w sklepach: pięć osób na kasę w obiektach do 100 m², w sklepach o powierzchni większej niż 100 m² – jedna osoba na 15 m²¹⁹, klienci byli też zobligowani do noszenia rękawiczek jednorazowych lub stosowania środków do dezynfekcji rąk oraz wprowadzono obowiązek zasłaniania ust i nosa w przestrzeni publicznej²⁰.

Wzrost liczby zachorowań związanych z SARS-Cov-2 wymusił wprowadzenie kolejnych obostrzeń w listopadzie 2020 r. Ponownie zamknięto sklepy w galeriach

¹⁴ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000697/O/D20200697.pdf>. [dostęp: 24.05.2021].

¹⁵ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000792/O/D20200792.pdf>. [dostęp: 24.05.2021].

¹⁶ <https://zpp.net.pl/wp-content/uploads/2021/01/25.01.2021-Business-Paper-Podsumowanie-lockdownu-w-Polsce.pdf>. [dostęp: 24.05.2021].

¹⁷ <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200001356/O/D20201356.pdf>. [dostęp: 24.05.2021].

¹⁸ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/cala-polska-w-czerwonej-strefie-kolejne-zasady-bezpiecztwa-oraz-solidarnosciowy-korpus-wsparcia-seniorow> [dostęp: 24.05.2021].

¹⁹ <https://www.bankier.pl/wiadomosc/Nowe-obostrzenia-Czerwona-strefa-w-calej-Polsce-7986079.html>. [dostęp: 24.05.2021].

²⁰ <https://www.gov.pl/web/rozwoj-praca-technologie/zolte-i-czerwone-strefy--nowe-obostrzenia-dla-biznesu> [dostęp: 24.05.2021].

handlowych oraz ustanowiono limity osób w placówkach handlowych. Zamknięto sklepy w galeriach handlowych (otwarte pozostały jedynie sklepy z artykułami spożywczymi, drogerijnymi, toaletowymi, środkami czystości, wyrobami medycznymi i farmaceutycznymi, artykułami remontowo-budowlanymi, artykułami dla zwierząt, prasą oraz usługami). W sklepach poniżej 100 m² mogła przebywać jedna osoba na 10 m², a w sklepach powyżej 100 m² – jedna osoba na 15 m² (przepis obowiązywał od 29 listopada 2020 r.). Na nadchodzące Święta Bożego Narodzenia rząd zdecydował się ponownie otworzyć galerie handlowe mające działać w ścisłym reżimie sanitarnym. Niestety dalszy przyrost zachorowań spowodował wprowadzenie narodowej kwarantanny, przez co ponownie zamknięto dopiero co otwarte galerie handlowe²¹. W kolejnych etapach zmian sytuacji pandemicznej restrykcje dotyczące handlu były liberalizowane oraz zaostrzane, aż w połowie maja nastąpiło znaczne ich obluźowanie.

Podsumowanie działań podejmowanych w handlu detalicznym w czasie pandemii zaprezentowano w tabeli 3.

Tabela 3. Handel detaliczny w Polsce w czasie pandemii – restrykcje i zalecenia (stan na 31 maja 2021 r.)

Wyszczególnienie	Charakterystyka
ograniczanie działalności placówek handlowych	restrykcje dotyczące działalności określonych typów placówek handlowych (według wielkości oraz sprzedawanego asortymentu)
utrzymywanie dystansu społecznego	zachowywanie odległości między klientami w sklepie (1,5 m–2 m), dystans społeczny między stanowiskami kasowymi w placówce
limity klientów w sklepie	liczba osób przypadająca na jedno stanowisko kasowe, liczba osób w sklepie przypadająca na 100 m ² w zależności od wielkości sklepu
wprowadzenie „godzin dla seniora”	w godzinach od 10.00 do 12.00 od poniedziałku do piątku ograniczanie klientów do osób powyżej 65. roku życia (w najtrudniejszych momentach epidemii)
stosowanie środków ochronnych	zapewnianie rękawiczek ochronnych lub środków do dezynfekcji rąk, dezynfekcja stanowisk pracy, zasłanianie ust i nosa na początku tylko przez osoby z objawami infekcji, następnie przez wszystkich klientów, za pomocą części garderoby lub maseczki
zalecenia dotyczące asortymentu i form płatności	w miarę możliwości ograniczanie ekspozycji w punktach handlowych żywności nieopakowanej, przeznaczonej do bezpośredniego spożycia, szczególnie pieczywa, ciast, a tam gdzie żywność nieopakowana jest pakowana przez konsumenta – zwracanie uwagi na właściwą higienę oraz promowanie wykorzystywania do pakowania rękawic foliowych oraz torebek; promowanie płatności bezgotówkowych, bezdotykowych, zwiększenie limitu zakupów w transakcjach zbliżeniowych (do 100 zł bez konieczności podawania kodu PIN)

²¹ <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,kiedy-zostanie-ogloszona-kwarantanna-narodowa---aktualne-dane-,artykul,55661166.html> [dostęp: 4.06.2021].

Wyszczególnienie	Charakterystyka
zmiany godzin otwarcia placówek handlowych	niektóre sklepy w związku z pandemią zdecydowały się na okresowe wydłużenie godzin funkcjonowania placówek
akcje informacyjne w placówkach handlowych	komunikaty głosowe na temat zasad bezpieczeństwa, plakaty i ulotki informacyjne, widoczne wyznaczanie stref dystansu w sklepie

Źródło: Opracowanie własne.

Restrykcje i zalecenia wprowadzane w trakcie pandemii COVID-19 wymusiły istotne zmiany w funkcjonowaniu placówek handlowych²². Ich zakres i rodzaj miał charakter dynamiczny, był związany z przebiegiem pandemii. Stąd też zasadna była identyfikacja zachowań zakupowych konsumentów w tej sytuacji.

Założenia badawcze i charakterystyka próby badawczej

W celu identyfikacji wybranych elementów zachowań konsumentów w przestrzeni handlu detalicznego w czasie pandemii przeprowadzono badania bezpośrednie. Badania zostały zrealizowane w listopadzie 2020 r. techniką ankiety online²³ w ramach projektu badań Katedry Rynku i Konsumpcji „Zachowania podmiotów rynkowych w dobie zrównoważonego rozwoju”. Analiza pozyskanych danych została przeprowadzona przy użyciu miar statystyki opisowej z wykorzystaniem IBM SPSS Statistics.

W efekcie przeprowadzonych badań rozpoznano zachowania konsumentów podczas zakupów artykułów codziennego użytku, a w szczególności:

- czynniki wyboru miejsca zakupów artykułów codziennego użytku w warunkach pandemii,
- sposób dokonywania zakupów w warunkach pandemii,
- znaczenie przygotowania placówek handlowych do obsługi klienta w czasie pandemii.

²² E. Pantanoa, G. Pizzib, D. Scarpib, Ch. Dennisc, *Competing during a pandemic? Retailers' ups and downs during the COVID-19 outbreak*, „Journal of Business Research” 116, 2020, s. 209–213.

²³ Dla rozpoznania i zrozumienia przyczyn zachowań konsumentów w przestrzeni wewnątrzsklepowej wykorzystać można metody i techniki badań bezpośrednich oparte na komunikacji oraz obserwację zachowań. Komunikowanie się z nabywcami pozwala na podjęcie próby poznania przyczyn ich zachowań oraz rozpoznania ich przeszłych zachowań. Za ograniczenia informacji pozyskiwanych drogą komunikacji uznać należy deklaratorywność wypowiedzi nabywców – rzeczywiste zachowania i ich przyczyny mogą być odmienne od deklarowanych. A. Pacana, G. Ostasz, B. Zatwarnicka-Madura, *Dylematy wyboru metod badań marketingowych*, „Modern Management Review” 20, 2015, nr 22 (3), s. 171–181. Szerzej na ten temat: B. Kucharska, *Innowacje w badaniach zachowań klientów w przestrzeni wewnątrzsklepowej*, [w:] K. Mazurek-Łopacińska, M. Sobocińska (red.), *Badania marketingowe w gospodarce cyfrowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2020, s. 99 i n.

W badaniach przyjęto hipotezę, że konsumenci dostosowali swoje zachowania nabywcze, dokonując zakupów codziennego użytku w warunkach pandemii, oraz pozytywnie odnieśli się do rozwiązań stosowanych w handlu detalicznym w trakcie trwania epidemii COVID-19.

Badania zostały zrealizowane wśród 1045 dorosłych Polaków dobranych w sposób nielosowy – dobór kwotowy (według kryterium wieku, płci i miejsca zamieszkania).

W analizowanej próbie badawczej niemal jednakowo reprezentowane były zarówno kobiety, jak i mężczyźni. W takim samym stopniu w badaniach reprezentowane były osoby w wieku 18–25 lat, 26–39 lat, 40–59 lat oraz 60–80 lat. Niemal połowa badanych to osoby z wyższym wykształceniem (47%). Największa część badanych pochodziła z dwuosobowych gospodarstw domowych (30%). Ponad 43% badanych oceniła swoją sytuację jako dostateczną, a 40% jako dobrą.

Szczegóły dotyczące cech respondentów zawarto w tabeli 4.

Tabela 4. Charakterystyka respondentów (w %)

Wyszczególnienie	Próba ogółem
Badani według płci	
Kobiety	53,4
Mężczyźni	46,6
Badani według wieku	
18–24 lata	24,1
25–39 lat	24,8
40–59 lat	25,5
60–80 lat	25,6
Badani według wykształcenia	
Podstawowe/zawodowe	12,0
Średnie	47,0
Wyższe	41,0
Badani według sytuacji materialnej	
Bardzo dobra	3,6
Dobra	40,3
Dostateczna	43,3
Zła	9,6
Bardzo zła	3,2

Badani według liczby osób w gospodarstwie domowym	
1	12,7
2	30,2
3	23,3
4	20,4
5 i więcej	13,4
Badani według miejsca zamieszkania	
Wieś	23,5
Miasto do 50 tys. mieszkańców	22,2
Miasto od 50 tys. do 200 tys. mieszkańców	23,3
Miasto powyżej 200 tys. mieszkańców	31,0
Badani według poczucia bezpieczeństwa na zakupach dóbr codziennego użytku	
Brak poczucia bezpieczeństwa	11,5
Brak zdania	26,1
Poczucie bezpieczeństwa	62,4

Źródło: badania własne.

Konsumenci na zakupach dóbr codziennego użytku w warunkach pandemii – wyniki badań bezpośrednich

Ponad trzy czwarte respondentów deklaruje wybór jednego miejsca dokonywania zakupów dóbr codziennego użytku (76%). Blisko 67% badanych deklaruje, że w czasie pandemii ograniczyło częstotliwość zakupów dóbr codziennego użytku do minimum, a wyjście na zakupy wynika z pilnej konieczności ich dokonania (tabela 5). W ich gospodarstwach domowych zakupy robi najczęściej jedna osoba. Zakupy te poprzedzone są przygotowaniem listy zakupów pozwalającej ograniczyć czas pobytu w placówce handlowej (66%). Równocześnie większość wybiera na zrobienie zakupów taki czas, w którym w placówkach handlowych przebywa jak najmniej klientów (61%). Blisko połowa badanych, robiąc zakupy do swojego gospodarstwa domowego, kupuje również dla innych osób (48,5%). W sytuacji gdy możliwy jest zakup produktów codziennego użytku przez internet, takich zakupów dokonuje 41% badanych.

Tabela 5. Sposób dokonywania zakupów codziennego użytku przez respondentów czasie pandemii (w %)*

Wyszczególnienie	Nie zgadzam się	Ani zgadzam się, ani nie zgadzam się	Zgadzam się
Staram się kupować jak najwięcej produktów w jednym miejscu	7,7	16,3	76,0
W moim gospodarstwie domowym zakupów dokonuje najczęściej jedna osoba	13,2	19,7	67,1
Ograniczam wyjście na zakupy do minimum. Wychozę tylko wtedy, kiedy muszę	15,7	17,7	66,6
Przygotowuję listę zakupów, żeby ograniczyć czas pobytu w sklepie	15,8	18,2	66,0
Wybieram czas zakupów, kiedy jest mniej klientów w sklepie	19,0	19,6	61,4
Dokonując zakupów na potrzeby swojego gospodarstwa domowego, kupuję również dla innych	28,8	22,7	48,5
Najczęściej zabieram ze sobą płyn odkażający/rękawiczki	31,2	21,1	47,7
Zawsze gdy to możliwe, kupuję produkty codziennego użytku przez internet	34,3	24,8	40,9

* Respondenci wypowiedzieli się w skali od 1 do 7, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie zgadzam się, 7 – zdecydowanie się zgadzam. Na potrzeby prezentacji wyników badań przyjęto, że wskazanie 1, 2, 3 oznacza w różnym stopniu „nie zgadzam się”, natomiast wybór 5, 6, 7 oznacza w różnym stopniu „zgadzam się”.

Źródło: badania własne.

Wśród kluczowych czynników wyboru miejsca zakupów codziennego użytku największe znaczenie dla znakomitej większości badanych mają jakość produktów (86%), wybór produktów (84%) oraz bliskość miejsca zakupu (82%) (tabela 6). Niemal jednakowo ważny jest poziom cen oraz dotychczasowe doświadczenia respondentów (80%). Ważne z perspektywy pandemii bezpieczeństwo miejsca zakupów jest czynnikiem wyboru miejsca zakupów dla ponad dwóch trzecich badanych (69%).

Tabela 6. Czynniki wyboru miejsca zakupów produktów codziennego użytku przez respondentów w czasie pandemii (w %)*

Wyszczególnienie	nieważne	średnio ważne	ważne
jakość produktów	1,1	13,0	85,9
wyбір produktów	1,6	14,7	83,7
bliskość miejsca zakupu/lokalizacja	3,1	15,0	81,9

Wyszczególnienie	nieważne	średnio ważne	ważne
poziom cen	2,4	17,8	79,8
dotychczasowe doświadczenia	2,5	18,2	79,3
promocje	5,9	18,9	75,2
godziny otwarcia	7,3	18,7	74,0
czas trwania zakupów	7,7	23,4	68,9
bezpieczeństwo zakupów	10,6	20,6	68,8
programy lojalnościowe	14,0	22,5	63,5
personel	14,7	27,8	57,5

*Respondenci wypowiedzieli się w skali od 1 do 7, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nieważne, 7 – zdecydowanie ważne. Na potrzeby prezentacji wyników badań przyjęto, że wskazanie 1, 2, 3 oznacza w różnym stopniu „nieważne”, natomiast wybór 5, 6, 7 oznacza w różnym stopniu „ważne”.

Źródło: badania własne.

Dla około trzech czwartych respondentów ważny w przestrzeni sklepu jest sposób zachowania innych klientów (76%) i personelu (74%) – zasłanianie przez nich ust i nosa oraz wyznaczenie bezpiecznych miejsc między klientami (72,3%) (tabela 7). Blisko 70% klientów uznało za ważną dostępność środków dezynfekcyjnych (70%) oraz kontrolowanie liczby klientów w sklepie (70%). Wydłużenie czasu otwarcia placówek było ważne dla dwóch trzecich badanych.

Tabela 7. Znaczenie dla respondentów wybranych elementów placówek handlowych i zachowań innych osób w przestrzeni sklepu (w %)

Wyszczególnienie	nieważne	średnio ważne	ważne
zasłanianie ust i nosa przez klientów	9,3	15,1	75,6
zasłanianie ust i nosa przez personel	9,4	16,7	73,9
wyznaczenie bezpiecznych miejsc między klientami	10,5	17,2	72,3
dostępność środków do dezynfekcji rąk	12,5	17,0	70,5
kontrolowanie liczby klientów w sklepie	13,0	17,3	69,7
wydłużenie czasu otwarcia placówek	11,1	21,8	67,1

*Respondenci wypowiedzieli się w skali od 1 do 7, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nieważne, 7 – zdecydowanie ważne. Na potrzeby prezentacji wyników badań przyjęto, że wskazanie 1, 2, 3 oznacza w różnym stopniu „nieważne”, natomiast wybór 5, 6, 7 oznacza w różnym stopniu „ważne”.

Źródło: badania własne.

Ze względu na bezpieczeństwo zakupów w czasie pandemii 78% klientów stara się zachować dystans w stosunku do innych klientów (tabela 8). Blisko 73% badanych

stara się nie dotykać produktów, których nie kupuje. Niemal dwie trzecie klientów deklaruje, że stara się unikać dotykania swojej twarzy, a ponad połowa rezygnuje z używania telefonu w czasie pobytu w sklepie. Klienci nie rezygnują z zabrania koszyka/wózka.

Tabela 8. Sposób zachowania się respondentów w przestrzeni wewnątrzsklepowej (w %)

Wyszczególnienie	nie	ani tak, ani nie	tak
Staram się zachować bezpieczną odległość od innych klientów	5,3	16,7	78,0
Staram się nie dotykać produktów, których nie kupuję	9,9	17,3	72,8
Zdecydowanie częściej płacę bezgotówkowo	13,1	19,8	67,1
Unikam dotykania twarzy (okolic ust/nosa)	14,1	20,5	65,4
Unikam korzystania z telefonu w czasie pobytu w sklepie	24,2	21,2	54,6
Dokonuję zakupów w jednorazowych rękawiczkach	38,0	20,1	41,9
Rezygnuję z zabrania koszyka/wózka	47,7	23,0	29,3

*Respondenci wypowiedzieli się w skali od 1 do 7, gdzie 1 oznacza zdecydowanie nie, 7 – zdecydowanie tak. Na potrzeby prezentacji wyników badań przyjęto, że wskazanie 1, 2, 3 oznacza w różnym stopniu „nie”, natomiast wybór 5, 6, 7 oznacza w różnym stopniu „tak”.

Źródło: badania własne.

Wnioski

Wyniki przeprowadzonych badań i analiz wskazują, że konsumenci dostosowali swoje zachowania zakupowe produktów codziennego użytku do warunków pandemicznych. Przejawia się to przede wszystkim w sposobie robienia zakupów oraz w zachowaniach konsumentów w przestrzeni wewnątrzsklepowej. Ważne są także opinie respondentów dotyczące znaczenia działań placówek handlowych w trakcie pandemii, w celu zapewnienia bezpieczeństwa klientów w sklepach. Dla zdecydowanej większości badanych bezpieczeństwo zakupów jest ważnym czynnikiem wyboru sklepu. Konsumenci starają się kupować jak najwięcej produktów w jednym miejscu, kupując indywidualnie dla całego swojego gospodarstwa domowego. Ograniczają także czas pobytu w sklepie do minimum. Przebywając w sklepie, starają się zachować bezpieczną odległość oraz unikają dotykania produktów, których nie zamierzają kupić, a płatności dokonują w sposób bezgotówkowy. Wszystkie działania podejmowane przez placówki handlowe (narzucone lub zalecane sklepom) są ważne dla konsumentów – zasłanianie ust i nosa, dystans, dostępność środków dezynfekcji oraz kontrola liczby klientów w sklepie. Ograniczenia

i zalecenia dla handlu detalicznego w Polsce zmieniały się wraz z rozwojem epidemii, która – obecnie po trzech głównych falach – wydaje się w odwrocie. Ciekawe jest zatem, które z rozwiązań wdrożonych w sklepach pozostaną po ustaniu pandemii.

Bibliografia

Literatura

- Bäckström K., Johansson U., *Creating and consuming experiences in retail store environments: Comparing retailer and consumer perspectives*, „Journal of Retailing and Consumer Services” 13, 2006, nr 6.
- Borusiak B., Wanat T., *Merchandising w handlu stacjonarnym i internetowym*, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 2020.
- Grashuis J., Skevas T., Segovia M.S., *Grocery Shopping Preferences during the COVID-19 Pandemic*, „Sustainability” 12, 2020, <https://doi.org/10.3390/su12135369>.
- Kucharska B., *Innowacje w badaniach zachowań klientów w przestrzeni wewnętrznosci sklepowej*, [w:] K. Mazurek-Lopacińska, M. Sobocińska (red.) *Badania marketingowe w gospodarce cyfrowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2020.
- Ogruk G., Anderson T.D., Nacass A.S., *In-Store Customer Experience and Customer Emotional State in the Retail Industry*, „Journal of Research for Consumers” 32, 2018.
- Pacana A., Ostasz G., Zatwarnicka-Madura B., *Dylematy wyboru metod badań marketingowych*, „Modern Management Review” 20, 2015, nr 22 (3).
- Pantanoa E., Pizzib G., Scarpib D., Dennisc Ch., *Competing during a pandemic? Retailers' ups and downs during the COVID-19 outbreak*, „Journal of Business Research” 116, August 2020.
- Pierański B., *Pomiar fizjologiczny w badaniu wewnętrznosci sklepowych zachowań nabywców*, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 2019.
- Szymkowiak A., Kulawik P., Jeganathan K., Guzik P., *In-store epidemic behaviour: scale development and validation*, arXiv:2005.02764 [physics.soc-ph].
- Wang Y., Schwartz R., Xu M., Ghosh D., Chen X., *COVID-19 and retail grocery management: insights from a broad-based consumer survey*, „IEEE Engineering Management Review” 48, 2020, nr 3.

Źródła

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU2020000433/O/D20200433.pdf>.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii, <https://dziennikustaw.gov.pl/D2020000049101.pdf>.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 31 marca 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000566/O/D20200566.pdf>.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 10 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000658/O/D20200658.pdf>.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 19 kwietnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000697/O/D20200697.pdf>.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 2 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200000792/O/D20200792.pdf>.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20200001356/O/D20201356.pdf>.

Internet

<https://www.bankier.pl/wiadomosc/Nowe-oboznienia-Czerwona-strefa-w-calej-Polsce-7986079.html>.

<https://www.gov.pl/web/koronawirus/cala-polska-w-czerwonej-strefie-kolejne-zasady-bezpieczenstwa-oraz-solidarnosciowy-korpus-wsparcia-seniorow>.

<https://www.gov.pl/web/rozwoj-praca-technologie/wytyczne-dla-placowek-handlowych-i-uslugowych-w-zwiazku-z-rozprzeztrenianiem-sie-koronawirusa>.

<https://www.gov.pl/web/rozwoj-praca-technologie/zolte-i-czerwone-strefy--nowe-oboznienia-dla-biznesu>.

KPMG International (2020), Consumers and the new reality, <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pl/pdf/2020/07/pl-Raport-KPMG-International-pt-Consumers-and-the-new-reality.pdf>.

<https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce,kiedy-zostanie-ogloszona-kwarantanna-narodowa---aktualne-dane-,artykul,55661166.html>.

https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/kalendarium-2020_18032021-do-publ.pdf.

<https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

<https://zpp.net.pl/wp-content/uploads/2021/01/25.01.2021-Business-Paper-Podsumowanie-lockdownu-w-Polsce.pdf>.

Zmiany w wyborach destynacji turystycznych w okresie pandemii COVID-19. Szansa dla małych miast

Changes in tourist destination choices during the COVID-19 pandemic. Opportunity for small towns

Aleksandra Sztuk

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

ORCID [0000-0002-1845-0363](https://orcid.org/0000-0002-1845-0363)

Streszczenie

Światowa epidemia COVID-19 w znaczący sposób wywarła negatywny wpływ na jedną z najważniejszych gałęzi gospodarczych dla wielu krajów, jaką jest turystyka. Obecnie obowiązujące, nierówne geograficznie restrykcje nałożone przez rządy w celu ograniczenia transmisji wirusa SARS-CoV-2 spowodowały zachwiania mechanizmów panujących dotychczas w branży turystycznej, tym samym wpływając na strategię zarządzania marką miejsca. Czynnikiem wpływającym na kryzys, który przeżywa branża turystyczna, jest również lęk podróżujących, powodujący zmiany w zachowaniu i myśleniu turysty. Stwarza to potrzebę modyfikacji przekazów marketingowych i oferty miasta skierowanych do turystów.

Niniejszy artykuł zawiera następujące cele: określenie zmian w wyborach miejsc destynacji turystycznych przez osoby podróżujące w okresie pandemii oraz przedstawienie rozważań dotyczących najbliższej przyszłości strategii brandingu miast przyczyniających się do odbudowy ruchu turystycznego w obliczu kryzysu.

Metodą badawczą wykorzystaną w artykule jest sondaż diagnostyczny przeprowadzony w marcu 2021 r., w którym odpowiedzi udzieliło 248 respondentów. Celem badania była weryfikacja zwiększonego zainteresowania turystów ofertą małych miast. Do zaprezentowania koncepcji brandingu miast w okresie pandemii posłużono się analizą źródeł wtórnych.

Na podstawie wyników sondażu ustalono m.in., że 71,4% respondentów było bardziej zainteresowanych ofertą turystyczną małych miejscowości niż przed pandemią, a ok. 60% badanych osób planuje wybrać małe miasto jako miejsce destynacji turystycznej w ciągu najbliższych sześciu miesięcy.

Przeprowadzone badanie służy lepszemu zrozumieniu oczekiwań, potrzeb i aktualnych wyborów zewnętrznych odbiorców ofert turystycznych małych miast, co może przyczynić się do odpowiedniego dostosowania oferty i skuteczniejszych przekazów marketingowych małych miast w czasie pandemii. W ostatniej części artykułu przedstawiono propozycje przyszłych kierunków badań opracowanych na podstawie zebranych danych i wyciągniętych wniosków.

Słowa kluczowe

małe miasta, turystyka, marka miejsca

Abstract

The global epidemic of COVID-19 has a negative impact on one of the most important economic sectors for many countries – tourism. The current, geographically unequal restrictions imposed by governments in many countries to limit SARS-CoV-2 transmission, have disrupted the mechanisms that have so far prevailed in the tourism industry, thus directly affecting the place's brand management strategies. The factor influencing the crisis that the tourist industry is experiencing is also the fear of travelers, causing changes in tourist behavior and thinking, which causes the need to modify the messages and the city's offer.

The aim of this paper is to identify changes in the choices of tourism destinations during the pandemic; presentation the concepts and considerations regarding the near future of city branding strategies during the crisis.

The data presented in this paper were collected by analysis of secondary sources and a diagnostic survey conducted in March 2021, in which 248 respondents took part. The study focused on an attempt to verify the increased tourists' interest in the offers of small towns.

Based on the results of the survey, it was found that 71.4% of respondents were more interested in the tourist offer of small towns than before the pandemic, and about 60% of respondents plan to choose a small town as a tourist destination within the next six months.

The conducted analyzes and research helps to better understand the expectations, needs and current choices of external recipients of tourist offers from small towns, which may contribute to the appropriate adaptation of the offer and more effective marketing messages of small towns during and after pandemic period. The last part of this paper presents ideas for future research directions developed on the basis of the collected data and conclusions.

Keywords

small towns, tourism, city brand, place brand

JEL: Z33, M31

Wprowadzenie

Zarówno w metropoliach charakteryzujących się wysoką popularnością i zainteresowaniem przyjezdnych z całego świata, jak i mniejszych jednostkach terytorialnych starających się wypromować i zainteresować lokalnych turystów proponowanymi ofertami, zauważa się coraz silniejsze ugruntowanie prowadzonych działań w zaplanowanej, konsekwentnie realizowanej strategii promocji i budowania wizerunku. Zauważono¹ wzrost popytu na wiedzę bezpośrednio związaną z pozycjonowaniem marki miasta, objawiający się poprzez zgłaszanie przez władze lokalne chęci udziału w szkoleniach, kursach i warsztatach. Promocja miasta jest jednym z instrumentów marketingu terytorialnego i często te dwa pojęcia są mylnie ze sobą utożsamiane². Promocję należy rozumieć jako zestaw działań mających na celu komunikację miasta z otoczeniem oraz

¹ A. Sekuła, *Marketing terytorialny*, [w:] M. Daszkowska (red.), *Marketing. Ujęcie systemowe*, Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk 2005, s. 216–237.

² M. Florek, *Podstawy marketingu terytorialnego*, Wydawnictwo Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2007, s. 150.

prezentację zasobów i walorów potencjalnym użytkownikom oferty miejskiej. Marketing terytorialny traktowany jest jako narzędzie wspomagające zarządzanie rozwojem danego miasta³, pozwalające przy właściwym wykorzystaniu zestawu instrumentów na kreowanie przewagi konkurencyjnej wśród innych jednostek terytorialnych⁴.

Pandemia COVID-19 w znaczący sposób wpłynęła negatywnie na jedną z ważniejszych gałęzi gospodarczych dla większości krajów, jaką jest turystyka. Obowiązujące, nierówne geograficznie restrykcje nałożone przez rządy w celu ograniczenia transmisji wirusa spowodowały poważne zachwiania mechanizmów panujących dotychczas w branży turystycznej. Istotnym czynnikiem mającym wpływ na kryzys, który aktualnie dotyka wspomnianą gałąź gospodarczą, jest także lęk podróżujących, który zmienia zachowanie i myślenie turysty, skutkując także zmianami w sposobie przemieszczania się oraz podróżowania⁵. Przed wieloma problemami i wyzwaniem związanymi z działalnością turystyczną postawieni zostali również specjaliści z zakresu marketingu turystycznego oraz terytorialnego, którzy zmuszeni są do poszukiwania i wprowadzania nowych rozwiązań, technik oraz koncepcji przyczyniających się do osiągnięcia wzrostu gospodarczego w branży turystycznej⁶.

Jednym z celów artykułu jest przedstawienie wybranych koncepcji i rozważań dotyczących najbliższej przyszłości strategii brandingu miast na podstawie analizy źródeł wtórnych. Kolejnym celem korespondującym z odpowiednim doбором przekazów marketingowych miast jest identyfikacja zmian w wyborach destynacji turystycznych przez osoby podróżujące w okresie pandemii na podstawie badania sondażowego. Badanie przeprowadzone za pomocą kwestionariusza ankiety w sposób szczególny koncentruje się na analizie zwiększonego zainteresowania ofertą turystyczną małych miast (przyjęto kryterium ludnościowe do 20 tys. mieszkańców stosowane przez statystykę GUS). Powodem, dla którego w badaniu podjęto próbę określenia zwiększonego zainteresowania ofertą małych miast, są aktualne rozważania naukowe przewidujące przyszłe zachowania turystów związane z unikaniem przeludnionych miejsc destynacji turystycznych i wybór obszarów o niższej gęstości zaludnienia⁷. Takie zmiany mogą być wynikiem zwracania większej uwagi na komfort psychiczny i łagodzenie lęku związanego z podróżowaniem w czasie pandemii, jak również w okresie

³ T. Markowski, *Zarządzanie rozwojem miast*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 223.

⁴ A. Kornak, A. Rapacz, *Zarządzanie turystyką i jej podmiotami w miejscowości i regionie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2001, s. 125.

⁵ S. Zenker, F. Kock, *The coronavirus pandemic – a critical discussion of a tourism research agenda*, „Tourism Management” 81, 2020, s. 104–164.

⁶ D. Streimikiene, E. Korneeva, *Economic impacts of innovations in tourism marketing*, „Terra Economicus” 18, 2020, nr 3, s. 182–193.

⁷ H. Zhu, F. Deng, *How to influence rural tourism intention by risk knowledge during COVID-19 containment in China: Mediating role of risk perception and attitude*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 17, 2020, nr 10, s. 3514.

postpandemicznym⁸, co zostanie szerzej przedstawione w kolejnych częściach artykułu. Ze względu na dynamicznie rozwijającą się pandemię COVID-19, która spowodowała gigantyczny kryzys gospodarczy, istnieje pilna potrzeba prowadzenia badań, z których wnioski mogą wspomóc dotknięte kryzysem poszczególne gałęzie gospodarcze danych krajów i świata.

Koncepcje brandingu miast podczas pandemii COVID-19

Przed rozpoczęciem dyskusji związanej z kierunkami działań podmiotów bezpośrednio odpowiedzialnych za promocję miejsc należy zaznaczyć, że poważnym ograniczeniem jest kwestia niepewności dotycząca rozwoju sytuacji w czasie pandemii oraz przyszłości związanej z okresem postpandemicznym. Z tego względu w literaturze przedmiotu i aktualnych opracowaniach badawczych związanych z obszarem turystyki oraz marketingu zauważa się koncentrację na krótkoterminowych działaniach z całkowitym pominięciem średnio- i długookresowych strategii miast i krajów⁹.

Pandemia koronawirusa wygenerowała ekstremalnie wysoki poziom strat ekonomicznych w każdej części świata, w szczególności jej skutki wyjątkowo dotknęły sektor turystyki i hotelarstwa¹⁰. W poszukiwaniu możliwości odbudowy przemysłu turystycznego, oprócz skutecznej walki z koronawirusem i utrzymania reżimu sanitarnego, istotną rolę odgrywają także komunikaty i sposoby postępowania poszczególnych miast, pozycjonując własną markę w umysłach odbiorców i zachęcając tym samym do ponownego użytkowania oferty miast w sposób bezpieczny i odpowiedzialny. Miejsca należy rozumieć jako „praktykę wdrażania strategii marki i innych technik marketingowych do ekonomicznego i społeczno-politycznego rozwoju miast¹¹”.

Według Fan¹², dużą rolę w brandingu miasta w okresie pandemii odgrywa kultura danego kraju oraz kultura komunikacji i współpracy między obywatelami a rządem. W celu przybliżenia wpływu powyższych czynników na odbiór marki miasta przedstawiono przykład zdyscyplinowanej postawy mieszkańców Wuhan w Chinach, w którym rozpoczęła się pandemia koronawirusa. Mieszkańcy miasta w sposób rygorystyczny

⁸ J. Wen, M. Kozak, S. Yang, F. Liu, *COVID-19: potential effects on Chinese citizens' lifestyle and travel*, „Tourism Review” 76, 2021, nr 1, s. 74–87.

⁹ S. Čorak, B. Živoder, Z. Marušić *Opportunities for tourism recovery and development during and after COVID-19: Views of tourism scholars versus tourism practitioners*, „Tourism” 68, 2020, nr 4, s. 434–449.

¹⁰ Y. Ohe, *Exploring a way forward for rural tourism after the corona pandemic*, „Journal of Global Tourism Research” 5, 2020, nr 2, s. 105–106.

¹¹ G. Kerr, *From Destination Brand to Location Brand*, „Journal of Brand Management” 13, 2006, nr 4–5, s. 276–283.

¹² H. Fan, Webinarium, *Rethinking City Brand in times of COVID-19: roadmaps to economic and social recovery*, Barcelona, 21 July, 2020.

przestrzegali wprowadzonych przez władze Chin obostrzeń związanych z zakazem opuszczania domów z wyjątkiem jednego członka rodziny, który raz dziennie mógł dokonywać zakupu najpotrzebniejszych produktów. Z perspektywy światowej walki z pandemią wirusa COVID-19 oraz jego kilku fal w większości krajów Wuhan w stosunkowo szybkim czasie odniosło sukces w walce z rozprzestrzenianiem się wirusa, co w konsekwencji wpłynęło w pozytywny sposób na wizerunek miasta, zachęcając turystów do odwiedzin i budując swoją przewagę na wysokich standardach sanitarnych, bezpieczeństwie oraz skuteczności postępowania i zarządzania.

W literaturze przedmiotu¹³ w pandemii zauważana jest szansa określona jako „bezprecedensowa możliwość” odrodzenia zgodnie z postulatami zrównoważonego rozwoju, czyniąc branżę turystyczną przyjazną dla środowiska naturalnego z poszanowaniem lokalnej społeczności oraz kultury. Stosowanie się do założeń zrównoważonego zarządzania turystyką jest niewątpliwie szansą z perspektywy zarówno budowania marki miasta, jak i samych mieszkańców danych jednostek terytorialnych. Koncepcja turystyki zrównoważonej rozumiana jest jako „[...] respektowanie wartości kulturowych, społecznych i przyrodniczych obszaru, w którym przebywają turyści, respektowanie i ochrona zasobów naturalnych, szacunek dla tożsamości, tradycji i stylu życia społeczności lokalnych przy jednoczesnym wykorzystaniu (przede wszystkim przez społeczność lokalną, w mniejszym stopniu przez inwestorów zewnętrznych) ekonomicznej szansy, jaką niesie turystyka dla rozwoju gospodarczego regionu”¹⁴. Z tego względu turystyka zrównoważona nazywana jest w opracowaniach również „turystyką opartą na społeczności lokalnej”¹⁵. Głównymi przyczynami podnoszonych przez część naukowców postulatów, dotyczących konieczności wdrażania koncepcji turystyki zrównoważonej, są degradacja środowiska naturalnego oraz masowość. Zwolennicy koncepcji proponują zastąpienie strategii budowy marki miasta, która przejawia się w wysokiej orientacji na konkurencję oraz dąży do wysokiego popytu, na działania tworzące wartość przede wszystkim dla mieszkańców. W praktyce marketingu terytorialnego zostało to zachwiane przez zbyt wysokie skupienie się włodarzy miast na pozycjonowaniu marki miasta wśród odbiorców zewnętrznych¹⁶. Promocja miasta bowiem często jest błędnie postrzegana jako sposób na zdobycie zewnętrznego uznania, przez co występuje tendencja do niezrównoważonych podejść, zbyt stronnich na korzyść turystów, ze szkodą dla lokalnych mieszkańców. Objawia się to koncentracją głównie na promocji obiektów

¹³ P. Niewiadomski, *COVID-19: from temporary de-globalisation to a re-discovery of tourism?*, „An International Journal of Tourism Space. Place and Environment” 22, 2020, s. 651–656.

¹⁴ A. Pawlikowska-Piechotka, *Zagospodarowanie turystyczne i rekreacyjne*, Novae Res – Wydawnictwo Innowacyjne, Gdynia 2009, s. 203.

¹⁵ *Ibidem*, s. 202.

¹⁶ N. Martinez, *City marketing and place branding: A critical review of practice and academic research*, „Journal of Town & City Management” 2, 2012, nr 4, s. 369–394.

i terenów adresowanych do inwestorów oraz na promocji atrakcji turystycznych znajdujących się w danym mieście¹⁷. Możliwość stopniowego wdrażania zasad zrównoważonej turystyki oraz problemy, które pojawiły się za sprawą pandemii, zwiększają zainteresowanie tą koncepcją wśród decydentów miast¹⁸. Zagadnieniem związanym często ze zrównoważonym rozwojem turystyki jest idea *slow tourism*¹⁹, która opiera się na połączeniu elementów zrównoważonej turystyki i turystyki odpowiedzialnej²⁰. Koncepcja ta nabrała szczególnej popularności w XXI w., stanowiąc alternatywę dla turystyki masowej i standardowych ofert bezpośrednio powiązanych z wysoką konsumpcją w popularnych ośrodkach miejskich. Do głównych założeń turystyki powolnej należą autentyczne doznania i doświadczenia, wyciszenie się oraz nawiązywanie relacji z lokalnymi mieszkańcami. Szczególnym wyróżnikiem koncepcji *slow tourism* jest aspekt ekologiczny utożsamiany z ochroną i poszanowaniem środowiska naturalnego. Podróżujący, wybierając miejsce destynacji turystycznych w trybie *slow*, kierują się często możliwie niskim stopniem zanieczyszczenia powietrza²¹. Ideę turystyki *slow* cechuje umożliwienie podróżującemu nawiązania relacji z kulturą i tradycją lokalnej społeczności odwiedzanego regionu. Niewątpliwie jest to ekonomiczna szansa dla mieszkańców miejscowości posiadających w swoich ofertach np. produkt lokalny, manufaktury lub cykliczne wydarzenia kulturalne. *Slow tourism* stwarza w szczególności szansę na uatrakcyjnienie, wypromowanie, rozwój usług turystycznych i ożywienie gospodarcze w mniejszych miastach i wsiach²² charakteryzujących się niską popularnością i zachowaniem właściwych danej jednostce tradycji i zwyczajów lokalnych.

Istotnym aspektem, który podnoszą badacze w nawiązaniu do koncepcji zrównoważonego rozwoju, odnoszącym się do promocji małych miast oraz obszarów wiejskich jest konieczność zapewnienia odpowiedniej liczby szkoleń skupiających się na możliwościach wykorzystania technologii w przekazach marketingowych zarówno mieszkańcom, jak i władzom lokalnym, tak aby obie grupy mogły współpracować i odnosić korzyści z turystyki w swoim mieście²³. Jako przykład w przytaczanym artykule został przedstawiony Nepal, który jest krajem wysoko atrakcyjnym turystycznie ze względu na wyjątkowe zasoby przyrody, posiadającym najwyższe góry świata, jednak w niektórych obszarach państwa – zwłaszcza na prowincjach – stosuje się przestarzałe modele

¹⁷ M. Florek, *op. cit.*, s. 146.

¹⁸ D. Streimikiene, E. Korneeva, *op. cit.*, s. 182–193.

¹⁹ H. Oh, S. Baloglu, *Motivations and Goals of Slow Tourism*, „Journal of Travel Research” 55, 2014, nr 2, s. 1–15.

²⁰ M. Burmecha-Olszowy, *Slow tourism – cechy i funkcje nowego nurtu w turystyce*, „Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu” 45, 2014, s. 177–184.

²¹ *Ibidem*.

²² A. Niezgoda, E. Markiewicz, *Slow tourism – idea, uwarunkowania i perspektywy rozwoju*, „Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu” 46, 2014, s. 82–90.

²³ D. Streimikiene, E. Korneeva, *op. cit.*, s. 182–193.

biznesowe odbiegające od oczekiwań współczesnego turysty. Technologia i użytkowanie jej przez mieszkańców czerpiących profity z przemysłu turystycznego nie tylko podwyższyłyby ekonomiczne korzyści lokalnej społeczności w tym zakresie, lecz także ułatwiłyby bezpośrednią współpracę i kontakt między użytkownikami zewnętrznymi a lokalną społecznością.

Zbliżoną koncepcję brandingu miasta w okresie pandemii przedstawia M. Florek²⁴, według której skupienie się na odbiorcach wewnętrznych, a w szczególności na mieszkańcach, należy traktować jako inwestycję w przyszłość – w okres postpandemiczny. Budowanie relacji, wzmacnianie przywiązania mieszkańców do miejsca zamieszkania w dłuższej perspektywie tworzy niepowtarzalny charakter miejsca i wyzwala w rezydentach postawy swoistych ambasadorów miasta, co w kontekście zarządzania marką miasta jest istotnym elementem kreowania pozytywnego wizerunku. Wiadomo, że wizerunek destynacji mieszkańców wpływa na poziom ich poparcia dla rozwoju turystyki²⁵, co pośrednio wpływa na komfort pobytu turystów. Ponadto rezydenci zatrudnieni w sektorze turystycznym odgrywają kluczową rolę w postrzeganiu miasta przez odwiedzających i ich odbiór jakości miejsca docelowego²⁶.

R. Govers²⁷ uważa, że istotna zmiana powinna nastąpić w samym obszarze zarządzania turystyką, nawiązując do zasad zrównoważonej turystyki, i tymczasową rezygnacją z ekonomii skali, objawiającą się dążeniem oferentów różnego rodzaju usług (np. hotelarskich, transportowych) do jak najwyższego obłożenia. Odnosząc się do charakteru komunikacji miasta z odbiorcami w okresie pandemii, badacz twierdzi, że miasta powinny chwilowo zrezygnować z wolumenu przekazów marketingowych i skupić się na budowaniu przewagi konkurencyjnej opartej na oryginalności. Oryginalność w tym kontekście rozumiana jest jako pozycjonowanie miasta, informując interesariuszy nie o tym, co aktualnie dzieje się w mieście, ale że działania te są wykonywane w sposób wyjątkowy, inny niż u konkurencji, oferując jednocześnie wyjątkowość i wartość. Cechy odróżniające dane miasto lub region od innych są niezwykle istotne w działaniach promocyjnych i wpływają na umocnienie poczucia tożsamości regionalnej mieszkańców²⁸.

²⁴ M. Florek, Webinar, *Rethinking City Brand in times of COVID-19: roadmaps to economic and social recovery*, Barcelona, 21 July, 2020.

²⁵ D. Styliadis, *Residents' destination image: a perspective article*, „Tourism Review” 75, 2019, nr 1, s. 228–231.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ R. Govers, Webinar, *Rethinking City Brand in times of COVID-19: roadmaps to economic and social recovery*, Barcelona, 21 July, 2020.

²⁸ M. Daszkiewicz, P. Waniowski, *System identyfikacji wizualnej Dolnego Śląska w opinii mieszkańców regionu*, „Komunikacja Rynkowa. Kultura. Perswazja. Technologia. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu” 2011, nr 209, s. 390–401.

Czynniki przewagi konkurencyjnej małych miast w kontekście pandemii COVID-19

Skutki pandemii najsilniej dotknęły regiony odwiedzane masowo przez turystów zagranicznych²⁹, do których dostosowane były oferty ośrodków miejskich. Wpływ na to miały zarówno ograniczenia narzucone przez rządy poszczególnych krajów, jak i osobiste wybory turystów preferujących wyjazdy w regionach, gdzie liczba zakażeń była niższa. Według WHO³⁰ osoby przebywające w miejscach o wysokim zaludnieniu i utrudnionej możliwości utrzymania dystansu społecznego są bardziej narażone na zakażenie wirusem, co stanowi konsensus medyczny. W dotychczasowych opracowaniach naukowych poruszających potrzebę wprowadzania zasad turystyki zrównoważonego rozwoju, opublikowanych w okresie pandemii koronawirusa, to właśnie „masowość” – wysokie, niekontrolowane obłożenie niektórych obszarów – stanowi główny problem w turystyce, zwłaszcza z perspektywy bezpieczeństwa i ochrony życia. W kontekście obecnej pandemii cechy i zalety małych jednostek terytorialnych oraz obszarów wiejskich posiadających oferty turystyczne – niższe obłożenie, możliwość zachowania dystansu społecznego, brak zgiełku, spokój – są szczególnie istotne ze względów bezpieczeństwa, ułatwiając odwiedzającym odpoczynek i wyciszenie, co pozytywnie wpływa na komfort psychiczny wielu turystów. Istotną przewagą mniejszych jednostek terytorialnych o niższej popularności stanowi także różnorodność ofert, a tym samym możliwość doświadczenia przez odwiedzającego wyjątkowych przeżyć w wymiarze kognitywnym oraz afektywnym. Coraz częściej wśród turystów można dostrzec krytyczne nastawienie wobec miejsc o wysokiej popularności, związane m.in. z wysokim obłożeniem, a przede wszystkim z brakiem wyróżniających się propozycji atrakcyjnego spędzenia czasu wolnego w danej jednostce terytorialnej. Problem kultury masowości i wykorzystywania przez miasta o wysokiej popularności podobnych ofert, tracąc wobec siebie konkurencyjność, został przedstawiony w analizie sytuacji kurortów brytyjskich³¹. Kształtowanie oferty miasta w przedstawianym znaczeniu jest sprzeczne z ideą brandingu miejsca destynacji turystycznej, którą zdefiniować można jako formę komunikacji tożsamości danego miejsca w taki sposób, aby wyróżnić je na tle pozostałych³². Małe miasta adresujące swoje przekazy do odbiorców zewnętrznych często w swoich komunikatach i ofertach marketingowych zawierają informacje pozwalające na wyróżnienie się, jak np. produkty lokalne, oferty gastronomiczne z kuchnią regionalną czy specyficzne dla danego obszaru ukształtowanie terenu wraz z występującą tam fauną i florą. Aspekty

²⁹ M. Wiadomski, *Turystyka krajowa a pandemia*, „Poszerzamy Horyzonty” 21, 2020, nr 1, s. 771–779.

³⁰ World Health Organization, Advice for the public, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public> [dostęp: 14.04.2021].

³¹ G. Shaw, M.A. Williams, *Tourism and tourism space*, SAGE Publications, London 2004, s. 216.

³² A. Morrison, D. Anderson, *Destination branding*, 2002, <http://www.macvb.org/intranet/presentation/DestinationBrandingLOzarks6-10-02.ppt> [dostęp: 28.04.2021].

zarówno środowiskowe, jak i te związane z prezentacją lokalnej tożsamości są szczególnie atrakcyjne z punktu widzenia turysty podróżującego w trybie branding. Posługiwanie się koncepcją marketingu zyskuje wśród włodarzy małych miast w Polsce³³ coraz większą popularność ze względu na świadomość potrzeby wdrażania strategii marketingowych w celu rozwoju jednostki terytorialnej. Autopromocja i reinterpretacja tożsamości lokalnej nabierają większego znaczenia w małych społecznościach³⁴, co podnosi atrakcyjność danej miejscowości zwłaszcza w kontekście działalności turystycznej. Z badań wynika³⁵, że władze małych i średnich gmin są świadome znaczenia silnej marki dla rozwoju jednostki samorządu terytorialnego, dążąc do pozycjonowania jej na tle innych. Na tej podstawie można oczekiwać, że włodarze jednostek terytorialnych o tej wielkości wykorzystają szansę i możliwość zaprezentowania atutów miejsc sprzyjających bezpiecznemu wypoczynkowi, odnosząc się do obecnej sytuacji pandemicznej. Kolejną przewagą małych miast są często bardziej racjonalne ceny proponowane przez oferentów różnego rodzaju usług i produktów, niż ma to miejsce w dużych i popularnych ośrodkach, a przede wszystkim w miastach metropoliach, gdzie poprzez wysoki popyt są one zawyżane i często niewspółmierne do jakości oferowanych dóbr.

Opis i wyniki badania sondażowego

Aby rozpoznać i określić zmiany dotyczące wyborów miejsc destynacji turystycznych w okresie pandemii COVID-19 oraz dokonać weryfikacji stopnia wzrostu zainteresowania ofertą małych miast, w marcu bieżącego roku przeprowadzono badanie sondażowe, w którym odpowiedzi udzieliło 248 respondentów powyżej 18. roku życia. Posłużono się techniką CAWI (ang. *Computer – Assisted Web Interview*), która pozwoliła na bezpieczne zebranie i stosunkowo szybką analizę danych. Badanie zostało opracowane przy zastosowaniu narzędzia w postaci kwestionariusza Google Forms i zawierało jedenaście pytań. Głównym ograniczeniem badania była możliwość uzyskania odpowiedzi wyłącznie od osób posiadających komputer lub telefon komórkowy i dostęp do łącza internetowego. W sondażu zastosowano dwa pytania metryczkowe ustalające wiek i poziom wykształcenia respondentów, których wartości wykorzystano jako zmienne w opracowywaniu wyników wybranych odpowiedzi w celu lepszego rozpoznania profilu użytkownika oferty małego miasta.

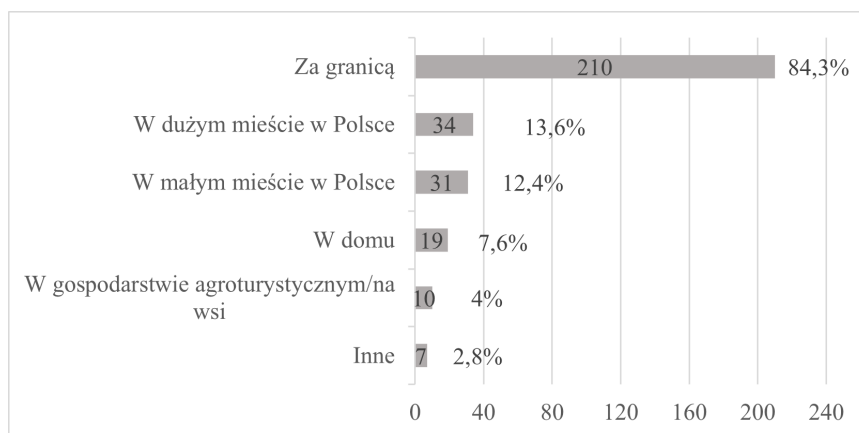
³³ E. Zadecka, *Małe Miasto jako podmiot marketingu terytorialnego*, [w:] A. Szromnik (red.), *Marketing terytorialny. Nowe obszary i narzędzia*, edu-Libri, Kraków-Legionowo 2015, s. 162.

³⁴ B. Csurgó, B. Megyes, *The role of small towns in local place making*, „European Countryside” 8, 2016, nr 4, s. 427–443.

³⁵ S. Dudek-Mańkowska, *Identity of Place in the Branding of Small and Medium-Sized Communes*, „Olsztyn Economic Journal” 14, 2019, s. 87–100.

Wstępem do uzyskania odpowiedzi na pytanie, czy zaistniały znaczące zmiany w wyborach miejsc turystycznych w okresie pandemii, było rozpoznanie, w jakich miejscach respondenci spędzali urlop w sezonie wakacyjnym 2019 oraz 2020. Zadane pytania miały możliwość wielokrotnej odpowiedzi oraz udzielenia własnej, innej niż zaproponowane przez autora formularza ankiety. Poniżej przedstawione zostały dwa wykresy, które prezentują rozkład udzielonych przez respondentów odpowiedzi, pozwalając na porównanie obu badanych okresów.

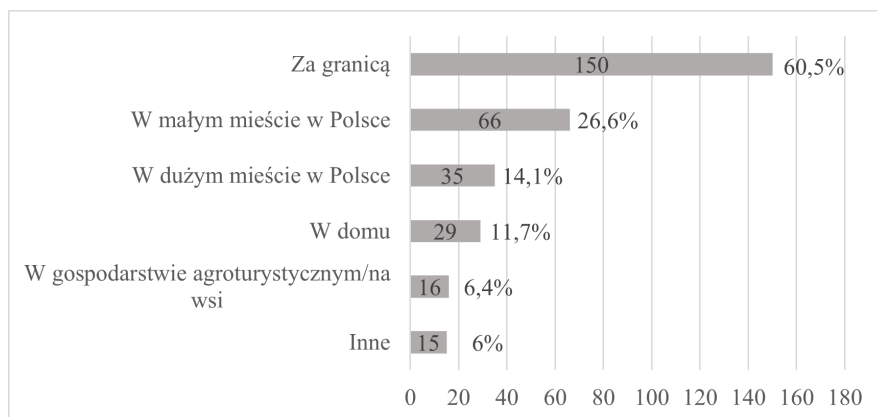
Wykres 1. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie: Gdzie w sezonie wakacyjnym (lato 2019) spędzał/-a Pan/Pani urlop? (n = 248)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania sondażowego.

Suma procentowa odpowiedzi nie sumuje się do 100, ponieważ pytanie miało możliwość wielokrotnej odpowiedzi.

Wykres 2. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie: Gdzie w poprzednim sezonie wakacyjnym (lato 2020) spędzał/-a Pan/Pani urlop? (n = 248)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania sondażowego.

Suma procentowa odpowiedzi nie sumuje się do 100, ponieważ pytanie miało możliwość wielokrotnej odpowiedzi.

Dokonując porównania odpowiedzi respondentów na pytania dotyczące miejsca spędzanego urlopu w ostatnich dwóch sezonach wakacyjnych, można zauważyć, że nastąpił wyraźny spadek wśród osób wybierających destynacje zagraniczne. W 2019 r. 84,3% badanych osób zdecydowało się na urlop za granicą, natomiast w kolejnym sezonie wakacyjnym odsetek badanych osób, które zdecydowały się na wyjazd zagraniczny, wynosił 60,5%. Na podstawie powyższych wykresów można stwierdzić, że blisko dwukrotnie wzrosła liczba badanych osób (66) decydujących się na spędzenie urlopu w roku 2020 w małym mieście w porównaniu z rokiem poprzednim (34 osoby). Należy zwrócić również uwagę na respondentów, którzy spędzili urlop w roku 2020 w domu. Ich liczba w roku poprzednim była niższa o 10. Wzrost liczby osób, które nie zdecydowały się na wyjazd w okresie pandemii, może świadczyć o lęku przed zachorowaniem na COVID-19, udowodniono bowiem³⁶, że strach przed zakażeniem koronawirusem w sposób negatywny wpływa na zamiar odbycia podróży. W maju 2020 r. zostało przeprowadzone badanie³⁷, w którym autorzy podjęli próbę poznania wakacyjnych planów Polaków w kontekście pandemii koronawirusa. Mimo świadomości zwiększonego ryzyka zakażenia wirusem ponad 79% Polaków planowało wówczas wyjazdy turystyczne.

W porównaniu z rokiem 2019 wzrosła liczba osób, które spędziły urlop w gospodarstwie agroturystycznym lub na wsi. Wzrost zainteresowania turystów ofertami agroturystycznymi potwierdzają wyniki badań prowadzonych w Polsce³⁸, w których wykazano, że prowadzenie działalności agroturystycznej było bardziej opłacalne w okresie pandemii.

Aby rozpoznać, w jakim stopniu zmiany w wyborach docelowych miejsc wypoczynku miały związek z wirusem SARS-CoV-2, w kolejnej części ankiety respondentów zapytano o wpływ pandemii na osobiste preferencje dotyczące wyboru destynacji turystycznej. Ponad połowa badanych osób – 56,5% – zadeklarowała, że za sprawą pandemii uległy zmianie ich decyzje związane z wyborem miejsca destynacji. Przecząco odpowiedziało 31% respondentów, a 12,5% badanych udzieliło odpowiedzi „nie wiem”.

Kolejnym celem badania, który mógłby przyczynić się do określenia zwiększonego zainteresowania turystów ofertami małych jednostek terytorialnych, było ustalenie znaczenia stopnia zaludnienia docelowego miejsca wyjazdu. Respondentom zadano pytanie, czy wybierając miejsce destynacji, zamierzają się kierować możliwością zachowania dystansu społecznego. W pytaniu zastosowano pięciostopniową skalę Likerta, przypisując każdej odpowiedzi wartość liczbową w następującej postaci: 1 – „nie”;

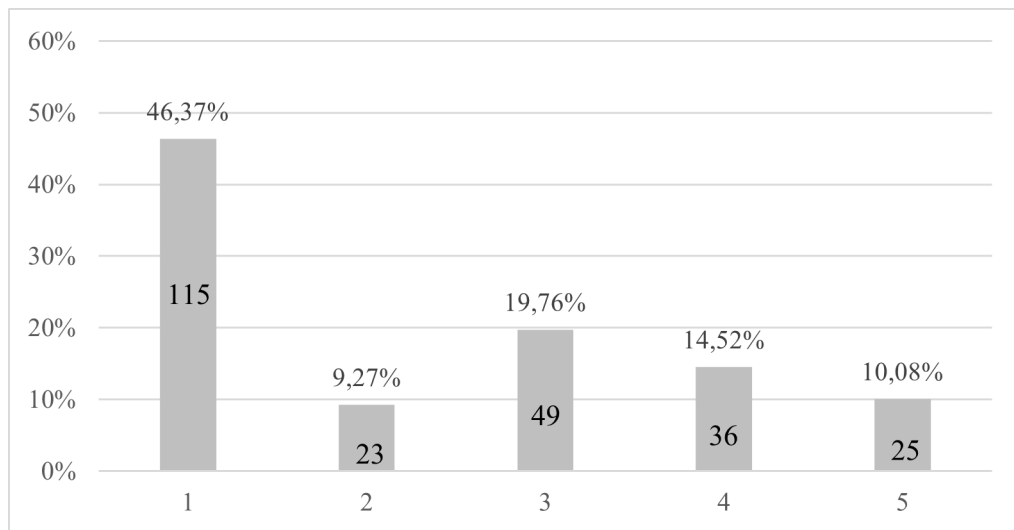
³⁶ J. Luo, C. Lam, *Travel Anxiety, Risk Attitude and Travel Intentions towards “Travel Bubble”. Destinations in Hong Kong: Effect of the Fear of COVID-19*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 17, 2020, nr 21, s. 1–11.

³⁷ M. Wojcieszak-Zbierska, A. Jęczyk, J. Zawadka, J. Uglis, *Agritourism in the Era of the Coronavirus (COVID-19): A Rapid Assessment from Poland*, „Agriculture” 10, 2020, nr 9, s. 397–416.

³⁸ M. Roman, P. Grudzień, *The Essence of Agritourism and Its Profitability during the Coronavirus (COVID-19) Pandemic*, „Agriculture” 11, 2021, nr 5, s. 458–483.

2 – „raczej nie”; 3 – „trudno powiedzieć”; 4 – „raczej tak”; 5 – „tak”. Rozkład odpowiedzi na to pytanie prezentuje poniższy wykres.

Wykres 3. Rozkład procentowy odpowiedzi na pytanie: Czy wybierając miejsce wyjazdu w okresie pandemii, zamierza się Pan/Pani kierować możliwością zachowania dystansu społecznego w danym mieście? (n = 248)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania sondażowego.

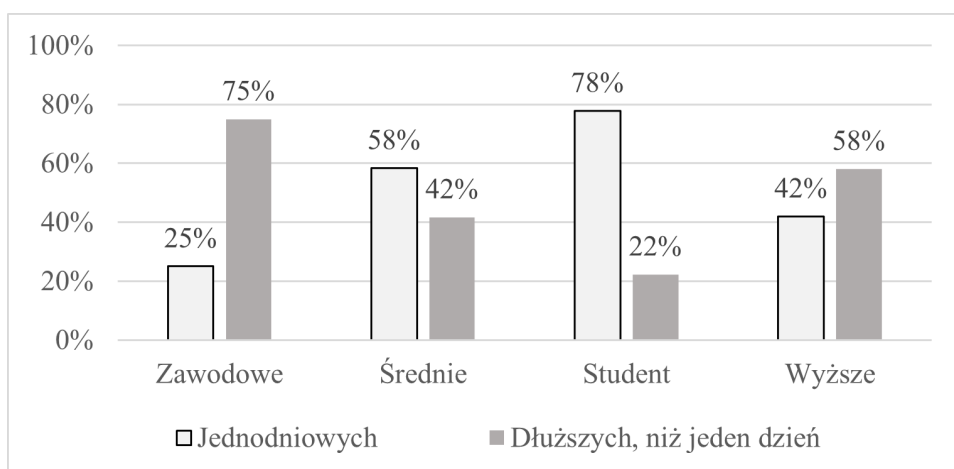
Blisko połowa badanych osób nie zamierza kierować się możliwością zachowania dystansu społecznego, wybierając miejsce wyjazdu w celach turystycznych, co jednocześnie stanowi najczęściej udzielaną przez respondentów odpowiedź. Dokonując analizy wyników dotyczących pytania, porównano rozkład odpowiedzi ze względu na wiek respondentów. 61% badanych w wieku 26–35 lat nie kieruje się możliwością zachowania dystansu społecznego, przez co stanowią procentowo najliczniejszą grupę wiekową udzielającą tej odpowiedzi. Rozkład odpowiedzi ze względu na wiek osób, które przyznały, że zamierzają kierować się możliwością zachowania dystansu społecznego w danym mieście, wskazując najwyższą wartość wśród możliwych odpowiedzi, dotyczy grupy w wieku 46+. Odpowiedzi o przypisanej w badaniu wartości powyżej 3, oznaczające kolejno „raczej tak” i „tak”, których udzieliło w pytaniu łącznie blisko 25% respondentów, można uznać za deklarację dotyczącą kierowania się możliwością zachowania bezpiecznego dystansu społecznego w danym miejscu, wybierając kierunek wyjazdów turystycznych w okresie pandemii.

W kolejnym etapie badania respondentów zapytano, czy w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy wzrosło ich zainteresowanie ofertami turystycznymi i rekreacyjnymi małych miast w większym stopniu niż przed pandemią. 71,4% badanych zadeklarowało, że nie, natomiast pozostałe 28,6% udzieliło odpowiedzi twierdzącej. Grupą analizowaną

ze względu na wykształcenie, która w najwyższym stopniu wykazywała zainteresowanie możliwościami spędzenia wolnego czasu w małych ośrodkach terytorialnych w ciągu ostatniego roku, byli studenci, stanowiąc 42% spośród wszystkich grup zawodowych biorących udział w badaniu.

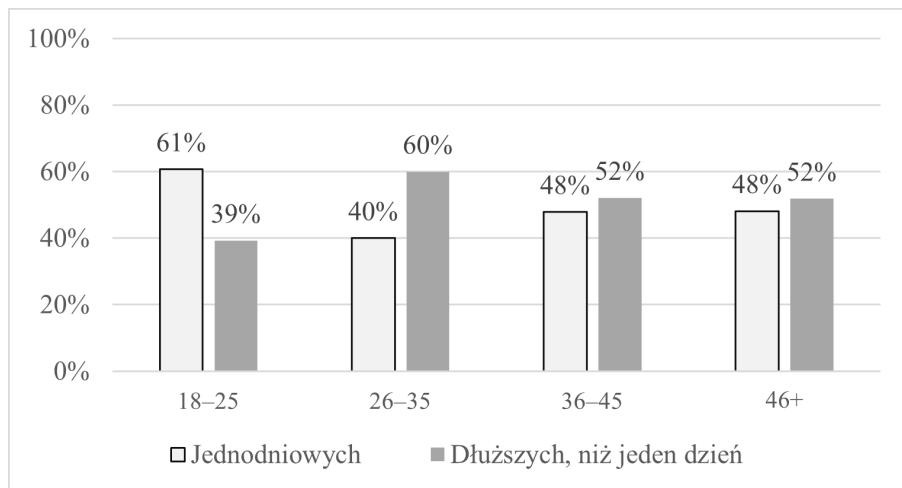
W następnym pytaniu zbadano, jaki odsetek ankietowanych osób korzystał w okresie pandemii z wyjazdów do małych miast w celach turystycznych lub rekreacyjnych. 197 z 248 badanych osób (79,4%) udzieliło pozytywnej odpowiedzi, natomiast 53 respondentów zadeklarowało, że nie korzystało w przedstawionych w pytaniu celach z oferty małych ośrodków miejskich. Kolejne pytanie dotyczące długości pobytu w małym mieście skierowane było do osób, które udzieliły pozytywnej odpowiedzi na poprzednie pytanie. Rozkład odpowiedzi był analizowany ze względu na wiek oraz wykształcenie respondentów w celu dokładniejszego rozpoznania profilu użytkowników oferty małych miast.

Wykres 4. Rozkład procentowy odpowiedzi ze względu na wykształcenie na pytanie: Z jakiej formy wyjazdów do małych miast w okresie trwania pandemii korzystał/-a Pan/Pani częściej? (n = 213)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania sondażowego.

Wykres 5. Rozkład procentowy odpowiedzi ze względu na wiek na pytanie: Z jakiej formy wyjazdów do małych miast w okresie trwania pandemii korzystał/-a Pan/Pani częściej? (n = 213)



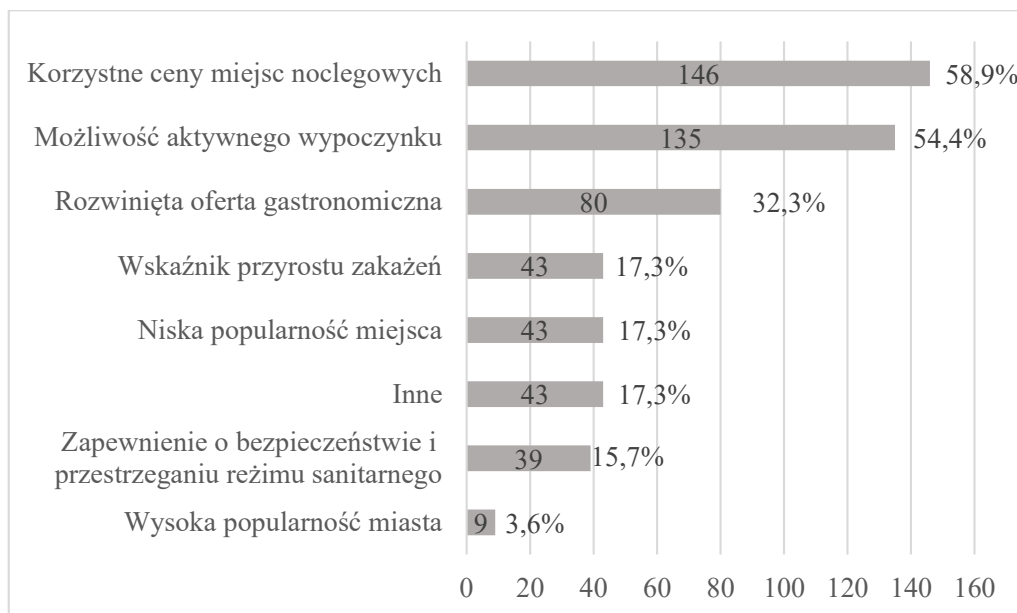
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania sondażowego.

78% studentów korzystających z oferty małych miast w celach turystycznych lub rekreacyjnych decyduje się na wyjazdy jednodniowe, stanowiąc najliczniejszą grupę osób ze względu na poziom wykształcenia decydujących się na tę formę długości pobytu. Natomiast dominującą grupą badanych respondentów, która zadeklarowała pobyt w małym mieście, który trwał dłużej niż jeden dzień, były osoby posiadające wykształcenie zawodowe. W przypadku grupy badanych posiadających wykształcenie średnie częściej wybieraną formą pobytu w małym mieście jest wyjazd jednodniowy, natomiast wśród osób posiadających wykształcenie wyższe pobyt trwający dłużej niż jeden dzień. Różnice w odpowiedziach ze względu na wiek badanych charakteryzowały się nieco niższym rozrzutem w poszczególnych grupach, co prezentuje wykres 5. Można zauważyć, że 61% osób w przedziale wiekowym 18–25 częściej korzystało z jednodniowej formy pobytu w małym mieście, natomiast najwyższy odsetek osób, które preferowały wyjazd dłuższy niż jeden dzień, stanowiła grupa wiekowa 36–45 lat.

W celu weryfikacji zamiaru respondentów dotyczącego skorzystania z oferty małych miast w ciągu następnego półrocza, skierowano do badanych osób pytanie, czy w ciągu najbliższych sześciu miesięcy respondent rozważa skorzystanie z oferty małego miasta w celach turystycznych lub rekreacyjnych. 43,1% badanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej, 20,6% odpowiedzi negatywnej, a 36,3% ankietowanych osób wybrało odpowiedź „nie wiem”. Rozkład odpowiedzi przeanalizowano ze względu na wykształcenie – dominującą grupę w wysokości 67%, która zadeklarowała skorzystanie z oferty małego miasta w kolejnych sześciu miesiącach, stanowili studenci.

Ostatnie pytanie skierowane do respondentów miało na celu identyfikację aspektów mających największe znaczenie dla badanych osób podczas wyboru miejsca destynacji turystycznej w okresie pandemii. Pytanie miało charakter wielokrotnego wyboru i zawierało siedem sugerowanych odpowiedzi, ponadto dawało respondentowi możliwość wpisania własnej, innej odpowiedzi. Poniżej znajduje się graficzne przedstawienie rozkładu odpowiedzi na zadane pytanie.

Wykres 6. Rozkład odpowiedzi na pytanie: Które z aspektów mają dla Pana/Pani największe znaczenie podczas wyboru miejsca destynacji turystycznej w okresie pandemii? (n = 248)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badania sondażowego.

Suma procentowa odpowiedzi nie sumuje się do 100, ponieważ pytanie miało możliwość wielokrotnej odpowiedzi.

Dwoma najczęściej wskazywanymi odpowiedziami, jako aspektami mającymi największe znaczenie podczas wyboru miejsca destynacji turystycznej w okresie pandemii dla ponad połowy respondentów, okazały się korzystne ceny miejsc noclegowych oraz możliwość aktywnego wypoczynku. 32,3% badanych osób wskazało rozwiniętą ofertę gastronomiczną w docelowym miejscu pobytu, 17,3% respondentów zadeklarowało, że istotną kwestię stanowi niska popularność miejsca. Identyczny odsetek badanych osób określił, że wybierając miejsce wypoczynku, zwraca uwagę na wskaźnik przyrostu zakażeń, a 15,7% na zapewnienie w przekazie stosowanym przez daną jednostkę terytorialną o bezpieczeństwie i przestrzeganiu reżimu sanitarnego. Oba aspekty bezpośrednio związane są z obecną sytuacją pandemiczną. Analizując samodzielnie wpisane przez respondentów odpowiedzi ujęte w powyższym wykresie jako „inne”, które ze względu na

wysoką liczbę odpowiedzi o zbliżonej treści należy przedstawić w wynikach, odnotowano, iż siedemnaście badanych osób wskazało, że jednym z ważniejszych aspektów, którym kierują się podczas wyboru miejsca destynacji, jest „brak konieczności wykonania testu”; szesnaście odpowiedzi związanych było z brakiem obowiązujących obostrzeń w miejscu destynacji, takich jak nakaz używania maseczek lub przymusowa kwarantanna. Pozostałe odpowiedzi dotyczyły osobistych preferencji respondentów, takich jak możliwość dojazdu do miejsca własnym samochodem oraz aktualne promocje oferowane przez linie lotnicze i biura podróży.

Wnioski z badań

Na podstawie analizy odpowiedzi uzyskanych w badaniu potwierdzono przypuszczenia badaczy dotyczące spowodowanych za sprawą pandemii zmian w wyborach miejsc destynacji turystycznych (np. M. Roman i in., 2021; J. Wen i in., 2020; T. Wiskulski 2020, H. Zhu i in., 2020). W wynikach przedstawiono także skłonność turystów do unikania przeludnionych obszarów podczas wyjazdów turystycznych oraz chęć wyboru miejsc o niższej gęstości zaludnienia, na co wskazuje porównanie odpowiedzi respondentów w pytaniu dotyczącym miejsca pobytu w sezonie letnim 2019 i 2020. Liczba osób, które wybrały małe miasto jako miejsce destynacji wakacyjnej, wzrosła dwukrotnie. Należy również podkreślić, że mimo iż w okresie letnim w roku 2020 przyrost dziennej liczby zakażeń utrzymywał się w Polsce na poziomie 193–903³⁹, dozwolone były wyjazdy zagraniczne. Z kolei prawdopodobnym czynnikiem zachęcającym część Polaków do skorzystania z oferty krajowej było uruchomienie przez rząd programu socjalnego o nazwie Polski Bon Turystyczny, który miał na celu wsparcie finansowe rodzin posiadających co najmniej jedno dziecko. Na każdego nieletniego w ramach projektu przysługiwało 500 zł do wykorzystania w celach opłaty za usługi hotelarskie oraz atrakcje i imprezy turystyczne⁴⁰. Wyniki odpowiedzi na dwa przedstawione wyżej pytania pozwalają potwierdzić założenie, że wśród turystów zaszły zmiany w wyborach miejsc destynacji turystycznej, wzrosło zainteresowanie ofertą małych ośrodków miejskich, a tym samym rozwój turystyki krajowej w okresie pandemii.

Cenną informacją z punktu widzenia kształtowania ofert małych ośrodków miejskich jest fakt, że w przeprowadzonym badaniu studenci stanowili najliczniejszą grupę korzystającą z usług małych miast w okresie pandemii, wybierając częściej formę

³⁹ Worldometer, raport dzienny dla Polski: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/poland/> [dostęp: 8.05.2021].

⁴⁰ Programy i Projekty Ministerstwa Pracy i Rozwoju, Polski Bon Turystyczny, <https://www.gov.pl/web/rozwoj-praca-technologie/bonturystyczny> [dostęp: 8.05.2021].

pobytu dłuższą niż jeden dzień. Takie dane pozwolą na bardziej precyzyjne formowanie przekazów marketingowych miast oraz wybór najskuteczniejszych kanałów przekazu komunikatów, docierając do zainteresowanej grupy docelowej. Również studenci stanowili największą grupę osób, która rozważa skorzystanie z oferty małego miasta w celach turystycznych lub rekreacyjnych w ciągu najbliższych sześciu miesięcy. Powodem, dla którego wśród studentów oferta małych miast cieszyła się wyższym zainteresowaniem, mogą być relatywnie niższe ceny za oferowane przez przedsiębiorców w mieście usługi i produkty niż w przypadku dużych i popularnych miast. Korzystne ceny miejsc noclegowych stanowiły najczęściej wskazywaną przez respondentów odpowiedź jako aspekt mający najważniejsze znaczenie podczas wyboru destynacji turystycznej, co może wiązać się ze zwiększonym zainteresowaniem ofertą małych miast, zwłaszcza w grupie osób uczących się. Należy również wspomnieć o drugiej najczęściej wskazywanej przez ponad połowę respondentów odpowiedzi, czyli możliwości spędzenia czasu w sposób aktywny w miejscu destynacji. Małe miasta często umożliwiają to w stopniu wyższym niż duże i popularne ośrodki z wysokim obłożeniem, oferując zainteresowanym aktywny wypoczynek poprzez np. rozbudowaną sieć ścieżek i tras pieszych lub rowerowych oraz szlaków turystycznych z dala od tłocznych ulic.

Branża turystyczna doświadczyła głębokiego kryzysu spowodowanego znaczącym spadkiem liczby osób odbywających podróże, w szczególności zagraniczne, ze względu na ograniczenia mające na celu ochronę zdrowia publicznego. W okresie pandemii miasta stanęły przed wyzwaniem dostosowania się zarówno do odgórnych rozporządzeń w zakresie utrzymania reżimu sanitarnego, jak i oczekiwań zewnętrznych i wewnętrznych odbiorców oferty miasta. Jedną z możliwości odbudowy branży, realizującej jednocześnie cele ekonomiczne i ekologiczne, jest zrównoważona turystyka. Na podstawie źródeł wtórnych oraz badania własnego należy oczekiwać, że turystyka krajowa rozwinie się, a beneficjentami zainteresowania lokalnych turystów mogą stać się małe jednostki terytorialne. Odpowiedzialne zachowanie w okresie pandemii zarówno rządów, organizacji zarządzających miejscami destynacji turystycznych, jak i samych turystów jest niezbędne do tego, aby przemysł turystyczny mógł się odbudować. Wzrost wybieralności lokalnych ośrodków wśród turystów krajowych może skłonić zarządzających miejscami docelowymi, których oferty w wysokim stopniu uzależnione są od wymagań turystów międzynarodowych i są kształtowane wedle ich potrzeb, do rozpoczęcia działań na rzecz zwiększania udziału turystów krajowych.

Przyszłe kierunki badań

Ze względu na spodziewane skutki pandemii, które szacowane są co najmniej do roku 2022⁴¹, badania uwzględniające wpływ koronawirusa należy kontynuować. W przyszłych badaniach dotyczących wzrostu zainteresowania ofertą małych miast należałoby doprecyzować i poruszyć kwestie związane z brakiem wykazywanego zainteresowania turystów względem rozpatrywania i poszukiwania tych ofert. Przyczyną udzielenia negatywnej odpowiedzi na to pytanie, może być fakt, iż pewna część osób pozamiejscowych korzysta z oferty odwiedzanego małego miasta, które już zna (np. ze względu na bliską odległość i świadomość proponowanej przez miasto oferty) lub korzysta z jego usług regularnie, więc nie wyraża potrzeby wzmożonego zainteresowania się ofertą takiego miasta w okresie pandemii. Kolejną istotną kwestią jest porównanie odpowiedzi respondentów podróżujących samotnie, z partnerem, rodziną i dziećmi lub przyjaciółmi. Osoby podróżujące z dziećmi mogą w szczególności zwracać uwagę na kwestie dotyczące bezpieczeństwa w trakcie wyjazdu, co w okresie pandemii COVID-19 może objawiać się troską o zachowanie dystansu społecznego, czemu służy wybór małego miasta lub obszarów wiejskich jako miejsca destynacji turystycznej. Takie doprecyzowanie jest istotne ze względu na fakt lepszego i pełniejszego dostosowania oferty miasta do wymagań zidentyfikowanych grup odbiorców zewnętrznych przez władarzy miast. Ponadto cennym wkładem byłoby powtórzenie badania sondażowego po zaszczepieniu większości osób dorosłych w Polsce. Wówczas zebrane wyniki pozwoliłyby określić, czy wzrost zainteresowania ofertą małych miast wciąż się utrzymuje oraz czy kwestia możliwości zachowania dystansu w miejscu destynacji turystycznej nadal wpływa na wybory turystów. Ostatnim aspektem dotyczącym propozycji przyszłych kierunków badań jest identyfikacja odległości między miejscem zamieszkania turystów odwiedzających małe miasto a odwiedzaną jednostką terytorialną. Takie informacje pomogą określić, czy małe miasta w okresie pandemii są w stanie przyciągnąć swoją ofertą i specyficznymi zasobami turystów z odległych części kraju, czy są odwiedzane w większym stopniu przez osoby zamieszkałe w pobliskich lokalizacjach.

Bibliografia

Literatura

Burmecha-Olszowy M., *Slow tourism – cechy i funkcje nowego nurtu w turystyce*, „Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu” 45, 2014.

⁴¹ B. Korinth, *The impact of COVID-19 on foreign travel plans of Polish tourists in 2020*, „Studia Periegetica” 32, 2020, nr 4, s. 59–69.

- Čorak S., Živoder B., Marušić Z., *Opportunities for tourism recovery and development during and after COVID-19: Views of tourism scholars versus tourism practitioners*, „Tourism” 68, 2020, nr 4.
- Csurgó B., Megyes B., *The role of small towns in local place making*, „European Countryside” 8, 2016, nr 4.
- Daszkiewicz M., Waniowski P., *System identyfikacji wizualnej Dolnego Śląska w opinii mieszkańców regionu*, „Komunikacja Rynkowa. Kultura. Perswazja. Technologia. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu” 2011, nr 209.
- Dudek-Mańkowska S., *Identity of Place in the Branding of Small and Medium-Sized Communes*, „Olsztyn Economic Journal” 14, 2019.
- Florek M., *Podstawy marketingu terytorialnego*, Wydawnictwo Akademia Ekonomiczna w Poznaniu, Poznań 2007.
- Kerr G., *From Destination Brand to Location Brand*, „Journal of Brand Management” 13, 2006, nr 4–5.
- Kornak A., Rapacz A., *Zarządzanie turystyką i jej podmiotami w miejscowości i regionie*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2001.
- Luo J., Lam C., *Travel Anxiety, Risk Attitude and Travel Intentions towards “Travel Bubble”. Destinations in Hong Kong: Effect of the Fear of COVID-19*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 17, 2020, nr 21.
- Markowski T., *Zarządzanie rozwojem miast*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
- Martinez N., *City marketing and place branding: A critical review of practice and academic research*, „Journal of Town & City Management” 2, 2012, nr 4.
- Niewiadomski P., *COVID-19: from temporary de-globalisation to a re-discovery of tourism? An International Journal of Tourism Space*, „Place and Environment” 22, 2020.
- Niezgoda A., Markiewicz E., *Slow tourism – idea, uwarunkowania i perspektywy rozwoju*, „Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu” 46, 2014.
- Oh H., Baloglu S., *Motivations and Goals of Slow Tourism*, „Journal of Travel Research” 55, 2014, nr 2.
- Ohe Y., *Exploring a way forward for rural tourism after the corona pandemic*, „Journal of Global Tourism Research” 5, 2020, nr 2.
- Pawlikowska-Piechotka A., *Zagospodarowanie turystyczne i rekreacyjne*, Novae Res – Wydawnictwo Innowacyjne, Gdynia 2009.
- Roman M., Grudzień P., *The Essence of Agritourism and its Profitability during the Coronavirus (COVID-19) Pandemic*, „Agriculture” 11, 2021.
- Sekula A., *Marketing terytorialny*, [w:] M. Daszkowska (red.), *Marketing. Ujęcie systemowe*, Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk 2005.
- Shaw G., Williams M.A., *Tourism and tourism space*, SAGE Publications, London 2004.
- Streimikiene D., Korneeva E., *Economic impacts of innovations in tourism marketing*, „Terra Economicus” 18, 2020, nr 3.
- Stylidis D., *Residents’ destination image: a perspective article*, „Tourism Review” 75, 2019, nr 1.
- Wen J., Kozak M., Yang S., Liu S., *COVID-19: potential effects on Chinese citizens’ lifestyle and travel*, „Tourism Review” 76, 2021, nr 1.
- Wiadomski M., *Turystyka krajowa a pandemia*, „Poszerzamy Horyzonty” 21, 2020, nr 1.
- Wiskulski T., *COVID-19 and tourism – the case of Poland*, „Prace Komisji Geografii Komunikacji PTG” 23, 2020, nr 2.

- Wojcieszak-Zbierska M., Jęczyk A., Zawadka J., Uglis J., *Agritourism in the Era of the Coronavirus (COVID-19): A Rapid Assessment from Poland*, „Agriculture” 10, 2020, nr 9.
- Zadęcka E., *Małe Miasto jako podmiot marketingu terytorialnego*, [w:] A. Szromnik (red.), *Marketing terytorialny. Nowe obszary i narzędzia*, edu-Libri, Kraków-Legionowo 2015.
- Zenker S., Kock F., *The coronavirus pandemic – a critical discussion of a tourism research agenda*, „Tourism Management” 81, 2020.
- Zhu H., Deng F., *How to influence rural tourism intention by risk knowledge during COVID-19 containment in China: Mediating role of risk perception and attitude*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 17, 2020, nr 10.

Konferencje Naukowe

- Fan H., Govers R., Florek M., Webinar, *Rethinking City Brand in times of COVID-19: roadmaps to economic and social recovery*, Barcelona, 21 July, 2020.

Internet

- <https://www.gov.pl/web/rozwoj-praca-technologia/bonturystyczny>.
- <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>.
- <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/poland/>.
- Morrison A., Anderson D., *Destination branding*, 2002, <http://www.macvb.org/intranet/presentation/DestinationBrandingLOzarks6-10-02.ppt>.

Zachowania turystyczne mieszkańców Polski i Izraela w czasie pandemii COVID-19 – podobieństwa i różnice

Consumer behaviours of the inhabitants of Poland and Israel during the COVID-19 pandemic – similarities and differences

Magdalena Wawoczny

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

ORCID: [0000-0002-8504-8358](https://orcid.org/0000-0002-8504-8358)

Streszczenie

Pojawienie się w 2020 r. pandemii COVID-19, jak również wprowadzenie na jej skutek restrykcji dotyczących podróżowania spowodowało zmiany w planowaniu i odbywaniu podróży turystycznych konsumentów na światowych rynkach turystycznych, w tym również mieszkańców Polski i Izraela. Celem artykułu jest wskazanie podobieństw i różnic w wybranych obszarach zachowań turystycznych obywateli Polski i Izraela w 2020 r. Realizacji celu posłużyła kwerenda literatury przedmiotu oraz analiza wyników badań ankietowych przeprowadzonych w 2020 r. wśród mieszkańców Polski i Izraela, będących konsumentami na rynkach turystycznych.

Słowa kluczowe

zachowania turystyczne, pandemia COVID-19, determinanty zachowań turystycznych, Izrael

Abstract

The appearance of the COVID-19 pandemic in 2020, as well as the introduction of travel restrictions as a result of it, caused changes in the planning and implementation of tourist trips of consumers on the global tourism markets, including residents of Poland and Israel. The aim of the article is to indicate the similarities and differences in selected areas of tourist behaviours of Polish and Israeli citizens in 2020. The goal was achieved through a literature query and an analysis of the results of surveys conducted in 2020 among Polish and Israeli citizens who are consumers on the tourist markets.

Keywords

tourism behaviours, COVID-19 pandemic, determinants of tourist behaviours, Israel

JEL: I120, J11

Wprowadzenie

Istotą turystyki jest przemieszczanie się. W ciągu dekad, za sprawą osiągnięć postępu technologicznego i procesów globalizacyjnych, można było zauważyć stały wzrost międzykontynentalnych migracji ludności w celach turystycznych. Dynamiczny rozwój ruchu turystycznego jest konsekwencją odczuwania u konsumentów potrzeb związanych z turystyką oraz ich zachowań przejawianych na każdym etapie procesu decyzyjnego. Na decyzje, które podejmują uczestnicy rynku turystycznego, wpływa wiele czynników, a wśród nich pandemia COVID-19, która wybuchła w 2020 r. i zmusiła konsumentów do zmian swoich zwyczajowych zachowań w obszarze zaspokajania potrzeb turystycznych. Celem artykułu jest wskazanie podobieństw i różnic w wybranych obszarach zachowań turystycznych obywateli Polski i Izraela w 2020 r. Osiągnięciu celu artykułu posłużyła kwerenda literatury przedmiotu oraz wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w 2020 r. wśród mieszkańców tych krajów. Uwzględnienie w badaniach konsumentów izraelskiego rynku turystycznego wynikało z zainteresowań autorki w tym obszarze.

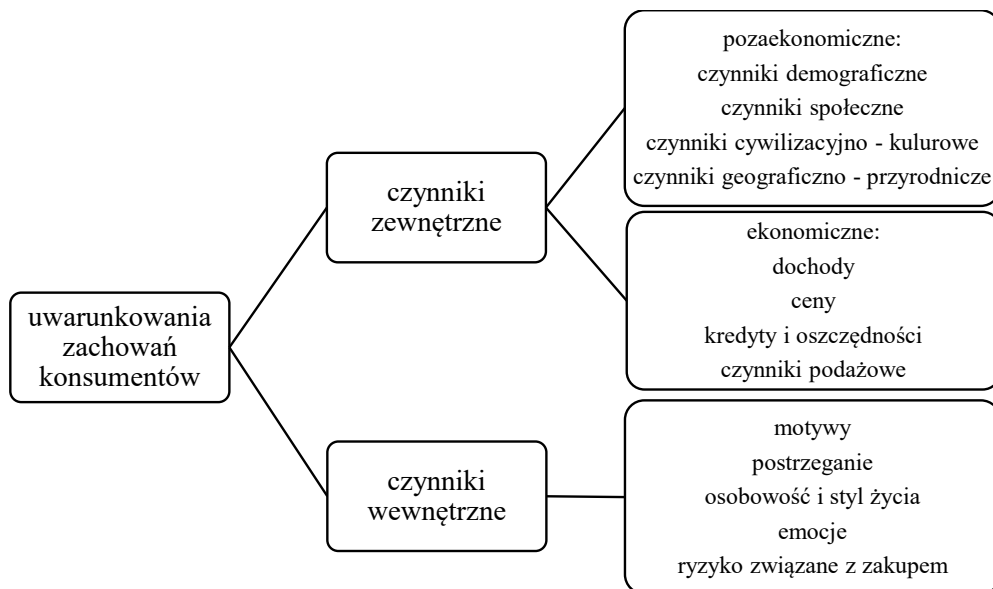
Zachowania turystyczne i ich determinanty – zarys problemu

Konsument jako jednostka społeczna cechuje się indywidualizmem, dlatego zachowania turystyczne są odmienne, w zależności od potrzeb i cech osobistych nabywcy. Pojęcie zachowań turystycznych rozumie się jako „ogół działań podejmowanych przez konsumentów o określonych predyspozycjach psychofizycznych, związanych z dokonywaniem wyborów w procesie zaspokajania potrzeb turystycznych w określonych warunkach ekonomicznych, społecznych, demograficznych, geograficznych itd”¹. Działania te są efektem reakcji konsumenta na uwarunkowania, które podlegają nagłym i nieprzewidywalnym zmianom.

Najczęściej stosowanym podziałem czynników, które warunkują zachowania turystyczne konsumentów, jest podział na uwarunkowania wewnętrzne i zewnętrzne, przedstawiony na rysunku 1. Do wybranych czynników wewnętrznych należy zaliczyć motyw podróży, postrzeganie, osobowość i styl życia, emocje, a także ryzyko związane z zakupem produktu turystycznego.

¹ A. Niemczyk, *Zmiany zachowań turystycznych Polaków w zakresie wyjazdów krajowych i zagranicznych: wybrane aspekty*, „Marketing i Zarządzanie” 2016, nr 3, s. 136.

Rysunek 1. Czynniki determinujące zachowania konsumentów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: E. Kieźel (red.), *Racjonalność konsumpcji i zachowań konsumentów*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2004, s. 18.

Motywy pobudzają i nadają odpowiedni kierunek zachowaniom, które ukazują się w wyniku niezaspokojenia potrzeby. Na rynku turystycznym przejawiają się motywy związane m.in. z regeneracją sił fizycznych i psychicznych, rozrywką, a także te o charakterze personalnym. Postrzeganie z kolei rozumie się jako przebieg działań związanych z wyborem, porządkowaniem oraz interpretacją odbieranych przez konsumenta bodźców w sposób spójny i priorytetowy². Na postrzeganie wpływa system wartości, poglądy oraz wiedza jednostki. Należy zwrócić uwagę na osobowość, która istotnie wpływa na styl życia konsumenta, a także na emocje odczuwane przez niego w trakcie podróży. Ostatnią z wymienionych wyżej determinant wewnętrznych jest ryzyko związane z zakupem produktów turystycznych, które występuje wtedy, gdy konsument nie jest zdecydowany co do zakupu danego produktu i zauważa niebezpieczeństwo podjęcia nieodpowiedniej decyzji³.

Uwarunkowania zewnętrzne z kolei dzieli się na ekonomiczne oraz pozaekonomiczne. Wśród uwarunkowań ekonomicznych wymienia się dochody, ceny, kredyty i oszczędności.

Istotną rolę wśród czynników ekonomicznych odgrywa dochód, który należy uznać za jeden z najważniejszych elementów determinujących zachowania turystów. Brak dochodu lub jego niewystarczający poziom powoduje niemożność zaspokojenia potrzeby

² S.A. Cohen, G. Prayag, M. Moital, *Consumer behaviour in tourism: concepts, influences and opportunities*, „Current Issues in Tourism” 2014, nr 10, s. 885.

³ G. Rosa, *Czynniki kształtujące zachowania nabywców usług turystycznych na przykładzie badań rynku europejskiego*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2012, nr 84, s. 125.

turystycznej. Ważną funkcję pełni również cena. Warto przytoczyć zależność między ceną a popytem na produkty turystyczne, którą określa wskaźnik elastyczności cenowej popytu. Przeważnie wraz ze wzrostem ceny popyt maleje, natomiast w sytuacji gdy cena spada, poziom popytu wzrasta. W zakres czynników ekonomicznych wchodzi także kredyty i oszczędności, których posiadanie z jednej strony przyspiesza zakup dóbr i usług turystycznych, a z drugiej ogranicza konsumpcję w przyszłości, ze względu na obowiązek spłaty pożyczonych środków⁴.

Wśród uwarunkowań pozaekonomicznych wymienia się czynniki demograficzne, społeczne, cywilizacyjno-kulturowe, geograficzno-przyrodnicze.

Pod pojęciem czynników demograficznych rozumie się takie elementy jak wiek, płeć oraz liczba ludności. Wiek i płeć determinują wybór kierunku podróży, rodzaju turystyki, jak również dobór urządzeń i dóbr turystycznych. Liczba ludności umożliwia dokonywanie analiz dotyczących wielkości wyjazdów turystycznych. Przyjmuje się, że wraz ze wzrostem liczby ludności wzrasta również liczba podróży turystycznych.

Do czynników społecznych zalicza się m.in. cykl życia rodziny, klasę społeczną oraz wykształcenie. Wielkość i częstotliwość konsumpcji turystycznej zależą od okresu, w jakim znajduje się rodzina. W cyklu rodzinnym wyróżnia się okres przygotowawczy, stabilizacji oraz wznowień. W każdym z nich poziom konsumpcji różni się w zależności od statusu związku, liczby potomstwa i ilości czasu wolnego. Oprócz tego konsumpcję turystyczną warunkuje również przynależność do określonej klasy społecznej, która narzuca pewne wzory zachowań. Należy także wspomnieć o poziomie wykształcenia, który może przyczyniać się do wzrostu skłonności do podejmowania aktywności turystycznej, a także zaostrzać wymagania wobec produktów turystycznych i ich jakości⁵.

Czynniki cywilizacyjno-kulturowe są istotne z punktu widzenia zachowań konsumentów na rynku turystycznym, ponieważ wynikają z relacji społecznych powstających wskutek socjalizacji. Wśród czynników tych wyróżnia się poziom wiedzy oraz przekonania, które określają postawy i działania nabywców, a także wyznawane przez nich wartości.

Wśród wybranych czynników geograficzno-przyrodniczych natomiast wymienia się miejsce zamieszkania nabywcy oraz walory turystyczne na terenie miejsca odwiedzanego. Często zauważa się tendencje wyboru miejsc odznaczających się innym klimatem, temperaturą i ukształtowaniem terenu niż w miejscu zamieszkania.

⁴ J. Berbeka (red.), *Zmiany zachowań turystycznych Polaków i ich uwarunkowań w latach 2006-2015*, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2016, s. 65.

⁵ A. Niemczyk, *Zachowania konsumentów na rynku turystycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Kraków 2010, s. 41–43.

Pandemia COVID-19 jako bariera w postępowaniu konsumentów na rynku turystycznym

W ostatnich dziesięcioleciach wielkość międzynarodowego ruchu turystycznego wzrosła co roku średnio o 4% w skali światowej. Zwiększenie się funduszu swobodnej decyzji społeczeństw, który zaczęto rozdysponowywać na konsumpcję turystyczną, umożliwił stabilny w czasie rozwój turystyki. Ekspansywność jej rozwoju spowodowała, że w przypadku wielu państw turystyka stała się głównym czynnikiem rozwoju ekonomicznego⁶.

Międzykontynentalne migracje ludności oraz procesy globalizacyjne sprawiły, że sektor turystyczny zmagają się z coraz większą liczbą czynników ograniczających jego rozwój. Czynniki te, zwane również barierami, odnoszą się do poczucia ryzyka i zagrożenia. Ryzyko jest „nieodłączną funkcją wpływu i prawdopodobieństwa z każdym typem ryzyka stanowiącego wyjątkowe wyzwanie zarówno dla sektorów, jak i rządów pod względem przygotowania, zarządzania i odzyskiwania. Ryzyko w kontekście sektora turystyki nie jest inne, ponieważ w rzeczywistości pierwsza decyzja, jaką podejmują podróżni, to wybór miejsca docelowego; postrzegany w niej poziom bezpieczeństwa i ochrony jest kluczowym elementem procesu decyzyjnego”⁷.

W literaturze czynniki ograniczające rozwój turystyki grupuje się na środowiskowe (katastrofy naturalne), polityczne (działania zbrojne, terroryzm), społeczno-kulturowe, ekonomiczne (kryzysy ekonomiczne) oraz zdrowotne⁸.

Pod pojęciem bariery zdrowotnej rozumie się występowanie chorób tropikalnych, obrażeń ciała w postaci ukąszeń, jak również epidemii. Zwiększenie się liczby migracji, a także niedofinansowanie systemów ochrony zdrowia powoduje nieunikniony wzrost liczby chorób zakaźnych i powstałych w ich skutek epidemii. Epidemie SARS, Ebola czy Zika zobrazowały, jak duży wpływ na przemysł turystyczny ma bezpieczeństwo życia i zdrowia ludności. Przykładowo w przypadku epidemii wirusa Eboli, pomimo iż jej zasięg obejmował jedynie zachodnią część Afryki, cały kontynent postrzegany był jako obszar objęty ryzykiem, co znacząco wpłynęło na tamtejszy sektor turystyczny⁹.

Pandemia COVID-19 rozpoczęła się w grudniu 2019 r. w chińskiej prowincji Wuhan, gdzie wykryto pierwsze zakażenie nowym przypadkiem wirusa. Ponad półtora roku później, w momencie pisania tekstu, liczba zarażonych na całym świecie wynosiła ponad 150 mln, a liczba zgonów 2,7 mln. Skutki pandemii nie odnoszą się wyłącznie do wysokiego odsetka zakażeń i zgonów oraz zmian społecznych, lecz również do nakładania restrykcji w każdej

⁶ *Branża turystyczna w Polsce. Obraz sprzed pandemii*, Polski Instytut Ekonomiczny, Warszawa 2020, s. 8.

⁷ *Global Rescue and World Travel & Tourism Council: Crisis Readiness*, WTTC, Londyn 2019, s. 3.

⁸ S. Dolnicar, *Understanding barriers to leisure travel – tourist fears as marketing basis*, „Journal of Vacation Marketing” 2005, nr 11, s. 197–208.

⁹ *Impact of the Ebola epidemic on Travel & Tourism*, WTTC, Londyn 2018, s. 2.

sferze życia, co prowadzi do zmian gospodarczych. Powiązanie turystyki z pandemią COVID-19 jest nierozzerwalne, a ich spoiwem są konsekwencje ponoszone przez międzynarodowy ruch turystyczny. Według danych statystycznych co dziesiąta osoba na świecie zatrudniona jest w sektorze turystycznym. Szacuje się, że pandemia spowodowała utratę 255 mln pełnoetatowych miejsc pracy, czyli czterokrotnie razy więcej niż podczas kryzysu finansowego w 2009 r.¹⁰ Oprócz tego na osi czasu trwania pandemii od momentu jej wybuchu dostrzega się istotne zdarzenia z punktu widzenia sektora turystycznego. Na początku zamknięto granice Chin – państwa, którego mieszkańcy od lat najczęściej przeznaczają na konsumpcję turystyczną w skali światowej. Lockdown w Chinach spowodował spadek wydatków na podróże turystyczne na poziomie 90% wśród mieszkańców Chin od początku trwania pandemii, co odczuły inne kraje, które wcześniej masowo odwiedzali Chińczycy¹¹. Zaczęto odwoływać krajowe i międzynarodowe loty. Pandemia spowodowała obniżenie się poziomu pasażerskiego ruchu lotniczego na świecie o ponad 5,5 mld¹².

Niestabilna sytuacja związana z rozprzestrzenianiem się wirusa oraz niejednoznaczne komunikaty ze strony władz, dotyczące standardów bezpieczeństwa, istotnie wpływają na światowy rynek turystyczny, jak również na przejawiające się w jego obrębie wzorce zachowań turystycznych konsumentów, które od początku pandemii uwarunkowane są reżimem pandemicznym.

Metodyka

Celem badania było wskazanie podobieństw i różnic w wybranych zachowaniach turystycznych pomiędzy dwoma badanymi grupami respondentów. Przyjęto założenie, które poddano weryfikacji.

Hipoteza 1. Polscy i izraelscy respondenci są podobni do siebie pod kątem wyboru miejsca podróży turystycznych przed i w czasie trwania pandemii COVID-19.

Badanie sondażowe przeprowadzono w 2020 r. wśród 124 mieszkańców Polski oraz 88 mieszkańców Izraela w wieku od 18 do 70 lat, będących konsumentami rynków turystycznych. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Badania przeprowadzono techniką CAWI w języku polskim i hebrajskim, w okresie od lutego do grudnia. Zwrócono uwagę na wybrane aspekty związane z zachowaniami turystycznymi, zarówno sprzed pandemii, jak i w trakcie jej trwania.

¹⁰ *How COVID-19 is changing the world: a statistical perspective. Volume III*, Committee for the Coordination of Statistical Activities 2021, s. 3.

¹¹ Kantar, *Assessing the impact: A cross industry view on the impact of COVID in China*, 2020, s. 9.

¹² M. Wawoczny, *Wpływ pandemii COVID-19 na zmiany w wielkości ruchu pasażerskiego transportu lotniczego w Polsce i na świecie*, [w:] K. Borodako (red.), *Turystyka w okresie pandemii*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań-Kraków 2021, s. 203.

W grupie badanych reprezentantów mieszkańców Polski dominowały:

- kobiety (72,7%),
- osoby w wieku od 21 do 30 lat,
- osoby zamieszkujące miasta do 100 tys. mieszkańców (57,3%),
- osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę (56,5%),
- osoby deklarujące sytuację finansową na wystarczającym poziomie.

Z kolei w grupie badanych respondentów mieszkańców Izraela przeważały:

- kobiety (58%);
- osoby w wieku od 41 do 50 lat,
- osoby zamieszkujące miasta do 100 tys. mieszkańców (30,3%),
- osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę (41,6%),
- osoby oceniające swoją sytuację finansową jako wystarczającą.

Analizy podobieństwa cech dokonano przy zastosowaniu wskaźnika podobieństwa struktur, który wyraża się wzorem:

$$W_p = \sum_{i=1}^k \min(W1_i, W2_i),$$

gdzie $W1_i$ oznacza wskaźnik struktury dla pierwszej zbiorowości, a $W2_i$ wskaźnik struktury dla drugiej zbiorowości. Warunkiem wykorzystania tego wskaźnika jest pogrupowanie obu badanych zbiorowości pod kątem badanej cechy mierzalnej lub niemierzalnej. Otrzymane wartości wyraża się procentowo. Im wyższa jest otrzymana wartość, tym większe jest podobieństwo struktur.

Wyniki badań

Przeprowadzone badania pozwoliły rozpoznać podobieństwa i różnice w wybranych obszarach zachowań turystycznych badanych mieszkańców Polski i Izraela przed i w czasie pandemii COVID-19¹³.

Jako pierwszą analizie poddano kwestię, która dotyczyła wyboru miejsca podróży (tabela 1). Jeśli chodzi o okres sprzed pandemii, wskaźnik podobieństwa struktur wynosił 67%. Świadczy to o umiarkowanym podobieństwie pomiędzy badanymi strukturami. Biorąc pod uwagę dane dotyczące 2020 r., wskaźnik ten wynosił 95%. Oznacza to, że respondenci obu grup są do siebie bardzo podobni, ponieważ najczęściej z nich za wybór miejsca podróży wskazywało destynacje krajowe. Wynik ten potwierdza tym samym

¹³ Zapis „zazwyczaj”, przedstawiony na rysunkach, odnosi się do okresu sprzed pandemii, czyli przed rokiem 2020.

postawioną hipotezę, że ankietowani z Polski i Izraela są do siebie podobni pod kątem wyboru miejsca podróży w 2020 r.

Tabela 1. Wskaźnik podobieństwa struktur uwzględniający wybór miejsca spędzania urlopu przed i w czasie trwania pandemii wśród badanych Polaków i Izraelczyków

Zazwyczaj					
	Polacy	Izraelczycy	$W1_i$	$W2_i$	$\Sigma(W1_i;W2_i)$
W kraju	42	1	0,33870968	0,01136364	0,01136364
Za granicą	23	27	0,18548387	0,30681818	0,18548387
W kraju i za granicą	59	60	0,47580645	0,68181818	0,47580645
Suma	124	88	1	1	0,67265396
					67%
W 2020 r.					
	Polacy	Izraelczycy	$W1_i$	$W2_i$	$\Sigma(W1_i;W2_i)$
W kraju	80	55	0,64516129	0,625	0,625
Za granicą	20	19	0,16129032	0,21590909	0,16129032
W kraju i za granicą	24	14	0,19354839	0,15909091	0,15909091
Suma	124	88	1	1	0,94538123
					95%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Dokonano także analizy podobieństwa struktur w kwestii sposobu organizacji wyjazdu (tabela 2). Przed pandemią W_p uplasował się na poziomie 89%, co oznacza, że ankietowani mieszkańcy Polski i Izraela byli do siebie podobni, jeśli chodzi o sposób organizacji wyjazdu turystycznego. Podobnie prezentuje się W_p dla danych dotyczących 2020 r., wynosił on bowiem 88%. Można zatem wnioskować, że badani Polacy i Izraelczycy przed pandemią, jak i w czasie jej trwania organizowali swoje podróże w podobny sposób.

Tabela 2. Wskaźnik podobieństwa struktur uwzględniający sposób organizacji urlopu przed i w czasie trwania pandemii wśród badanych Polaków i Izraelczyków

Zazwyczaj					
	Polacy	Izraelczycy	$W1_i$	$W2_i$	$\Sigma(W1_i;W2_i)$
Samodzielnie	71	42	0,57258065	0,47727273	0,47727273
Korzystam z usług biura podróży	12	7	0,09677419	0,07954545	0,07954545
Samodzielnie i z biurem podróży	41	39	0,33064516	0,44318182	0,33064516
Suma	124	88	1	1	0,88746334
					89%

W 2020 r.					
	Polacy	Izraelczycy	$W1_i$	$W2_i$	$\Sigma(W1_i;W2_i)$
Samodzielnie	100	62	0,80645161	0,70454545	0,70454545
Korzystam z usług biura podróży	15	21	0,12096774	0,23863636	0,12096774
Samodzielnie i z biurem podróży	9	5	0,07258665	0,05681818	0,05681818
Suma	124	88	1	1	0,88233138
					88%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Analiza podobieństwa struktur w odniesieniu do częstotliwości podejmowania wyjazdów turystycznych (tabela 3) wykazała, że w W_p dla obu grup wynosiła przed pandemią 77%, natomiast w 2020 r. 75%. Świadczy to o tym, że w obu przypadkach ankietowani byli do siebie podobni, jeśli chodzi o częstotliwość wyjazdów. Należy podkreślić jednak, że pandemia spowodowała zmiany w zakresie częstotliwości podróżowania. Przed rokiem 2020 najczęściej badanych Polaków i Izraelczyków wyjeżdżało dwa lub trzy razy w roku, natomiast w 2020 tylko jeden raz.

Tabela 3. Wskaźnik podobieństwa struktur uwzględniający częstotliwość podejmowania wyjazdów turystycznych przed i w czasie trwania pandemii pośród badanych Polaków i Izraelczyków

Zazwyczaj					
	Polacy	Izraelczycy	$W1_i$	$W2_i$	$\Sigma(W1_i;W2_i)$
Samodzielnie	71	42	0,57258065	0,47727273	0,47727273
Korzystam z usług biura podróży	12	7	0,09677419	0,07954545	0,07954545
Samodzielnie i z biurem podróży	41	39	0,33064516	0,44318182	0,33064516
Suma	124	88	1	1	0,88746334
					89%
W 2020 r.					
	Polacy	Izraelczycy	$W1_i$	$W2_i$	$\Sigma(W1_i;W2_i)$
Samodzielnie	100	62	0,80645161	0,70454545	0,70454545
Korzystam z usług biura podróży	15	21	0,12096774	0,23863636	0,12096774
Samodzielnie i z biurem podróży	9	5	0,07258665	0,05681818	0,05681818
Suma	124	88	1	1	0,88233138
					88%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Jako ostatni poddano analizie aspekt dotyczący długości wyjazdów turystycznych (tabela 4). W_p dla okresu sprzed pandemii wynosił 94%, co świadczy o wysokim podobieństwie badanych Polaków i Izraelczyków pod kątem długości pobytów turystycznych. Najwięcej badanych wyjeżdżało na okres od czterech do siedmiu dni lub dłużej. W roku 2020 W_p wynosił 44%. Wielkość ta oznacza, że w czasie trwania pandemii obie grupy różniły się od siebie, ponieważ większość badanych Polaków w dalszym ciągu decydowało się na wyjazdy długoterminowe, w przeciwieństwie do Izraelczyków, którzy wybierali pobyty krótkoterminowe (od dwóch do trzech dni) lub jednodniowe.

Tabela 4. Wskaźnik podobieństwa struktur uwzględniający długość wyjazdów turystycznych przed i w czasie trwania pandemii pośród badanych Polaków i Izraelczyków

Zazwyczaj					
	Polacy	Izraelczycy	W1 _i	W2 _i	Σ(W1 _i ;W2 _i)
1 dzień	5	2	0,04032258	0,02272727	0,04032258
2-3 dni	9	13	0,07258065	0,14772727	0,07258065
4-7 dni	55	35	0,44354839	0,39772727	0,39772727
Powyżej 7 dni	55	38	0,44354839	0,43181818	0,43181818
Suma	124	88	1	1	0,94244868
					94%
W 2020 r.					
	Polacy	Izraelczycy	W1 _i	W2 _i	Σ(W1 _i ;W2 _i)
1 dzień	13	27	0,10483871	0,30681818	0,10483871
2-3 dni	16	42	0,12903226	0,47727273	0,12903226
4-7 dni	53	13	0,42741935	0,14772727	0,14772727
Powyżej 7 dni	42	6	0,33870968	0,06818182	0,06818182
Suma	124	88	1	1	0,44978006
					44%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Sumując, przed 2020 r. badani mieszkańcy obu państw byli do siebie podobni najbardziej w kwestii długości podróży turystycznych (W_p 94%). Pandemia sprawiła, że ankietowani zaczęli różnić się od siebie pod tym względem, ponieważ wskaźnik podobieństwa struktur wyniósł 44%. Ponadto przed i w trakcie trwania pandemii obie badane grupy były do siebie podobne, jeśli chodzi o sposób organizacji wyjazdu, a także częstotliwość podejmowania wyjazdów turystycznych.

Podsumowanie

Na podstawie przeprowadzonych badań rozpoznano podobieństwa i różnice w wybranych obszarach zachowań turystycznych pomiędzy badanymi grupami mieszkańców Polski i Izraela w 2020 r, realizując tym samym cel pracy.

Podobieństwa między ankietowanymi mieszkańcami Polski i Izraela dotyczyły wyboru miejsca spędzania urlopu, sposobu organizacji wyjazdu, częstotliwości podróżowania oraz długości wyjazdów. Zauważono, że przed pandemią większość badanych Polaków i Izraelczyków spędzała urlop w kraju i za granicą. W czasie pandemii COVID-19 największy odsetek z obu badanych grup preferował spędzenie urlopu wyłącznie w kraju zamieszkania. Należy także podkreślić, że badane zbiorowości różnią się między sobą w odniesieniu do długości wyjazdów turystycznych w czasie pandemii. Większość badanych Polaków przed pandemią oraz w trakcie jej trwania preferowało wyjazdy trwające od czterech do siedmiu dni lub więcej. Izraelczycy z kolei przed pandemią również wskazywali wyjazdy trwające od czterech do siedmiu dni lub dłużej, natomiast w czasie pandemii preferowana długość wyjazdu wynosiła od jednego do trzech dni.

Zaprezentowane powyżej wyniki badań, ze względu na wielkość badanej próby, nie mogą być traktowane jako reprezentatywne, jednakże mogą posłużyć jako przyczynek do dalszych badań w tym zakresie. Należy mieć na uwadze, że pandemiczne obstrzeżenia dotyczące turystyki, jak i zagrożenie zdrowotne będą ulegać zmianom. Prowadzi to do wniosku, że zachowania konsumentów również będą ewoluowały.

Bibliografia

- Berbeka J. (red.), *Zmiany zachowań turystycznych Polaków i ich uwarunkowań w latach 2006–2015*, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2016.
- Cohen S.A., Prayag G., Moital M., *Consumer behaviour in tourism: concepts, influences and opportunities*, „Current Issues in Tourism” 2014, nr 10.
- Committee for the Coordination of Statistical Activities, *How COVID-19 is changing the world: a statistical perspective. Volume III*, 2021.
- Dolnicar S., *Understanding barriers to leisure travel- tourist fears as marketing basis*, „Journal of Vacation Marketing” 2005, nr 11.
- Kieźel E. (red.), *Racjonalność konsumpcji i zachowań konsumentów*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2004.
- Niemczyk A., *Zachowania konsumentów na rynku turystycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Kraków 2010.
- Niemczyk A., *Zmiany zachowań turystycznych Polaków w zakresie wyjazdów krajowych i zagranicznych: wybrane aspekty*, „Marketing i Zarządzanie” 2016, nr 3.

- Rosa G., *Czynniki kształtujące zachowania nabywców usług turystycznych na przykładzie badań rynku europejskiego*, „Ekonomiczne problemy usług” 2012, nr 84.
- Kantar, *Assessing the impact: A cross industry view on the impact of COVID in China*, 2020.
- Polski Instytut Ekonomiczny, *Branża turystyczna w Polsce. Obraz sprzed pandemii*, Warszawa 2020.
- Wawoczny M., *Wpływ pandemii COVID-19 na zmiany w wielkości ruchu pasażerskiego transportu lotniczego w Polsce i na świecie*, [w:] K. Borodako (red.), *Turystyka w okresie pandemii*, Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań-Kraków 2021.
- WTTC, *Global Rescue and World Travel & Tourism Council: Crisis Readiness*, Londyn 2019.
- WTTC, *Impact of the Ebola epidemic on Travel & Tourism*, Londyn 2018.

Rozdział 3

Opieka zdrowotna w czasie pandemii

Kierunki rozwoju branży medycznej w kontekście pandemii COVID-19

Directions of development of the medical industry in the context of the COVID-19 pandemic

Iwona Czerska

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

ORCID: [0000-0002-9680-6695](https://orcid.org/0000-0002-9680-6695)

Streszczenie

Celem opracowania jest omówienie wybranych kierunków rozwoju branży medycznej w kontekście pandemii COVID-19. Rodzajem wykorzystanej metodologii badawczej jest analiza literatury przedmiotu (polskiej i zagranicznej) oraz źródeł elektronicznych prezentujących najważniejsze kierunki oraz trendy w zakresie zdrowia publicznego. W warunkach trudnej sytuacji pandemicznej determinującej funkcjonowanie służby zdrowia ratunkiem okazały się cyfrowe rozwiązania i innowacje medyczne, z jednej strony odciążające kadry medyczne, z drugiej zaś wspierające walkę z koronawirusem. Transformacja systemu ochrony zdrowia wyraża się głównie przez digitalizację procesów opieki medycznej nad pacjentem, ale także przez informatyzację usprawniającą komunikację na linii personel medyczny–pacjent–rodzina. Nie ulega wątpliwości, iż pandemia znacznie przyspieszyła proces cyfryzacji usług medycznych, co przełożyło się pozytywnie na dynamiczny rozwój innowacyjnych rozwiązań w zakresie zdrowia mobilnego. W artykule omówiono sytuację epidemiologiczną na świecie związaną z rozprzestrzenianiem się koronawirusa. Dyskutowano kwestie świadomego zarządzania zdrowiem oraz zrównoważonego rozwoju branży medycznej. Zwrócono uwagę na udział sztucznej inteligencji w walce z pandemią COVID-19. Zaprezentowano medycynę narracyjną stanowiącą odpowiedź na technicyzację medycyny.

Słowa kluczowe

branża medyczna, pandemia COVID-19, świadome zarządzanie zdrowiem, m-zdrowie, medycyna narracyjna

Abstract

The study aims to discuss selected trends in the development of the medical industry in the context of the COVID-19 pandemic. The research methodology used in the analysis of literature (Polish and foreign) and electronic sources presenting the most important directions and trends in public health. In a problematic pandemic situation determining the functioning of the health service, digital solutions, and medical innovations, on the one hand, relieving medical staff, and on the other — supporting the fight against coronavirus, turned out to be the rescue. The transformation of the health care system is mainly expressed by digitizing medical care processes over the patient and by computerization that improves communication between medical personnel—patient—family. There is no doubt that the

pandemic significantly accelerated the digitization of medical services, which positively impacted the dynamic development of innovative solutions in mobile health. The article discusses the epidemiological situation in the world associated with the spread of the coronavirus. The issues of conscious health management and sustainable development of the medical industry were discussed. Attention was paid to the role of artificial intelligence in the fight against the COVID-19 pandemic. Narrative medicine as a response to the technicization of treatment was presented.

Keywords

the medical industry, COVID-19 pandemic, conscious health management, mHealth, narrative medicine

JEL: I18, I19, O32, Z00

Wstęp

Branża medyczna była i jest obecnie, w kontekście pandemii koronawirusa, determinowana liczbą chorób zakaźnych będących największymi zabójcami przełomu XX i XXI w. Czas pandemii COVID-19 mocno odznaczył się w funkcjonowaniu podmiotów medycznych, które to podczas pierwszej fali pandemii (od marca 2020 r.) w większości zawiesiły swoją działalność, ograniczając się do udzielania teleporad i wystawiania e-recept¹. Pomocne okazały się rozwiązania informatyczne w zakresie komunikacji zarówno z pacjentami, jak również między różnymi podmiotami leczniczymi, aptekami i instytucjami zdrowia publicznego. Jednak pomimo dostępnych narzędzi e-zdrowia branża medyczna boryka się z bardzo poważnymi problemami, stanowiącymi główne wyzwania tak dla publicznej, jak i prywatnej opieki medycznej. Chodzi tutaj o starzejące się kadry, niedobór personelu, uzależnienie od dostawców półproduktów azjatyckich do produkcji leków i wyrobów medycznych². Jednak największe wyzwania, z którymi obecnie mierzy się ochrona zdrowia, wynikają z wielu współwystępujących chorób przewlekłych wśród pacjentów, co prowadzi do rosnącej złożoności procesu leczenia, generując olbrzymie koszty³. Szczególnie widoczne było to w dobie pandemii na przełomie lat 2020–2021 w kontekście umieralności pacjentów z chorobami współistniejącymi zakażonych koronawirusem.

W warunkach pandemii COVID-19 oraz wciąż aktualnych wyzwań demograficznych, takich jak starzenie się społeczeństwa i kadry medycznej oraz wielochorobowości

¹ *Jak uodpornić branżę medyczną na koronawirusa?*, Grupa TENSE 2020, <https://www.grupa-tense.pl/blog/koronawirus-a-branza-medyczna-wskazowki-i-porady-na-kryzys/> [dostęp: 2.02.2021].

² *Ceny leków rosną, podobnie jak zainteresowanie inwestorów*, Business Insider Polska 2020, <https://businessinsider.com.pl/finanse/ceny-lekow-polsce-i-stan-sluzby-zdrowia-w-czasie-koronawirusa/rb3t914> [dostęp: 2.02.2021].

³ *Strategiczna rola technologii w branży medycznej 2019. Raport*, Cybercom Poland 2019, <https://makersoftomorrow.com/wp-content/uploads/2019/11/raport.pdf> [dostęp: 3.02.2021].

u pacjentów, należy zwrócić uwagę na najnowsze trendy rynkowe. Wśród tych związanych ze zdrowiem można wymienić⁴:

- świadome zarządzanie zdrowiem,
- zrównoważony rozwój branży medycznej,
- ekspansję usług telemedycznych,
- *self-monitoring* stanu zdrowia,
- wprowadzanie rozwiązań opartych na sztucznej inteligencji,
- rozwój *well-being*–owych usług,
- konsumeryzację zdrowia,
- hiperpersonalizację opieki zdrowotnej.

Celem opracowania jest omówienie kierunków rozwoju branży medycznej w kontekście pandemii COVID-19. Dokonano przeglądu naukowej i branżowej literatury medycznej oraz źródeł elektronicznych prezentujących najważniejsze kierunki oraz trendy w zakresie zdrowia publicznego. Przedstawiono nową globalną rzeczywistość w dobie rozpowszechniania się wirusa SARS-CoV-2. Omówiono zagadnienia świadomego zarządzania zdrowiem oraz zrównoważonego rozwoju branży medycznej. Podniesiono kwestię sztucznej inteligencji w walce z pandemią COVID-19. Zaprezentowano medycynę narracyjną stanowiącą odpowiedź na technicyzację medycyny.

1. Świat wobec pandemii COVID-19

Pandemia COVID-19 to ogólnoswiatowa epidemia, w której ogniwem zapalnym był koronawirus szybko rozprzestrzeniający się na całym świecie. Z powodu pewnych podobieństw do innych wirusów SARS-CoV-2 wywołujący m.in. objawy grypopodobne nie był na wczesnych etapach pojawienia się identyfikowany jako wirus wywołujący nową chorobę⁵. Pandemia koronawirusa wciąż jest obecnie największym zagrożeniem

⁴ D. Żochowska, *Najważniejsze trendy w e-zdrowiu 2021*, Medonet 2021, https://www.medonet.pl/magazyn-digital-health/digital-innovation,najwazniejsze-trendy-w-e-zdrowiu2021,artykul,64860646.html?utm_source=www.medonet.pl_viasg_medonet&utm_medium=referral&utm_campaign=leo_automatyc&src=ucs&utm_v=2 [dostęp: 4.02.2021]; M. Grabarz, *Konsumeryzacja Opieki Zdrowotnej. Czy INTELI-GENTNE jest rzeczywiście WSZĘDZIE UPOWAŻNIONE?*, Cybercom Poland 2019, <https://makersoftomorrow.com/pl/konsumeryzacja-opieki-zdrowotnej-czy-inteligentne-jest-rzeczywiscie-wszedzie-upowaznione/> [dostęp: 4.02.2021]; R. Vaishya, M. Javaid, I. Haleem Khan, A. Haleem, *Artificial Intelligence (AI) applications for COVID-19 pandemic*, „Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews” 14, 2020, nr 4, s. 337–339, DOI: [10.1016/j.dsx.2020.04.012](https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.012).

⁵ C.A. Alexander, L. Wang, *COVID-19: A Global Emergency*, „Biomedical Journal of Scientific & Technical Research” 31, 2020, nr 2, s. 24040–24047, DOI: [10.26717/BJSTR.2020.31.005071](https://doi.org/10.26717/BJSTR.2020.31.005071).

nie tylko dla zdrowia na świecie, ale generuje również daleko idące skutki społeczno-ekonomiczne w niemal wszystkich krajach świata⁶.

Pandemia COVID-19 pokazała, że nawet najbardziej zaawansowane systemy ochrony zdrowia nie były w stanie wytrzymać masowego napływu ciężko chorych pacjentów. Sytuacja epidemiologiczna zmusiła podmioty lecznicze do przerywania niepilnych procedur medycznych, odwoływania lub przekładania planowych zabiegów chirurgicznych oraz opóźniania wizyt kontrolnych. Jednocześnie pandemia skłoniła środowisko naukowe do zjednoczenia się w walce z nowym patogenem, wirus bowiem szybko został wyizolowany, zsekwencjonowany, zidentyfikowany, scharakteryzowany genetycznie i nazwany. Na podstawie jego cech genetycznych opracowano testy molekularne i serologiczne, które zostały wprowadzone do rutynowej diagnostyki⁷. Do tego należy dodać kwestie rozwoju i produkcji szczepionki przeciw COVID-19, które przebiegały w bezprecedensowym tempie, co można wytłumaczyć olbrzymią skalą zasobów przeznaczanych na walkę z koronawirusem, niezwykle intensywną współpracą sektora publicznego i prywatnego, jak również innowacjami technologicznymi oraz procesowymi⁸.

2. Zrównoważony rozwój branży medycznej

Według P.A. Morgona misją branży medycznej jest skupienie się na tworzeniu innowacyjnych produktów i rozwiązań, zarówno terapeutycznych, jak i prewencyjnych, w celu zaspokojenia potrzeb medycznych⁹. Zaspokajanie tych potrzeb powinno odbywać się w kontekście zrównoważonej komercjalizacji, czyli procesu komercjalizacji produktów w sposób niezakłócający ani nieniszczący biosfery i ekonosfery, w których żyje człowiek. Zrównoważona komercjalizacja, obejmująca kilka procesów: produkcję surowców, pakowanie, dystrybucję i sprzedaż, powinna odbywać się w przemyślany sposób, efektem czego powinno być długofalowe tworzenie wartości dla wszystkich interesariuszy¹⁰.

⁶ M.B.B.S. Lekhray Rampal, L.B. Seng, *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*, „Medical Journal of Malaysia” 75, 2020, nr 2, s. 95–97.

⁷ M. Ciotti, M. Ciccozzi, A. Terrinoni, W.C. Jiang, C.B. Wang, S. Bernardini, *The COVID-19 pandemic*, „Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences” 57, 2020, nr 6, *passim*, DOI: [10.1080/10408363.2020.1783198](https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198).

⁸ D.E. Bloom, D. Cadarette, M. Ferranna, R.N. Hyer, D.L. Tortorice, *How New Models Of Vaccine Development For COVID-19 Have Helped Address An Epic Public Health Crisis*, „Health Affairs” 40, 2021, nr 3, *passim*, DOI: [10.1377/hlthaff.2020.02012](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.02012).

⁹ P.A. Morgon, *Sustainable Development for the Health-Care Industry: Setting the Stage*, [w:] P.A. Morgon (red.), *Sustainable Development for the Healthcare Industry. Perspectives on Sustainable Growth*, Springer, Cham 2015, s. 2, DOI: [10.1007/978-3-319-12526-8_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-12526-8_1).

¹⁰ S. Chundru, *Sustainable Development for the Healthcare Industry: Vantage Point from Emerging Economies*, [w:] P.A. Morgon (red.), *op. cit.*, s. 86, DOI: [10.1007/978-3-319-12526-8_6](https://doi.org/10.1007/978-3-319-12526-8_6).

Według Indeksu Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 polski system ochrony zdrowia plasuje się dopiero na 23 pozycji wśród 30 krajów europejskich. Indeks ten pokazuje stopień przygotowania systemu zdrowotnego na potrzeby przyszłych pokoleń, identyfikując obszary wymagające doskonalenia. Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia ocenia pięć obszarów: dostęp do opieki zdrowotnej, kondycję zdrowotną, innowacyjność, jakość oraz żywotność. Najlepsze oceny polski system ochrony zdrowia uzyskał m.in. za dostęp do e-zdrowia i wydatki na profilaktykę, natomiast najmniejsza liczba punktów przypadła za liczbę lekarzy, wydatki na zdrowie na osobę oraz śmiertelność z powodu chorób sercowo-naczyniowych i nowotworów¹¹.

W ramach trzeciego celu zrównoważonego rozwoju: „Zapewnić wszystkim ludziom w każdym wieku zdrowe życie oraz promować dobrobyt”¹² branża medyczna w kontekście pandemii koronawirusa powinna uwzględnić zrównoważony rozwój zdalnej opieki medycznej jako systemu ochrony zdrowia nowej generacji, oferującego uniwersalną, dostępną dla wszystkich, opartą na wartościach opiekę zdrowotną. Pandemia COVID-19 ujawniła słabości systemu zdrowotnego w Polsce i konieczne są następujące zmiany jako warunki zrównoważonego rozwoju społeczno-gospodarczego państwa¹³:

- postrzeganie ochrony zdrowia jako warunku koniecznego do rozwoju społeczno-gospodarczego kraju i zapewnienia bezpieczeństwa narodowego;
- priorytetyzacja ochrony zdrowia w działaniach rządu i świadomości społeczeństwa;
- zwiększenie finansowania sektora ochrony zdrowia;
- modyfikacja sposobu finansowania opieki zdrowotnej w kierunku opieki koordynowanej oraz opieki opartej na wartości (ang. *Value Based Healthcare*, VBHC);
- zrównoważona implementacja narzędzi e-zdrowia;
- wzmocnienie pozycji pacjenta w systemie zdrowotnym poprzez zwiększenie jego zaangażowania;
- przesunięcie ciężaru opieki zdrowotnej z leczenia szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

¹¹ *Polska awansuje w Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia*, Polityka Zdrowotna, Warszawa 2019, <https://www.politykazdrowotna.com/51766,polska-awansuje-w-indeksie-zrownowazonego-rozwoju-systemow-ochrony-zdrowia> [dostęp: 12.03.2021].

¹² *Cel 3: Zapewnić wszystkim ludziom w każdym wieku zdrowe życie oraz promować dobrobyt*, Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie, Warszawa 2019, <https://www.un.org.pl/cel3#> [dostęp: 11.03.2021].

¹³ *Rekomendacje zmian w polskim systemie ochrony zdrowia poprawiające dostęp do świadczeń medycznych dla pacjentów. Wnioski związane z pandemią COVID-19*, Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju INNOWO 2021, *passim*, https://www.infarma.pl/assets/files/2021/Rekomendacje_zmian_w_polskim_systemie_ochrony_zdrowia_pandemia_COVID-19.pdf [dostęp: 11.03.2021].

3. Sztuczna inteligencja w branży medycznej a pandemia COVID-19

Sztuczna inteligencja to obecnie jedna z najbardziej zaawansowanych technologii zapewniająca rozwiązanie wielu różnych problemów. W pandemii COVID-19 sztuczna inteligencja pomaga również branży medycznej na wiele sposobów¹⁴:

1. Szybka diagnoza – wczesne wykrycie i rozpoznanie infekcji (identyfikacja zakażonych osób), trzymanie ich w izolacji, zapewnienie niezbędnego leczenia.
2. Monitorowanie leczenia.
3. Identyfikacja szczepionki, leków i przeciwciał – odkrycie szczepionek lub białek zajmuje dużo czasu w kontekście identyfikacji właściwego związku chemicznego i jego zgodności z ludzkim organizmem. Tutaj może pomóc sztuczna inteligencja, identyfikując leki z dużej listy związków chemicznych, a ponadto może przeprowadzić testy w symulowanych warunkach.
4. Ocena ciężkości choroby.
5. Szacowanie ryzyka zachorowania.
6. Przewidywanie śmiertelności.
7. Zapobieganie chorobie.
8. Odciążenie pracowników służby zdrowia – pomoc we wczesnej diagnozie pacjentów, zapewnienie leczenia na wczesnym etapie z wykorzystaniem metod cyfrowych.

Sztuczną inteligencję w walce z pandemią COVID-19 wykorzystywano do modelowania epidemiologicznego, a w szczególności do prognozowania rozwoju epidemii, czyli szacowania liczby potwierdzonych, wyleczonych, podejrzanych, bezobjawowych i krytycznych przypadków oraz zgonów, jak również przewidywania długości i czasu zakończenia pandemii. Sztuczną inteligencję wykorzystano ponadto do analizy wyników pacjentów z COVID-19 – m.in. do identyfikacji zakażonych obszarów w płucach, oceniając w ten sposób nasilenie choroby. Sztuczna inteligencja pomogła także przewidywać ryzyko śmiertelności, związanych z nią czynników oraz długość pobytu w szpitalu u zakażonych wirusem SARS-CoV-2¹⁵. Reasumując, technologia ta znacznie usprawniła

¹⁴ D. Sengar, *Digital Technology for Predicting, Preventing, and Controlling COVID-19*, „International Journal of Scientific Research in Science, Engineering and Technology” 7, 2020, nr 3, s. 7–12, DOI: [10.32628/IJSRSET2072136](https://doi.org/10.32628/IJSRSET2072136); M.I. Wani, A. Shinde, V. Kumar, L.K. Singh, *Procurable Contribution of Artificial Intelligence in the Battle Against COVID-19: A Review*, „International Research Journal of Modernization in Engineering Technology and Science” 2, 2020, nr 7, s. 132–140; A. Bansal, M. Sharma, *Research Paper on Artificial Intelligence – Applications for COVID-19*, „Mukt Shabd Journal” 9, 2020, nr 5, s. 5797–5801.

¹⁵ A. Abd-Alrazaq, M. Alajlani, D. Alhuwail, J. Schneider, S. Al-Kuwari, Z. Shah, M. Hamdi, M. Househ, *Artificial Intelligence in the Fight Against COVID-19: Scoping Review*, „Journal of Medical Internet Research” 22, 2020, nr 12, DOI: [10.2196/20756](https://doi.org/10.2196/20756).

planowanie, leczenie i raportowanie wyników pacjentów zakażonych koronawirusem, będąc narzędziem medycznym opartym na dowodach¹⁶.

4. Znaczenie medycyny narracyjnej w okresie pandemii

Nowy trend światowy, którym jest medycyna narracyjna (inaczej: medycyna narratywna¹⁷, narracja choroby¹⁸), stawia w centrum słowo i narrację. Ta subdyscyplina medyczna, za twórczynię której uważa się doktor Ritę Charon z ośrodka Columbia University, ukierunkowana jest na pacjenta¹⁹. R. Charon definiuje kompetencje narracyjne jako umiejętność dokładnego czytania tekstów, w tym historii chorób pacjentów, jak również umiejętność refleksyjnego pisanie, co ułatwia lekarzom przetwarzanie informacji i nadawanie znaczenia ich decyzjom w procesie leczenia²⁰. Medycyna narracyjna uczy profesjonalistów medycznych słuchania i opowiadania historii, nawiązywania kontaktów z pacjentami, rozwijania wzajemnego uznania dla doświadczeń życiowych drugiej osoby²¹.

Medycyna oparta na narracji wyłoniła się z połączenia różnych szkół myślenia: nauk humanistycznych, opieki skoncentrowanej na pacjencie, modelu biopsychospołecznego, opieki holistycznej, psychoanalizy i twórczości Michaela Balinta²². Polega ona na opowiadaniu historii, przede wszystkim historii pacjenta, ale również historii lekarza, tak by podczas wizyty stworzyć nową historię o nowym znaczeniu. Medycyna narracyjna to uznanie wyjątkowości każdego pacjenta, szczere zainteresowanie i troska o jego zdrowie. To także uważne słuchanie, odkrywanie lęków, uczuć i emocji w celu poprawy i wzmocnienia relacji lekarz–pacjent²³.

¹⁶ R. Vaishya, M. Javaid, I. Haleem Khan, A. Haleem, *op. cit.*

¹⁷ M. Chojnacka-Kuraś, *Medycyna narracyjna z perspektywy lingwistyki i poetyki kognitywnej*, [w:] M. Chojnacka-Kuraś (red.), *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2019, s. 74. DOI: [10.31338/uw.9788323540755](https://doi.org/10.31338/uw.9788323540755).

¹⁸ P. Zurzycka, T. Radzik, *Medycyna narracyjna — zarys problematyki*, „Problemy Pielęgniarstwa” 23, 2015, nr 3, s. 429, DOI: [10.5603/PP.2015.0070](https://doi.org/10.5603/PP.2015.0070).

¹⁹ M. Janiszewska, *Słowo jest lekarstwem przywracającym człowieczeństwo*, wywiad z prof. dr. hab. Aleksandrem Woźnym, „Medium” 2021, nr 2 (366), *passim*.

²⁰ R. Charon, *What to do with stories. The sciences of narrative medicine*, „Canadian Family Physician” 53, 2007, nr 8, s. 1265.

²¹ E. Wittenberg, S. Ragan, B. Ferrell, R. Virani, *Creating humanistic clinicians through palliative care education*, „Journal of Pain and Symptom Management” 53, 2017, nr 1, s. 153, DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2016.11.004](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.11.004).

²² G. Zaharias, *What is narrative-based medicine? Narrative-based medicine 1*, „Canadian Family Physician” 64, 2018, nr 3, s. 177.

²³ *Ibidem*, s. 179.

Pierwszym krokiem w narracji jest pozwolenie pacjentowi na opowiedzenie jego historii własnymi słowami. Nie jest to proste z perspektywy lekarza, gdyż współczesny pacjent jest lepiej poinformowany, ma większe oczekiwania niż w przeszłości. Do tego dochodzą poważne wyzwania, takie jak chorobowość współistniejąca oraz fragmentaryczność opieki, które rzutują na zrozumienie doświadczenia choroby pacjenta przez lekarza. Jednak tym, co wyróżnia medycynę narracyjną, jest proces oparty na współpracy i korzyści dla obu stron, poprzez tworzenie nowej narracji – takiej, która leczy i zmienia pacjenta oraz lekarza²⁴.

W tworzeniu nowej narracji ważne są słuchanie, odkrywanie, rozszyfrowywanie i refleksja jako zadania mające wspólny cel zrozumienia przekazu na linii pacjent–lekarz. Jednak słuchanie narracji pacjenta, jej analiza i wyciąganie z niej wniosków, przynajmniej na początku może wydawać się zniechęcające dla lekarza pierwszego kontaktu. Pomocne mogą okazać się następujące wskazówki: okazanie zainteresowania pacjentem, uważne słuchanie, nieprzerywanie – zwłaszcza na początku wizyty, pozwalanie pacjentowi na dokończenie toku myślenia, zadawanie pytań otwartych, słuchanie wskazówek i podążanie za nimi, obserwacja mowy ciała pacjenta, nieocenianie, niespieszenie się z rozwiązaniem problemu²⁵.

Medycyna narracyjna nie zastępuje tradycyjnej medycyny opartej na dowodach, ale uzupełnia ją poprzez otwartość na humanistyczne aspekty choroby, co zwiększa kompetencje kliniczne i wpływa na jakość opieki medycznej²⁶. Jako jedna z najnowszych gałęzi medycyny humanistycznej medycyna narracyjna pozwala spojrzeć na działania lekarzy z szerszej perspektywy, łącząc punkty widzenia specjalistów od chorób, specjalistów od narracji (literaturoznawców), antropologów, specjalistów od rozszyfrowywania ukrytych kodów kulturowych²⁷.

Reasumując, w obecnej trudnej rzeczywistości pandemicznej, zarówno dla pacjentów, jak i profesjonalistów medycznych, lekarstwem na cierpienie obu stron może okazać się medycyna narracyjna – poprzez szczerą rozmowę, wzajemne zrozumienie, otwartość na emocje drugiej osoby. Możliwość opowiedzenia o swoich przeżyciach lekarzowi uwrażliwia także samego medyka, odblokowując uczucia i humanizując na nowo medycynę, albowiem koncepcja narracji stanowi odpowiedź na technicyzację medycyny, bezosobowo traktującą pacjenta. Według prof. Aleksandra Woźnego z Instytutu Dziennikarstwa i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Wrocławskiego, literaturoznawcy

²⁴ G. Zaharias, *Narrative-based medicine and the general practice consultation*. *Narrative-based medicine* 2, „Canadian Family Physician” 64, 2018, nr 4, *passim*.

²⁵ G. Zaharias, *Learning narrative-based medicine skills*. *Narrative-based medicine* 3, „Canadian Family Physician” 64, 2018, nr 5, *passim*.

²⁶ P. Zurzycka, T. Radzik, *op. cit.*, *passim*.

²⁷ A. Woźny, *Szkic do medialnego portretu koronawirusa. Z medycyną narracyjną w tle*, „Dyskurs & Dialog” 2020, nr 4, *passim*, DOI: [10.5281/zenodo.4337465](https://doi.org/10.5281/zenodo.4337465).

i medioznawcy, ranga medycyny narracyjnej znacząco wzrasta w czasie pandemii COVID-19, która to „domaga się od świata medyków radykalnej zmiany w podejściu do pacjenta i przełamania zastętych stereotypów. Dla samych lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych staje się, zwłaszcza w czasie pandemii, bodaj najskuteczniejszym lekarstwem na wypalenie zawodowe. I co nie jest bez znaczenia – nie wymaga niemal żadnych nakładów finansowych”²⁸.

5. Narzędzia wspomagające świadome zarządzanie zdrowiem

W dobie obecnej sytuacji pandemicznej społeczeństwa stają przed koniecznością świadomego, odpowiedzialnego zarządzania własnym zdrowiem. Będzie to wymagać zmiany modelu mentalnego, czyli postrzegania swojego zdrowia psychofizycznego w perspektywie długofalowej²⁹. Na ewolucję modelu mentalnego będą wpływały następujące działania³⁰:

- prowadzenie higienicznego trybu życia,
- przejście z trybu myślenia szybkiego na wolne,
- pozytywne myślenie o własnym zdrowiu,
- większe zaangażowanie na rzecz samodzielnego poszukiwania informacji i zdobywania wiedzy o własnym zdrowiu,
- umiar i harmonia w codziennym funkcjonowaniu,
- wprowadzenie opieki farmaceutycznej do aptek.

W procesie świadomego zarządzania własnym zdrowiem pomocne mogą okazać się narzędzia mobilnego zdrowia (*mHealth*). Pojęcie m-zdrowia związane jest z zastosowaniem mobilnych technologii informacyjno-komunikacyjnych (z ang. ICT – *Information and Communications Technology*) w medycynie. Głównymi obszarami ich stosowania są: teleopieka, telediagnostyka, telekonsultacje, telemonitoring³¹. Ten ostatni w dobie pandemii koronawirusa rozwija się bardzo dynamicznie jako *self-monitoring* wykorzystujący różne nowoczesne narzędzia do samokontroli w leczeniu pacjentów z COVID-19³².

²⁸ R. Skiba, *Medycyna narracyjna – jak poprawić komunikację pacjent–lekarz? Rusza pierwsze w Polsce webinarium*, „Puls Medycyny” 2021, <https://pulsmedycyny.pl/medycyna-narracyjna-jak-poprawic-komunikacje-pacjent-lekarz-rusza-pierwsze-w-polsce-webinarium-1105808> [dostęp: 10.03.2021].

²⁹ H. Mruk, *Uwarunkowania zarządzania własnym zdrowiem*, „Ekonomia – Wrocław Economic Review” 23, 2017, nr 4, s. 230, DOI: [10.19195/2084-4093.23.4.18](https://doi.org/10.19195/2084-4093.23.4.18).

³⁰ *Ibidem*, *passim*.

³¹ M. Furmankiewicz, A. Sołtysik-Piorunkiewicz, P. Ziuziański, *Systemy mobilne w e-zdrowiu*, „Studia Ekonomiczne” 308, 2016, s. 46–61.

³² N.M. Yaacob, A.S.H. Basari, L. Salahuddin, M.K.A. Ghani, M. Doheir, A. Elzamly, S.A. Al-shami, *Proposed A Self Monitoring Tools For COVID-19 Patients: An Early Approach*, „International Journal of Advanced Science and Technology” 29, 2020, nr 9, s. 1432–1438.

Przykładem takiego narzędzia jest pulsoksymetr, za pomocą którego pacjenci w domu badają poziom nasycenia krwi tętniczej tlenem oraz tętno. W razie pogorszenia tych parametrów urządzenie przekazuje dane do centrum monitoringu przy Ministerstwie Zdrowia, gdzie konsultant analizuje te dane i w razie potrzeby wzywa do pacjenta pogotowie ratunkowe. Zdalny monitoring z wykorzystaniem pulsoksymetru funkcjonuje w ramach ogólnopolskiego programu Domowej Opieki Medycznej (DOM) i jest przeznaczony dla chorych na COVID-19 niewymagających hospitalizacji³³.

Ogólnie celem narzędzi *self-monitoringu* jest dbanie o zdrowie populacji, poprzez promowanie aktywności fizycznej, kontroli masy ciała, zdrowego odżywiania, jak również zapobieganie uzależnieniom. *Self-monitoring* znajduje też zastosowanie w leczeniu chorób przewlekłych: cukrzycy, nowotworów czy chorób serca³⁴.

Narzędzia m-zdrowia w kontekście świadomego zarządzania zdrowiem są obiektem wielu badań nad samodzielnym monitorowaniem zdrowia w przypadku pacjentów z wielochorobowością³⁵. W literaturze wskazuje się także na więź emocjonalną pacjentów z aplikacjami m-zdrowia³⁶. Po pierwsze, pacjenci w obliczu choroby, stresu i zmęczenia mają tendencję do korzystania z aplikacji m-zdrowia, które zaspokajają ich podstawowe potrzeby i dobre samopoczucie. Po drugie, aplikacje m-zdrowia pozwalają pacjentom na zdobycie i opanowanie wiedzy specjalistycznej związanej z leczeniem zgodnie z własną wolą. Po trzecie, aplikacje te zapewniają wybór w zakresie samoopieki, co w dużym stopniu wspiera potrzebę autonomii u pacjentów, którzy – gdy poczują się bezpiecznie związani z aplikacjami – dalej rozwijają z nimi więź emocjonalną³⁷.

Wnioski

Obecnie jednym z najsilniejszych trendów rynkowych jest transformacja technologiczna na podstawie rozwiązań cyfrowych. Przemysł 4.0 jako powszechnie rozwijająca się czwarta rewolucja przemysłowa dotyczy także branży medycznej. Jednak w tym przypadku stopień nasycenia innowacyjnymi rozwiązaniami informatycznymi jest wciąż

³³ L. Krysiak, *Pod kontrolą pulsoksymetru*, „Gazeta Lekarska” 2021, nr 2, s. 55.

³⁴ R. Orji, R. Lomotey, K. Oyibo, F. Orji, J. Blustein, S. Shahid, *Tracking feels oppressive and ‘punishy’: Exploring the costs and benefits of self-monitoring for health and wellness*, „Digital Health” 4, 2018, s. 1–10, DOI: [10.1177/2055207618797554](https://doi.org/10.1177/2055207618797554).

³⁵ A. Irfan Khan, A. Gill, C. Cott, P.K. Hans, C. Steele Gray, *mHealth Tools for the Self-Management of Patients With Multimorbidity in Primary Care Settings: Pilot Study to Explore User Experience*, „JMIR Mhealth Uhealth” 6, 2018, nr 8, DOI: [10.2196/mhealth.8593](https://doi.org/10.2196/mhealth.8593).

³⁶ J. Li, C. Zhang, X. Li, C. Zhang, *Patients’ emotional bonding with MHealth apps: An attachment perspective on patients’ use of MHealth applications*, „International Journal of Information Management” 51, 2020, DOI: [10.1016/j.ijinfomgt.2019.102054](https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2019.102054).

³⁷ *Ibidem*.

na wczesnym etapie. Potencjał wykorzystania technologizacji medycyny jest olbrzymi, co uwypukliła pandemia COVID-19. Transformatyzacja służby zdrowia w kontekście sytuacji epidemiologicznej bardzo przyspieszyła, co wyraźnie widać na trzech płaszczyznach: automatyzacji pracy personelu medycznego i niemedycznego w podmiotach leczniczych, cyfryzacji usług zdrowotnych oraz digitalizacji dokumentacji medycznej.

Zrównoważony rozwój branży medycznej powinien podążać w kierunku systemu pacjentocentrycznego, a pomocna w tym zakresie z pewnością będzie digitalizacja usług zdrowotnych. Obecne i przyszłe narzędzia e-zdrowia i m-zdrowia powinny być dostępne dla pacjenta i wspierać proces jego leczenia. Według Giovanniego Rostiego technologie e-zdrowia prawdopodobnie umożliwią budowanie pomostów między pacjentami a świadczeniodawcami i dadzą lekarzom więcej czasu na techniki narracyjne z pacjentami. Jednocześnie jednak istnieje zagrożenie, że cyfryzacja opieki medycznej może ograniczyć możliwość takiego kontaktu narracyjnego³⁸.

Niech trafnym podsumowaniem o budowaniu systemu medycznego przyszłości będą słowa Jana Matulewicza: „W centrum medycyny przyszłości znajduje się pacjent, nie oparty na formalnościach system. To jego, pacjenta, potrzeby, możliwości i ograniczenia wytyczają kierunek, w którym już dzisiaj patrzą wizjonerzy i poszukiwacze innowacji”³⁹.

Bibliografia

Literatura

- Abd-Alrazaq A., Alajlani M., Alhuwail D., Schneider J., Al-Kuwari S., Shah Z., Hamdi M., Househ M., *Artificial Intelligence in the Fight Against COVID-19: Scoping Review*, „Journal of Medical Internet Research” 22, 2020, nr 12, DOI: [10.2196/20756](https://doi.org/10.2196/20756).
- Alexander C.A., Wang L., *COVID-19: A Global Emergency*, „Biomedical Journal of Scientific & Technical Research” 31, 2020, nr 2, s. 24040–24047, DOI: [10.26717/BJSTR.2020.31.005071](https://doi.org/10.26717/BJSTR.2020.31.005071).
- Bansal A., Sharma M., *Research Paper on Artificial Intelligence – Applications for COVID-19*, „Mukt Shabd Journal” 9, 2020, nr 5, s. 5797–5801.
- Bloom D.E., Cadarette D., Ferranna M., Hyer R.N., Tortorice D.L., *How New Models Of Vaccine Development For COVID-19 Have Helped Address An Epic Public Health Crisis*, „Health Affairs” 40, 2021, nr 3, s. 410–418, DOI: [10.1377/hlthaff.2020.02012](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.02012).
- Charon R., *What to do with stories. The sciences of narrative medicine*, „Canadian Family Physician” 53, 2007, nr 8, s. 1265–1267.

³⁸ G. Rosti, *Role of narrative-based medicine in proper patient assessment*, „Supportive Care in Cancer” 25, 2017, nr 1, s. 3–6, DOI: [10.1007/s00520-017-3637-4](https://doi.org/10.1007/s00520-017-3637-4).

³⁹ J. Matulewicz, *Budowanie systemu medycznego przyszłości*, [w:] *Strategiczna rola technologii...*, s. 40.

- Chojnacka-Kuraś M., *Medycyna narracyjna z perspektywy lingwistyki i poetyki kognitywnej*, [w:] M. Chojnacka-Kuraś (red.), *Medycyna narracyjna. Opowieści o doświadczeniu choroby w perspektywie medycznej i humanistycznej*, Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa 2019, s. 73–93, DOI: [10.31338/uw.9788323540755](https://doi.org/10.31338/uw.9788323540755).
- Chundru S., *Sustainable Development for the Healthcare Industry: Vantage Point from Emerging Economies*, [w:] P.A. Morgon (red.), *Sustainable Development for the Healthcare Industry. Perspectives on Sustainable Growth*, Springer, Cham 2015, s. 85–98, DOI: [10.1007/978-3-319-12526-8_6](https://doi.org/10.1007/978-3-319-12526-8_6).
- Ciotti M., Ciccozzi M., Terrinoni A., Jiang W.C., Wang C.B., Bernardini S., *The COVID-19 pandemic*, „Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences” 57, 2020, nr 6, s. 365–388, DOI: [10.1080/10408363.2020.1783198](https://doi.org/10.1080/10408363.2020.1783198).
- Furmankiewicz M., Sołtysik-Piorunkiewicz A., Ziuziański P., *Systemy mobilne w e-zdrowiu*, „Studia Ekonomiczne” 308, 2016, s. 46–61.
- Irfan Khan A., Gill A., Cott C., Hans P.K., Steele Gray C., *mHealth Tools for the Self-Management of Patients With Multimorbidity in Primary Care Settings: Pilot Study to Explore User Experience*, „JMIR Mhealth Uhealth” 6, 2018, nr 8, DOI: [10.2196/mhealth.8593](https://doi.org/10.2196/mhealth.8593).
- Janiszewska M., *Słowo jest lekarstwem przywracającym człowieczeństwo*, wywiad z prof. dr. hab. Aleksandrem Woźnym, „Medium” 2021, nr 2, s. 14–15.
- Krysiak L., *Pod kontrolą pulsoksymetru*, „Gazeta Lekarska” 2021, nr 2, s. 55.
- Lekhray Rampal M.B.B.S., Seng L.B., *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*, „Medical Journal of Malaysia” 75, 2020, nr 2, s. 95–97.
- Li J., Zhang C., Li X., Zhang C., *Patients' emotional bonding with MHealth apps: An attachment perspective on patients' use of MHealth applications*, „International Journal of Information Management” 51, 2020, DOI: [10.1016/j.ijinfomgt.2019.102054](https://doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2019.102054).
- Morgon P.A., *Sustainable Development for the Health-Care Industry: Setting the Stage*, [w:] P.A. Morgon (red.), *Sustainable Development for the Healthcare Industry. Perspectives on Sustainable Growth*, Springer, Cham 2015, s. 1–37, DOI: [10.1007/978-3-319-12526-8_1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-12526-8_1).
- Mruk H., *Uwarunkowania zarządzania własnym zdrowiem*, „Ekonomia — Wrocław Economic Review” 23, 2017, nr 4, s. 228–238, DOI: [10.19195/2084-4093.23.4.18](https://doi.org/10.19195/2084-4093.23.4.18).
- Orji R., Lomotey R., Oyibo K., Orji F., Blustein J., Shahid S., *Tracking feels oppressive and 'punishy': Exploring the costs and benefits of self-monitoring for health and wellness*, „Digital Health” 4, 2018, s. 1–10, DOI: [10.1177/2055207618797554](https://doi.org/10.1177/2055207618797554).
- Rosti G., *Role of narrative-based medicine in proper patient assessment*, „Supportive Care in Cancer” 25, 2017, s. 3–6, DOI: [10.1007/s00520-017-3637-4](https://doi.org/10.1007/s00520-017-3637-4).
- Sengar D., *Digital Technology for Predicting, Preventing, and Controlling COVID-19*, „International Journal of Scientific Research in Science, Engineering and Technology” 7, 2020, nr 3, s. 7–12, DOI: [10.32628/IJSRSET2072136](https://doi.org/10.32628/IJSRSET2072136).
- Skiba R., *Medycyna narracyjna – jak poprawić komunikację pacjent–lekarz? Rusza pierwsze w Polsce webinarium*, „Puls Medycyny” 2021, <https://pulsmedycyny.pl/medycyna-narracyjna-jak-poprawic-komunikacje-pacjent-lekarz-rusza-pierwsze-w-polsce-webinarium-1105808> [dostęp: 10.03.2021].
- Vaishya R., Javaid M., Haleem Khan I., Haleem A., *Artificial Intelligence (AI) applications for COVID-19 pandemic*, „Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews” 14, 2020, nr 4, s. 337–339, DOI: [10.1016/j.dsx.2020.04.012](https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.012).

- Wani M.I., Shinde A., Kumar V., Singh L.K., *Procurable Contribution of Artificial Intelligence in the Battle Against COVID-19: A Review*, „International Research Journal of Modernization in Engineering Technology and Science” 2, 2020, nr 7, s. 132–140.
- Wittenberg E., Ragan S., Ferrell B., Virani R., *Creating humanistic clinicians through palliative care education*, „Journal of Pain and Symptom Management” 53, 2017, nr 1, s. 153–156, DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2016.11.004](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.11.004).
- Woźny A., *Szkic do medialnego portretu koronawirusa. Z medycyną narracyjną w tle*, „Dyskurs & Dialog” 2020, nr 4, s. 9–20, DOI: [10.5281/zenodo.4337465](https://doi.org/10.5281/zenodo.4337465).
- Yaacob N.M., Basari A.S.H., Salahuddin L., Ghani M.K.A., Doheir M., Elzamly A., Al-shami S.A., *Proposed A Self Monitoring Tools For COVID-19 Patients: An Early Approach*, „International Journal of Advanced Science and Technology” 29, 2020, nr 9, s. 1432–1438.
- Zaharias G., *Learning narrative-based medicine skills. Narrative-based medicine 3*, „Canadian Family Physician” 64, 2018, nr 5, s. 352–356.
- Zaharias G., *Narrative-based medicine and the general practice consultation. Narrative-based medicine 2*, „Canadian Family Physician” 64, 2018, nr 4, s. 286–290.
- Zaharias G., *What is narrative-based medicine? Narrative-based medicine 1*, „Canadian Family Physician” 64, 2018, nr 3, s. 176–180.
- Zurzycka P., Radzik T., *Medycyna narracyjna – zarys problematyki*, „Problemy Pielęgniarstwa” 23, 2015, nr 3, s. 428–432, DOI: [10.5603/PP.2015.0070](https://doi.org/10.5603/PP.2015.0070).

Źródła

- Matulewicz J., *Budowanie systemu medycznego przyszłości*, [w:] *Strategiczna rola technologii w branży medycznej 2019. Raport*, Cybercom Poland 2019, s. 40, <https://makersoftomorrow.com/wp-content/uploads/2019/11/raport.pdf> [dostęp: 3.02.2021].
- Rekomendacje zmian w polskim systemie ochrony zdrowia poprawiające dostęp do świadczeń medycznych dla pacjentów. Wnioski związane z pandemią COVID-19*, Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju INNOWO 2021, https://www.infarma.pl/assets/files/2021/Rekomendacje_zmian_w_polskim_systemie_ochrony_zdrowia_pandemia_COVID-19.pdf [dostęp: 11.03.2021].
- Strategiczna rola technologii w branży medycznej 2019. Raport*, Cybercom Poland 2019, <https://makersoftomorrow.com/wp-content/uploads/2019/11/raport.pdf> [dostęp: 3.02.2021].

Internet

- Cel 3: Zapewnić wszystkim ludziom w każdym wieku zdrowe życie oraz promować dobrobyt*, Ośrodek Informacji ONZ w Warszawie, Warszawa 2019, <https://www.un.org/cel3#>.
- Ceny leków rosną, podobnie jak zainteresowanie inwestorów*, Business Insider Polska 2020, <https://businessinsider.com.pl/finanse/ceny-lekow-polsce-i-stan-sluzby-zdrowia-w-czasie-koronawirusa/rb3t914>.
- Grabarz M., *Konsumeryzacja Opieki Zdrowotnej. Czy INTELIGENTNE jest rzeczywiście WSZĘDZIE UPOWAŻNIONE?*, Cybercom Poland 2019, <https://makersoftomorrow.com/pl/konsumeryzacja-opieki-zdrowotnej-czy-inteligentne-jest-rzeczywiscie-wszedzie-upowaznione/>.

Polska awansuje w Indeksie Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia, Polityka Zdrowotna, Warszawa 2019, <https://www.politykazdrowotna.com/51766,polska-awansuje-w-indeksie-zrownowazonego-rozwoju-systemow-ochrony-zdrowia>.

Żochowska D., *Najważniejsze trendy w e-zdrowiu 2021*, Medonet 2021, https://www.medonet.pl/magazyn-digital-health/digital-innovation,najwazniejsze-trendy-w-e-zdrowiu-2021,artykul,64860646.html?utm_source=www.medonet.pl_viasg_medonet&utm_medium=referral&utm_campaign=leo_automatic&srcc=ucs&utm_v=2.

Rola działań w zakresie e-zdrowia w obliczu pandemii COVID-19

The role of e-health in the COVID-19 pandemic

Anna Rogalska

Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ORCID: [0000-0003-1194-2303](https://orcid.org/0000-0003-1194-2303)

Magdalena Syrkiewicz-Świtała

Zakład Ekonomiki i Zarządzania w Ochronie Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bytomiu
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
ORCID: [0000-0002-1298-7805](https://orcid.org/0000-0002-1298-7805)

Streszczenie

Pandemia COVID-19 znacząco wpłynęła na funkcjonowanie systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. Mimo iż działania z zakresu cyfryzacji w ochronie zdrowia były już wcześniej wdrażane w wielu krajach, zostały one jednak znacznie przyspieszone.

Celem pracy jest określenie znaczenia wdrażanych rozwiązań z zakresu e-zdrowia w Polsce w wyniku wystąpienia pandemii COVID-19.

Dokonano przeglądu dostępnego piśmiennictwa: pozycji zwartych, artykułów naukowych, aktów prawnych, zasobów internetowych, stron www organizacji publicznych należących do systemu ochrony zdrowia w celu uzyskania danych na temat wdrażania e-zdrowia w Polsce.

W Polsce w odpowiedzi na pandemię COVID-19 wprowadzono regulacje prawne umożliwiające szersze zastosowanie telemedycyny, w tym e-konsultacje, telerehabilitacje, teledydaktykę, telemonitoring ze szczególnym uwzględnieniem programu domowej opieki medycznej (DOM). Ponadto do działań wprowadzonych w okresie 2019–2021 z zakresu e-zdrowia można zaliczyć e-receptę, e-skie-rowanie, internetowe konto pacjenta, elektroniczną dokumentację medyczną (EMD).

Pandemia COVID-19 uwidoczniła potrzebę wykorzystania działań z zakresu e-zdrowia. Podjęte wdrożenia z tego zakresu odgrywają ważną rolę reorganizacji i usprawnienia opieki zdrowotnej w za-istniałej sytuacji. Wpływają na wiele aspektów reorganizacji systemu ochrony zdrowia w obliczu nowych wyzwań zarządczych. Przyczyniły się do zmniejszenia narażenia pacjentów na zakażenie wirusem SARS-CoV-2, łagodząc brak dostępu do tradycyjnych świadczeń zdrowotnych. Proponowane rozwiązania powinny być jednak stale poddawane weryfikacji i doskonaleniu.

Słowa kluczowe

e-zdrowie, COVID-19, zdrowie publiczne

Abstract

The outbreak of the COVID-19 pandemic had a significant impact on the functioning of healthcare systems around the world. Although digitization activities in healthcare have already been implemented in many countries, they have been significantly accelerated.

The aim of the study was to determine the significance of implemented e-health solutions in Poland as a result of the COVID-19 pandemic.

The available literature was reviewed: textbooks, scientific articles, legal acts, internet resources, websites of public organizations belonging to the health care system, in order to obtain data on the implementation of e-health in Poland.

In Poland, in response to the COVID-19 pandemic, legal regulations were introduced enabling a wider use of telemedicine, including: e-consultations, telerehabilitation, teledidactics, telemonitoring with particular emphasis on the home medical care program. In addition, the activities introduced in the period 2019–2021 in the field of e-health also include: e-prescription, e-referral, online patient account, electronic medical documentation.

The COVID-19 pandemic has highlighted the need for e-health measures. The implemented implementations in this area play an important role in reorganization and improvement of healthcare in the current situation. They influence many aspects of the reorganization of the health care system in the face of new management challenges. They contributed to the reduction of patients' exposure to SARS-CoV-2 infection, mitigating the lack of access to traditional health services. However, the proposed solutions should be constantly verified and improved.

Keywords

e-health, COVID-19, public health

JEL: I1, I18, I12, M15

Wprowadzenie

Systemy e-zdrowia zmieniają sposób świadczenia usług medycznych, a także są podstawą elastycznych systemów opieki zdrowotnej. Opierają się na technologiach, które umożliwiają i usprawniają zdalne świadczenie usług zdrowotnych¹. Telemedycyna nie jest odrębną ani nową gałęzią medycyny, jest formą świadczenia opieki zdrowotnej polegającą na wymianie informacji dotyczących opieki zdrowotnej na odległość². Koncepcja e-zdrowia została rozszerzona o usługi takie jak: teleopieka, telekonsultacja, telezdrowie czy kabiny telemedyczne³.

Pojęcie e-zdrowia można definiować na różne sposoby. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) e-zdrowie to „wykorzystanie technologii

¹ World Health Organization and International Telecommunication Union 2012, National eHealth Strategy Toolkit, s. 17, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75211/9789241548465_eng.pdf;jsessionid=92D3DB10F823800A471BBFBC8BDB034A?sequence=1 [dostęp: 12.05.2021].

² J. Craig, V. Petterson, *Introduction to the Practice of Telemedicine*, „Journal of Telemedicine and Telecare” 11, 2005, nr 1, s. 3–9.

³ P. Baudier, G. Kondratieva, C. Ammi, *The future of Telemedicine Cabin? The case of the French students' acceptability*, „Futures” 122, 2020, nr 102595.

informacyjno-komunikacyjnych w zdrowiu”⁴. Inna definicja e-zdrowia odnosi się do „wyłaniającej się dziedziny na przecięciu informatyki medycznej, zdrowia publicznego i biznesu, odnoszącej się do usług zdrowotnych oraz informacji dostarczanych lub ulepszanych za pośrednictwem Internetu i powiązanych technologii”⁵. W szerszym znaczeniu pojęcie „e-zdrowie” odnosi się zarówno do rozwoju technicznego, jak i do stanu umysłu, sposobu myślenia, nastawienia i zaangażowania w sieciowe, globalne myślenie, po to aby poprawić opiekę zdrowotną na poziomie lokalnym, regionalnym i światowym przy udziale technologii informacyjnych i komunikacyjnych⁶. Dzięki wykorzystaniu systemów e-zdrowia możliwa jest realizacja zadań m.in. z obszaru zdrowia publicznego i podstawowej opieki zdrowotnej poprzez działania takie jak: nadzór nad chorobami, pozyskiwanie i analizę danych dotyczących zdrowia podstawowego, wsparcie pracowników ochrony zdrowia w społeczności, telekonsultacje, teledydaktyka (teleedukacja), badania, a także zarządzanie pacjentami⁷.

Koncepcja e-zdrowia ma zarówno wady, jak i zalety. Analizując korzyści telemedycyny, można oczekiwać, że działania z jej zakresu przyczynią się do poprawy: dostępności opieki zdrowotnej, jakości opieki czy efektywności jej świadczenia⁸. System e-zdrowia może pozytywnie wpływać na jednostki, stwarzając możliwości samoopieki⁹. Ponadto działania z zakresu e-zdrowia mogą wzmocnić pozycję konsumentów poprzez udostępnienie im przez internet baz wiedzy medycznej i osobistych akt elektronicznych¹⁰. Wykazano również, że zastosowanie narzędzi e-zdrowia, takich jak: elektroniczna dokumentacja medyczna, e-recepty, systemy wspomagania decyzji, elektroniczne zarządzanie chorobami przewlekłymi oraz kody kreskowe leków i produktów biologicznych, zmniejsza koszty opieki zdrowotnej i błędy medyczne¹¹.

Przeszkodą w użytkowaniu narzędzi z obszaru e-zdrowia jest to, że nadal istnieją pacjenci, którzy nie korzystają z internetu, mają obawy przed użytkowaniem współczesnych technologii lub nie mają do niej dostępu¹². Ponadto w procesie wdrażania e-zdrowia

⁴ World Health Organization, *eHealth at WHO*, <https://www.who.int/ehealth/about/en/> [dostęp: 1.04.2021].

⁵ G. Eysenbach, *What is e-health?*, „J Med Internet Res” 3, 2001, nr 2, nr e. 20, <https://www.jmir.org/2001/2/e20> [dostęp: 12.05.2021].

⁶ *Ibidem*.

⁷ V.M. Kiberu, M. Mars, R.E. Scott, *Barriers and opportunities to implementation of sustainable e-Health programmes in Uganda: A literature review*, „African Journal of Primary Health Care & Family Medicine” 9, 2017, nr 1, s. 1–10, <https://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1277> [dostęp: 12.05.2021].

⁸ J. Craig, V. Petterson, *op. cit.*

⁹ G. Bacigalupe, S.F. Askari, *E-Health innovations, collaboration, and healthcare disparities: developing criteria for culturally competent evaluation*, „Fam Syst Health” 31, 2013, nr 3, s. 248–263.

¹⁰ G. Eysenbach, *op. cit.*

¹¹ J.G. Anderson, *Social, ethical and legal barriers to E-health*, „International Journal of Medical Informatics” 76, 2007, nr 5–6, s. 480–483.

¹² S. Mattsson, E.M. Olsson, M. Carlsson, B.B. Johansson, *Identification of anxiety and depression symptoms in patients with cancer: comparison between short and long web-based questionnaires*, „J Med Internet Res” 21, 2019, nr 4, nr e.11387.

można napotkać jeszcze inne bariery, zarówno legislacyjne, finansowe i technologiczne, jak i te związane z bezpieczeństwem. Rządy, chcąc wprowadzać rozwiązania z zakresu e-zdrowia, stoją również przed wyzwaniami, aby pokonać opór pracowników ochrony zdrowia i niewielką wiedzę techniczną¹³, a także stworzyć odpowiedni strategiczny plan wdrażania aplikacji i pokonać trudności w rekrutacji doświadczonego personelu IT¹⁴.

Szansą na rozwój telemedycyny jest jednak fakt, że korzystanie z telefonów komórkowych jest coraz bardziej powszechne i to na całym świecie. Natomiast bariery technologiczne utrudniające wdrożenie wirtualnej opieki zdrowotnej można pokonać, nawet w najbardziej ubogich w zasoby środowiskach¹⁵.

Celem pracy jest określenie znaczenia wdrażanych rozwiązań z zakresu e-zdrowia w Polsce w wyniku wystąpienia pandemii COVID-19.

Dokonano przeglądu dostępnego piśmiennictwa: pozycji zwartych, artykułów naukowych, aktów prawnych, zasobów internetowych, stron www organizacji publicznych należących do systemu ochrony zdrowia w celu uzyskania danych na temat wdrażania e-zdrowia w Polsce w okresie od stycznia 2019 do maja 2021 r. Zaimplementowane narzędzia z zakresu e-zdrowia zostały podzielone na dwie grupy: 1) niezależne od COVID-19: e-recepta, e-skierowanie, Internetowe Konto Pacjenta; 2) spowodowane COVID-19: e-konsultacja, telemonitoring, teledydaktyka, telerehabilitacja.

1. Zastosowanie systemów e-zdrowia w Polsce

Na rozwój systemów e-zdrowia w Polsce asygnowano znaczne fundusze. Na budowę elektronicznej platformy usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia (Centrum e-zdrowia) umożliwiającej organom administracji publicznej i obywatelom gromadzenie, analizę, wytwarzanie i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych przeznaczono 277 024 zł. Dzięki tej platformie powstała możliwość skorzystania z następujących usług¹⁶:

- elektronicznej obsługi e-recept,
- elektronicznej obsługi e-skierowań,
- udostępniania pracownikom medycznym elektronicznych danych o stanie zdrowia pacjentów,

¹³ S.R. Simon, R. Kaushal, P.D. Cleary, C.A. Jenter, L.A. Volk, E.G. Poon, E.J. Orav, H.G. Lo, D.H. Williams, D.W. Bates, *Correlates of electronic health record adoption in office practices: a statewide survey*, „Journal of the American Medical Informatics Association” 14, 2007, nr 1, s. 110–117.

¹⁴ J.G. Anderson, *op. cit.*

¹⁵ P. Webster, *Virtual health care in the era of COVID-19*, „Lancet” 395, 2020, nr 10231, s. 1180–1181.

¹⁶ Serwis [gov.pl](https://www.gov.pl/web/popcwsparcie/pl-elektroniczna-platforma-gromadzenia-analizy-i-udostepniania-zasobow-cyfrowych-o-zdarzeniach-medycznych), <https://www.gov.pl/web/popcwsparcie/pl-elektroniczna-platforma-gromadzenia-analizy-i-udostepniania-zasobow-cyfrowych-o-zdarzeniach-medycznych> [dostęp: 11.05.2021].

- udostępniania danych o zdarzeniach medycznych pacjentów w postaci elektronicznej,
- udostępniania usługobiorcom elektronicznej historii wykonanych rozpoznań, usług, skierowań, recept,
- udostępniania informacji umożliwiającej bieżące monitorowanie i reagowanie na zagrożenia właściwym instytucjom,
- umożliwiania bieżącej analizy danych o zdarzeniach medycznych.

Spośród działań z zakresu e-zdrowia wdrożono do maja 2021 następujące usługi:

- e-skierowanie,
- e-receptę,
- Internetowe Konto Pacjenta.

E-skierowania to skierowania w postaci elektronicznej, które w Polsce musiały być wystawiane od 8 stycznia 2021 r. na następujące świadczenia medyczne:

- 1) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych;
- 2) badania:
 - echokardiograficzne płodu finansowane ze środków publicznych,
 - endoskopowe przewodu pokarmowego finansowane ze środków publicznych,
 - medycyny nuklearnej finansowane ze środków publicznych oraz ze środków innych niż środki publiczne,
 - rezonansu magnetycznego finansowane ze środków publicznych,
 - tomografii komputerowej finansowane ze środków publicznych oraz ze środków innych niż środki publiczne;
- 3) leczenie szpitalne w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁷.

W Polsce w czasie pandemii dziennie wystawia się ok. 150 tys. e-skierowań. Nie zastąpiły one jednak w całości skierowań papierowych, ponieważ na niektóre świadczenia medyczne, takie jak: leczenie w uzdrowisku lub sanatorium, leczenie w szpitalu psychiatrycznym, logopedię i rehabilitację, programy lekowe, skierowania wystawiane są nadal w tradycyjnej formie. Ponadto do niektórych specjalistów, takich jak: ginekolog i położnik, wenerolog, dentysta, onkolog, psychiatra, skierowanie nie jest wymagane¹⁸.

Kolejną e-usługą w obszarze zdrowia jest e-recepta, czyli elektroniczny dokument, który zastępuje papierową receptę. Do korzyści z wdrożenia systemu e-recepty należą: ułatwienie procesu realizacji recept, ograniczenie błędów, optymalizacja czasu po

¹⁷ Narodowy Fundusz Zdrowia, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/pierwszy-miesiac-e-skierowania-w-polsce,459.html> [dostęp: 2.04.2021].

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2019 r. w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, Dz. U z 2019 r., poz. 711; <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/pierwszy-miesiac-e-skierowania-w-polsce,459.html>.

stronie lekarzy i farmaceutów, a także eliminacja problemu nieczytelnych i fałszywych recept¹⁹. Realizacji e-recepty dokonuje się za pomocą czterocyfrowego kodu otrzymanego w formie SMS-u, e-maila lub wydruku informacyjnego w połączeniu z podaniem numeru PESEL. Ważność e-recepty od 1 stycznia 2020 r. może wynosić 365 dni, jeśli posiada specjalne oznaczenie. Gdy brakuje takiego oznaczenia, co do zasady e-recepta jest ważna tylko 30 dni, za wyjątkiem recept na następujące leki:

- na antybiotyki – siedem dni od daty wystawienia lub umieszczonej na niej „daty realizacji od dnia”,
- na preparat immunologiczny – 120 dni od daty wystawienia,
- na środki odurzające, substancje psychotropowe, preparaty zawierające te środki lub substancje oraz prekursory kategorii – 1–30 dni od daty wystawienia²⁰.

Internetowe Konto Pacjenta (IKP) to bezpłatna aplikacja internetowa przeznaczona do użytku dla każdej osoby, która ma profil zaufany, dowód osobisty z warstwą elektroniczną lub internetowe konto bankowe, za pomocą których można potwierdzić swoją tożsamość. Aplikacja IKP zawiera następujące dane z obszaru zdrowia pacjenta²¹:

- dokumentację medyczną – e-recepty i e-skierowania, a do 31 grudnia 2021 r. powinny pojawić się również wyniki badań, a także wypisy ze szpitala,
- informacje o wysokości refundacji zakupionych leków lub innych produktów medycznych,
- informacje o świadczeniach wykorzystanych w ramach NFZ czy zaleconej dawce leków,
- powiadomienia o zaplanowanych świadczeniach refundowanych przez NFZ,
- deklaracje wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej publicznej ochrony zdrowia.

Za pomocą IKP pacjent może sprawdzić te informacje dla siebie, swoich dzieci lub dla pacjenta, który upoważnił inną osobę do swojego konta. Dane mogą być również udostępnione wybranemu pracownikowi medycznemu²².

2. Zadania systemów e-zdrowia w dobie pandemii COVID-19

Pandemia COVID-19 w dynamiczny sposób przyspieszyła procesy wdrożenia telemedycyny, powodując, iż systemy opieki zdrowotnej szybko i znacząco zmieniły sposób świadczenia usług zdrowotnych. W podmiotach leczniczych w wielu krajach

¹⁹ Centrum e-Zdrowia, <https://cez.gov.pl/e-zdrowie-pl/e-recepta/> [dostęp: 2.04.2021].

²⁰ Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, *E-recepta pytania i odpowiedzi dla pracowników medycznych uprawnionych do wystawiania e-recepty, dla aptekarzy*, wersja 1.01 z dnia 7 lutego 2020.

²¹ Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta> [dostęp: 2.04.2021].

²² *Ibidem*.

wprowadzono wykorzystanie platform telemedycznych, czyli wirtualnego zarządzania opieką nad pacjentem poprzez niefizyczne spotkania z wykorzystaniem wideokonferencji i komunikacji telefonicznej²³. Wykorzystanie telezdrowia stało się bardzo dobrym i jedynym możliwym rozwiązaniem w sytuacji leczenia chorób zakaźnych. Zachowanie dystansu społecznego było i nadal jest istotnym czynnikiem spowolnienia przenoszenia się wirusa²⁴. Wykorzystując opiekę zwirtualizowaną w odpowiedzi na COVID-19, planiści opieki zdrowotnej na całym świecie korzystają z doświadczeń Chin, ponieważ to właśnie pacjentom z tego obszaru geograficznego doradzono, aby szukali pomocy lekarskiej online, a nie osobiście, po tym jak pandemia po raz pierwszy pojawiła się w Wuhan w grudniu 2019 r.²⁵ Dzięki zastosowaniu systemów e-zdrowia można było umożliwić ludziom poruszanie się po systemie opieki zdrowotnej, a także zwiększyć dostępność do rutynowej opieki podczas epidemii choroby zakaźnej²⁶.

W sytuacji kryzysowej związanej z pandemią w Polsce wdrożono działania z zakresu e-zdrowia w następujących obszarach:

- e-konsultacje,
- telerehabilitacja,
- telemonitoring,
- teledydaktyka.

Znaczące zmiany wprowadzono w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ), z której pacjenci korzystają w pierwszej kolejności przy wystąpieniu problemów zdrowotnych. Możliwość skorzystania z e-konsultacji (teleporady) w placówkach POZ miała na celu ograniczenie kontaktu pacjentów oczekujących na wizyty w podmiotach leczniczych, izolację osób, które mogłyby zarażać wirusem inne osoby, skrócenie czasu oczekiwania na wizyty osobiste u lekarza²⁷. Możliwość wprowadzenia e-konsultacji została zawarta w aktach prawnych. Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej świadczenia zdrowotne mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności²⁸. Możliwość skorzystania z e-konsultacji w ramach NFZ została poszerzona dzięki wejściu w życie rozporządzenia Ministra

²³ P. Webster, *op. cit.*

²⁴ Public Health England, *Coronavirus (COVID-19): What is social distancing?*, <https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2020/03/04/coronavirus-covid-19-what-is-social-distancing> [dostęp: 12.05.2021].

²⁵ P. Webster, *op. cit.*

²⁶ A.C. Smith, E. Thomas, C.L. Snoswell, H. Haydon, A. Mehrotra, J. Clemensen, L.J. Caffery, *Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19)*, „Journal of Telemedicine and Telecare” 26, 2020, nr 5, s. 309–313.

²⁷ Narodowy Fundusz Zdrowia, Departament Obsługi Pacjenta, *Raport z badania satysfakcji pacjentów korzystających z teleporad u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w okresie epidemii COVID-19*, Warszawa 8 sierpnia 2020, s. 1–17.

²⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2020 r., poz. 295, 567, 1493, 2112, 2345, 2401 [dostęp: 2.03.2021].

Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej²⁹. Na skutek wprowadzenia e-konsultacji z lekarzem możliwe jest otrzymanie zaleceń medycznych, e-zwolnienia, e-recepty, a także zalecenia wizyty osobistej³⁰. Oprócz stworzenia możliwości teleporad istotne znaczenie ma również monitorowanie jego funkcjonowania. Z raportu badań satysfakcji pacjentów korzystających z teleporad u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w okresie epidemii COVID-19 przeprowadzonego na prawie 14 tys. respondentów w 2020 r. wynika, że 41,7% ankietowanych było zadowolonych z udzielonej teleporady i uważali, że jakość świadczonych usług była porównywalna z poradami udzielonymi podczas wizyty osobistej w placówce POZ. Natomiast 16% ankietowanych oceniało teleporadę jako usługę przewyższającą jakościowo stacjonarną wizytę w placówce POZ. Z kolei 36,3% ankietowanych oceniło jakość wizyty stacjonarnej wyżej niż teleporadę, a 6% respondentów zgłosiło, że podczas udzielonej teleporady lekarz ogólnikowo poinformował ich o zaleceniach i byli zmuszeni samodzielnie dopytać o dokładniejsze informacje dotyczące procesu leczenia³¹. Zastosowanie tej formy w systemie ochrony zdrowia wyraźniej ukazało jej wady i zalety, a także ciągnął potrzebę koordynowania i dostosowania zarówno do potrzeb pacjentów, jak również możliwości personelu medycznego.

Kolejną formą działań w zakresie e-zdrowia wprowadzoną w Polsce była telerehabilitacja, czyli porada lub konsultacja fizjoterapeuty za pomocą systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Wraz z pojawieniem się pandemii COVID-19 doszło do czasowego i prawie całkowitego zawieszenia udzielania świadczeń rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych i prywatnych³². W odpowiedzi na pandemię COVID-19 Centrala NFZ wydała komunikat obowiązujący od 11 kwietnia 2020 r., dla świadczeniodawców, dopisując kody procedur medycznych w słowniku ICD-9, niezbędne do sprawozdawania i rozliczania świadczeń z zakresu telerehabilitacji, takich jak:

- usprawnianie z udziałem fizjoterapeuty przy wykorzystaniu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności,
- ćwiczenia czynne wolne z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności,

²⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2021 r., poz. 504, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000540> [dostęp: 12.05.2021].

³⁰ Narodowy Fundusz Zdrowia, Departament Obsługi Pacjenta, *Raport z badania satysfakcji pacjentów...*

³¹ *Ibidem*.

³² M. Mrożek-Gąsiorowski, *Świadczenia rehabilitacji medycznej w Polsce w czasie pandemii COVID-19. Zagadnienia regulacyjne i organizacyjne*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 18, 2020, nr 2, s. 165–175, www.ejournals.eu/ [dostęp: 12.05.2021].

- ćwiczenia samowspomagane z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności,
- ćwiczenia izometryczne z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności³³.

Z przeprowadzonego przez Kochmana i Kołodziej przeglądu i analizy piśmiennictwa wynika, iż telerehabilitację prowadzono w okresie pandemii COVID-19 z wykorzystaniem: rozmowy telefonicznej, aplikacji komórkowych (WhatsApp) i wideokonferencji na platformach Skype, Zoom i FaceTime. Formy zdalnej rehabilitacji z powodzeniem wykorzystywano w wielu dziedzinach medycyny: pulmonologii (COVID-19), neurologii, ortopedii, geriatrici, kardiologii, a także w onkologii i medycynie sportowej³⁴.

Ponadto na początku 2020 r. rozbudowano portal Znajdź fizjoterapeutę o obszar telerehabilitacji. Dzięki tej usłudze powstała możliwość znalezienia komercyjnych usług rehabilitacji leczniczej świadczonych przez fizjoterapeutów z aktualnym prawem wykonywania zawodu z całej Polski, którzy realizują je w formie online³⁵.

Następnym rozwiązaniem z systemu e-zdrowia było wprowadzenie w ramach telemonitoringu w całej Polsce programu Domowej Opieki Medycznej (DOM), wdrożonego od listopada 2020 r. W ramach tego programu pacjenci otrzymują pulsoksymetry, a także korzystają z systemu do przekazywania i monitorowania danych do Centrum Kontaktu DOM. Celem programu było udostępnienie narzędzi umożliwiających bieżące, ale zdalne monitorowanie stanu zdrowia pacjentów przebywających w izolacji domowej z powodu zarażenia COVID-19. Podczas zdalnego monitorowania stanu zdrowia pacjentów wykorzystano takie parametry jak poziom saturacji, czyli nasycenia krwi tętniczej tlenem, tętna, temperatury oraz objawów chorobowych, a także liczbę oddechów na minutę³⁶. Pulsoksymetr w połączeniu z aplikacją PulsoCare Ministerstwa Zdrowia umożliwia odczytanie danych dotyczących pomiaru tętna i saturacji pacjenta oraz dodatkowo świadczeniobiorca samodzielnie uzupełnia ankietę o inne parametry, przesyłając je do systemu. Program DOM przeznaczony jest dla usługobiorców z pozytywnym wynikiem COVID-19 w wieku 55 lat i więcej automatycznie, a także dla osób pełnoletnich, które mają mniej niż 55 lat, których zakwalifikował do programu lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, lub dla osób, które wypełniły formularz PulsoCare na stronie internetowej

³³ Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swadczeniodawcow,7714.html> [dostęp: 3.04.2021].

³⁴ M. Kochman, M. Kołodziej, *Telerehabilitacja: wyzwanie czy konieczność podczas pandemii COVID-19?*, [https://www.ur.edu.pl/storage/file/core_files/2021/2/10/e23f14149fed4138a2ce08195648436c/Streszczenia%202021_PDF%20\(1\).pdf](https://www.ur.edu.pl/storage/file/core_files/2021/2/10/e23f14149fed4138a2ce08195648436c/Streszczenia%202021_PDF%20(1).pdf) [dostęp: 12.05.2021].

³⁵ Baza fizjoterapeutów, <https://znajdzfizjoterapeute.pl/> [dostęp: 3.04.2021].

³⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rozpoczynamy-system-zdalnego-monitorowania-pacjentow-z-covid-19> [dostęp: 3.04.2021].

Ministerstwa Zdrowia³⁷. W takim przypadku pulsoksymetr jest udostępniany pacjentowi i dostarczany pod wskazany adres. Dzięki stałemu monitoringowi, a także możliwości przeprowadzenia zdalnej konsultacji lekarz może natychmiast podjąć decyzję o wysłaniu zespołu ratowniczego, co przyspieszy konieczną hospitalizację leczonego. Po zakończeniu okresu izolacji pulsoksymetr należy zwrócić za pośrednictwem kuriera³⁸.

W związku z pandemią COVID-19 w zakresie teledydaktyki wprowadzono różnego rodzaju formy e-kształcenia, w tym: b-learning (mieszane, hybrydowe), m-learning (zdalnie za pomocą urządzeń mobilnych), u-learning (wszechobecne)³⁹. W Polsce do najbardziej popularnych aplikacji wspomagających videokonferencje grupowe należą: Google Classroom, Hangouts, Microsoft Teams, Skype, Clicmeeting oraz Zoom⁴⁰. Ponadto wprowadzono nowelizację przepisów prawnych odnośnie do kształcenia na studiach m.in. przygotowujących do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego w roku akademickim 2020/2021. Wprowadzone zmiany dotyczyły możliwości:

- zwiększenia wymiaru zajęć teoretycznych prowadzonych w roku akademickim 2020/2021 z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość – prowadzenie zajęć innych niż kształtujących umiejętności praktyczne z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość może być realizowane w wymiarze umożliwiającym uzyskanie do 100% liczby punktów ECTS określonej dla tych zajęć w programie studiów dla danego roku studiów;
- niewliczania liczby punktów ECTS uzyskanych w bieżącym roku akademickim w ramach zajęć – zarówno teoretycznych, jak i kształtujących umiejętności praktyczne – prowadzonych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość do liczby punktów ECTS, jaka może być uzyskana w ramach kształcenia z wykorzystaniem tych metod i technik, określonej odrębnie w każdym standardzie kształcenia⁴¹.

Pomimo licznych zalet wprowadzenia działań z zakresu e-dydaktyki w procesie wdrażania tego systemu pojawiło się wiele wyzwań technicznych i organizacyjnych, zarówno po stronie studentów, jak i instytucji edukujących (np. uczelni wyższych).

³⁷ Konferencja prasowa ministra zdrowia dra Adama Niedzielskiego, 30.11.2020, https://www.gov.pl/web/zdrowie/MZ_konferencja_DOM_30112020%20.pdf [dostęp: 3.04.2021].

³⁸ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/rozpoczynamy-system-zdalnego-monitorowania-pacjentow-z-covid-19> [dostęp: 3.04.2021].

³⁹ P. Topol, *Wszechobecne środowiska uczenia się*, „Studia Edukacyjne” 20, 2012, s. 223–238.

⁴⁰ P. Topol, *Metody i narzędzia kształcenia zdalnego w polskich uczelniach w czasie pandemii COVID-19 – Część 2, Dyskusja 2020*, „Studia Edukacyjne Adam Mickiewicz University Press” 59, 2020, s. 103–117.

⁴¹ Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 18 marca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego, Dz. U. z 2021 r., poz. 519, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000519> [dostęp: 3.04.2021].

Podsumowanie

Pandemia COVID-19 uwidoczniła potrzebę szerszego wykorzystania działań z zakresu e-zdrowia. W Polsce wdrożenie niektórych cyfrowych działań z zakresu e-zdrowia zbiegło się z pojawieniem pandemii COVID-19, zakwalifikowano do nich: elektroniczną dokumentację medyczną, e-recepty oraz e-skierowania. Wraz z pogłębiającym się problemem rozwoju kolejnych faz pandemii COVID-19 uruchamiano dalsze możliwości wykorzystania zdalnych instrumentów świadczenia usług zdrowotnych, takich jak: e-konsultacje, telerehabilitacje, telemonitoring czy teledydaktykę. Najpopularniejsze było wprowadzenie programu domowej opieki medycznej (DOM), czyli monitorowania stanu zdrowia z wykorzystaniem narzędzi diagnostycznych, takich jak pulsoksymetr w połączeniu z aplikacją Pulsocare.

Podjęte wdrożenia z zakresu e-zdrowia odegrały ważną rolę reorganizacji i usprawnienia opieki zdrowotnej w dobie pandemii. Wdrażanie tych działań wymagało koordynacji pomiędzy poszczególnymi jednostkami w celu zarówno świadczenia usług zdrowotnych na wysokim poziomie jakościowym, jak i zapewnienia sprawnego funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej. Działania z zakresu e-zdrowia przyczyniły się do zmniejszenia narażenia pacjentów na zakażenie wirusem SARS-CoV-2, łagodząc brak dostępu do tradycyjnych świadczeń zdrowotnych. Wprowadzenie na szeroką skalę usług telemedycznych uwypukliło konieczność nie tylko reorganizacji wielu aspektów zarządczych systemu ochrony zdrowia, lecz także zobligowało do wdrożenia nowych zasad i standardów etycznych w celu zachowania godności wszystkich jednostek korzystających z tych usług. Czas pandemii ukazał ogromną rolę i znaczenie narzędzi e-zdrowia w polskim systemie ochrony zdrowia. Wiele z nich pozostanie w nim nawet po całkowitym opanowaniu sytuacji pandemicznej. Kolejne etapy rozwoju systemu e-zdrowia w Polsce będą jednak wymagać stałej weryfikacji i doskonalenia zdalnych metod świadczenia usług zdrowotnych.

Bibliografia

Literatura

- Anderson J.G., *Social, ethical and legal barriers to E-health*, „International Journal of Medical Informatics” 76, 2007, nr 5–6, s. 480–483.
- Bacigalupe G., Askari S.F., *E-Health innovations, collaboration, and healthcare disparities: developing criteria for culturally competent evaluation*, „Fam Syst Health” 31, 2013, nr 3, s. 248–263.
- Baudier P., Kondrateva G., Ammi C., *The future of Telemedicine Cabin? The case of the French students' acceptability*, „Futures” 22, 2020, nr 102595.

- Craig J., Petterson V., *Introduction to the Practice of Telemedicine*, „Journal of Telemedicine and Telecare” 11, 2005, nr 1, s. 3–9.
- Eysenbach G., *What is e-health?*, „J Med Internet Res” 3, 2001, nr 2, nr e. 20.
- Kiberu V.M., Mars M., Scott R.E., *Barriers and opportunities to implementation of sustainable e-Health programmes in Uganda: A literature review*, „African Journal of Primary Health Care & Family Medicine” 9, 2017, nr 1, s. 1–10, <https://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1277>.
- Kochman M., Kołodziej M., *Telerehabilitacja: wyzwanie czy konieczność podczas pandemii COVID-19?*, [https://www.ur.edu.pl/storage/file/core_files/2021/2/10/e23f14149fcd4138a2ce08195648436c/Streszczenia%202021_PDF%20\(1\).pdf](https://www.ur.edu.pl/storage/file/core_files/2021/2/10/e23f14149fcd4138a2ce08195648436c/Streszczenia%202021_PDF%20(1).pdf).
- Mattsson S., Olsson E.M., Carlsson M., Johansson B.B., *Identification of anxiety and depression symptoms in patients with cancer: comparison between short and long web-based questionnaires*, „J Med Internet Res” 21, 2019, nr 4, nr e. 11387.
- Mrożek-Gąsiorowski M., *Świadczenia rehabilitacji medycznej w Polsce w czasie pandemii COVID-19. Zagadnienia regulacyjne i organizacyjne*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 18, 2020, nr 2, s. 165–175.
- Narodowy Fundusz Zdrowia, Departament Obsługi Pacjenta, *Raport z badania satysfakcji pacjentów korzystających z teleporad u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w okresie epidemii COVID-19*, Warszawa 08.08.2020, https://www.nfz.gov.pl/download/gfx/nfz/pl/defaultaktualnosci/370/7788/1/raport_-_teleporady_u_lekarza_poz.pdf.
- Public Health England, *Coronavirus (COVID-19): What is social distancing?*, <https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2020/03/04/coronavirus-covid-19-what-is-social-distancing/>.
- Simon S.R., Kaushal R., Cleary P.D., Jenter C.A., Volk L.A., Poon E.G., Orav E.J., Lo H.G., Williams D.H., Bates D.W., *Correlates of electronic health record adoption in office practices: a statewide survey*, „Journal of the American Medical Informatics Association” 14, 2007, nr 1, s. 110–117.
- Smith A.C., Thomas E., Snoswell C.L., Haydon H., Mehrotra A., Clemensen J., Caffery L.J., *Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19)*, „Journal of Telemedicine and Telecare” 26, 2020, nr 5, s. 309–313.
- Topol P., *Metody i narzędzia kształcenia zdalnego w polskich uczelniach w czasie pandemii COVID-19 – Część 2, Dyskusja 2020*, „Studia Edukacyjne Adam Mickiewicz University Press” 59, 2020, s. 103–117.
- Topol P., *Wszechobecne środowiska uczenia się*, „Studia Edukacyjne” 20, 2012, s. 223–238.
- Webster P., *Virtual health care in the era of COVID-19*, „Lancet” 395, 2020, nr 10231, s. 1180–1181.
- World Health Organization, *eHealth at WHO*, <https://www.who.int/ehealth/about/en/>.
- World Health Organization and International Telecommunication Union 2012, *National eHealth Strategy Toolkit*, s. 17, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75211/9789241548465_eng.pdf;jsessionid=92D3DB10F823800A471BBFBC8BDB034A?sequence=1.

Źródła

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2020 r., poz. 295, 567, 1493, 2112, 2345, 2401.
- Rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 18 marca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty,

farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego, Dz. U. z 2021 r., poz. 519.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2019 r. w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, Dz. U. z 2019 r., poz. 711.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej Dz. U 2021 r., poz. 504.

Internet

Baza fizjoterapeutów, <https://znajdzfizjoterapeute.pl/> [dostęp: 3.04.2021].

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,7714.html>.

Centrum e-Zdrowia, <https://cez.gov.pl/e-zdrowie-p1/e-recepta/>.

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia: E-recepta pytania i odpowiedzi dla pracowników medycznych uprawnionych do wystawiania e-recepty, dla aptekarzy. Wersja 1.01 z dnia 7 lutego 2020.

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/rozpoczynamy-system-zdalnego-monitorowania-pacjentow-z-covid-19>.

Konferencja prasowa ministra zdrowia dra Adama Niedzielskiego, 30.11.2020, https://www.gov.pl/web/zdrowie/MZ_konferencja_DOM_30112020%20.pdf.

Narodowy Fundusz Zdrowia, <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/pierwszy-miesiac-e-skierowania-w-polsce,459.html>.

Serwis [gov.pl](https://www.gov.pl), <https://www.gov.pl/web/popcwsparcie/p1-elektroniczna-platforma-gromadzenia-analazy-i-udostepniania-zasobow-cyfrowych-o-zdarzeniach-medycznych>.

Serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta>.

Ocena jakości życia pacjentów chorych na reumatoidalne zapalenie stawów w okresie pandemii SARS-CoV-2

The assessment of the quality of life of patients with rheumatoid arthritis during the SARS-CoV-2 pandemic

Karolina Jędrasik

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

ORCID: [0000-0002-3250-5463](https://orcid.org/0000-0002-3250-5463)

Zofia Gaweł

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

ORCID: [0000-0003-3559-4366](https://orcid.org/0000-0003-3559-4366)

Martyna Pietruszka

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

ORCID: [0000-0003-4919-2077](https://orcid.org/0000-0003-4919-2077)

Beata Jankowska-Polańska

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ we Wrocławiu

ORCID: [0000-0003-1120-3535](https://orcid.org/0000-0003-1120-3535)

Aleksandra Krysiak

Politechnika Wrocławska

ORCID: [0000-0002-5762-0548](https://orcid.org/0000-0002-5762-0548)

Streszczenie

Celem pracy jest przedstawienie, w jaki sposób pandemia SARS-CoV-2 wpłynęła na jakość życia (QoL) chorych na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS). Dodatkowo przeprowadzona została ocena satysfakcji i znaczenia teleporad prowadzonych przez lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej, w celu zbadania wartości takiego sposobu komunikacji dla poziomu jakości życia pacjentów z opisywanym schorzeniem. Badanie przeprowadzono wśród 146 chorych na reumatoidalne zapalenie stawów za pomocą kwestionariusza jakości życia oraz ankiety własnego autorstwa, a także danych medycznych. Jakość życia podczas pandemii okazała się niska w przypadku prawie połowy respondentów (ok. 49,3%). Wyniki badań ankietowych dowiodły, że w dużej mierze zależała ona od nasilenia objawów związanych z chorobą podstawową. Negatywny wpływ na poziom QoL miały: brak aktywności w życiu rodzinnym i zawodowym oraz brak aktywności związanych z relaksem i przyjemnością. Pacjenci uskarżali się na niemożność udziału w istotnych wydarzeniach oraz niepodejmowanie aktywności w czynnościach dnia codziennego oraz aktywności domowej i zawodowej, co miało istotny związek z poziomem QoL. Ponad połowa ankietowanych korzystała z teleporad w czasie pandemii. Na podstawie wyników badań stwierdzono, że dla przeważającej grupy badanych kontakt z lekarzem

w czasie pandemii był satysfakcjonujący, jednakże dostęp do ochrony zdrowia był utrudniony. Z uzyskanych informacji można było wywnioskować, że jakość życia pacjentów z RZS w czasie pandemii SARS-CoV-2 jest niska. Ponadto na ocenę jakości życia negatywnie wpływają: nasilenie objawów choroby i brak aktywności w czynnościach dnia codziennego oraz sferach socjalnej i zawodowej. Dodatkowo chorzy na RZS w miarę możliwości korzystają z teleporad, a ich jakość jest dla nich satysfakcjonująca. Niestety podkreślają również utrudniony kontakt z lekarzem, co wymaga rozszerzenia dostępności wizyt.

Słowa kluczowe

reumatoidalne zapalenie stawów, jakość życia, pandemia COVID-19, teleporady

Abstract

The aim of the study is to present how the SARS-CoV-2 pandemic influenced the quality of life (QOL) of patients with rheumatoid arthritis. Additionally, an evaluation of the satisfaction and importance of teleconsultations with a primary healthcare physician was performed to investigate the impact of this type of contact on the quality of life of patients with described disease. The study was conducted among 146 patients with rheumatoid arthritis, with the help of quality of life questionnaire and self-authored form, as well as medical data. The quality of life during the pandemic occurred to be low in the cases of almost half of the respondents (circa 49,3%). The results of the research proved that the quality of life depended on the severity of the symptoms associated with the underlying disease. The following factors had a negative impact on the QoL assessment: lack of activity in family and work life, and a small amount of pastimes related to relaxation and enjoyment. Patients complain about the lack of participation in important events and the inability to be active in everyday activities as well as home and professional activities, which was significantly related to the QoL level. More than half of the respondents took part in teleconsultations during the pandemic. The results of the research show that for the vast majority of respondents contact with a doctor during the pandemic was satisfactory, however, access to health care was difficult. According to the obtained information, it was found out, that the quality of life of rheumatoid arthritis patients during the SARS-CoV-2 pandemic is low; Moreover, the assessment of the quality of life is negatively affected by the severity of the disease symptoms and the lack of activity in everyday activities as well as social and professional activity; furthermore, patients with rheumatoid arthritis, whenever possible, participate in teleconsultations, and its quality is satisfying; unfortunately, patients draw attention to difficult contact with the doctor, what requires expansion of availability of these visits.

Keywords

rheumatoid arthritis, quality of life, COVID-19 pandemic, teleconsultation

JEL: I10, I12, I14, I18

Wstęp

Reumatoidalne zapalenie stawów to wielonarządowa choroba, która atakuje tkankę łączną. Przez swój charakterystyczny przebieg i zmienność obrazu klinicznego prowadzi do niepełnosprawności pacjentów dotkniętych tym schorzeniem. W Polsce ze wszystkich chorób zapalnych stawów RZS odznacza się najwyższą chorobowością – określa się ją na 0,9% w całym kraju¹. Zachorowania odnotowuje się w grupie osób

¹ B. Batko, *Rozpoznawanie i monitorowanie przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów – przewodnik dla lekarzy rodzinnych*, „Lekarz POZ” 2020, nr 3, s. 167–173.

między 30 a 50. rokiem życia, jednak najczęściej dotyka kobiety po 40. roku życia i aż u jednej trzeciej wszystkich pacjentów prowadzi do przewlekłego inwalidztwa wskutek zmian zachodzących w stawach².

Objawami, z którymi zmagają się chorzy, są: symetryczny ból i obrzęk stawów stóp i rąk, charakterystyczna sztywność poranna, towarzyszące im stany podgorączkowe, utrata masy ciała, bóle mięśni oraz przewlekłe zmęczenie. Postępujący przebieg choroby, stałe odczuwanie bólu, pogarszająca się sprawność i zależność od innych osób prowadzą do pogorszenia jakości życia, a nawet doświadczenia przez tych pacjentów stresu psychologicznego³.

Szczególną rolę w diagnostyce wczesnych objawów przypisuje się lekarzom POZ i jest to miejsce pierwszego kontaktu, gdzie pacjenci zgłaszają swoje dolegliwości. Ważnym aspektem jest zebranie wywiadu, obiektywna ocena pacjenta w badaniu fizykalnym, ale również badania pomocnicze, takie jak: markery zapalenia (OB i/lub CRP), określenie czynnika reumatoidalnego oraz rutynowe radiogramy rąk i nóg. Chory powinien być poddany opiece reumatologa, jednak cały proces leczenia, podejmowanie decyzji powinno mieć kompleksowy charakter we współpracy z lekarzem rodzinnym i mieć na uwadze edukację pacjenta, leczenie farmakologiczne, proces rehabilitacyjny oraz psychoterapeutyczny⁴.

Pandemia COVID-19 rozpoczęła się w marcu 2020 r., poprzedzona wybuchem epidemii w Wuhan w Chinach pod koniec 2019 r., wywołała ją rozprzestrzenianie się wirusa SARS-CoV-2⁵. Według statystyk Światowej Organizacji Zdrowia do 11 maja 2021 r. potwierdzono ponad 150 mln przypadków zakażeń koronawirusem, co wpłynęło na wystąpienie powyżej 3 mln zgonów na całym świecie. Sposobem na zwalczanie globalnego zagrożenia stały się szczepionki, które uznano za skuteczne⁶. Wirus atakuje głównie płuca, dochodzi do uszkodzenia pęcherzyków płucnych, powiązane jest to z zanikiem przepływu krwi, a to prowadzi do niedotlenienia i uszkodzenia narządów. Ponadto choroba atakuje też układ krążenia, może dojść do zapalenia mięśnia sercowego, zespołów wieńcowych; narażone na działanie wirusa są też: układ nerwowy, nerki, wątroba, skóra czy oczy.

Pojawienie się wirusa SARS-CoV-2 wymusiło zarówno w opiece medycznej, jak i u pacjentów przystosowanie się do nowej sytuacji oraz wdrożenie sposobu działań,

² M. Baran, *Rola fizjoterapii w kompleksowym leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów w okresie remisji*, „Acta Salutem Scientiae” 2019, nr 1, s. 53–65.

³ M. Kadłubowska, M. Kózka, E. Bąk, M. Fraś, B. Kudłacik, *Zachowania zdrowotne jako determinanta strategii radzenia sobie z bólem chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów*, „Probl Hig Epidemiol” 96, 2015, nr 1, s. 175–180.

⁴ Batko B., *Rozpoznawanie i monitorowanie przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów – przewodnik dla lekarzy rodzinnych*, „Lekarz POZ” 2020, nr 3, s. 167–173.

⁵ J. Duszyński, A. Felt, A. Ochab-Marcinek, R. Owczuk, K. Pyrc, M. Rosińska, A. Rychard, T. Smiatcz, *Zrozumieć COVID-19*, Polska Akademia Nauk 2020.

⁶ https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines?fbclid=IwAR3kTwehAGTw1uyfSLuSHUwm_4zKXajE-1vMfOY1WKA8ILiyn6ZYI6d960 [dostęp: 11.05.2021].

które dotąd nie były powszechne. Chorzy zostali postawieni wobec konieczności adaptacji do zmian systemu Podstawowej Opieki Zdrowotnej, co przyczyniło się do zmniejszenia korzystania z usług porad lekarzy w przychodniach oraz specjalistów, a sposób kontaktu między pacjentem a lekarzem przybrał formę teleporady⁷. Pacjenci zaczęli mierzyć się z trudnościami w dodzwonieniu się do placówek przychodni. Największy problem jednak osiągnął osób wymagających bezpośredniego kontaktu z lekarzem, co z racji ogłoszenia szczególnych restrykcji, narzuconych przez pandemię, wiązało się z pogorszeniem jakości życia tych chorych⁸.

Celem pracy jest udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania:

1. Jak pandemia SARS-CoV2 wpłynęła na jakość życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów?
2. Czy teleporady wpłynęły na stan zdrowia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów?

Metody badawcze

Badanie zostało przeprowadzone na zasadzie doboru ochotniczego. Wzięli w nim udział chorzy na reumatoidalne zapalenie stawów, członkowie grup zrzeszających osoby ze schorzeniami reumatologicznymi na portalu społecznościowym Facebook, gdzie udostępniono prośbę o wypełnienie ankiety. Przystąpiło do niej 146 osób w wieku od 19 do 74 lat w czasie od 2 grudnia 2020 do 11 lutego 2021 r.

Do badań wykorzystano kwestionariusz dotyczący cech klinicznych reumatoidalnego zapalenia stawów, kwestionariusz oceniający jakość życia chorych na zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa oraz pytania własne dotyczące życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w czasie pandemii SARS-CoV-2. Pytano o doświadczenie związane z teleporadami. Ponadto zadano pytania o aktywność fizyczną ankietowanych, zażywane przez nich leki, stan cywilny, wykształcenie i posiadanie pracy.

Kwestionariusz dotyczący cech klinicznych RZS skupiał się na ocenie poszczególnych objawów choroby u ankietowanych. Mieli oni za zadanie ocenić natężenie objawów, takich jak sztywność poranna, ból dłoni i stawów czy osłabienie, w skali od 1 do 10. Odpowiedzi od 1 do 3 punktów uznano za oznaczające małe nasilenie objawów, 4–6 punktów – umiarkowane, a jako duże klasyfikowano liczbę punktów od 7 do 10.

⁷ P. Robakowski, J. Synowec, *Polityka Zdrowotna RP – co zmieniło się w dobie COVID-19?*, „Studia Polityczne” 48, 2020, nr 3, s. 97–98.

⁸ Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19, Raport Rzecznika Praw Pacjenta, Warszawa, październik 2020, <https://www.gov.pl/web/rpp/aneks-do-raportu-problemy-pacjentow-w-obliczu-epidemii-covid-19-aktualizacja-za-pazdziernik-2020-roku> [dostęp: 13.05.2021].

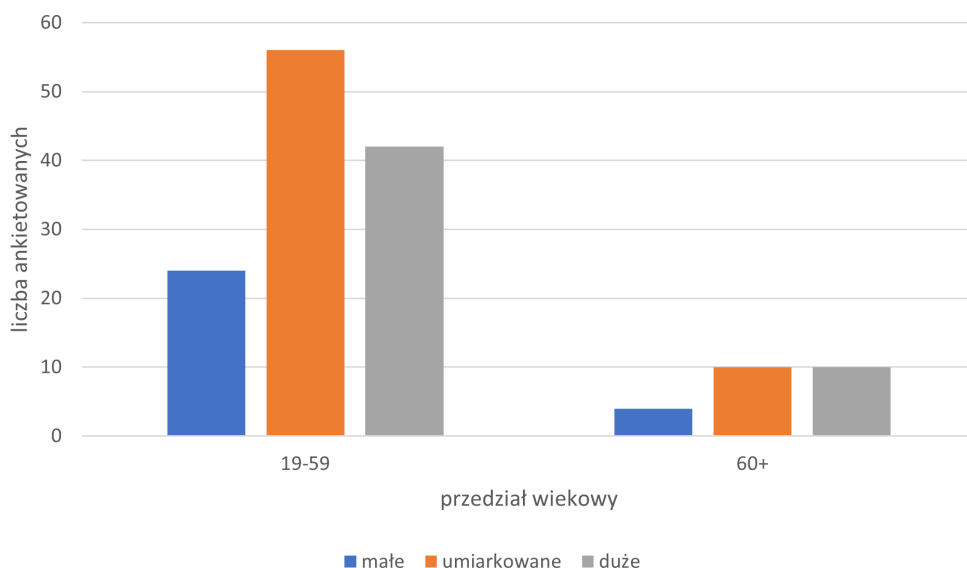
Kwestionariusz jakości życia w zesztywniającym zapaleniu stawów kręgosłupa ASQoL został zaadaptowany do reumatoidalnego zapalenia stawów zgodnie z potrzebami badań.

Wyniki

Najliczniejszą grupę wiekową stanowili pacjenci w wieku 51–60 oraz 31–40 lat. Większość ankietowanych była w związku, jedynie ok. 26,7% osób określiło swój stan jako samotny. Wykształcenie respondentów w dużej mierze było wyższe (ok. 52,7%), ok. 34,9% osób podało ukończenie edukacji na poziomie średnim; kolejną grupą pod względem liczby odpowiadających pacjentów są chorzy z wykształceniem zawodowym (ok. 10,3%), a najmniej jest osób z wykształceniem podstawowym. Pod względem aktywności zawodowej najwięcej (ok. 56,2%) było osób pracujących, najmniej natomiast korzystało z zasiłku ZUS (ok. 5,5%). Około 48,6% pacjentów aktywnych zawodowo zadeklarowało, że wykonuje pracę stacjonarnie, a jedynie ok. 9,6% zdalnie i 11,6% hybrydowo. Wśród badanych najwięcej jest pacjentów, u których długość trwania choroby nie przekracza 10 lat.

Sprawność ruchowa przed pandemią okazała się dobra dla większości osób w przedziale wiekowym 19–59 lat, a także dla osób starszych. Podczas pandemii nastąpiła jednak zmiana poziomu sprawności ruchowej – w obu wymienionych grupach najwięcej osób uznało ją za niezbyt dobrą.

Wykres 1. Nasilenie objawów reumatoidalnego zapalenia stawów w czasie pandemii dla poszczególnych grup wiekowych



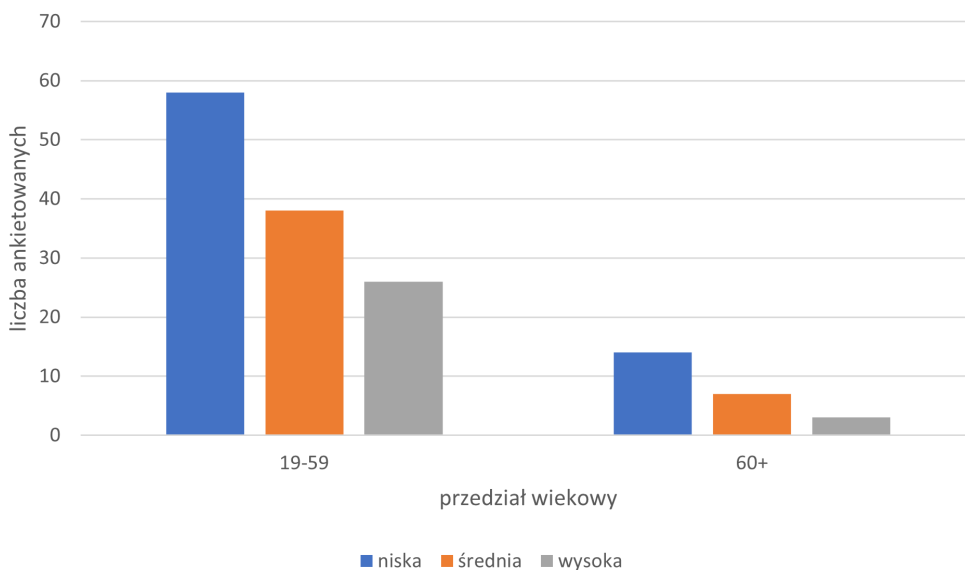
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Średnie nasilenie objawów reumatoidalnego zapalenia stawów, takich jak ból stawów, sztywność poranna czy osłabienie, u większości pacjentów powyżej 60. roku życia było umiarkowane, co przedstawione zostało na wykresie 1, natomiast wśród osób starszych liczba osób z dużym nasileniem symptomów odpowiadała liczbie chorych z umiarkowanym nasileniem.

Odpowiedzi w zaadaptowanej do reumatoidalnego zapalenia stawów ankiecie związanej z jakością życia osób z zeszytniającym zapaleniem stawów oceniano, stosując skalę punktów od 0 do 1. Odpowiedzi zgodne z danym stwierdzeniem punktowano na 1, a odpowiedzi negujące przedstawione zdania – na 0 punktów. Poprzez sumowanie otrzymanych punktów uzyskuje się wyniki w wartościach od 0 do 18 punktów, gdzie 0 oznacza wysoką jakość życia, a 18 – niską, wobec czego im wyższy jest wynik, tym niższa jest jakość życia. Zakres od 13 do 18 punktów uznano za niską jakość życia, od 7 do 12 za średnią, a wyniki równe lub niższe niż 6 odpowiadały wysokiej jakości życia.

Najwięcej osób osiągnęło wynik odpowiadający niskiej (ok. 49,3%) lub średniej (30,8%) jakości życia. Zaledwie 20% ankietowanych oceniło swoją jakość życia jako wysoką. Porównując jakość życia w zależności od wieku ankietowanych, stwierdzono, że niezależnie od wieku była ona niska w grupie osób młodszych (poniżej 60 lat), jak i osób starszych (powyżej 60 lat). Wyniki odnoszące się do przedziałów wiekowych ujęto na wykresie 2.

Wykres 2. Poziom jakości życia ankietowanych w poszczególnych grupach wiekowych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

W badaniu stwierdzono występowanie korelacji pomiędzy nasileniem objawów a jakością życia – współczynnik korelacji wyniósł 0,62, co oznacza, że zaszła średnia korelacja (dodatnia), a więc im silniejsze dolegliwości, tym wyższa punktacja w kwestionariuszu jakości życia, a tym samym niższa ocena QoL. Korelacja wystąpiła także pomiędzy jakością życia a pogorszeniem sprawności ruchowej, mając współczynnik 0,59. Również osłabienie i zmęczenie jako jedne z objawów reumatoidalnego zapalenia stawów okazały się powiązane z jakością życia – współczynnik korelacji wyniósł 0,51, co oznacza, że im większy poziom zmęczenia i osłabienia, tym niższa ocena jakości życia.

Natomiast brak korelacji odpowiadającej postawionym hipotezom lub niską korelację stwierdzono pomiędzy hipotezami związanymi z liczbą teleporad i wizyt u lekarza specjalisty oraz jakością życia a zadowoleniem z konsultacji zdalnych. Pełna treść hipotez została przedstawiona w tabeli 1. Nie stwierdzono również wpisującej się w hipotezy korelacji pomiędzy trudnością w dostępie do ochrony zdrowia, formą teleporad oraz występowaniem obaw co do wizyty bezpośredniej a jakością życia. Nie zaobserwowano również takiej korelacji pomiędzy udziałem w leczeniu biologicznym a stosunkiem do niego podczas pandemii.

Tabela 1. Współczynniki korelacji dla postawionych hipotez

Hipoteza	Współczynnik korelacji	<i>p</i>
Mała liczba teleporad/wizyt u lekarza specjalisty (dwa razy i rzadziej w ciągu pół roku) wpływa negatywnie na jakość życia (sprawia, że jest ona niska).	0,152708	ns
Trudności w dostępie do ochrony zdrowia w związku z pandemią sprawiają, że jakość życia pacjentów z RZS jest niska.	-0,218214	ns
Jakość życia pacjentów korzystających z wizyt osobistych u lekarza POZ w czasie pandemii jest lepsza niż osób z kontaktem w formie teleporad (telefonicznie i wideo).	-0,087333	ns
Duże nasilenie objawów RZS (ocena dolegliwości na punkty 7–10) w czasie pandemii sprawia, że jakość życia pacjentów jest niska.	0,617941	ns
Osoby starsze (60 lat i więcej) są bardziej niezadowolone z teleporad niż reszta badanych.	-0,253298	ns
Jakość życia osób, które oceniły kontakt z lekarzem w czasie pandemii jako niesatysfakcjonujący, jest średnia lub niska.	0,121816	ns
Pacjenci, którzy zgłaszają obawy co do wizyty bezpośredniej u lekarza związane z ryzykiem zakażenia SARS-CoV-2, mają niską jakość życia.	0,048672	ns
Pacjenci, którzy biorą udział w leczeniu biologicznym, zrezygnowali z niego podczas pandemii.	0,029434	ns

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników badań.

Przeważającą część chorych podczas pandemii zdana była na zdalne formy kontaktu z lekarzem rodzinnym, jednakże 61% ankietowanych uznało, że miały trudności w dostępie do ochrony zdrowia podczas pandemii i najczęściej wiązały się one z trudnościami w nawiązaniu kontaktu telefonicznego i umówieniu na wizytę z lekarzem. Jeśli wizyta się odbyła, to 54,8% osób potwierdziło swoje usatysfakcjonowanie z takiej formy kontaktu. Większość pacjentów nie stwierdziła powodów do rezygnacji z uczęszczania do poradni specjalistycznych w formie stacjonarnej w dobie pandemii SARS-CoV-2.

Porównując opiekę stacjonarną do e-opieki, 62,3% osób stwierdziło, że jakość teleporad nie jest tak zadowalająca jak konsultacje osobiste. Powodem niezadowolenia jest utrudniona komunikacja w zakresie dokładnych zaleceń. Zaskakujące jest, że wśród ankietowanych znalazły się osoby, które uznały porady zdalne za bardziej satysfakcjonujące niż opieka stacjonarna (6,2%). W ciągu sześciu miesięcy trwania pandemii pacjenci korzystali z usług podstawowej opieki zdrowotnej najczęściej dwa (ok. 23% osób) lub trzy razy (ok. 20,6% osób). Większość uznała, że częstość tych wizyt nie zmieniła się w porównaniu z czasem przed pandemią.

Dyskusja

Reumatoidalne zapalenie stawów to choroba autoimmunologiczna o przewlekłym charakterze, która atakuje tkanki miękkie, najczęściej kończyn. Schorzenie to dotyka 0,3–1% populacji, z czego większą grupą są kobiety. Objawia się bólami stawowymi rąk i stóp, sztywnością poranną, osłabieniem czy podwyższoną temperaturą. Ponadto symptomy mogą lokalizować się w okolicach płuc, serca, nerek, narządu wzroku, a także naczyń krwionośnych⁹. Na początku diagnostyki należy wykonać badania laboratoryjne obejmujące wykładniki zapalenia – odczyn Biernackiego i białko C-reaktywne i morfologię. Konieczne jest również oznaczenie aktywności przeciwciał RF i ACPA. Do dalszej diagnostyki wykorzystuje się badania obrazowe: ultrasonografię, badanie rentgenowskie, rezonans magnetyczny oraz tomografię komputerową¹⁰. Podczas stawiania diagnozy należy pamiętać o odróżnieniu reumatoidalnego zapalenia stawów od innych chorób o podobnym przebiegu, takich jak toczeń rumieniowaty układowy, twardzina czy polimialgia¹¹. Leczenie jest wielopłaszczyznowe, polega na terapii lekami modyfikującymi

⁹ A. Pfeil, P. Oelzner, J. Böttcher, Ch. Jung, G. Wolf, W. Samborski, B. Stankiewicz-Oleszkiewicz, K. Zwierzyńska, *Elsevier Essentials Reumatologia*, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2019.

¹⁰ A. Marcol-Majewska, G. Majewski, P. Kotyla, *Reumatoidalne zapalenie stawów – propozycje postępowania diagnostycznego*, „Forum Reumatologiczne” 3, 2017, nr 2, s. 88–92.

¹¹ P. Gajewski, A. Szczeklik, A. Adrych, *Interna Szczeklika 2019*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2019.

przebieg choroby, glikokortykosteroidami oraz analgetykami. Istotne znaczenie ma rehabilitacja, a także dieta i konsekwencja w stosowaniu się do zaleceń. Należy zwrócić uwagę także na możliwe powikłania stosowanych substancji farmakologicznych¹². Występowanie reumatoidalnego zapalenia stawów oddziałuje poza ograniczeniami fizycznymi na życie społeczne chorego oraz sferę psychiczną i samodzielność pacjenta¹³.

Nagłe pojawienie się kryzysu doprowadza do zmian w stylu życia, zmniejszenia interakcji międzyludzkich oraz wymaga dostosowania się do nowej sytuacji. Przemiany te obejmują obszar zarówno fizyczny, jak i psychiczny funkcjonowania człowieka¹⁴. Pandemia narzuciła konieczność pozostawania w środowisku domowym z powodu możliwości zakażenia się wirusem, co ograniczyło aktywność fizyczną oraz możliwość korzystania z opieki medycznej w tradycyjnej formie. Aspekty te wpływają na stan zdrowia osób ze schorzeniami przewlekłymi¹⁵. Reakcje na nową sytuację były różne, początkowo było to zdumienie, powątpiewanie, a nawet strach. Długotrwały strach społeczeństwa spowodował u wielu osób nawet zaburzenia lękowe. Wzrosła liczba osób z zaburzeniami depresyjnymi¹⁶. Także wśród badanych pacjentów w czasie pandemii pojawiały się takie problemy jak łatwe zdenerwowanie (co przyznało ok. 75% odpowiadających), problemy ze snem (prawie 64%) czy skłonność do płaczu (ponad 84%).

W przypadku chorób narządu ruchu ograniczenie kontaktu z lekarzem negatywnie wpływa na przeprowadzenie badania przedmiotowego, utrudnia diagnostykę pacjenta, a także dostosowanie odpowiedniej formy terapii. Dodatkowo niemożliwe bywa stosowanie się do powziętego planu opieki, ponieważ dostęp do rehabilitacji czy zabiegów fizykoterapeutycznych i konsultacji jest zmniejszony¹⁷. Przeprowadzone badania potwierdzają, że podczas pandemii nasilenie objawów reumatoidalnego zapalenia stawów większości badanych pacjentów przed 60. rokiem życia było umiarkowane, a wśród osób starszych umiarkowane lub wysokie. Wpłynęło to na jakość życia chorych, która dla ogółu badanych uplasowała się na niskim poziomie. Dla większości ankietowanych w każdym wieku była ona zła. Dowodzić to może szczególnego znaczenia intensywności symptomów dla samopoczucia chorych w czasie pandemii. Przykładowo ok. 48%

¹² A. Pfeil, P. Oelzner, J. Böttcher, Ch. Jung, G. Wolf, W. Samborski, B. Stankiewicz-Oleszkiewicz, K. Zwierzyńska, *op. cit.*

¹³ I. Wysocka-Skurska., M. Sierakowska, S. Sierakowski, *Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w zależności od stosowanej terapii farmakologicznej*, „Reumatologia” 50, 2012, nr 1, s. 16–23.

¹⁴ *Ibidem.*

¹⁵ R. Rupiński, *Ból – jak leczyć go skutecznie i bezpiecznie w dobie COVID-19?*, „Medycyna i Życie” 7, 2020, nr 3–4, s. 5–12.

¹⁶ J. Mróz, *Ocena komunikacji a poczucie samotności i satysfakcji z życia w czasie pandemii*, „Kwartalnik Naukowy Dides Et Ratio. Dialog, komunikacja. Ujęcie interdyscyplinarne” 42, 2020, nr 2, s. 214–226.

¹⁷ R. Rupiński, *op. cit.*

ankietowanych oceniło ból stawów i nadgarstków z okresu miesiąca przed udziałem w przeprowadzonym badaniu punktami z zakresu 7–10 (gdzie 0 oznaczało niewystępowanie dolegliwości, a 10 symptomy bardzo intensywne, ograniczające codzienną aktywność). Natomiast prawie 30% osób przyznało powyższemu objawowi 4–6 punktów. Wyniki te udowadniają, że nasilenie objawów u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w okresie przeprowadzania badania podczas pandemii było duże, co także oddziaływało na ogólną jakość życia badanych chorych.

Jakość życia chorych na reumatoidalne zapalenie stawów jest ogólnie uznawana za niską, przede wszystkim ze względu na dolegliwości oraz nastawienie do leczenia i jego efektywności, a także niebezpieczeństwo powikłań¹⁸. Wyniki przeprowadzonych ankiet potwierdzają powyższe stwierdzenie, ponieważ jakość życia większości osób na podstawie podsumowania zastosowanych kwestionariuszy okazała się na niskim poziomie. Należy pamiętać, że jakość życia uzależniona jest od indywidualnego przypadku pacjenta, od przebiegu jego choroby oraz nasilenia i częstości objawów, a także aspektów psychicznych: radzenia sobie z problemami, woli walki i możliwości przystosowania się do trudnej sytuacji¹⁹. Na jakość życia pozytywny wpływ może mieć odpowiednia edukacja i pomoc w wykształceniu zdolności do samoopieki, a także aktywność fizyczna dostosowana do aktualnego stanu pacjenta oraz właściwa dieta i dbanie o komfort psychiczny²⁰.

Znaczna większość ankietowanych sprawność ruchową sprzed pandemii oceniła jako dobrą. Zgodnie z wynikami badania po rozpoczęciu tego okresu również najwięcej badanych określiło formę fizyczną jako niezbyt dobrą. Wobec tego warunki towarzyszące rozprzestrzenianiu się zakażenia SARS-CoV-2 wpłynęły negatywnie na wydolność fizyczną pacjentów. Sprawność fizyczna chorych jest wypadkową wspomnianego nasilenia dolegliwości, w przypadku chorych na reumatoidalne zapalenia stawów szczególnie bólu oraz sztywności porannej, a także przeplatanie się faz zaostrzenia oraz remisji i długotrwałe leczenie. Jej pogorszenie może mieć negatywne skutki w zakresie życia społecznego i zawodowego pacjenta²¹.

Chorzy na reumatoidalne zapalenie stawów mogą zmagać się z obniżoną odpornością ze względu na przyjmowanie leków immunosupresyjnych, stąd narażenie na infekcje jest u nich wzmożone, co wymaga ograniczenia kontaktów z osobami potencjalnie chorymi²². Czynniki te mógł mieć znaczenie przy zachowaniach tej grupy podczas

¹⁸ M. Sierakowska, *Jakość życia w przewlekłych chorobach reumatycznych – uwarunkowania społeczne, psychologiczne i medyczne oraz metody pomiaru*, „Forum Reumatol.” 3, 2017, nr 1, s. 5–12.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ M. Kadłubowska, M. Kózka, E. Bąk, M. Fraś, B. Kudłacik, *op. cit.*

²¹ <https://covid19.who.int/> [dostęp: 11.05.2021].

²² I. Marzec, M. Budnik, D. Balcerak, A. Galikowska, A. Ziegler, M. Olszewska, *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej w opiece nad pacjentem z reumatoidalnym zapaleniem stawów*, „Journal of Educa-

pandemii. Rozwiązaniem w takim przypadku może być udział w odpowiednich szczepieniach, także przeciwko COVID-19. Zgodnie z aktualnym stanowiskiem Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego i konsultanta krajowego w dziedzinie reumatologii z dnia 12 kwietnia 2021 r. stosowanie szczepionek u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów jest bezpieczne, w każdym przypadku konieczna jest jednak ostateczna decyzja lekarza²³. W części ankiety dotyczącej jakości życia na zdanie dotyczące ograniczenia udawania się w różne miejsca przez schorzenie 72 osoby zareagowały twierdząco, a 74 negatywnie, więc na każdą z opcji odpowiedziała podobna liczba badanych. Jednakże stwierdzenie dotyczące wrażenia, że wiele aktywności omija daną osobę, wyraźniej podzieliło grupę ankietowanych: 113 osób zgodziło się z nim, a jedynie 33 udzieliły przeczącej odpowiedzi. Także w zakresie spotkań z przyjaciółmi oraz rodziną 87 osób uznało, że nie ma możliwości w nich uczestniczyć, a jedynie 59 chorych wyraziło gotowość brania w nich udziału. Może to dowodzić faktycznego ograniczenia życia społecznego, co rzutuje na poziom jakości życia pacjentów. Także z tych względów część chorych obawia się wizyt u lekarza.

W czasie pandemii konieczne okazało się prowadzenie teleporad, które prawnie traktowane są w tym czasie równoznacznie z wizytą bezpośrednią. Ze względu na obstrzeżenia utrudnione jest standardowe prowadzenie leczenia opierające się na osobistym, fizycznym spotkaniu. W dłuższej perspektywie całkowite przejście z tradycyjnych form wizyty jest niemożliwe, ponieważ kluczowe dla rozpoznania badanie fizykalne nie może zostać przeprowadzone²⁴. Okazało się nawet, iż na początku zmian w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej pacjenci byli gotowi przełożyć swoje wizyty na późniejsze terminy, lecz poważniejszym wyzwaniem stało się zachęcenie ludzi do ponownego kontaktu, podobnie jak dotychczas, w najkrótszym możliwym czasie²⁵. Wśród osób ankietowanych większość stwierdziła jednak, że częstość ich kontaktu z lekarzem nie zmieniła się podczas pandemii. Najwięcej odpowiedzi wskazywało częstość wizyt równą dwóm lub trzem w ciągu półroczu. Aby odpowiednio ewaluować kontynuowaną terapię i dostosowywać ją do potrzeb pacjenta, chorzy na reumatoidalne zapalenie stawów powinni do takich kontroli przystępować przynajmniej raz na jeden–trzy miesiące podczas fazy zaostrzenia

tion, Health and Sport” 6, 2016, nr 9, s. 345–356.

²³ <http://www.reumatologia.ptr.net.pl/?-span-style-color-0070c0;-aktualizacja-update-span-stanowisko-zarzadu-glownego-polskiego-towarzystwa-reumatologicznego-i-konsultanta-krajowego-w-dziedzinie-reumatologii-dotyczace-szczepien-przeciwko-covid-19-u-pacjentow-z-autoimmunologicznymi-i-zapalnymi-chorobami-reumatycznymi,323> [dostęp: 13.05.2021].

²⁴ I. Wrześniewska, D. Hajdukiewicz, *Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, nr 50, s. 509–524.

²⁵ S. Rawaf, L.N. Allen, F.L. Stigler, D. Kringos, H. Quezada-Yamamoto, C. van Weel, *Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide*, „Eur J Gen Pract” 26, 2020, nr 1, s. 29–133.

choroby, a w czasie remisji co sześć–dwanaście miesięcy²⁶. Osiągnięte wyniki odpowiadają wobec tego zaleceniom, należy jednak wziąć pod uwagę odmiennność charakteru i efektywności wizyty zdalnej od klasycznej, stacjonarnej.

Zgodnie z raportem Ministerstwa Zdrowia z sierpnia 2020 r. dotyczącego korzystania z teleporad w czasie pandemii duża grupa pacjentów była zadowolona z takich konsultacji na tyle, że poleciliby je swoim znajomym. Wynioskowano, że powyższa forma kontaktu między chorym a lekarzem była korzystnie odebrana przez pacjentów. Odmienne do wcześniejszych założeń nie przysporzyło to problemów starszym osobom. Najwięcej badanych brało udział w konsultacji będącej rozmową telefoniczną. Większość pacjentów uznała, że wizyta osobista daje szersze możliwości poznania szczegółów zaleceń²⁷.

Podobnie wśród udzielających odpowiedzi do przygotowanych ankiet większość badanych podczas pandemii korzystała jedynie ze zdalnych form konsultacji, jednak wiele osób uznało, że nie istnieją powody, dla których mieliby rezygnować z wizyty bezpośredniej w podstawowej opiece zdrowotnej czy u lekarza specjalisty. Jakość porady udzielonej przez lekarza podczas zdalnej konsultacji nie była dla większości chorych tak dokładna jak podczas osobistej wizyty, a szczegółowe zalecenia trudniej było uzyskać, jednak większość uznała teleporady za satysfakcjonujące (80 osób ze 146), przy równoczesnym kłopotliwym dostępie do ochrony zdrowia. Prawie 90 osób stwierdziło, że korzystanie z usług medycznych było problematyczne, natomiast niemal 60 osób uznało je za nieprzynoszące trudności. Również hipoteza postawiona podczas prowadzenia badania dotycząca korelacji między wiekiem a satysfakcją z teleporad okazała się nie trafna, co może wskazywać, że starość czy młodość pacjentów nie miała znaczenia co do pojawiania się uprzedzeń, niezadowolona czy problemów związanych z tą formą.

W odniesieniu do powyższych wyników można uznać teleporady za skuteczne i odpowiednie dla pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów na czas pandemii, ze względu na utrzymaną jakość i dostosowanie do warunków i obostrzeń panujących w tym okresie. Jednakże, jak przyznali ankietowani, dla większości dostęp do opieki zdrowotnej był ograniczony, co długofalowo mogłoby mieć negatywne skutki, dlatego teleporady nie powinny być alternatywą w stosunku dla opieki stacjonarnej, gdyż mogłoby to zmniejszyć wykrywalność pogorszenia stanu zdrowia chorych i skuteczność diagnostyki.

²⁶ B. Batko, *Rozpoznawanie i monitorowanie przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów – przewodnik dla lekarzy rodzinnych*, „Lekarz POZ” 2020, nr 3, s. 167–173.

²⁷ Departament Obsługi Pacjenta Narodowy Fundusz Zdrowia, *Raport z badania satysfakcji pacjentów korzystających z teleporad u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w okresie pandemii COVID-19*, Warszawa 2020.

Pomocą w utrzymaniu jakości życia chorych w okresie pandemii na odpowiednio wysokim poziomie może być prowadzenie odpowiedniego stylu życia, wypełnianie zaleceń przedstawicieli zespołu terapeutycznego, regularny kontakt z lekarzem, a także zdobywanie aktualnych informacji dotyczących pandemii.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania wykazały, że jakość życia większości pacjentów z RZS w czasie pandemii SARS-CoV-2 jest niska. Negatywnie na poziom jakości życia pacjentów chorujących na RZS wpływają nasilenie objawów choroby, brak aktywności w czynnościach dnia codziennego oraz aktywności w sferach socjalnej i zawodowej. Chorzy z RZS w miarę możliwości korzystają z teleporad, oceniając je jako satysfakcjonujące. Pacjenci uskarżają się jednak na utrudniony kontakt z lekarzem, dlatego należy rozszerzyć dostęp do tej formy wizyt oraz usprawnić ją.

Bibliografia

Literatura

- Baran M., *Rola fizjoterapii w kompleksowym leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów w okresie remisji*, „Acta Salutem Scientiae” 2019, nr 1, s. 53–65.
- Batko B., *Rozpoznawanie i monitorowanie przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów – przewodnik dla lekarzy rodzinnych*, „Lekarz POZ” 2020, nr 3, s. 167–173.
- Duszyński J., Afelt A., Ochab-Marcinek A., Owczuk R., Pyrc K., Rosińska M., Rychard A., Smiatacz T., *Zrozumieć COVID-19*, Polska Akademia Nauk 2020.
- Gajewski P., Szczeklik A., Adrych A., wsp.: *Interna Szczeklika 2019*, Medycyna Praktyczna, Kraków 2019.
- Kadłubowska M., Kózka M., Bąk E., Fraś M., Kudłacik B., *Zachowania zdrowotne jako determinanta strategii radzenia sobie z bólem chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 96, 2015, nr 1, s. 175–180.
- Marcol-Majewska A., Majewski G., Kotyla P., *Reumatoidalne zapalenie stawów — propozycje postępowania diagnostycznego*, „Forum Reumatologiczne” 3, 2017, nr 2, s. 88–92.
- Marzec I., Budnik M., Balcerak D., Galikowska A., Ziegler A., Olszewska M., *Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej w opiece nad pacjentem z reumatoidalnym zapaleniem stawów*, „Journal of Education, Health and Sport” 6, 2016, nr 9, s. 345–356.
- Mróz J., *Ocena komunikacji a poczucie samotności i satysfakcji z życia w czasie pandemii*, „Kwartalnik Naukowy Dides Et Ratio. Dialog, komunikacja. Ujęcie interdyscyplinarne” 42, 2020, nr 2, s. 214–226.
- Olszanowski R., Gierek R., *Raport uwarunkowania rozwoju telemedycyny w Polsce*, Krajowa Izba Gospodarcza, Warszawa 2016.

- Pfeil A., Oelzner P., Böttcher J., Jung Ch., Wolf G., Samborski W., Stankiewicz-Oleszkiewicz B., Zwierzyńska K., *Elsevier Essentials Reumatologia*, Wydawnictwo Edra Urban & Partner, Wrocław 2019.
- Rawaf S., Allen L.N., Stigler F.L., Kringos D., Quezada-Yamamoto H., van Weel C., *Lessons on the COVID-19 pandemic, for and by primary care professionals worldwide*, „Eur J Gen Pract.” 26, 2020, nr 1, s. 129–133.
- Robakowski P., Synowec J., *Polityka Zdrowotna RP – co zmieniło się w dobie COVID-19?*, „Studia Polityczne” 48, 2020, nr 3, s. 97–98.
- Rupiński R., *Ból – jak leczyć go skutecznie i bezpiecznie w dobie COVID-19?*, „Medycyna i Życie” 7, 2020, nr 3–4, s. 5–12.
- Sierakowska M., *Jakość życia w przewlekłych chorobach reumatycznych — uwarunkowania społeczne, psychologiczne i medyczne oraz metody pomiaru*, „Forum Reumatol.” 3, 2017, nr 1, s. 5–12.
- Wróbel A., Nawalana A., Staszewicz M., Majda A., *Ból a funkcjonowanie chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów*, „Pielęgniarstwo Polskie” 64, 2017, nr 2, s. 254–259.
- Wrześniewska-Wal I., Hajdukiewicz D., *Telemedycyna w Polsce – aspekty prawne, medyczne i etyczne*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, nr 50, s. 509–524.
- Wysocka-Skurska I., Sierakowska M., Sierakowski S., *Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów w zależności od stosowanej terapii farmakologicznej*, „Reumatologia” 50, 2012, nr 1, s. 16–23.

Internet

- COVID-19 vaccines, https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines?fbclid=IwAR3kTwehAGTw1uyfSLuSHUwm_4zKXajE-1vMfOY1WKA8ILiyn6ZYI6d960 [dostęp: 11.05.2021].
- Departament Obsługi Pacjenta Narodowy Fundusz Zdrowia, *Raport z badania satysfakcji pacjentów korzystających z teleporad u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w okresie epidemii COVID-19*, Warszawa 2020.
- Problemy pacjentów w obliczu epidemii choroby COVID-19, Raport Rzecznika Praw Pacjenta, Warszawa, październik 2020, <https://www.gov.pl/web/rpp/aneks-do-raportu-problemy-pacjentow-w-obliczu-epidemii-covid-19-aktualizacja-za-pazdziernik-2020-roku> [dostęp: 13.05.2021].
- Stanowisko Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego i konsultanta krajowego w dziedzinie reumatologii dotyczące szczepień przeciwko COVID-19 u pacjentów z autoimmunologicznymi i zapalnymi chorobami reumatycznymi z dnia 12 kwietnia 2021 r., <http://www.reumatologia.ptn.net.pl/?-span-style-color-0070c0;-aktualizacja-update-span-stanowisko-zarzadu-glownego-polskiego-towarzystwa-reumatologicznego-i-konsultanta-krajowego-w-dziedzinie-reumatologii-dotyczace-szczepien-przeciwko-covid-19-u-pacjentow-z-autoimmunologicznymi-i-zapalnymi-chorobami-reumatycznymi,323> [dostęp: 13.05.2021].
- WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard, <https://covid19.who.int/> [dostęp: 11.05.2021].

Wyzwania logistyczno-organizacyjne w placówce onkologicznej w czasie pandemii COVID-19

Logistics and organizational challenges in an oncology institution during the COVID-19 pandemic

Ewa Tańska

Wielkopolskie Centrum Onkologii

ORCID: [0000-0001-5940-4112](https://orcid.org/0000-0001-5940-4112)

Streszczenie

Pandemia COVID-19 zatrzymała świat i przesądziła o potrzebie wprowadzenia zmian. W kryzysie rośnie odpowiedzialność, zwiększają się ryzyka związane z popełnianymi błędami, a także potencjalne skutki zaniechań. Próba odpowiedzi na pytanie, jakie wyzwania logistyczno-organizacyjne występują w różnych obszarach funkcjonowania placówki medycznej, stała się impulsem do podjęcia tematu wyzwań stojących przed placówką onkologiczną. Rozmowy z pracownikami placówki w czasie pandemii wskazały występowanie licznych wyzwań, z którymi na co dzień trzeba stawić czoła, jednak brakuje zestawienia tych wyzwań oraz ewentualnego podziału na obszary występowania.

W efekcie wykorzystania jakościowych metod badawczych i stosując scenariusz pogłębionego wywiadu indywidualnego, powstała rozbudowana lista wyzwań logistyczno-organizacyjnych, które autorka pogrupowała ze względu na sześć obszarów występowania: 1) zarządzanie, 2) koordynacja ruchu pacjentów na terenie placówki medycznej, 3) udzielanie świadczeń medycznych, 4) osobowy (ludzie), 5) techniczno-operacyjny i 6) utrzymania czystości.

W wywiadach autorka dopytywała o wiele ważnych kwestii, jak: strategia, kluczowe decyzje podejmowane w czasie pandemii, stan bieżący, otoczenie zewnętrzne, zarządzanie zmianą i technologie. Odpowiedzi badanych dopełniły analizę wymienionych i uszeregowanych wyzwań oraz ukazały wieloaspektowość napotykaných przeszkód i istotę wprowadzonych zmian. Uzyskano także odpowiedzi na zadane pytania badawcze, dotyczące kluczowych decyzji dla funkcjonowania placówki onkologicznej czy zastosowania najnowszych technologii.

Słowa kluczowe

COVID-19, placówka onkologiczna, wyzwania, pandemia, zarządzanie, ludzie

Abstract

The COVID-19 pandemic stopped the world and determined the need for change. In a crisis, responsibility grows, the risks associated with mistakes increase, as well as the potential consequences of omissions. An attempt to answer the question of what logistical and organizational challenges exist in various areas of the functioning of a medical institution has become an impulse to take up the topic of challenges facing the oncology center. Interviews with hospital staff during the pandemic showed that

there are a number of challenges that must be faced on a daily basis, but there is no comparison of these challenges and a possible division into areas of occurrence.

As a result of the use of qualitative research methods and using the scenario of an in-depth individual interview, an extensive list of logistical and organizational challenges has been created, which the author has grouped according to 6 areas of occurrence: 1) management, 2) coordination of patient movement in a medical institution, 3) provision of medical services, 4) personal (people), 5) technical and operational, and 6) cleanliness maintenance.

In the interviews, the author asked about many important issues, such as: strategy, key decisions during a pandemic, current state, external environment, change management and technologies. The answers of the respondents completed the analysis of the listed and ranked challenges and showed the multifaceted nature of the obstacles encountered and the essence of the introduced changes. Answers were also obtained to the research questions concerning key decisions for the functioning of an oncological institution or the use of the latest technologies.

Keywords

COVID-19, cancer center, challenges, pandemic, management, people

JEL: I10, I12, I14, I18

Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 jako czynnik krytyczny zatrzymała świat (nie wiadomo na jak długo) i przesądziła o potrzebie wdrożenia zmian. Jest determinantą, która zmotywowała ludzi do dokonania przewartościowań, wpłynęła na procesy społeczno-gospodarcze, skłoniła do refleksji oraz dała czas do namysłu i podjęcia działań. Zmiany, o których mowa, wiązały się m.in. z wyzwaniami logistyczno-organizacyjnymi, które z kolei wymagały wdrożenia rozwiązań w wielu sferach aktywności ludzkiej oraz na różnych poziomach funkcjonowania¹.

Pojawienie się wirusa SARS-CoV-2 po raz pierwszy zaobserwowano, gdy w mieście Wuhan w Chinach odnotowano przypadki niewyjaśnionego zapalenia płuc. W pierwszych tygodniach epidemii odnotowano związek między wczesnymi przypadkami a hurtowym rynkiem owoców morza w Wuhan Huanan; przypadki dotyczyły głównie dealerów i sprzedawców. Władze zamknęły rynek w dniu 1 stycznia 2020 r. w celu sanityzacji i dezynfekcji środowiska. Początkowo podejrzewano, że epicentrum epidemii stanowił rynek, na którym sprzedawano głównie produkty wodne i owoce morza, a także niektóre produkty pochodzące z dzikich zwierząt hodowlanych. Retrospektywne badania zidentyfikowały dodatkowe przypadki z objawami choroby w grudniu 2019 r., ale początkowo nie wiązano ich z rynkiem Huanan². Sekwencjonowanie próbek oddechowych

¹ P. Banaszyk, P. Deszczyński, M. Gorynia, K. Malaga, *Przesłanki modyfikacji wybranych koncepcji ekonomicznych na skutek pandemii COVID-19*, „Gospodarka Narodowa” 305, 2021, nr 1, s. 53–86.

² WHO, *WHO-convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2: China Part*, „Joint WHO-China Study”, 14 January–10 February 2021, Joint Report.

pobranych od chorych wykazało obecność nowego patogenu z podrodziny *Coronavirinae*: 2019-nCoV lub SARS-CoV-2. Koronawirusy są niesegmentowanymi wirusami RNA o dodatniej nici, które należą do rodziny *Coronaviridae*. Znanych jest sześć gatunków koronawirusów, które powodują choroby u ludzi: 229E, OC43, NL63, HKU1, SARS-CoV i MERS-CoV. Pierwsze cztery powodują objawy przeziębienia, a dwa ostatnie są chorobami odzwierzęcymi i mogą prowadzić do cięższych powikłań³. Międzynarodowy Komitet Taksonomii Wirusów (ICTV) zasugerował, żeby ten nowy koronawirus został nazwany SARS-CoV-2 ze względu na jego analizę filogenetyczną i taksonomiczną⁴.

Placówka onkologiczna prowadzi pełne leczenie skojarzone nowotworów: chirurgiczne, radioterapię i chemioterapię. Pacjent, przychodząc do placówki na początku procesu leczenia, jest diagnozowany, czyli otrzymuje zlecenie do badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej (radiologia, medycyna nuklearna). Następnie przechodzi przez etap badań w diagnostyce pogłębionej, która jest zindywidualizowana do wstępnie zdiagnozowanego rozpoznania klinicznego. Kolejnym etapem są interdyscyplinarne konsylia lekarskie, na których zapada decyzja w sprawie dalszego leczenia i opieki nad pacjentem. Pacjent onkologiczny wyraża tzw. świadomą zgodę na zaproponowane leczenie. W każdej chwili może z niego również zrezygnować.

Ponieważ leczenie onkologiczne jest leczeniem długim, ciężkim i wyczerpującym, pacjent jest bardziej niż inni narażony na różnego rodzaju infekcje i choroby. Najnowsze badania dotyczące zakażenia wirusem SARS-CoV-2 u pacjentów onkologicznych opisują większą podatność tych pacjentów na zakażenie tym koronawirusem i gorsze wyniki u osób z aktywną chorobą onkologiczną. Zwiększone ryzyko zgonu występowało u pacjentów, którzy na dwa tygodnie przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 otrzymali jakiegokolwiek rodzaj leczenia onkologicznego (chemioterapia, immunoterapia lub radioterapia). W kilku badaniach zakwestionowano założenie, że pacjenci z immunosupresją są bardziej narażeni na zespół ostrej choroby układu oddechowego (ARDS) wtórny do COVID-19. Z kolei liczne badania kliniczne dotyczące leczenia osób onkologicznych zakażonych wirusem SARS-CoV-2 opierają się na badaniu cytokin oraz skupiają się na lepszym zrozumieniu i ocenie ryzyka zakażenia SARS-CoV-2, a także powikłań. Wiedza w tym obszarze zapewniła onkologom dodatkowe narzędzie do oceny ryzyka i korzyści związanych z rozpoczęciem lub kontynuacją leczenia onkologicznego podczas pandemii⁵.

³ W. Suchorska, *WCO wykonuje testy w kierunku COVID-19 dla swoich Pacjentów i Pracowników*, „Kurier Onkologii” 2, 2020, nr 14, s. 6–7.

⁴ R. Chilamakuri, S. Agarwal, *COVID-19: Characteristics and Therapeutics*, „Cells” 10, 2021, nr 206, <https://doi.org/10.3390/cells10020206>.

⁵ S. Cherri, D.H.L. Lemmers, S. Noventa, M.A. Hilal, A. Zaniboni, *Outcome of oncological patients admitted with COVID-19: experience of a hospital center in northern Italy*, „Therapeutic Advances in Medical Oncology” 12, 2020, s. 1–8, DOI: [10.1177/1758835920962370](https://doi.org/10.1177/1758835920962370).

Studia literaturowe wskazują, że do zarządzania skutkami pandemii COVID-19 można wykorzystać technologie, takie jak druk 3D, cyfrowe łańcuchy dostaw i przemysł 4.0. Badania dowodzą, że wymienione technologie mogą pomóc łańcuchowi dostaw szczególnie w sektorze opieki zdrowotnej, tj. zwiększyć produkcję środków ochrony indywidualnej, respiratorów i innych potrzebnych elementów. W dłuższej perspektywie badania pokazują wzrost wykorzystania innych pojawiających się technologii, takich jak blockchain, sztuczna inteligencja, internet rzeczy⁶ (IoT), analiza danych, robotyka itp., które mogą pomóc w budowaniu zrównoważonego rozwoju łańcucha dostaw i w zarządzaniu zakłóceniami pandemicznymi⁷.

Zidentyfikowanie, jakie wyzwania w czasie pandemii napotykają placówki medyczne oraz w których obszarach funkcjonowania jednostki jest ich najwięcej, stanowi ważny temat badawczy. Nie mniej ważne jest również określenie możliwości zastosowania i ocena roli nowoczesnych technologii w pokonywaniu wyzwań, z jakimi zmagają się wymienione placówki przy formułowaniu i wdrażaniu strategii działania podczas pandemii.

1. Cel pracy

Opisana rzeczywistość drugiej dekady XXI w. stanowi tło do rozważań w niniejszej pracy. W literaturze przedmiotu dynamiczną i nieprzewidywalną rzeczywistość opisuje koncepcja VUCA, wskazująca na niejednoznaczność w rozumieniu i definiowaniu procesów oraz kontroli nad nimi. VUCA jest akronimem pochodzącym od pierwszych liter angielskich słów: *Volatility* (zmienność), *Uncertainty* (niepewność), *Complexity* (złożoność), *Ambiguity* (niejednoznaczność)⁸. Umiejętność skutecznego zarządzania placówką medyczną w świecie VUCA bezwzględnie zweryfikowała pandemia COVID-19, która wywołała kryzys zdrowotny na całym świecie. Obnażone zostały ograniczenia systemów ochrony zdrowia, w tym aspekty infrastruktury i wyposażenia w respiratory, deficyt kadr medycznych (lekarskich i pielęgniarskich), zasoby łóżek do intensywnej terapii itp. Z kryzysem zdrowotnym pojawił się także kryzys gospodarczy, którego konsekwencją było przerwanie łańcuchów dostaw, bezprecedensowy spadek globalnego popytu i podaży oraz mocne załamanie PKB wielu krajów. W takich okolicznościach należało

⁶ Internet rzeczy, internet przedmiotów – koncepcja, wedle której jednoznacznie identyfikowalne przedmioty mogą pośrednio albo bezpośrednio gromadzić, przetwarzać lub wymieniać dane za pośrednictwem instalacji elektrycznej inteligentnej KNX lub sieci komputerowej, Wikipedia 2021, https://pl.wikipedia.org/wiki/Internet_rzeczy [dostęp: 26.04.2021].

⁷ P. Chowdhury, S.K. Paul, S. Kaisar, A. Moktadir, *COVID-19 pandemic related supply chain studies: A systematic review*, „Transportation Research Part E: Logistics and Transportation Review” 148, 2021, s. 102271, <https://doi.org/10.1016/j.tre.2021.102271>.

⁸ A. Jeske, *Kompetencje w świecie VUCA*, 21 lipca 2018, z <https://taptalent.eu/kompetencje-w-swiecie-vuca/> [dostęp: 12.10.2020].

dostosować dotychczasowe paradygmaty zarządzania i organizacji placówką medyczną do zaistniałej sytuacji. W kryzysie rośnie odpowiedzialność, zwiększają się ryzyka związane z popełnianymi błędami, a także potencjalne skutki zaniechań. Próba odpowiedzi na pytanie, jakie wyzwania logistyczno-organizacyjne występują w różnych obszarach funkcjonowania placówki medycznej, stała się impulsem do podjęcia tematu wyzwań stojących przed placówką onkologiczną. Rozmowy z pracownikami placówki w czasie pandemii wskazały występowanie licznych wyzwań, którym na co dzień trzeba stawiać czoła, jednak brakuje zestawienia tych wyzwań oraz ewentualnego podziału na obszary występowania. Ta luka badawcza stała się przesłanką do sformułowania celu badania, które brzmi następująco: rozpoznanie wyzwań logistyczno-organizacyjnych, które w czasie pandemii COVID-19 pojawiły się w placówce onkologicznej.

Aby dobrze rozpoznać te wyzwania, badania ukierunkowywane były w taki sposób, by odpowiedzieć na następujące pytania:

- jakie są główne obszary występowania wyzwań logistyczno-organizacyjnych?
- które wyzwania pociągnęły za sobą konieczność wdrożenia zmian?
- które z wyodrębnionych wyzwań logistyczno-organizacyjnych posiadają cechy o strategicznym znaczeniu dla funkcjonowania placówki onkologicznej?
- które z wyodrębnionych wyzwań logistyczno-organizacyjnych wymagały wdrożenia rozwiązań, opierając się na najnowszych technologiach?

2. Metody badawcze

Mając na uwadze przedmiot i cel badania, autorka zdecydowała się wykorzystać do jego realizacji metody jakościowe. Zgodnie z dostępną wiedzą badania o charakterze jakościowym (wywiad indywidualny i/lub grupowy) skupiają się na różnorodności zjawisk. W efekcie pytania badawcze w badaniu jakościowym powinny mieć charakter eksploracyjny. Dobór próby zależy od specyficznych cech osób, które charakteryzują populację poddaną badaniu. Próbę tę opisuje się dodatkowymi kryteriami celowymi. Wielkość próby w badaniach jakościowych liczy od kilku do 50 osób⁹. Wśród najważniejszych jakościowych metod zbierania i analizowania danych wymienia się wywiady ustrukturyzowane lub narracyjne, badania fokusowe, etnograficzne lub obserwacji (w tym także uczestniczącej) oraz nagrywanie interakcji na nośniki audio i wideo¹⁰. W niniejszej pracy wykorzystano scenariusz wywiadu dla badań jakościowych.

⁹ D. Maison, *Jakościowe metody badań marketingowych. Jak zrozumieć konsumenta*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 17–19.

¹⁰ U. Flick, *Projektowanie badania jakościowego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 33–36.

Według Juszczyka¹¹ badacze jakościowi opracowują teksty związane z badaniem (w tym obrazy, zjawiska, sytuacje, w których badacz uczestniczy i które obserwuje, a także teksty pisane) zgodnie z zasadami hermeneutyki, która jest sztuką opisu i interpretowania świata. Badacz dokonuje interpretacji, wykorzystując własne doświadczenie, wiedzę i interakcję ze światem.

Niewątpliwym atutem prowadzonego badania jakościowego jest wysoka elastyczność doboru i budowy narzędzia badawczego. Wywiad indywidualny został przeprowadzony według scenariusza wywiadu, który miał sformalizowaną formę, ale badacz mógł wprowadzać drobne modyfikacje polegające np. na innym sformułowaniu pytania czy odstąpieniu od zadawania konkretnego pytania. Badani stanowili niewielką grupę i byli reprezentatywni względem celu badania. Dla autorki bardzo ważne było, aby uczestnik badania był kreatywny i czynny oraz emocjonalnie zaangażowany w temat badania¹².

Aby zachować konsekwencję przy otwartości na wprowadzanie zmian i elastyczności postępowania, autorka zastosowała „strategię lejka”, zgodnie z którą na początku obszar zainteresowań był bardzo szeroki, a w miarę zbierania i analizy danych wyłonił kategorie istotne dla badania. Ponieważ badanie było nastawione na cele praktyczne, wybór metody czy prawomocność postawionych pytań była możliwa istnieniu określonej rzeczywistości społecznej. Takie działanie pozwoliło autorce uniknąć powielania potocznych, zdroworozsądkowych teorii społecznych lub perspektywy badawczej, do jakiej jesteśmy „przyzwyczajeni” i którą przyjmujemy rutynowo¹³.

W tabeli 1 zebrano informacje przedstawiające w sposób syntetyczny metodykę prowadzonych badań jakościowych.

Tabela 1. Metodyka prowadzonych badań jakościowych

Kryterium	Sposób realizacji
zakres podmiotowy badania	kierownik/ordynator
	sekretarka medyczna
	pracownik administracji
	samodzielny specjalista
zakres przedmiotowy badania	subiektywna odpowiedź na ok. jedenaście pytań szczegółowych na temat wyzwań logistyczno-organizacyjnych w placówce onkologicznej w czasie pandemii
termin realizacji badania	kwiecień 2021

¹¹ S. Juszczyk, *Badania jakościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013, s. 7–12.

¹² I. Olejnik, M. Kaczmarek, A. Springer, *Badania jakościowe – metody i zastosowania*, CeDeWu, Warszawa 2018, s. 15.

¹³ A. Stasik, A. Gendźwił, *Projektowanie badania jakościowego*, [w:] D. Jemielniak (red.), *Badania jakościowe*, t. 1. *Podejścia i teorie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 2–5.

Kryterium	Sposób realizacji
zakres przestrzenny badania	Polska
narzędzie badawcze	scenariusz wywiadu indywidualnego
metoda pomiaru	wywiad
liczebność próby badawczej	n = 15
metoda doboru próby badawczej	kontakt indywidualny na terenie placówki onkologicznej
zastosowana forma analizy	przegląd odpowiedzi na pytania i wnioskowanie

Źródło: opracowanie własne na podstawie zebranych wyników.

W badaniu jakościowym podmiotami byli pracownicy placówki onkologicznej zatrudnieni na stanowisku kierownika/ordynatora, sekretarki medycznej, pracownika administracji, samodzielnego specjalisty. Zakres przedmiotowy badania stanowiła subiektywna odpowiedź na mniej więcej jedenaście pytań szczegółowych na temat wyzwań logistyczno-organizacyjnych w placówce onkologicznej w czasie pandemii.

Badania jakościowe były prowadzone w kwietniu 2021 r. w Polsce. Wywiadu udzieliło piętnaście osób, w tym pięciu mężczyzn i dziesięć kobiet.

3. Narzędzie badawcze

Istotą metod i narzędzi jakościowych jest wsłuchanie się w to, co mówią badane osoby. Badacz, koncentrując się na wypowiedzi swojego rozmówcy i przekazie informacji, dowiaduje się, jak wygląda prawdziwa praktyka. Bliskość rzeczywistości i doświadczenia zawodowego jest niewątpliwie zaletą niniejszego badania¹⁴. Po zadaniu konkretnego pytania należy wnikliwie wsłuchiwać się w udzieloną odpowiedź, tak by dojść do szczegółowej wiedzy. Wywiad jakościowy pozwolił badaczowi wniknąć w świat badanych, którzy swoimi słowami opisali podejmowane przez nich działania, własne doświadczenia i poglądy¹⁵.

Tabela 2 prezentuje szczegółowy scenariusz pogłębionego wywiadu indywidualnego w zakresie wyzwań logistyczno-organizacyjnych w placówce onkologicznej w czasie pandemii.

Na wstępie rozmowy autorka nawiązywała do strategii placówki medycznej, chcąc zbadać, na czym polega istota strategii placówki onkologicznej w czasie pandemii oraz powiązanie celów działania komórki organizacyjnej z ogólną strategią placówki

¹⁴ D. Jemielniak, *Wprowadzenie. Różnorodność metod i narzędzi w badaniach jakościowych*, [w:] D. Jemielniak (red.), *Badania jakościowe. Metody i narzędzia*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 20–24.

¹⁵ S. Kvale, *Prowadzenie wywiadów. Niezbędnik badacza*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012, s. 37–39.

medycznej. Ważną informacją było rozpoznanie, czy pracownik na swoim poziomie posiada wsparcie w budowaniu strategii.

Drugim obszarem badawczym było zidentyfikowanie wyzwań logistyczno-organizacyjnych, które pojawiły się wraz z pandemią, dzięki czemu było możliwe sporządzenie listy wyzwań.

Tabela 2. Szczegółowy scenariusz pogłębionego wywiadu indywidualnego w zakresie wyzwań logistyczno-organizacyjnych w placówce onkologicznej w czasie pandemii

Lp.	Obszar badawczy	Przykładowe pytania (informacje)	Poszukiwane informacje
	powitanie i wprowadzenie do wywiadu	Cel i tematyka spotkania/wywiadu. Czas spotkania/wywiadu. Podziękowanie za wyrażenie zgody na rozmowę.	
1	strategia a pandemia	Jakie główne cele zostały postawione przez komórką organizacyjną w związku z pandemią?	Istota strategii placówki onkologicznej w czasie pandemii
		Co zdecydowało o takim wyborze?	Powiązanie celów działania komórki organizacyjnej z ogólną strategią placówki medycznej, wsparcie w budowaniu strategii
2	wyzwania logistyczno-organizacyjne w czasie pandemii	Jakie wyzwania logistyczno-organizacyjne napotkano w czasie pandemii?	Zidentyfikowanie wyzwań logistyczno-organizacyjnych, które pojawiły się wraz z pandemią
3	kluczowe decyzje w czasie pandemii	Które działania podjęte w placówce medycznej w Pani/Pana ocenie były kluczowe?	Wyselekcjonowanie kluczowych dla funkcjonowania placówki medycznej decyzji
		Jaki jest stopień zaangażowania pracowników w przeciwdziałanie skutkom pandemii?	Stopień zaangażowania ludzi w pokonywanie wyzwań logistyczno-organizacyjnych
4	stan bieżący	Jakie informacje dotyczące funkcjonowania placówki onkologicznej w pandemii w Pani/Pana ocenie są najważniejsze i rzutują na skuteczność leczenia i opieki?	Komunikacja, procedury, instrukcje, wytyczne
		W pandemii bardzo istotne są następujące kwestie: finansowanie ochrony zdrowia, wynagrodzenia i pracownicy. Czy podziela Pani/Pan tę opinię?	Zatrudnienie w placówce medycznej, zmiany w wynagrodzeniach, motywowanie pracowników, aspekty psychologiczno-społeczne
5	otoczenie zewnętrzne	Jak ocenia Pani/Pan komunikację i jakość przekazywanych informacji w czasie pandemii ze strony organów centralnych (ministerstwo) i/lub lokalnych (samorządowych)?	Przepisy prawa, wytyczne, finansowe wsparcie

6	zarządzanie zmianą	Jakie rozwiązania systemowe są potrzebne?	Zarządzanie ludźmi, motywacja, zaangażowanie
		Czy wdrożone zmiany w czasie pandemii w Pani/Pana opinii pozostaną utrzymane w przyszłości?	Zmienność rynku, podejmowane działania, dostrzeganie skuteczności wprowadzonych zmian
7	technologie	Jakie rozwiązania, opierając się na systemach IT i nowych technologiach, zostały opracowane i wdrożone w czasie pandemii?	Obecność nowoczesnych rozwiązań stosowanych w placówce medycznej, skuteczność nowych rozwiązań
	krótkie podsumowanie i podziękowanie rozmówcy za poświęcony czas		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie I. Olejnik, M. Kaczmarek, A. Springer, *Badania jakościowe – metody i zastosowania*, CeDeWu, Warszawa 2018.

Na kolejnym etapie rozmowy chodziło o wyselekcjonowanie kluczowych dla funkcjonowania placówki medycznej decyzji oraz rozpoznanie, jak bardzo ludzie angażowali się w pokonywanie zidentyfikowanych na swoim poziomie wyzwań logistyczno-organizacyjnych.

Czwartym obszarem poddanym dyskusji było określenie, jakie informacje dotyczące funkcjonowania placówki onkologicznej w pandemii rzutują na skuteczność leczenia i opieki, a także odniesienie się rozmówcy do kwestii finansowania ochrony zdrowia, wynagrodzenia i pracowników. Szczególną uwagę zwrócono na ostatni aspekt dotyczący ludzi i ich radzenia sobie z psychologiczno-społecznymi skutkami pandemii.

Otoczenie zewnętrzne placówki onkologicznej stanowią regulacje prawne, wytyczne i obostrzenia wydawane przez organy administracji rządowej i samorządowej, które w czasie pandemii były wielokrotnie aktualizowane i modyfikowane. W rozmowach zwrócono uwagę przede wszystkim na określenie, jak bardzo pomocne w codziennej pracy były pojawiające się nowe wytyczne i czy konieczne było przygotowywanie dodatkowych uregulowań wewnętrznych w placówce onkologicznej.

Kolejnym zagadnieniem poruszonym w trakcie wywiadu było zarządzanie zmianą i skuteczność wprowadzonych zmian. Dla autorki ważne było uzyskanie odpowiedzi na pytania dotyczące rozwiązań systemowych i ich potrzebę, a także uzyskanie opinii, czy wdrożone zmiany pozostaną utrzymane w przyszłości.

Ostatnim omawianym zagadnieniem była obecność nowoczesnych rozwiązań stosowanych w placówce onkologicznej oraz podjętych działań związanych z przyspieszonym wdrożeniem nowych technologii w czasie pandemii. Autorka wypytywała o skuteczność wdrożonych rozwiązań szczególnie w aspekcie zapewnienia bezpieczeństwa leczenia i opieki nad pacjentem onkologicznym.

4. Charakterystyka próby badawczej

Podchodząc do badania jakościowego i rozważając kryteria doboru próby badawczej, autorka skontaktowała się z pracownikami i zarazem przedstawicielami różnych obszarów funkcjonowania placówki medycznej. Podmioty, do których kierowany był scenariusz wywiadu, to w szczególności osoby pracujące na tzw. pierwszej linii świadczenia usługi medycznej i posiadające kontakt bezpośredni z pacjentem, jak również osoby zarządzające, czyli podejmujące kluczowe decyzje dla funkcjonowania komórki organizacyjnej. Autorka skontaktowała się osobiście lub drogą telefoniczną z wybranymi osobami i ustaliła termin rozmowy, dokładnie wiedziała, z kim chciałaby przeprowadzić wywiad. W efekcie na prośbę autorki odpowiedziało piętnaście osób.

Tabela 3 prezentuje strukturę próby badawczej w badaniu jakościowym ze względu na wybrane cechy respondentów.

Tabela 3. Struktura cech próby badawczej w badaniu jakościowym

Cecha	Wariant cechy	Liczność	Procent
Kraj	Polska	15	100%
Stanowisko	kierownik/ordynator	11	73%
	sekretarka medyczna	2	13%
	pracownik administracji	1	7%
	samodzielny specjalista	1	7%
	Razem	15	100%
Płeć	kobiety	10	67%
	mężczyźni	5	33%
	Razem	15	100%
wywiad	osobisty	15	100%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie zebranych wyników.

Wszystkie rozmowy zostały przeprowadzone osobiście w miejscu pracy rozmówców. Wybór tego narzędzia został podyktowany m.in. cechami, jakie wywiad w oczekiwaniu respondentów powinien posiadać: sprawność, elastyczność i pewność. Elastyczność charakteryzowała się tym, że rozmówcom łatwiej było poświęcić czas na rozmowę, będąc na miejscu w biurze, pomiędzy spotkaniami i wykonywanymi obowiązkami. Pewność oznaczała fakt, że rozmówcy autoryzowali swoje wypowiedzi, sprawność zaś – możliwość szybkiego odpowiedzenia na prośbę rozmowy. Warto zaznaczyć, że rozmowa zaplanowana na 20–30 minut przedłużała się i trwała 45 minut. W dwóch przypadkach rozmowa trwała blisko godzinę.

Ważnym elementem wywiadu jest to, że obie strony się znają, czyli każdy zna swego rozmówcę. Dla celów niniejszej pracy i w analizie jakościowej autorka zanonimizowała dane rozmówców.

5. Wyniki

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) 11 marca 2020 r. ogłosiła pandemię COVID-19, ponieważ przypadki zakażenia wirusem SARS-CoV-2 pojawiły się prawie we wszystkich krajach na świecie. Wirus ten powoduje chorobę układu oddechowego podobną do grypy, z objawami takimi jak kaszel, gorączka i przenosi się głównie drogą kropelkową. Chory może odczuwać bóle mięśni i zmęczenie oraz rzadsze symptomy, takie jak ból głowy, ból gardła, biegunka oraz wymioty. W cięższych przypadkach zachorowań może wystąpić zespół ostrej niewydolności oddechowej lub wielonarządowej prowadzącej do śmierci chorego. Objawy infekcji wirusem SARS-CoV-2 pojawiają się zwykle w czasie od dwóch do czternastu dni po ekspozycji, a transmisja wirusa SARS-CoV-2 odbywa się nawet podczas bezobjawowego okresu inkubacji, dlatego ten wirus jest szczególnie trudny do opanowania. W Polsce pierwszy przypadek zakażenia potwierdzono 4 marca 2020 r.¹⁶

Mając na uwadze trudną sytuację epidemiologiczną na świecie oraz aby opanować pandemię COVID-19, rządy państw wprowadzały w okresach najwyższej liczby zakażeń ludzi wirusem SARS-CoV-2 różne środki bezpieczeństwa, m.in.: ograniczenia dotyczące opuszczania domu w określonych sytuacjach (praca, apteka, sklep, spacer z psem itp.); do odwołania zamknięto szkoły, przedszkola, urzędy i inne jednostki publiczne; ograniczono liczbę osób w komunikacji miejskiej; ograniczono przemieszczanie się ludzi do maksymalnie dwóch osób (ograniczenie nie dotyczyło rodzin); brak możliwości organizowania zgromadzeń powyżej pięciu osób, zamknięto galerie handlowe, kina, restauracje, salony fryzjerskie i kosmetyczne, siłownie i baseny. Wystąpiła również potrzeba realizowania pracy w trybie zdalnym w miejscu zamieszkania pracownika.

Obostrzenia wprowadzone na poziomie państwa rzutowały na konieczność wprowadzenia nowych zasad postępowania w placówkach medycznych i dokonania weryfikacji strategii jej działania.

6. Strategia a pandemia

Strategia placówki onkologicznej pozostała niezmienna w pandemicznym świecie VUCA. Leczenie chorób nowotworowych, stosując najnowocześniejsze metody

¹⁶ W. Suchorska, *op. cit.*

diagnostyczne i terapeutyczne, to główna misja placówki. Zespół medyczny i administracyjny jednostki nie ustaje w staraniach, by każdego dnia stworzyć klimat budowania więzi z pacjentem mimo wielu ograniczeń, które należy zastosować w kontaktach i komunikacji z ludźmi w tym trudnym epidemiologicznie czasie. Empatia, poszanowanie godności, zapewnienie poczucia komfortu i bezpieczeństwa to wartości pielęgnowane od momentu powstania placówki. W badaniu jakościowym pracownicy potwierdzili swoje zaangażowanie w myśl przytoczonych zasad oraz podkreślili istotę podtrzymywania ciągłości działania placówki właśnie dla dobra pacjentów onkologicznych. Świat w pewnym sensie się zatrzymał, ale życie biegnie dalej. Niezmiennie ludzie napotykają trudności zdrowotne i szukają wsparcia lekarzy. Tak też jest w przypadku nowotworów. W procesach leczenia onkologicznego bardzo ważna jest profilaktyka, szybka diagnoza i niezwłoczne rozpoczęcie leczenia. Czas zatem odgrywa główną rolę w tym procesie. Kolejnym ważnym aspektem jest zachowanie ciągłości leczenia i jak najkrótsze przerwy w jego realizacji, np. w leczeniu chemioterapeutycznym czy radioterapeutycznym. Dlatego utrzymanie ciągłości pracy każdej komórki organizacyjnej placówki medycznej wpisywało się bezpośrednio w strategię określoną w misji jednostki. Na skuteczność realizacji tego celu składało się wiele wdrażanych działań logistyczno-organizacyjnych, jak tworzenie podziałów pracowników na niewielkie, niespotykające się ze sobą zespoły, tworzenie harmonogramów przyjęć pacjentów, praca zdalna dla określonych stanowisk pracy, komunikacja w formie telekonferencji oraz telefoniczna i mailowa.

7. Wyzwania logistyczno-organizacyjne w czasie pandemii

W badaniu jakościowym rozmówcy wymienili wyzwania, jakie w czasie pandemii napotykali na swoim stanowisku i w miejscu pracy. W efekcie powstała rozbudowana lista wyzwań logistyczno-organizacyjnych. Autorka dokonała dodatkowego pogrupowania tych wyzwań na sześć obszarów występowania: 1) zarządzanie, 2) koordynacja ruchu pacjentów na terenie placówki medycznej, 3) udzielanie świadczeń medycznych, 4) osobowy (ludzie), 5) techniczno-operacyjny i 6) utrzymania czystości. Przywołane obszary funkcjonowania placówki medycznej wpisują się w przedmiotowy charakter działań logistyczno-organizacyjnych. Tabela 4 prezentuje zestawienie wymienionych wyzwań w podziale na obszary funkcjonowania placówki onkologicznej.

Tabela 4. Wyzwania logistyczno-organizacyjne w placówce onkologicznej w czasie pandemii COVID-19 w podziale na obszary funkcjonowania placówki

Obszar funkcjonowania placówki onkologicznej	Wyzwania logistyczno-organizacyjne w czasie pandemii COVID-19
zarządzanie	– organizacja większości spotkań wieloosobowych w trybie zdalnym (wideokonferencje), – ustalenie nowego podziału kompetencji dla osób oddelegowanych do przeciwdziałania skutkom pandemii, – ustalenie priorytetów i zasad funkcjonowania placówki medycznej w czasie pandemii, – sporządzenie instrukcji i zasad postępowania w placówce onkologicznej w czasie pandemii, – wdrożenie wytycznych Ministerstwa Zdrowia i innych organów administracji rządowej i samorządowej w sprawie pandemii, – ustanowienie harmonogramów pracy uwzględniających zabezpieczenie ciągłości pracy we wszystkich komórkach organizacyjnych placówki onkologicznej, – konieczność ustalenia możliwości pracy zdalnej dla określonych grup zawodowych pracujących z pacjentem, – zabezpieczenie pracowników w możliwość prowadzenia pracy zdalnie (udostępnienia systemowe, sprzętowe, organizacyjne, inne), – określenie zasad nadzorowania i rozliczania pracy zdalnej, – ustalenie zasad pracy pracowników, którzy są rodzicami małych dzieci w okresie zamkniętych szkół, przedszkoli i żłobków, – powołanie koordynatorów ruchu pacjentów do nadzorowania wejść na teren placówki, – powołanie zespołów i grup zadaniowych m.in. ds. pomocy pracownikom, ds. diagnostyki COVID-19, ds. wskazań do diagnostyki COVID-19, ds. koordynacji ruchu pacjentów, ds. nadzoru kosztów i rozliczania świadczeń, – uruchomienie laboratorium COVID-lab dla pracowników i pacjentów, w którym są wykonywane wymazy na obecność wirusa SARS-CoV-2 z wykorzystaniem PCR, – zorganizowanie akcji edukacyjnej wśród pracowników na temat szczepień COVID-19, – przeprowadzenie szczepień personelu przeciw COVID-19, – wydzielenie oddziału dla pacjentów, u których stwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2, a którzy wymagają zapewnienia hospitalizacji w placówce, – zorganizowanie specjalnego miejsca obserwacyjnego dla pacjentów z wynikiem dodatnim SARS-CoV-2 oczekujących na transport ze szpitala do innej jednostki (dom, izolatorium lub oddział „covidowy” w zależności od stanu ogólnego i objawów), – oddelegowanie jednostki zamiejscowej (filii) do kontynuacji leczenia pacjentów pozostających w leczeniu radioterapeutycznym, a u których zdiagnozowano obecność wirusa SARS-CoV-2

Obszar funkcjonowania placówki onkologicznej	Wyzwania logistyczno-organizacyjne w czasie pandemii COVID-19
koordynacja ruchu pacjentów na terenie placówki onkologicznej	– wprowadzenie obowiązku dezynfekcji rąk przez pacjentów i pracowników, – wyodrębnienie wejść dla pacjentów na teren placówki medycznej i rozdzielenie dróg poruszania się pacjentów wewnątrz placówki, – codzienne planowanie ruchu chorych i sporządzanie list na konkretne wejścia, – weryfikacja zdrowia pacjenta na wejściach do placówki (badanie pulsoksymetrem, pomiar temperatury, wywiad (ankieta)), – wejście pacjenta na teren placówki najwcześniej godzinę przed przyjęciem lub wizytą, – wprowadzenie ograniczenia względem osób towarzyszących (brak wejścia na teren placówki, chyba że pacjent nie jest w stanie poradzić sobie bez opieki), – uruchomienie systemu powiadamiania pacjentów smsem o terminie wizyty lub teleporady, – uruchomienie systemu elektronicznego skierowania pacjenta/pracownika do COVID-lab oraz na testy antygenowe, – wykonywanie wymazów na obecność wirusa SARS-CoV-2 w przypadku planowanego na następny dzień przyjęcia na oddział (wynik jest ważny do 72 godzin) oraz co każdy cykl podania leczenia systemowego w formie wlewu dożylnego (nie częściej niż co czternaście dni), – losowe badanie na obecność wirusa SARS-CoV-2 chorych z grup ryzyka, którym udzielane są świadczenia medyczne w trybie ambulatoryjnym lub pobytu jedno-dniowego, – głównie telefoniczna forma rejestracji, – zmiana sposobu rejestracji: pacjenci, którzy są leczeni od dłuższego czasu, rejestruje poradnia, w której pacjent jest leczony, – komunikacja i informowanie pacjentów o wdrożonych zmianach (szczególnie na początku pandemii), – uruchomienie informacji telefonicznej, – udostępnianie dokumentacji medycznej na wniosek i prośbę pacjenta głównie drogą pocztową za potwierdzeniem odbioru, koszty przesyłki pokrywa pacjent
udzielanie świadczeń medycznych	– udzielanie pacjentom najważniejszych informacji organizacyjno-logistycznych na wejściu do placówki i podczas wizyty, – brak możliwości swobodnego poruszania się po placówce medycznej (konieczność poruszania się wyznaczonymi, wydłużonymi trasami, ograniczenie przemieszczania w sali chorych i między salami chorych), – nastawienie pacjenta do procesu leczenia i opieki w placówce medycznej, – wprowadzenie dla wszystkich pacjentów otrzymujących leczenie systemowe (chemioterapię) maseczek, – przeniesienie konsultacji głównie na tryb teleporad (telefoniczna), – powiązanie czasowe teleporady z badaniem diagnostycznym wykonywanym na miejscu w placówce (np. badaniem krwi, radiologicznym, innym), – pilnowanie terminowego rozliczania świadczeń medycznych udzielonych pacjentom w ramach umów z NFZ lub MZ (w ramach programów ministerialnych)

Obszar funkcjonowania placówki onkologicznej	Wyzwania logistyczno-organizacyjne w czasie pandemii COVID-19
osobowy (ludzie)	– przemęczenie pracowników (praca w wydłużonych godzinach, codziennie, w weekendy i dni wolne od pracy, brak możliwości wykorzystania urlopów), – depresja, frustracja, – wysoki poziom stresu w związku z narażaniem się na kontakt z osobą potencjalnie zakażoną, szczególnie przed okresem szczepień, – nierówne wynagradzanie, tylko wybrane grupy zawodowe otrzymały dodatek covidowy, – potrzeba udostępniania przez pracowników prywatnych numerów telefonów komórkowych dla celów usprawnienia komunikacji w zespołach i z pacjentami (wykorzystywane również poza godzinami pracy placówki), – brak możliwości swobodnego poruszania się po placówce medycznej (konieczność poruszania się wyznaczonymi, wydłużonymi trasami), – konieczność stosowania środków ochrony indywidualnej, szczególnie w kontakcie z pacjentem, – brak pomieszczeń do pracy z pacjentami, – konfrontacja z lękiem pacjentów, – utrudnione bliskie rozmowy z pacjentem na temat ich emocji i przeżyć (np. psycholog, lekarz, pielęgniarka), – lęk o bliskich w związku z ryzykiem zachorowania, – konieczność prowadzenia rozmów z pacjentami w maskach i przyłbicach podniesionym głosem – ograniczona słyszalność, zwłaszcza dla osób z niedosłuchem, – brak możliwości zorganizowania pacjentom czasu wolnego w trakcie pobytu w placówce medycznej, – brak możliwości prowadzenia zajęć grupowych dla pacjentów, – podział zespołu lekarzy na trzy odizolowane grupy, w tym dwie pracujące na zmianę, – praca zdalna (konsylia, teleporady), – zwiększona zachorowalność pracowników na COVID-19 w szczycie pandemii, – umiejętność pracy w zmniejszonych zespołach pracowników w szczycie pandemii, – niedobór kadr medycznych, – rotacje pracowników i przejście pracowników na świadczenie emerytalne, – brak czasu na szkolenia osób nowo przyjętych w utrudnionych warunkach sanitarnych
techniczno-operacyjny	– konieczność przeprowadzenia pilnego remontu w wybranych komórkach organizacyjnych placówki medycznej (oddziałach, poradniach, pracowniach) w celu zapewnienia bezpieczeństwa epidemiologicznego pacjentom i pracownikom (m.in. zmiana funkcjonalności i wielkości pomieszczenia itp.), – konieczność zmniejszenia liczby pacjentów hospitalizowanych, – konieczność zwiększenia liczby pacjentów przyjmowanych w trybie ambulatoryjnym i hospitalizacji jednodniowej, – montaż lamp antywirusowych i antybakteryjnych w każdej sali, gabinecie i na korytarzach w miejscach oczekiwania i gromadzenia się pacjentów,

Obszar funkcjonowania placówki onkologicznej	Wyzwania logistyczno-organizacyjne w czasie pandemii COVID-19
techniczno-operacyjny	– zakup i montaż parawanów/osłon stojących i wiszących oddzielających pacjentów na salach chorych i w miejscach udzielania świadczeń medycznych (m.in. miejsca podawania chemioterapii), – montaż dodatkowych urządzeń do dezynfekcji rąk, – rozwieszenie dodatkowych materiałów informacyjnych i rozdawanie każdemu pacjentowi ulotek dotyczących przestrzegania zasad bezpieczeństwa na terenie placówki, – określenie zasad przemieszczania i postępowania dla ekip remontowych, rozdzielania dróg poruszania się robotników, personelu i pacjentów, – zabezpieczenie płynności zakupów zestawów do oznaczenia wirusa SARS-CoV-2 i testów genetycznych do COVID-lab, – ograniczenie użycia Steamera w procesie sterylizacji (urządzenie służące usuwaniu zabrudzenia w trudno dostępnych miejscach na narzędziach, ze względu na fakt tworzenia się aerozolu pary i zanieczyszczeń) i przejście na doczyszczanie ręczne narzędzi, – sterylizacja wszystkich otrzymywanych i szytych ręcznie maseczek (szczególnie na początku pandemii), – w poradniach skrócenie czasu przechowywania materiału po sterylizacji, w efekcie wzrost liczby resterylizacji, – zwiększenie liczby procedur dekontaminacji (maseczek, gogli, przyłbic stosowanych w zwiększonej liczbie w procesach leczenia i opieki przez pracowników i pacjentów na terenie placówki), – zwiększenie liczby środków higienicznych i czystościowych
utrzymywania czystości	– zwiększona częstotliwość realizacji procesu dezynfekcji, tj. dezynfekcja pomieszczeń po każdej zmianie dyżurów, – dodatkowa dezynfekcja pomieszczeń w gabinetach po wymazach w kierunku obecności wirusa SARS-CoV-2, – dezynfekcja pomieszczeń po pacjentach zakażonych wirusem SARS-CoV-2, – dezynfekcja wejść do szpitala w ciągu dnia, w tym specjalnych namiotów ustawionych przed wejściem do placówki medycznej, – zwiększenie liczby pojemników na odpady na terenie placówki medycznej, – zwiększona częstotliwość zbierania i usuwania odpadów, – zwiększenie zużycia środków higienicznych i czystościowych, – zwiększona częstotliwość uzupełniania płynów do dezynfekcji rąk na wejściach, w korytarzach, toaletach i pomieszczeniach, – konieczność szybkiego i elastycznego reagowania na sytuacje nagłe, nieplanningowane (konieczność dezynfekcji dodatkowych pomieszczeń z uwagi na kontakt z osobą zarażoną SARS-CoV-2), – wydłużone godziny pracy zespołów porządkowych, w tym w godzinach nocnych, – stosowanie maszyny zamgławiającej, – konieczność nauczania się zakładania kombinezonów do realizacji zadań bieżących w narażeniu na SARS-CoV-2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W obszarze zarządzania największa uwaga badanych skoncentrowała się na wytycznych otrzymywanych ze strony kierownictwa, zawierających wskazówki, które obszary są kluczowe dla funkcjonowania placówki onkologicznej. Wyzwaniem zarządczym było stworzenie nowych harmonogramów pracy, podział pracowników na zespoły, oddelegowanie ludzi do pracy zdalnej i określenie zakresu obowiązków w tym trybie pracy. Tu również wymienia się potrzebę stworzenia dokumentów regulujących najważniejsze ustalenia, czyli procedur i instrukcji postępowania dla pracowników. Wyzwaniem logistyczno-organizacyjnym w tym obszarze było zorganizowanie pracy w zmniejszonych zespołach w czasie zwiększonej liczby zachorowań na COVID-19 wśród pracowników czy absencja spowodowana koniecznością zaopiekowania się małymi dziećmi w sytuacji zamknięcia żłobków, przedszkoli i szkół.

W obszarze związanym z koordynacją ruchu pacjentów na terenie placówki onkologicznej największa uwaga badanych zwrócona została na nowe zasady wpuszczania pacjentów na wejściach do placówki. Przede wszystkim ważnym ustaleniem był podział wejść ze względu na rodzaj realizowanych procedur medycznych (osobne wejście do poradni, na oddziały, do zabiegów jednodniowych itp.). Ponadto wprowadzenie reżimów sanitarnych (dezynfekcja, maseczka, dystans) oraz triage'u dla pacjentów (badanie pulsoksymetrem, pomiar temperatury, wywiad w postaci kwestionariusza ankietowego).

W obszarze udzielania świadczeń medycznych rozmówcy zauważają kwestie związane z poruszaniem się pacjentów na terenie placówki oraz ich nastawienie do procesu leczenia i opieki w placówce onkologicznej. Wprowadzenie teleporad i konsultacji telefonicznych również stanowiło poważne wyzwanie po stronie pracowników.

Praca w placówce medycznej związana jest z ludźmi, którzy występują na każdym etapie procesu. Pacjent, dla którego funkcjonuje placówka onkologiczna, jest najważniejszy. Dlatego istotne są wszelkie relacje na styku pacjent–personel placówki, szczególnie: pacjent–sekreterka medyczna, pacjent–pielęgniarka i pacjent–lekarz. Komunikacja jest podstawą właściwego zrealizowania procesu leczenia i opieki nad pacjentem. Kluczowe zatem jest zdobycie wzajemnego zaufania, okazanie szacunku do drugiej osoby i zachowanie godności. W badaniu jakościowym w obszarze osobowym (ludzi) badani wskazywali więc takie wyzwania jak: dostępność pomieszczeń do rozmowy z pacjentem, konfrontacja z lękami pacjenta związanymi z pandemią COVID-19, umiejętność radzenia sobie z emocjami (zarówno pracownicy, jak i pacjenci), stres, frustracja i depresja. Wyzwania były tym większe, im mniej było pracowników na miejscu. Praca w zmniejszonych zespołach lub brak ludzi do pracy powodowały kumulowanie się wielu zadań koniecznych do wykonania przez personel obecny w placówce. Niejednokrotnie towarzyszyło temu uczucie bezsilności, notorycznego przemęczenia i smutku, przy równoczesnym poczuciu odpowiedzialności i pracowitości.

W kolejnym obszarze, czyli techniczno-operacyjnym, badani skupili się na wyzwaniach związanych z remontami, zmianą organizacji i funkcjonalności pomieszczeń czy montażu niezbędnych zabezpieczeń epidemiologicznych. W tych działaniach wymieniono także konieczność rezygnacji z wykorzystania niektórych urządzeń (np. Steamer w sterylizatorni) i przejście na pracę nieautomatyzowaną w czasie pandemii.

Ostatnim obszarem wyodrębnionym w podziale wyzwań logistyczno-organizacyjnych jest obszar utrzymania czystości. Z epidemiologicznego punktu widzenia jest to najważniejszy obszar do zabezpieczenia w czasie pandemii. Zasady dezynfekcji indywidualnej, pomieszczeń, urządzeń, powierzchni, toalet i innych pomieszczeń sanitarnych, a także ciągów komunikacyjnych i pomieszczeń gospodarczych są określone procedurami i instrukcjami w placówkach onkologicznych oraz restrykcyjne przestrzegane. Te działania zapewniają jakość realizowanych usług i bezpieczeństwo wszystkich uczestników w procesach medycznych. Dlatego badani w wywiadach wielokrotnie podkreślili istotę sprawnego i niezakłóconego funkcjonowania służb porządkowych na terenie placówki.

8. Kluczowe decyzje w czasie pandemii

W przeprowadzonych wywiadach badani podkreślali rolę COVID-lab (laboratorium wykonującego testy w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2) zorganizowanego na terenie placówki onkologicznej. W ich ocenie działanie to dało jednostce pełną niezależność w funkcjonowaniu, a pracownikom i pacjentom poczucie pewności i możliwość szybkiego działania. Decyzja o utworzeniu na swoim terenie takiego laboratorium zapadła na początku pandemii, czyli w drugiej połowie marca 2020 r. Celem utworzenia takiej jednostki było zapewnienie bezpieczeństwa przede wszystkim chorym onkologicznie przyjmowanym do placówki, którzy znajdują się w grupie szczególnego ryzyka rozwoju ciężkich powikłań po przebyciu COVID-19, oraz wszystkim pracownikom. Testy wykonywane są zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO/COVID-19/laboratory/2020.5) przez dwa niekontaktujące się ze sobą zespoły. Laboratorium działa w cyklu dwunastogodzinnym, a zespoły zmieniają się co dwa tygodnie. Na terenie placówki wyznaczono dwie poradnie, w których codziennie pobierane są wymazy z nosogardzieli do badań molekularnych w godzinach 8.15–9.30 oraz 12.00–13.30¹⁷.

Zgodnie z uzyskanymi w placówce onkologicznej danymi w okresie od kwietnia 2020 r. do kwietnia 2021 r. wykonano 18 639 testów, w tym 17 947 przebadanych osób, stwierdzono 416 dodatnich wyników na obecność SARS-CoV-2, czyli 416 nowych osób

¹⁷ *Ibidem*.

zakażonych wirusem, co stanowi dwuprocentowy wskaźnik osób zakażonych. W prowadzonych wywiadach pracownicy zauważają, że tak niski procent zakażonych osób może być spowodowany zaobserwowanym przez nich i bardzo istotnym zachowaniem pacjentów. Mianowicie w czasie pandemii świadomość pacjentów onkologicznych była szczególnie wysoka i wykazywali oni zwiększoną uważność na własny stan zdrowia. W sytuacji gdy pacjent zauważał pogorszenie samopoczucia lub objawy przeziębienia, odwoływał wizytę i nie ryzykował ekspozycji na potencjalnie zakażone osoby w otoczeniu. Często pozostawał w samoizolacji w domu, żeby móc przyjechać na odroczoną wizytę w jak najkrótszym czasie.

Analizując raport dotyczący diagnostyki laboratoryjnej w kierunku koronawirusa, zauważa się, że najwięcej testów (średnio ok. 100 oznaczeń dziennie) było wykonywanych w trakcie szczytu drugiej fali pandemii, tj. w październiku i listopadzie 2020 r. Mniej badań (średnio ok. 45 oznaczeń dziennie) wykonywanych było od początku 2021 r., przy czym od lutego 2021 r. nie wykonuje się testów dla pracowników, którzy się zaszczepili.

Diagnostyka zakażeń wirusem SARS-CoV-2 oparta jest na wykryciu przy użyciu techniki PCR materiału genetycznego RNA tego wirusa. Ograniczone możliwości techniczne w całej Polsce stanowiły poważne wyzwanie w sprostaniu potrzebom diagnostyki na początku pandemii. Dlatego w kwietniu 2020 r. Minister Zdrowia powołał zespół do spraw koordynacji sieci laboratoriów COVID-19, którego zadaniem było prowadzenie wykazu takich laboratoriów, opracowanie standardów procesu diagnostycznego, monitorowanie wydajności laboratoriów, nadzór nad jakością badań i czynności diagnostyki laboratoryjnej. W efekcie wprowadzonych zmian istotnie wzrosła liczba laboratoriów COVID-19 z 49 w marcu 2020 r. do 309 w kwietniu 2021 r. Na początku pandemii oprócz badań molekularnych jedynym narzędziem diagnostycznym było stosowanie szybkich testów, tzw. kasetkowych, do wykrywania przeciwciał anty-SARS-CoV-2 we krwi obwodowej. Te szybkie i proste w wykonaniu testy, pozwalające na uzyskanie wyniku w ciągu kilkunastu minut, stały się badaniem laboratoryjnym pozwalającym na wykrycie osób, które uległy zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 bądź przeszły infekcję w sposób skąpoobjawowy lub bezobjawowy. Stosowano dostępne wówczas na rynku IVD testy jakościowe oparte na metodzie immunochromatograficznej wykrywające przeciwciała anty-SARS-CoV-2 klasy IgM i IgG. Placówka onkologiczna wykorzystywała testy zarówno zakupione ze środków własnych, jak i uzyskane z Agencji Rezerw Materiałowych. W późniejszym okresie epidemii firmy diagnostyczne zaczęły wprowadzać na rynek testy o wyższej czułości i swoistości diagnostycznej pozwalające na ilościowe bądź jakościowe wykrywanie przeciwciał różnych klas skierowanych przeciwko ściśle określonym antygenom wirusa. W maju 2020 r. rozpoczęto oznaczanie przeciwciał anty-SARS-CoV-2 skierowanych przeciwko białkom nukleokapsydu wirusa (Anti-SARS-CoV-2

firmy Roche Diagnostics). Wykrycie przeciwciał dało możliwość identyfikacji osób, które przeszły zakażenie, również bezobjawowo. Dalszy rozwój technik laboratoryjnych pozwolił wprowadzić na rynek IVD szybkie testy antygenowe umożliwiające wykrycie białek wirusa z wymazów z nosogardzieli. W placówce onkologicznej od początku listopada 2020 r. wykorzystuje się testy antygenowe (PanbioTM COVID-19 Rapid Test Device Abbott). Dzięki zastosowaniu tych testów wielokrotnie udało się szybko zidentyfikować zakażenie u pacjentów bądź pracowników i podjąć natychmiastowe działania, zapobiegając dalszemu rozprzestrzenianiu się zakażenia¹⁸.

Szczepienia przeciw COVID-19 stanowią kolejną kluczową decyzję w kierunku przeciwdziałania wyzwaniom stawianym przez pandemię. Wielokrotnie podkreśla się fakt, że organizacja i logistyka tych szczepień jest wielkim przedsięwzięciem na całym świecie m.in. dlatego, że szczepionki muszą być transportowane w nadzorowanych warunkach i reżimach temperaturowych. Cały proces szczepień opiera się na dobrze funkcjonujących sieciach dystrybucji hurtowni farmaceutycznych. Punkty szczepień składają zamówienia w przeznaczonym do tego systemie informatycznym, umożliwiającym monitoring zamówień oraz stanu realizacji dostaw. W placówce onkologicznej szczepienia pracowników rozpoczęły się 4 stycznia 2021 r. przez zatrudniony na miejscu personel medyczny spełniający wszelkie wymogi prawne w zakresie kompetencji do wykonywania szczepień. Akcja szczepień ze względu na swoją skalę oraz procedurę wytwarzania i dystrybucji szczepionek przebiegała etapowo¹⁹. W wywiadach pracownicy podkreślają, że bardzo ważna i potrzebna była akcja edukacyjna na temat szczepień, o rodzaju szczepionek oraz efektów ich działania. Wiele osób było sceptycznych, a po szkoleniu upewniali się, że warto się szczepić. W efekcie większość pracowników (ponad 70%) zostało zaszczepionych.

W leczeniu radioterapeutycznym, czyli leczeniu z wykorzystaniem promieniowania jonizującego, bardzo ważne jest zachowanie pełnego cyklu napromieniania i nieprzerwywanie leczenia. W przypadku zachorowania pacjenta onkologicznego na COVID-19 utrzymanie niezakłóconego procesu leczenia stało się utrudnione. Dlatego kierownictwo placówki oddelegowało zamiejscową filię (zakład radioterapii) do kontynuacji leczenia pacjentów pozostających w leczeniu radioterapeutycznym, u których zdiagnozowano zakażenie wirusem SARS-CoV-2. Zorganizowano pracę jednostki w taki sposób, że rano przyjmowani są do napromieniania zdrowi pacjenci, a po nich leczeni są zakażeni. Na koniec dnia pomieszczenie do napromieniania (tzw. bunkier) i akcelerator są gruntownie dezynfekowane. Zakażeni pacjenci są odizolowani od siebie i nocują w hostelu, który

¹⁸ E. Leporowska, *Diagnostyka zakażeń wirusem SARS-CoV-2*, 2021, materiały własne.

¹⁹ A. Pleszewa, *Szczepienia w Wielkopolskim Centrum Onkologii*, „Kurier Onkologii” 17, 2021, vol. 1, s. 7–8.

stanowi integralną część filii (znajduje się na jej terenie). Wyżywienie zapewniane jest za pośrednictwem firmy cateringowej i dostarczane w określonych godzinach pacjentom w izolacji.

9. Stan bieżący placówki onkologicznej

Pandemia COVID-19 od samego początku związana była z chaosem komunikacyjnym i informacyjnym. Szczególnie pierwsze miesiące trwania obostrzeń (marzec–kwiecień 2020) związane były ze zwiększonym niepokojem wśród całego społeczeństwa w kraju. Dlatego w tamtym czasie niezmiernie ważne było regularne i częste komunikowanie pojawiających się w placówce onkologicznej zmian organizacyjnych i określanie jasnych wytycznych postępowania. Jak podkreślają badani, kierownictwo placówki aktywnie wykorzystywało pocztę elektroniczną i Intranet do przekazywania wewnętrznych ustaleń obowiązujących pracowników oraz stronę internetową i komunikator społecznościowy do informowania pacjentów o podjętych działaniach. Uruchomiono także sześć infolinii ogólnych, w ramach których pacjenci mogli uzyskać informację na temat ogólnej działalności i reorganizacji szpitala, a także infolinie tematyczne, przeznaczone dla pacjentów, którzy potrzebują wsparcia w zakresie fizjoterapii onkologicznej oraz poradnictwa psychologicznego i socjalnego²⁰.

W wywiadzie badani zostali poproszeni o opinię na temat wyzwań związanych z pracownikami, zatrudnieniem, wynagradzaniem i motywowaniem. Osoby udzielające wywiadu podkreśliły niesprawiedliwość, która spotkała różne grupy zawodowe w tej samej placówce medycznej. Brak zapisów prawnych regulujących przyznanie wszystkim pracownikom ochrony zdrowia tzw. dodatku covidowego spotkało się z rozczarowaniem i niezadowoleniem. Jest to również główny demotywator dla osób, które przez wiele miesięcy poświęcały się pracy i działaniom na rzecz pacjentów. Często spotykali się z sytuacją, że po godzinie 17.00 otrzymywali informację telefoniczną np. o konieczności dezynfekcji pomieszczeń po kontakcie z osobą zarażoną wirusem SARS-CoV-2 do dnia następnego. To także sytuacje, kiedy oddział został zamknięty na weekend i w tym czasie trzeba było dokonać dokładnej dezynfekcji każdego pomieszczenia oddziału. Ponadto braki zasobów kadrowych w pandemii uwidoczniły się w różnych obszarach funkcjonowania placówki onkologicznej, nie tylko w zespołach medycznych. Zamykanie szkół, przedszkoli i żłobków to jeden z determinantów deficytu kadr w miejscach pracy, ponieważ personelem placówki są rodzice małych dzieci, które muszą mieć zapewnioną opiekę.

²⁰ N. Kosmalska (2020) *COVID-19 w 2020 roku – podsumowanie działań wdrożonych w Wielkopolskim Centrum Onkologii*, „Kurier Onkologii” 4, 2020, nr 16, s. 10–12.

W badanej placówce onkologicznej najmniej liczna jest grupa anestezjologów, a bardzo potrzebna do płynnego funkcjonowania placówki. Dlatego o tę grupę zawodową szczególnie trzeba było się zatroszczyć i uważać, by nie doszło do zakażenia wirusem SARS-CoV-2 wśród personelu. Dlatego przed każdym zabiegiem chorzy byli badani na obecność wirusa SARS-CoV-2, aby wszyscy mieli pewność, że anestezjolog jest bezpieczny.

Wiosną 2020 r. ludziom w Polsce towarzyszył przede wszystkim lęk przed zachorowaniem, poczucie braku kontroli i niepokój o bliskich. Obawy potęgował chaos informacyjny oraz wyobrażenia dotyczące możliwego pobytu w szpitalu zakaźnym w całkowitej izolacji od najbliższych. Niektórzy zostali zmuszeni do zrewidowania swoich życiowych planów ze względu na kłopoty finansowe i utratę pracy. Ograniczenia w możliwości uczestniczenia w spotkaniach z bliskimi i przyjaciółmi uświadomiły ludziom istotę relacji międzyludzkich. Z kolei dzieci i młodzież utraciły tak ważny dla nich kontakt z rówieśnikami, który niejednokrotnie odbił się na zdrowiu psychicznym najmłodszych pokoleń. Pracując w placówce onkologicznej, pracownicy zmuszeni są konfrontować obawy o własne zdrowie (w tym zdrowie bliskich) z udzielaniem pomocy pacjentom. Utrzymujący się stres, izolacja, niepokój, liczne straty, brak możliwości korzystania z wypracowanych sposobów odzyskiwania równowagi psychicznej mogą prowadzić do zaburzeń depresyjnych i lękowych. Zwłaszcza lekarze i personel pielęgniarski narażeni są na rozwój zespołu stresu pourazowego (ang. *posttraumatic stress disorder*, PTSD). Pandemia COVID-19 utrudniła możliwość uczestniczenia w spotkaniach z lekarzami i psychologami na żywo, jednak powstało wiele inicjatyw, dzięki którym można korzystać z profesjonalnej pomocy online. W placówce onkologicznej badani wskazują, że dla pracowników została uruchomiona specjalna infolinia tematyczna i popołudniowe dyżury telefoniczne. Na stronie internetowej dostępne są informacje dotyczące radzenia sobie w sytuacji pandemii. Dodatkowo materiały na temat psychologicznych metod radzenia sobie ze skutkami pandemii udostępniane są na przeznaczony dla pracowników placówki platformie e-learningowej²¹.

10. Otoczenie zewnętrzne

Pandemia COVID-19 wymusiła na kierownictwie placówki onkologicznej wprowadzenie licznych zmian logistyczno-organizacyjnych. Wymienić warto uporządkowanie godzin przyjęć w poradniach oraz rozciągnięcie ich udzielania na godziny popołudniowe, co zapewniło zachowanie bezpieczeństwa oraz podniosło jakość świadczeń

²¹ D. Gołąb, *Nasze emocje w czasach pandemii*, „Kurier Onkologii” 1, 2021, nr 17, s. 7.

medycznych m.in. poprzez możliwość poświęcenia każdemu pacjentowi większej ilości czasu w trakcie wizyty. Był to także czas wypracowania pierwszych procedur postępowania, bazując częściowo na doświadczeniach chińskich, a dodatkowo na przygotowaniach Kanady i krajów azjatyckich z okresu epidemii SARS w 2003 r. W szybkim tempie procedury medyczne usystematyzowano, doprecyzowano i wdrożono. Powstały przewodniki postępowania, instrukcje i wytyczne. Wiele z tych dokumentów było dostosowywanych do dynamicznie zmieniających się przepisów prawnych wydawanych przez organy rządowe i/lub samorządowe.

Od września 2020 r. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) wprowadził nowe zasady finansowania świadczeń medycznych, a w szczególności zasadę finansowania tylko tych świadczeń, które zostały wykonane. Zasada ta była zawieszona na okres od marca do sierpnia 2020 r., a placówka onkologiczna otrzymywała zaliczkę do późniejszego rozliczenia. Trzeba podkreślić, że placówki onkologiczne w praktyce nie objęła pomoc NFZ polegająca na podwyższeniu wartości świadczeń o 8% (5% + 3%). Dla wyjaśnienia, placówki wieloprofilowe otrzymały od 1 stycznia 2020 r. podwyżkę 5% cen procedur w ramach ryczałtu. Dla badanej placówki onkologicznej oznacza to wzrost jedynie o 0,7%. Decyzje NFZ dotyczące wspomnianego finansowania na czas epidemii są zatem krzywdzące dla wszystkich jednostek onkologicznych. Należy zaznaczyć, że wiele placówek, które otrzymały ośmioprocentową poprawę finansowania, zawiesiło w znacznym zakresie działalność, natomiast placówki onkologiczne pracowały nieprzerwanie.

Przychody placówki onkologicznej są zależne od liczby wykonanych świadczeń, jak zostało to podkreślone wcześniej. I choć poziom liczby realizowanych w placówce świadczeń medycznych w czasie pandemii COVID-19 był zbliżony do poziomu sprzed pandemii, zakres jej działalności wymagał pewnego przemyślenia na przyszłość, tak aby głównie zapewnić diagnostykę i leczenie chorym na nowotwory z zachowaniem nie tylko bezpieczeństwa, lecz przede wszystkim odpowiednich standardów świadczeń. Dlatego kierownictwo placówki utrzymało na niezmiennym poziomie wynagrodzenia, zatrudnienie i fundusz premiowy, choć przychody w czasie pandemii się zmniejszyły. Badani w wywiadach podkreślali, że powzięto liczne działania mające na celu optymalizowanie kosztów i uszczelnianie systemu rozliczeń świadczeń medycznych, tak aby nie dochodziło do sytuacji, w której pomimo udzielenia świadczenia placówka nie uzyskiwałaby odpowiedniego względu na koszty finansowania.

W związku z sytuacją epidemiczną zajęcia dydaktyczne odbywały się na terenie placówki w znacznie ograniczonym zakresie, głównie zajęcia teoretyczne (wykłady, seminaria) w formie videokonferencji (zdalnie) lub – jeżeli muszą być wykonane w formie kontaktu ze studentami – poza terenem placówki. Dla zajęć praktycznych (znacząca mniejszość), które odbywały się na terenie placówki, przygotowano szczególne regulacje

i zabezpieczenia, w tym obowiązek sprawdzenia obecności oraz przechowywania list obecności. Warto podkreślić, że władze uczelni udostępniały placówkom środki telekomunikacyjne oraz technologie dla przekazów telewizyjnych z różnych miejsc, w których wykonywane są procedury medyczne, tak aby ograniczyć potrzebę przebywania studentów na terenie placówki medycznej. Zorganizowanie zajęć w formie zdalnej wymagało niejednokrotnie większego nakładu pracy niż forma tradycyjna, a także było bardziej udokumentowane. Niewątpliwie był to trudny okres dla procesu dydaktyki, ale organizując zajęcia z rzeczywistym udziałem studentów na terenie placówki, nauczyciele akademicy powinni byli bardzo starannie ważyć ryzyko realizacji zajęć w tym trybie.

11. Zarządzanie zmianą

Wypracowane przez placówkę onkologiczną w czasie pandemii COVID-19 rozwiązania polegające na stosowaniu tam, gdzie to możliwe dystansu społecznego, zabezpieczeń osobistych (zakrywanie ust i nosa) oraz częstej dezynfekcji rąk, zapobiegają zakażeniom i ograniczają ryzyko zachorowania na COVID-19. W opinii badanych dzięki zastosowaniu środków ochrony osobistej i dystansowania nie zauważono źródeł zakażenia wirusem SARS-CoV-2 pracowników między sobą wewnątrz komórek organizacyjnych, zwykle źródłem zakażenia był pacjent.

Dla celów realizacji strategii placówki onkologicznej kierownictwo podtrzymywało działania zmierzające do tego, aby pacjenci, którzy wymagają diagnostyki i leczenia onkologicznego, byli przyjmowani terminowo. W placówce udzielane były i są praktycznie wszystkie świadczenia onkologiczne, choć pacjenci w poradniach nadal są przyjmowani w większych odstępach czasowych. Niezmiennie obowiązuje zasada zdalnego umawiania wizyty, a jedynie w uzasadnionych przypadkach rejestracja pacjentów następuje w siedzibie placówki.

Wprowadzono własny, niezależny od NFZ, system „przypominania” pacjentom o zbliżającym się terminie wizyty za pomocą SMS-u, który dodatkowo zawiera informację o rodzaju wizyty (teleporada lub wizyta na miejscu).

Kontynuowane jest stosowanie sprawdzonych zabezpieczeń, a więc: ograniczenie wejść do szpitala poprzez szczegółową kontrolę na wejściach; stosowanie zasad strefowania przestrzennego i czasowego tak, że gdy osoba chora (pracownik lub pacjent) się pojawi, to jak najmniejsza liczba pracowników i pacjentów ma z nią kontakt i zostaje skierowana przez sanepid do kwarantanny; przestrzeganie zasad bezpieczeństwa, w tym zachowanie odległości, dezynfekcja rąk, pomieszczeń i urządzeń oraz stosowanie środków ochrony osobistej, szczególnie podczas udzielania świadczeń medycznych; badania PCR, badania antygenowe oraz przesiewowe badania przeciwciał w kierunku COVID-19.

Zdobyte w placówce doświadczenie pokazało, że ważne jest kontynuowanie na oddziałach zabiegowych, bloku operacyjnym i oddziale intensywnej opieki medycznej, w których najtrudniej zachować zasady niekontaktowania się i dystansu, reguły bezpieczeństwa epidemicznego (w różnych oddziałach w różnym zakresie). Ordynatorzy pozostają zatem odpowiedzialni za zorganizowanie pracy lekarzy, a Naczelną Pielęgniarką – pracy pielęgniarek, tak aby zapewnić ciągłość udzielania świadczeń w przypadku zakażenia osoby z personelu wirusem SARS-CoV-2. Przede wszystkim chodzi o podział pracowników na dwa zespoły lub utrzymywanie minimalnej rezerwy lekarzy na oddziałach chirurgicznych (ok. dwóch osób) poza placówką (w ramach pracy zdalnej). Personel poradni i oddziałów również powinien pracować w zespołach i się dystansować, tak aby lekarze z poradni nie przychodzili na oddział, do dyżurki itp. Zespoły lekarskie, które operują na różnych salach operacyjnych, nie powinny stykać się ze sobą w ciągu dnia. W wywiadzie jakościowym badani podkreślili, że efektywność i zasadność kontynuacji powyższych reguł została omówiona z nimi na przeznaczonym do tego spotkaniu.

Kierownictwo placówki na wideonaradach i telekonferencjach z pracownikami podkreślało potrzebę i wartość utrzymania wielu zasad, które w zdecydowany sposób poprawiły jakość realizacji ścieżki leczenia i opieki nad pacjentem. Wśród wymienianych są: kontrola wejść, triage, ograniczenia wejść dla osób towarzyszących, stosowanie i rozwijanie wypracowanych rozwiązań technologicznych (głównie w systemie informatycznym placówki), wykorzystanie możliwości pracy zdalnej dla stanowisk, na których istnieje możliwość jej zdalnego wykonywania oraz weryfikacji, a także prowadzenie spotkań w formie wideokonferencji, teleporady i wideokonsultacje.

12. Technologie

Podczas gdy pandemia COVID-19 zasadniczo zmieniła sposób świadczenia opieki zdrowotnej, posłużyła także jako przyspieszacz innowacji w dziedzinie telezdrowia i udostępniania danych, które stały się niezbędnymi narzędziami do płynnego świadczenia usług medycznych w czasie COVID-19²². Również placówka onkologiczna stanęła przed wyzwaniem zastosowania nowoczesnych rozwiązań komunikacji w kontaktach z pacjentem i w zespołach. Badani w wywiadach jako główne narzędzie wymieniają wprowadzenie teleporad, które przed pandemią nie były stosowane na taką skalę. Ta forma przeprowadzenia wizyty pacjenta spotkała się z różnymi reakcjami, zarówno po

²² J.Y. Zhang, T. Shang, D. Ahn, K. Chen, G. Coté, J. Espinoza, C.E. Mendez, E.K. Spanakis, B. Thompson, A. Wallia, L.E. Wisk, D. Kerr, D.C. Klonoff, *How to Best Protect People With Diabetes From the Impact of SARS-CoV-2: Report of the International COVID-19 and Diabetes Summit*, „Journal of Diabetes Science and Technology” 15, 2021, nr 2, s. 478–514.

stronie świadczeniodawcy, jak i świadczeniobiorcy. Teleporady posiadają wiele zalet, do których należy zaliczyć m.in. brak konieczności obecności na miejscu, pacjent nie naraża się na potencjalny kontakt z innymi osobami, które mogą być zarażone wirusem SARS-CoV-2, rozmowa odbywa się drogą telefoniczną i trwa ok. 15 minut, lekarz wystawia e-receptę i e-skierowanie, które pojawiają się na Indywidualnym Koncie Pacjenta zaraz po zakończeniu porady. Jednak teleporada wiąże się również z ograniczeniami i wyzwaniem natury organizacyjnej, m.in. brakiem prawidłowego i/lub pełnego numeru telefonu pacjenta, brakiem kontaktu z pacjentem, bo nie odbiera obcych numerów telefonów komórkowych, pacjent nie wyraża zgody na przyjazd do placówki medycznej celem wykonania badania na miejscu (np. na pobranie krwi) z uwagi na strach przed pandemią, brakiem możliwości potwierdzenia przez pacjenta zapoznania się z klauzulą RODO z uwagi na niekorzystanie przez pacjentów z Internetu. Wskazana kwestia braku konieczności stawiania się pacjenta na miejscu w placówce onkologicznej w przypadku teleporady nabiera innego znaczenia, gdy pacjentowi trzeba wykonać badania diagnostyczne. Badania krwi lub obrazowe (radiologiczne) powinny zostać wykonane w określonym odstępie czasu od zrealizowania porady lekarskiej. Dlatego bardzo ważne jest pojawienie się pacjenta w placówce w celu zrealizowania niezbędnych badań. Rzeczywistość pokazała, że wiążą się z tym duże opóźnienia, pacjent przyjeżdża na badanie, na które otrzymał w trybie teleporady skierowanie w terminie znacznie oddalonym od daty wizyty (od dwóch miesięcy do roku). To stanowi poważne wyzwanie dla personelu wykonującego badanie, ponieważ powiązanie np. badania genetycznego z wizytą jest niezbędne do prawidłowego rozliczenia badania z NFZ lub MZ (w ramach programów ministerialnych). Szczególna trudność w tym względzie pojawia się w momencie, gdy skierowanie było wystawione pod koniec roku, a umowa z płatnikiem była zamykana.

Kolejnym nowym rozwiązaniem usprawniającym działanie placówki było wprowadzenie harmonogramów i algorytmów przyjęć w poradniach. Badani w wywiadach zwrócili uwagę na opracowany wspólnie z przedstawicielami oddziałów algorytm rejestracji pacjentów do poradni uwzględniający etap diagnostyki i leczenia (kategorie: pierwszorazowy, etap diagnostyki wstępnej/pogłębionej, pozabiegowy, kontrola po leczeniu itp.), na którym znajduje się pacjent. Przygotowano system informatyczny w taki sposób, że pacjent rejestrowany jest od razu do właściwego, kolejnego etapu DILO²³.

²³ DiLO – Karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, potocznie: zielona karta DiLO, została wprowadzona 1 stycznia 2015 r. wraz z pakietem onkologicznym – grupą przepisów mających na celu poprawę diagnostyki i usprawnienie leczenia raka w Polsce. Szybka terapia onkologiczna przeznaczona jest dla pacjentów, u których lekarze podejrzewają lub stwierdzą nowotwór złośliwy oraz chorym w trakcie leczenia onkologicznego. Nie ma żadnych ograniczeń wiekowych w dostępie do leczenia w ramach szybkiej terapii onkologicznej, Zwrotnik Raka, <https://www.zwrotnikraka.pl/pakiet-onkologiczny-zielona-karta-leczenia/> [dostęp: 28.04.2021].

Ponadto na kolejną wizytę w poradni pacjenci umawiani są bezpośrednio w danej poradni (bez potrzeby kontaktu pacjenta z rejestracją w placówce).

Bardzo chwalonym w wywiadach rozwiązaniem informatycznym była możliwość generowania w szpitalnym systemie informatycznym planowanej listy porad pacjentów w poradniach. Lista ta powiązana jest z prowadzoną w placówce, a obowiązkową w systemie ochrony zdrowia, listą oczekujących pacjentów, uwzględniając osoby przewidziane do teleporad, osoby umówione dodatkowo (z ważnych powodów) i osoby, których wizyta ulegnie przesunięciu. Uzgodnienie i weryfikacja listy powinna następować z wyprzedzeniem dwu-, trzydniowym. Wygenerowana lista planowanych porad stanowi listę pacjentów przekazywaną na dany dzień na wejścia do placówki i umożliwiającą pacjentom poruszanie się na jej terenie. Ponadto listy umożliwiają weryfikację pacjentów w systemie e-WUŚ²⁴ pod kątem kwarantanny.

Harmonogramy wizyt pacjentów w systemie informatycznym placówki powiązane zostały z systemem powiadamiania SMS-em pacjentów o terminie wizyty lub teleporady oraz systemem elektronicznego skierowania pacjenta/pracownika do COVID-lab lub na testy antygenowe.

Wspomniane rozwiązania technologiczne to jedne z wielu wymienianych przez badanych usprawnienia bieżącego działania placówki onkologicznej. Wideokonferencje, wideospotkania, wideokonsylia to narzędzia bardzo aktywnie wykorzystywane każdego dnia w zespołach medycznych i administracyjnych. Badani podkreślali głównie zalety tych rozwiązań i zauważają potrzebę kontynuowania tego rodzaju komunikacji w przyszłości. Pandemia COVID-19 z pewnością przyspieszyła proces wdrażania najnowszych technologii w onkologii i niewątpliwie będą one nadal rozwijane.

Wnioski

Pandemia COVID-19 wywołała na świecie kryzys zdrowotny i gospodarczy. W systemie ochrony zdrowia w Polsce bezwzględnie zweryfikowała skuteczność działania systemu i obnażyła słabości opieki zdrowotnej. W placówkach medycznych pojawiło się wiele wyzwań natury logistyczno-organizacyjnej, z którymi radzili sobie wszyscy pracownicy placówki. Intencją autorki artykułu było zasygnalizowanie potrzeby zidentyfikowania wyzwań, z którymi w czasie pandemii zmierzyła się placówka onkologiczna. W efekcie przeprowadzonego badania empirycznego powstała lista wyzwań, które zostały podzielone na sześć obszarów występowania w placówce: 1) zarządzanie,

²⁴ e-WUŚ (Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców) to system umożliwiający natychmiastowe potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, NFZ, <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/ubezpieczenia-w-nfz/e-wus/faq/> [dostęp: 26.04.2021].

2) koordynacja ruchu pacjentów na terenie placówki medycznej, 3) udzielanie świadczeń medycznych, 4) osobowy (ludzie), 5) techniczno-operacyjny i 6) utrzymania czystości, które przedstawione zostały w tabeli 4.

Wyzwaniem zarządczym było stworzenie nowych harmonogramów pracy, podział pracowników na zespoły i oddelegowanie ludzi do pracy zdalnej. W obszarze związanym z koordynacją ruchu pacjentów największa uwaga badanych zwrócona została na nowe zasady wpuszczania pacjentów na teren placówki, czyli podział wejść, wprowadzenie reżimów sanitarnych (DDM) oraz triage'u dla pacjentów (badanie pulsoksymetrem, pomiar temperatury, wywiad w postaci kwestionariusza ankietowego). W obszarze udzielania świadczeń medycznych rozmówcy podkreślają wprowadzenie teleporad i konsultacji telefonicznych. Dostępność pomieszczeń do rozmowy z pacjentem, konfrontacja z lękami pacjenta związanymi z pandemią COVID-19, umiejętność radzenia sobie z emocjami (zarówno pracownicy, jak i pacjenci), stres, frustracja i depresja to wyzwania wymienione w obszarze osobowym (ludzi). Wyzwania związane z remontami, zmianą organizacji i funkcjonalności pomieszczeń czy montażem niezbędnych zabezpieczeń epidemiologicznych zostały zakwalifikowane do grupy wyzwań w obszarze techniczno-operacyjnym. Z epidemiologicznego punktu widzenia najważniejszy jest obszar dotyczący utrzymania czystości, który zapewnia jakość realizowanych usług i bezpieczeństwo wszystkich uczestników procesów medycznych, a w pandemii nabiera szczególnego znaczenia.

W wywiadach autorka dopytywała o wiele ważnych kwestii, jak: strategia, kluczowe decyzje w czasie pandemii, stan bieżący, otoczenie zewnętrzne, zarządzanie zmianą i technologie. Odpowiedzi badanych dopełniły analizę wymienionych i uszeregowanych wyzwań oraz ukazały wieloaspektowość napotykanых przeszkód i istotę wprowadzonych zmian. Uzyskano także odpowiedzi na zadane pytania badawcze, dotyczące kluczowych decyzji dla funkcjonowania placówki onkologicznej czy zastosowania najnowszych technologii.

Epidemiologicznie zdominowany świat VUCA wymusił na liderach zmianę perspektywy działania i podejmowania decyzji. Najważniejsza jest umiejętność patrzenia na to, co przychodzi i zastanowienia się, w jaki sposób wpłynie to na funkcjonowanie placówki onkologicznej. Bazą jest strategiczna wizja, czyli kierunek, w którym jednostka podąża. Zaufanie, uważne słuchanie, skoncentrowanie na człowieku, otwarta komunikacja na wszystkich szczeblach w hierarchii zapewniają pozyskanie informacji zwrotnej z otoczenia, która jest kluczowa do podejmowania najważniejszych decyzji w tak trudnym czasie. Złożoność sytuacji i zmienność warunków otoczenia powodują, że lider powinien być zwinny, czyli umieć rozpoznawać sytuację i wdrażać eksperymentalne rozwiązania, szyte na miarę potrzeb placówki onkologicznej.

Przeprowadzone badanie empiryczne obciążone jest ograniczeniami metody badawczej, do której należy zaliczyć przeszkody natury technicznej, utrudniające udzielenie wywiadu indywidualnego przez pracowników placówki onkologicznej. Krótki czas prowadzenia wywiadów (kwiecień 2021) oraz wybór rozmówców w liczbie piętnastu osób traktowany jest przez autorkę jako badanie wstępne. Wyniki uzyskane w przeprowadzonej analizie warto potraktować jako dane wejściowe do badań na większej grupie pracowników placówki onkologicznej oraz można rozważyć rozszerzenie badań o pracowników innych placówek onkologicznych w Polsce. Dzięki takiemu ujęciu tematu badania nabiorą cech uniwersalności w skali Polski.

Podsumowując, problem badawczy dotyczący wyzwań logistyczno-organizacyjnych w placówce onkologicznej w czasie pandemii COVID-19 stanowi istotny obszar sfery poznawczej i metodycznej i niewątpliwie wymaga kontynuacji badań empirycznych. Przywołane przykłady zastosowanych rozwiązań, które przeciwdziałały skutkom pandemii COVID-19 w badanej placówce, stanowią bardzo szeroką płaszczyznę otwartą do eksploracji.

Bibliografia

- Banaszyk P., Deszczyński P., Gorynia M., Malaga K., *Przesłanki modyfikacji wybranych koncepcji ekonomicznych na skutek pandemii COVID-19*, „Gospodarka Narodowa” 305, 2021, nr 1.
- Cherri S., Lemmers D.H.L., Noventa S., Hilal M.A., Zaniboni A., *Outcome of oncological patients admitted with COVID-19: experience of a hospital center in northern Italy*, „Therapeutic Advances in Medical Oncology” 12, 2020, s. 1–8, DOI: [10.1177/1758835920962370](https://doi.org/10.1177/1758835920962370).
- Chilamakuri R., Agarwal S., *COVID-19: Characteristics and Therapeutics*, „Cells” 10, 2021, nr 206, <https://doi.org/10.3390/cells10020206>.
- Chowdhury P., Paul S.K., Kaiser S., Moktadir A., *COVID-19 pandemic related supply chain studies: A systematic review*, „Transportation Research Part E: Logistics and Transportation Review” 148, 2021, 102271, <https://doi.org/10.1016/j.tre.2021.102271>.
- Flick U., *Projektowanie badania jakościowego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- Gołąb D., *Nasze emocje w czasach pandemii*, „Kurier Onkologii” 1, 2021, nr 17, s. 7.
- Internet rzeczy*, [hasło w:] Wikipedia 2021, https://pl.wikipedia.org/wiki/Internet_rzeczy.
- Jemielniak D., *Wprowadzenie. Różnorodność metod i narzędzi w badaniach jakościowych*, [w:] D. Jemielniak (red.), *Badania jakościowe. Metody i narzędzia*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Jeske A., *Kompetencje w świecie VUCA*, 21 lipca 2018, <https://taptalent.eu/kompetencje-w-swiecie-vuca/>.
- Juszczyk S., *Badania jakościowe w naukach społecznych. Szkice metodologiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2013.
- Kosmalska N., *COVID-19 w 2020 roku – podsumowanie działań wdrożonych w Wielkopolskim Centrum Onkologii*, „Kurier Onkologii” 4, 2020, nr 16, s. 10–12.

- Kvale S., *Prowadzenie wywiadów. Niezbędnik badacza*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Leporowska E., *Diagnostyka zakażeń wirusem SARS-CoV-2*, 2021, materiały własne.
- Maison D., *Jakościowe metody badań marketingowych. Jak zrozumieć konsumenta*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
- Olejniki I., Kaczmarek M., Springer A., *Badania jakościowe – metody i zastosowania*, CeDeWu, Warszawa 2018.
- Pleszewska A., *Szczepienia w Wielkopolskim Centrum Onkologii*, „Kurier Onkologii” 1, 2021, nr 17, s. 7–8.
- Stasik A., Gendźwił A., *Projektowanie badania jakościowego*, [w:] D. Jemielniak (red.), *Badania jakościowe*, t. 1. *Podejścia i teorie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
- Suchorska W., *WCO wykonuje testy w kierunku COVID-19 dla swoich Pacjentów i Pracowników*, „Kurier Onkologii” 2, 2020, nr 14, s. 6–7.
- WHO, *WHO-convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2: China Part*, „Joint WHO-China Study” 14 January–10 February 2021, Joint Report.
- Zhang J.Y., Shang T., Ahn D., Chen K., Coté G., Espinoza J., Mendez C.E., Spanakis E.K., Thompson B., Wallia A., Wisk L.E., Kerr D., Klonoff D.C., *How to Best Protect People With Diabetes From the Impact of SARS-CoV-2: Report of the International COVID-19 and Diabetes Summit*, *Diabetes Technology Society*, „Journal of Diabetes Science and Technology” 15, 2021, nr 2, s. 478–514.

Neuronauka a zarządzanie w sferze zdrowia

Neuroscience and health management

Henryk Mruk

Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu

ORCID: [0000-0003-4146-9094](https://orcid.org/0000-0003-4146-9094)

Streszczenie

Skuteczne zarządzanie placówkami sfery zdrowia wymaga opracowania oryginalnych sposobów, dostosowanych do tego sektora. Wiąże się ono z odpowiednimi kwalifikacjami przywódców oraz zespołu menedżerów. W procesie przygotowania do pełnienia swoich funkcji przez kadrę zarządzającą ważna jest nie tylko wiedza, lecz przede wszystkim doświadczenia własne. Szczególne znaczenie ma w tym przypadku znajomość natury człowieka, wynikająca z badań w obszarze neuronauki. Pomocna jest znajomość pułapek decyzyjnych, warunków skutecznej komunikacji, zasad budowania zespołu oraz motywowania pracowników. Warunkiem rozwoju organizacji jest także zdolność łączenia rozwoju strategicznego z rozwiązywaniem problemów operacyjnych. Istotne jest stosowanie nowych technologii, w tym sztucznej inteligencji. Skuteczność zarządzania wymaga również planowania rozwoju osobistego kadry menedżerskiej, budowania kultury organizacyjnej placówki oraz postępowania zgodnego z zasadami etyki.

Słowa kluczowe

neuronauka, zarządzanie w sferze zdrowia, zarządzanie placówkami medycznymi

Abstract

Effective management of health care facilities requires the development of original methods, adapted to this sector. It is related to the appropriate qualifications of the leaders and the team of managers. In the process of preparing for the performance of their functions by the management staff, not only knowledge is important, but above all own experience. The knowledge of human nature, resulting from research in the field of neuroscience, is of particular importance in this case. Knowing the decision pitfalls, conditions for effective communication, team building rules and employee motivation is helpful. The condition for the development of an organization is also the ability to combine strategic development with solving operational problems. It is important to use new technologies, including artificial intelligence. The effectiveness of management also requires planning the personal development of the managerial staff, building the organizational culture of the unit and acting in accordance with the principles of ethics.

Keywords

neuroscience, health management, management of medical facilities

JEL: I 11, M 12, D 23

Wprowadzenie

Ekonomia i zarządzanie wiążą się z uzyskiwaniem efektywności oraz sprawności funkcjonowania ludzi w sferze społecznej oraz gospodarczej. Również w odniesieniu do sfery zdrowia zasadne jest dokładanie starań, aby zwiększać skuteczność działania. Zarządzanie jest kategorią trudną do jednoznacznego zdefiniowania. Obejmuje kwestie organizacji, planowania, motywowania, przywództwa, kontroli – wymieniając tylko kwestie najważniejsze. Równie szeroką kategorią jest sfera zdrowia, w której można wyróżnić wiele różnych instytucji – od pojedynczych gabinetów lekarskich poprzez małe i duże szpitale do organów administracyjnych i ubezpieczeniowych. Wszystko to komplikuje utrzymanie rozważań skalibrowanych na w miarę jednorodnych organizacjach. Dodając do tego tematykę neuronauki, uzyskuje się obraz niezwykle zróżnicowany.

Celem rozważań jest krytyczne spojrzenie na sposoby zarządzania w sferze zdrowia z punktu widzenia osiągnięć neuronauki. Będzie ona tutaj rozumiana jako wiedza o mózgu, odniesiona do poznawania natury człowieka. W takim ujęciu każdy menedżer będzie mógł odnieść zawarte tutaj wywody do swoich doświadczeń oraz posiadanej wiedzy teoretycznej i praktycznej. Źródłami do napisania tekstu są publikacje z obszaru zarządzania w sferze zdrowia oraz neuronauki. Są nimi także doświadczenia wynikające z wieloletnich kontaktów z różnymi placówkami medycznymi (szpitale, apteki, gabinety stomatologiczne), także rozmowy prowadzone z lekarzami, dyrektorami i menedżerami placówek, również obserwacje z pracy w radach społecznych szpitali. Metodyka rozważań opiera się na wykorzystaniu technik wnioskowania logicznego, analizy krytycznej, obserwacji oraz analizy treści prowadzonych rozmów, które były różnorodne, wynikające z sytuacji. Rozważania mogą być przydatne zarówno w odniesieniu do zarządzania organizacjami sfery zdrowia, jak również doskonalenia siebie jako lidera oraz menedżera.

Zarządzanie w biznesie i sferze zdrowia

Obserwując świat przyrody, można zauważyć nakładanie się na siebie wielu różnorodnych zmiennych, które dają określone efekty. Roślinność w dżungli rozwija się stosownie do warunków, które tworzy natura. Jednak już zwierzęta wprowadzają różne zasady, które dodatkowo rządzą ich zachowaniami (np. koalicje w stadzie małp w celu sprawowania władzy¹). *Homo sapiens* jako istota rozumna tworzy coraz to nowe metody wprowadzania porządku w swoich działaniach ekonomicznych oraz społecznych. Jak złożona jest to sfera, pokazały lata 2020 oraz 2021, kiedy pandemia postawiła przed

¹ F. de Wall, *Małpa w każdym z nas*, Copernicus Center Press, Kraków 2019, s. 68–70.

ludźmi wiele nowych wyzwań, które są dla nich całkowitym zaskoczeniem. Uświadomiła ona społeczeństwu, że nieosiągalne są rozwiązania idealne w budowaniu, porządkowaniu rzeczywistości. Pandemia to czas i doświadczenia, które nie pozostawiają cienia pewności, że istnieją uniwersalne metody porządkowania, budowania, spójnie i sprawnie działających systemów. W wielu krajach stosowano różne rozwiązania i w żadnym z nich nie dopracowano się metod, które byłyby skuteczne w całościowym rozwiązaniu pojawiających się problemów. Doświadczenia z okresu pandemii wskazują, że trzeba porzucić myśl o zbudowaniu idealnego modelu zarządzania. Trzeba również pogodzić się z faktem, że nie ma idealnych liderów, menedżerów, którzy mogliby poradzić sobie z wyzwaniami tworzonymi w coraz szybciej zmieniającym się otoczeniu². Pod koniec XX w. sygnalizowano likwidację oddziałów zakaźnych w szpitalach, zmniejszanie naboru na specjalności kształcenia lekarzy leczących choroby zakaźne, sądząc, że są one skutecznie eliminowane przez osiągnięcia nauki. Pandemia udziela ludziom kolejnej lekcji, że pycha jest ścieżką, która wiedzie do upadku. Zachowanie trzeźwego myślenia to warunek lepszego radzenia sobie z problemami generowanymi przez otoczenie.

Na tle powyższych rozważań można krytycznie spojrzeć na tezy P. Druckera mówiące o nadrzędności metod zarządzania stosowanych w biznesie w stosunku do rozwiązań istniejących w sferze zdrowia³. Zgodnie z założeniem P. Druckera metody, style, zasady zarządzania wypracowane w organizacjach biznesowych mogły być przenoszone do sfery zdrowia. Uważano, że sposoby sprawdzone w przedsiębiorstwach, mogą być powielone w organizacjach sfery zdrowia, przyczyniając się do poprawiania ich skuteczności oraz efektywności. Fałszywość tej koncepcji została zweryfikowana w praktyce. Podmioty działające w sferze zdrowia rządzą się innymi prawami. W tym obszarze istnieje ingerencja państwa. W niewielkim zakresie działa mechanizm rynkowy. Ograniczony jest także wymiar konkurencji działania podmiotów. Złożoność sfery zdrowia wiąże się ponadto z istnieniem co najmniej trzech podmiotów: pacjenta jako beneficjenta, funduszu ubezpieczeniowego jako płatnika oraz placówki medycznej jako świadczącej usługi⁴. Odrzucenie hipotezy o nadrzędności metod zarządzania w sektorze biznesu nad sposobami zarządzania podmiotami medycznymi uzasadnia konieczność skupienia się na sferze zdrowia jako odrębnym obszarze badań oraz doświadczeń zawodowych. Tradycyjne podejście oznaczało, że lider, menedżer, który sprawnie zarządza zakładem produkcyjnym, może być tak samo skuteczny, przejmując placówkę medyczną. Takie myślenie należy traktować jako błędne. Uzasadnione jest zatem skupianie się na prowadzeniu badań oraz doskonaleniu praktyki zarządzania w odniesieniu do podmiotów

² H. Mintzberg, *Zarządzanie*, Wydawnictwo Nieoczywiste, Warszawa 2019, s. 126–127.

³ P. Drucker, *Zarządzanie w XXI wieku*, Muza SA, Warszawa 2000, s. 81–84.

⁴ T.E. Getzen, *Ekonomika zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2021, s. 73–77.

sfery zdrowia. Można wykorzystywać doświadczenia innych podmiotów, jednakże konieczne jest podejście krytyczne, bazujące na dogłębnej znajomości zadań danej placówki medycznej.

W odniesieniu do sfery zdrowia trzeba jeszcze wskazać na swego rodzaju dwupoziomowość, związaną z sektorem publicznym i prywatnym (niepublicznym). Wiążą się z tym zagadnienia nie tylko ekonomiczne, lecz także dylematy społeczne. Inne są rozwiązania w sferze zarządzania placówkami sfery publicznej oraz niepublicznej. Są to problemy, które również wymagają prowadzenia badań oraz dzielenia się wnioskami w kontekście doskonalenia metod zarządzania w sferze zdrowia.

Fikcyjność jednego czynnika sprawczego

Pozostając w obszarze zdrowia, można spojrzeć na złożoność sytuacji przywracania pacjenta do zdrowia. Można marzyć o podaniu tabletki, która w cudowny sposób zakończy chorobę pacjenta. Nawet jeśli dany lek jest bardzo skuteczny w określonej chorobie, to pacjent potrzebuje snu, jedzenia, temperatury, relacji z innymi, odporności psychicznej oraz wielu jeszcze innych elementów, które działając łącznie, doprowadzą go do zdrowia. Kolejna kwestia to leczenie pacjenta, a nie choroby. Ten sam przypadek może inaczej się rozwijać u pojedynczego pacjenta. Również sukcesy rynkowe przedsiębiorstw oraz organizacji nie są następstwem działania tylko jednego czynnika. W praktyce trudno nawet wyodrębnić wiązkę najważniejszych zmiennych, które przyczyniają się do pełnego zrealizowania opracowanej strategii⁵. Załóżmy, że lider prowadzi szpital w Wielkiej Brytanii, który osiąga sukces (nie ma długów, pacjenci są zadowoleni, personel medyczny jest zaangażowany). Zatrudnienie tego lidera w szpitalu porównywalnej wielkości w Polsce nie daje żadnej gwarancji, że osiągnie on taki sam sukces w tej placówce. Dotykamy tutaj istoty zarządzania, która jest sferą niezwykle złożoną i różnorodną. Można zatem zrezygnować z poszukiwania albo podmiotu, albo uniwersalnej metody, która zagwarantuje skuteczność zarządzania w placówkach medycznych. Nawet kamienie szlachetne, największe i najbardziej okazałe, potrzebują obrobienia, aby prezentowały się w oryginalny sposób. Dużo racji ma Y. Harari, podkreślając słabość natury ludzkiej, związanej z kierowaniem się mitami, złudzeniami czy fikcją. Wiedząc, że człowiek ma taką słabość, skłonność do poszukiwania prostego, idealnego rozwiązania, należy krytycznie podchodzić do istnienia uniwersalnych praktyk zarządzania. Wszystko, co określa się sukcesem, jest efektem mądrego myślenia oraz trzeźwego działania. Szkoda zatem czasu na poszukiwanie idealnego lidera, idealnej struktury organizacyjnej, idealnego

⁵ T. Bova, *IQ wzrostu*, MT Biznes, Warszawa 2019, s. 48–51.

stylu zarządzania. Wszystko to powstaje w efekcie łączenia wiedzy, umiejętności, doświadczeń praktycznych, skutecznego komunikowania się pracowników, wysokiej kultury organizacyjnej placówki medycznej. To tylko część z całego splotu czynników, które umożliwiają skuteczne działanie organizacji. Należy pogodzić się z faktem, że nigdy się też nie dowiemy, czy dane działanie, podjęte decyzje były optymalne. W zarządzaniu powinniśmy pogodzić się z tym, że celem jest dążenie do asymptoty, jaką jest doskonałe zarządzanie. Podobnie jest z działaniami ludzi, których natura jest niedoskonała.

Złożoność ról i sytuacji

Zarządzanie placówką medyczną (np. szpitalem klinicznym) wiąże się z zatrudnieniem wielu pracowników, zbudowaniem określonej struktury, zebraniem odpowiednich zasobów sprzętu, materiałów itp. Ponad dwa i pół tysiąca lat temu Hipokrates mógł wskazywać na jedzenie, wodę, powietrze, słońce jako czynniki wspomagające zdrowie. Na niewiele się jednak przydadzą takie zalecenia ogólne w przypadku leczenia chorób serca, nowotworów czy chorób zakaźnych w XXI w. Nawet dolegliwości kardiologiczne pacjentów są niezwykle zróżnicowane. Inaczej funkcjonuje sala operacyjna, inaczej oddział leczący chorych z zawałem serca. Funkcjonowanie tych np. dwóch oddziałów wymaga wsparcia administracyjnego, logistycznego, księgowego itp. Jeśli nawet ktoś skupi się na rozważaniu zadań lidera, dyrektora takiego szpitala, to niewiele uzyska, jeśli pominie kwalifikacje i zaangażowanie grupy menedżerów oraz specjalistów, którzy wykonują swoje działania w tej jednostce. Kardiolog nie jest w stanie z dnia na dzień stać się np. anestezjologiem. Podobnie należy spojrzeć na sferę zarządzania. Skuteczność działania szpitala to jak skuteczność orkiestry, która składa się z wielu muzyków wyspecjalizowanych w grze na poszczególnych instrumentach. W takim też ujęciu należy spojrzeć na funkcjonowanie placówki medycznej. Całościowy efekt będzie syntezą pracy specjalistów, menadżerów, lidera oraz niezliczonej liczby płaszczyzn, na które składają się powiązania między nimi. W takim podejściu do organizacji, kryjącej w sobie wiele elementów, właściwe będzie zajmowanie się umiejętnym łączeniem wiedzy, zdrowego rozsądku oraz zdobywanych doświadczeń. W odniesieniu do zarządzania sala wykładowa nie może być jedynym miejscem, w którym zdobywa się umiejętności. Konieczne jest osobiste zmaganie się z wyzwaniami, podejmowanie decyzji oraz dzielenie się doświadczeniami z innymi. Dla zilustrowania tego zalecenia można odnieść się do kwestii napisania instrukcji wiązania butów. Przygotowanie takiego tekstu jest niezwykle trudne. WYROBIE NIE SIEBIE UMIEJĘTNOŚCI ZAWIĄZANIA SZNUROWADEŁ NA BAZIE TAKIEGO OPISU JEST JESZCZE TRUDNIEJSZE. Wystarczy natomiast przećwiczyć taką czynność z kimś, kto ją opanował, aby się tego samemu nauczyć. Budowanie umiejętności zarządzania

trzeba łączyć z pracą w zespołach, z rozmowami z innymi liderami czy menedżerami, z wyjazdami do placówek, w których zostały wdrożone skuteczne metody osiągania celu. Wiedząc o tym, że zarządzanie jest złożone, trzeba szukać sposobów, aby doskonalić umiejętności poszczególnych menedżerów. W czasie pandemii wyjazdy lekarzy do innych krajów, placówek, przyspieszały proces zdobywania doświadczeń. W tym szczególnym przypadku trudna sytuacja systemu zdrowia, wysoka liczba pacjentów ograniczały możliwości spotykania się kadry menedżerskiej w celu wymiany doświadczeń. Zasadne będzie kontynuowanie takich praktyk w nowej rzeczywistości.

Wykształcenie zawodowe a zarządzanie w sferze zdrowia

Przywołany czas pandemii to okres wyjątkowo silnych napięć oraz pośpiechu, w którym zмага się zarządzanie. Angażowanie się w różnorodne, w tym często błahe, bieżące, pojedyncze sprawy ogranicza możliwość całościowego spojrzenia na pojawiające się problemy oraz rozwiązania. Być może WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) ma zasoby, które pozwolą na wyciąganie wniosków z zaistniałej sytuacji. Zarówno kadra menedżerska, jak również cała sfera zdrowia potrzebują odporności, która umożliwi wychodzenie z trudności, powrót do równowagi po przeżytym wstrząsie. Podobnie jak w przypadku powrotu organizmu do zdrowia tak też w doskonaleniu zarządzania sferą zdrowia konieczne jest prowadzenie rozmów, dyskusji, ścieranie się poglądów i koncepcji. A to wymaga także szerszej wiedzy na temat natury człowieka oraz wynikających z niej ograniczeń.

W rozważaniach obejmujących przywództwo w sferze zdrowia stawia się często pytanie na temat kwalifikacji, wykształcenia, jakimi powinien charakteryzować się lider⁶. Również w tym przypadku natura ludzka podpowiada, aby jednoznacznie wskazać na rozwiązanie zero-jedynkowe. Tymczasem rzeczywistość jest o wiele bardziej złożona i niejednoznaczna. W. Churchill, który okazał się skutecznym liderem w czasie drugiej wojny światowej, poniósł porażkę zarówno w okresie ją poprzedzającym, jak również po zakończeniu działań wojennych. Ludzie przychodzą na świat z różnymi talentami, które mogą odkrywać w sobie wraz z upływem czasu, zdobywaniem doświadczeń⁷. Pytania, na ile lekarz albo absolwent kierunku ekonomicznego powinien zarządzać placówką zdrowia, można uznać za nielogiczne, błędnie postawione. Zarówno ekonomista, jak i lekarz mogą skutecznie zarządzać szpitalem. Wszystko będzie związane z celami, zaangażowaniem, posiadanymi cechami, zdolnością do uczenia się. Można

⁶ S. Gawłowski, H. Mruk, *Przywództwo. Teoria i praktyka*, Rebis, Poznań 2016, s. 95–96.

⁷ R. Ankersen, *Kopalnie talentów. Jak odkryć i rozwinąć talent – u siebie i u innych*, SQN, Kraków 2018, s. 112–114.

natomiast wskazać na ograniczenia związane z każdym z tych zawodów (być może osoba, która ukończyła dyrygenturę w uczelni muzycznej, byłaby dobrym liderem w szpitalu). Spójrzmy na absolwenta wydziału lekarskiego. Jest on przygotowany do szybkiego podejmowania decyzji (np. zapalenie wyrostka – operacja od razu). Lekarz podejmuje decyzję oraz ją wykonuje bez konieczności konsultowania się z innymi. W celu jej podjęcia wystarczy analiza najważniejszych symptomów. Takie podejście ogranicza możliwość skutecznego zarządzania szpitalem. W tym przypadku konieczne jest zebranie wielu informacji, prowadzenie konsultacji z innymi osobami. Niekiedy konieczne jest zbudowanie koalicji w zespole, aby uzyskać akceptację podjętych decyzji. Z tych powodów trzeba czasu, aby podjąć właściwą, akceptowaną przez otoczenie decyzję.

Natomiast absolwentom kierunku zarządzania może brakować wiedzy na temat zależności, powiązań, niuansów, jakie występują w zespołach, dość różnorodnych, w placówkach medycznych. Nie mają oni też dostatecznej wiedzy na temat procedur medycznych oraz złożoności procesu, jakim jest leczenie pacjenta. Personel medyczny jest nastawiony na pomaganie każdemu pacjentowi. Natomiast podejście związane ze skutecznością oraz efektywnością bazuje na rachunku ekonomicznym (jeden wolny respirator podłączyć osobie, która ma 20 lat czy 89 lat?). Przytoczone rozważania wskazują na złożoność omawianego zagadnienia. Zarówno lekarz, jak i ekonomista mogą skutecznie zarządzać szpitalem. Jeden czynnik, wykształcenie, nie jest przesądzający. Potrzebne są natomiast cechy, umiejętności, które dalej będą rozpatrywane.

Perspektywy zarządzania

Natura ludzka skłania ludzi do skupiania swojej uwagi na zagadnieniach bieżących, na perspektywie krótkookresowej. Dużym wysiłkiem dla mózgu jest myślenie abstrakcyjne, długoterminowe, oparte na myśleniu w kategoriach prawdopodobieństwa⁸. Pandemia ilustruje tę przypadłość ludzkiej natury. Od wielu lat mówiono o scenariuszach pojawienia się kolejnej pandemii. Jednak zajmowanie się bieżącymi kwestiami odsuwało na dalszy plan zagadnienia strategiczne. W ekonomii kładzie się duży nacisk na efektywność. Jednak bywa ona najczęściej rozpatrywana w krótkim okresie. Poszukuje się metod badania efektywności w długim okresie, co natrafia na wiele barier. Ilustracją może być lokalizacja szpitali. Władze samorządowe mogą być zainteresowane utrzymaniem szpitala w każdym powiecie. Z perspektywy całego kraju, ewentualnie regionu, właściwe byłoby tworzenie dużych szpitali, które mogą być bardziej skuteczne oraz efektywne. Sprzeczność interesów, z lokalnego i regionalnego punktu widzenia,

⁸ P. Tetlock, D. Gardner, *Superprognozowanie. Sztuka i nauka prognozowania*, CEDEWU, Warszawa 2017, s. 175–178.

utrzymuje *status quo*, co będzie natomiast sprzeczne z efektywnością rozumianą w ujęciu długofalowym. W skrajnym ujęciu efektywność może prowadzić do likwidowania rezerw oraz zapasów. Nieprzewidywalność otoczenia może natomiast przemawiać za koniecznością utrzymywania rezerw, aby stawić czoła problemom, które się pojawiają. Utrzymywanie łóżek i personelu medycznego w gotowości do pracy można ocenić jako mało efektywne, na krótką metę. Jednak wzrost liczby pacjentów wskutek wypadków czy epidemii może spowodować inne spojrzenie na efektywność. W miarę zdobywania doświadczeń można doskonalić metody zarządzania, zarówno w odniesieniu do całej sfery zdrowia, jak również w przypadku pojedynczych placówek.

Rozważając kwestie perspektywy zarządzania, można również spojrzeć na to z punktu widzenia eliminowania (ograniczania) marnotrawienia:

- czasu,
- sprzętu i materiałów,
- kapitału.

W odniesieniu do każdego z wymienionych elementów można prowadzić szerokie i głębokie rozważania. Nawiązując do wyżej omawianego wątku rezerw, zaleca się np. planowanie 60% czasu, pozostawiając rezerwę na nieprzewidziane czynności⁹. Błędem byłoby zaplanowanie 100% czasu. Kategoria czasu, z pozoru zwykła, błaha, może mieć kluczowe znaczenie z punktu widzenia zarządzania w sferze zdrowia. Organizm człowieka potrzebuje czasu na regenerację. Na ile można akceptować skracanie czasu snu ludzi w XXI w. – i to o ponad godzinę w porównaniu z początkiem XX w.?¹⁰ Nagłaśnia się wypadki samochodowe spowodowane pod wpływem alkoholu. Jest ich znacznie więcej z powodu niewyspania kierowców. Trudno to mierzyć oraz kontrolować. Z tej samej perspektywy można spojrzeć na pracę menedżerów oraz specjalistów. Praca lekarzy w czasie dłuższym niż osiem godzin skutkuje mniejszą skutecznością oraz wzrostem ryzyka popełniania błędów. To samo dotyczy decyzji menedżerów, jeśli nie będą zregenerowani w pracy. Istotnym wymiarem właściwego gospodarowania czasem są zebrania. W tym zakresie konieczne jest szanowanie obowiązków, zadań menedżerów oraz specjalistów. Wymaga to właściwego przygotowania zebrań oraz ich sprawnej organizacji. Wspomniano wcześniej o zadaniach lidera, związanych z konsultowaniem decyzji. Istotne jest natomiast ograniczanie marnotrawienia czasu innych, jeśli decyzje powinny być podejmowane przez pojedyncze osoby, zamiast mało efektywnej, rozciąganej w czasie pracy zespołów.

⁹ L.J. Seiwert, *Jak organizować czas?*, PWN, Warszawa 1998, s. 35–37.

¹⁰ M. Walker, *Dlaczego śpimy. Odkrywanie potęgi snu i marzeń sennych*, Wydawnictwo Marginesy, Warszawa 2019, s. 198–199.

Komunikacja i jej rola w zarządzaniu

Wnioski wynikające z badań w obszarze neuronauki pozwalają na krytyczne spojrzenie na metody komunikowania się liderów oraz menedżerów z podmiotami otoczenia zewnętrznego oraz wewnętrznego. W przypadku placówek medycznych istotne jest właściwe komunikowanie się z podmiotami zarządczymi (ubezpieczyciele, administracja centralna i samorządowa, społeczności lokalne). Jednak są to zagadnienia, które wymagają osobnego rozpatrzenia, stąd nie będą tutaj szczegółowo rozważane. Większą uwagę skupimy na komunikacji wewnętrznej. Do znudzenia podkreślana jest wszędzie umiejętność słuchania, którą powinien w sobie rozwijać lider. To kluczowa umiejętność. Stąd każdy lider, także menedżer, jest zobowiązany do pracy nad sobą, do oceny zdolności do słuchania. Mózg jest skłonny przyznawać sobie rację. Ta pułapka może narastać w miarę upływu czasu. Szczególnym zagrożeniem są sukcesy odnoszone przez lidera oraz placówkę. Uważność to zdawanie sobie sprawy z tego, że sukces może być początkiem porażki. W pielęgnowaniu umiejętności uważnego słuchania może być pomocne traktowanie każdego dnia jako pierwszego, w odniesieniu do swojej pracy („każdy sukces traktuj jako pierwszy” – A. Ferguson).

Skuteczność w obszarze komunikowania wymaga radzenia sobie z pułapką potwierdzenia. Otóż mózg ludzki ma zdolność wyłapywania argumentów, poglądów zgodnych z własnymi przekonaniem. Żaden lider nie ma monopolu na mądrość w zarządzaniu. W ramach pracy nad doskonaleniem umiejętności menedżerskich zasadne jest ćwiczenie umiejętności w słuchaniu opinii, które będą odmienne od osobistych przekonań lidera. Kłopot może polegać na tym, że uwzględnia się uwagi głównie jednej grupy pracowników (np. lekarzy). Tymczasem z punktu widzenia spójności pracy zespołu ważne będą również rozmowy z pielęgniarkami czy personelem administracji szpitala.

Warta rozważenia jest również pułapka „szczerze *versus* zgodnie”. Z punktu widzenia zmniejszania ryzyka nietrafności podejmowanych decyzji należy brać pod uwagę różne punkty widzenia. Wspomniana pułapka wiąże się z nastawieniem menedżera do traktowania uwag krytycznych. Jeśli zespół zauważy, że lider preferuje wypowiedzi zgodne, wówczas może się powstrzymać przed wygłaszaniem opinii, które są odmienne od przekonań lidera. A to zwiększa ryzyko porażki. W interesie lidera leży zatem mentalne przygotowanie do akceptowania głosów szczerych, co wcale nie jest proste. Każdy pracownik powinien czuć się bezpieczny, niezależnie od wypowiadanych opinii. Lider natomiast powinien sobie zdawać sprawę, że pracownicy obserwują jego zachowania i decyzje. Jeśli będą one sprzeczne z zapewnieniami, że ważne są wypowiedzi szczerze, to nikt się nie zdecyduje na takie zachowanie. Otwartość w komunikowaniu się wymaga upływu czasu, konsekwencji, budowania zaufania, a na to potrzeba wielu miesięcy.

Okres pandemii uwypuklił znaczenie komunikacji w relacjach między menedżerami a pracownikami. Bezpieczeństwo, które ma duży wpływ na zaangażowanie w pracy, wyrasta z odpowiednich kontaktów lidera z pracownikami (częstotliwość, transparentność, uczciwość). Czas pandemii pozwala na zmianę w postrzeganiu pracy ludzi. Akcenty są przenoszone z traktowania pracowników nie w wymiarze kosztów, a raczej w kategorii zasobów. Inwestowanie w pracowników to traktowanie ich jako zasobu placówki medycznej. W tym zakresie właściwe może być komunikowanie tego podejścia przez lidera. I wreszcie w tej części rozważań należy odwołać się do kwestii najważniejszej w obszarze komunikowania się, czyli do wskazania celu, wartości działania placówki. Kluczowe dla każdego pracownika jest poznanie sensu swego działania¹¹. To jest najistotniejsze w komunikowaniu się z pracownikami – wskazywanie kierunku wspólnego działania. I oczywiście angażowania się lidera w realizowanie zadań.

Talenty i ich rola w zarządzaniu

Badania prowadzone w szeroko rozumianym obszarze zarządzania potwierdzają, że każdy człowiek przychodzi na świat ze szczególnymi cechami, nazwanymi obrazowo „wyposażeniem fabrycznym”¹². Prawdopodobnie jest tak, że każdy ma więcej talentów, niż jest w stanie rozwinąć w swoim życiu. W 2021 r. przypada 90 lat od narodzin Krzysztofa Komedy. Utalentowany muzycznie ukończył jednak studia medyczne. Porzucił po dyplomie zawód lekarza i skupił się na muzyce. Wspominamy ten przypadek także w kontekście tego, że nie jest sprawą prostą uświadomienie sobie talentów, z którymi dana osoba przychodzi na świat. Nie tak łatwo radzić sobie z naciskami otoczenia co do wyboru zawodu i drogi życiowej. Zmiany mogą następować niemal na każdym etapie życia człowieka. Inwestowanie w ludzi utalentowanych okazuje się wysoce efektywne¹³. Z tego względu w procesie zarządzania zasadne będzie skupianie uwagi na pozyskiwaniu osób utalentowanych. Należy jednak zdawać sobie sprawę, że talent jest tylko wstępnym elementem na drodze rozwoju danego pracownika¹⁴. Dużo ważniejsza jest natomiast praca nad jego rozwijaniem¹⁵. Rozważając kwestie zarządzania w sferze zdrowia z perspektywy neuronauki, można wskazać na możliwości i zagrożenia. Liderzy, aby skuteczniej motywować pracowników do pracy, powinni podkreślać efekty związane z pracowitością, a nie talentem. Komunikowanie ludziom, że są utalentowani, może zmniejszać

¹¹ V. Frank, *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Wyd. Czarna Owca, Warszawa 2011, s. 82–84.

¹² M. Gazzaniga, *Kto tu rządzi – ja czy mój mózg?*, Smak Słowa, Sopot 2013, s. 136–137.

¹³ F. Fabritius, H. Hagemann, *Umysł lidera*, ICAN Institute, Warszawa 2017, s. 163–164.

¹⁴ R. Ankersen, *Kopalnie talentów. Jak odkryć i rozwinąć talent – u siebie i u innych*, SQN, Kraków 2018, s. 47–49.

¹⁵ A. Duckworth, *Upór: Potęga pasji i wytrwałości*, Galaktyka, Łódź 2016, s. 78–79.

ich zaangażowanie w doskonalenie swoich umiejętności. W ostatecznym efekcie wytrwałość w dążeniu do celu przeważa nad talentem, który nie będzie wówczas rozwijany z odpowiednią wytrwałością. I tutaj można nawiązać do wcześniejszych rozważań. Lekarz, który będzie miał mniejszy talent do zarządzania niż ekonomista, a będzie wytrwały w pracy nad sobą, może okazać się sprawniejszym i skuteczniejszym liderem niż ekonomista, jeśli ograniczy się on do przekonania o własnym talencie. W rozważaniach na temat talentów należy wskazać na inną jeszcze pułapkę. Ludzie mają skłonność do wyższej oceny osób utalentowanych w stosunku do tych, którzy osiągają sukcesy swoją wytrwałością. Trzeba mieć na uwadze tę pułapkę, podejmując decyzje związane z powoływaniem liderów oraz menedżerów na ich stanowiska.

Rosnąca złożoność, zmienność, nieprzewidywalność, a także niejednorodność w otoczeniu placówek medycznych skłaniają do szukania sposobów przygotowywania kadr w obszarze zarządzania. Za właściwe można uznać przekazywanie w okresie studiów wiedzy przyszłym pracownikom służby zdrowia na temat zarządzania. W odniesieniu natomiast do kształcenia w obszarze ekonomii zasadne jest odwoływanie się do cech szczególnych sektora zdrowia. Rzecz w tym, aby wskazać na potrzeby, uwarunkowania, powiązania związane z zarządzaniem placówkami zdrowia. Osoby, które rozpoznają u siebie zainteresowanie tymi kwestiami, mogą wejść na ścieżkę doskonalenia swoich umiejętności. Dla zwiększania skuteczności działania placówek medycznych kadra menedżerska powinna rozwijać swoje umiejętności zarówno w obszarze metod zarządzania, jak również znajomości uwarunkowań funkcjonowania sfery zdrowia.

Kultura organizacyjna a zarządzanie podmiotem medycznym

W każdej organizacji mniej lub bardziej świadomie stosowane są i przestrzegane różne normy zachowań, wartości, zasady budowania relacji z innymi. Ogół tych zasad, wartości, zachowań międzyludzkich definiowany jest jako kultura placówki. Jest ona zarówno elementem budującym wizerunek instytucji, jak również jednoczącym pracowników wokół celu. Kultura budowana jest długofalowo. Ma swoje korzenie w przeszłości, tradycji, ale też wiąże się z codziennością oraz wizją rozwoju. Natura człowieka jest oporna względem zasad¹⁶. Ludzie łatwiej i chętniej wymagają przestrzegania różnych zasad przez innych, natomiast są mniej konsekwentni w ich stosowaniu przez siebie. Gubią się, jeśli zasad jest zbyt wiele. W procesie budowania kultury organizacyjnej trzeba poszukiwać kompromisu między ich podejściem do ustalania a egzekwowaniem poszanowania ustalonych zasad. Żaden kierowca nie jest w stanie przestrzegać zasad

¹⁶ J. Peterson, *12 życiowych zasad. Antidotum na chaos*, Wydawnictwo Fijorr Publishing, Wrocław 2018, s. 134–136.

ruchu drogowego, jeśli co pięć metrów będą ustawione przeróżne znaki. Kultura jest najlepszym łącznikiem między pracownikami a całą placówką. Jest o wiele bardziej wyczuwana niż możliwa do precyzyjnego wyrażenia za pomocą słów. W procesie jej budowania spełnia się zasada kaskadowości. Rozpoczyna się od wartości i zachowań wyznawanych przez lidera, które dalej przenikają do wszystkich komórek organizacji. Kultura jest budowana zarówno przez elementy nazwane, np. wspólne zdefiniowanie wartości, jak również jest tworzona w sposób trudny do wyrażenia za pomocą słów. Dotyczy to mocy, energii lidera i pracowników, ich postaw oraz zachowań. Wysoka kultura organizacji ułatwia łagodzenie napięć oraz równoważenie różnego rodzaju sił oraz wpływów. To ona przyczynia się do tego, że zadania są realizowane i cele osiągnęte. Kultura tworzy się w codziennych relacjach między ludźmi. Wymaga to od lidera opuszczania gabinetu i utrzymywania relacji z pracownikami. Osobiste zaangażowanie lidera jest działaniem, które skupia zespół wokół wartości. Odwołując się do metafory rodziny, można napisać, że nie ma idealnego męża oraz idealnej żony. Może natomiast być udany, harmonijny związek. W tym sensie budowanie kultury organizacyjnej oznacza zaangażowanie wszystkich pracowników w ten proces.

Rozważając kwestie kultury organizacyjnej, należy mieć także na uwadze przestrzeganie reguł etycznych. Można to dodatkowo podkreślić, albowiem ludzie są słabi i mogą ulegać różnym pokusom. Zasady mają to do siebie, że nie może być żadnych wyjątków. Znane jest powiedzenie „jeden raz”. Jeśli ktokolwiek raz odstąpi od zasady, będzie już narażony na ich częstsze łamanie. Mamy tutaj na myśli kwestie etyczne. W odniesieniu do kultury organizacji kłopot może być taki, że łatwo może być ona zburzona przez nieodpowiedzialne przywództwo. Trudno to czasem pojąć, jednak wznoszona przez wiele lat kultura organizacji, może szybko lec w gruzach wskutek nieodpowiedzialnych decyzji i zachowań. Jej odbudowanie jest o wiele trudniejsze niż budowanie od nowa.

Sposoby doskonalenia umiejętności menedżerskich

Mózg człowieka jest bardziej nastawiony na poznawanie otoczenia, ocenianie innych niż analizowanie siebie. Świadomość istnienia tej pułapki może być pomocna w procesie analizowania siebie, w kontekście silnych i słabych stron. Wspomniano już, że nie ma menedżerów ani organizacji idealnych. Skuteczne będą osoby, których zalety w danej sytuacji przeważają nad wadami. Podobnie jest z placówkami – utrzymają się na rynku te, które podejmują więcej właściwych decyzji niż niewłaściwych. Sygnał nadawany w danym miejscu nie dotrze do celu, jeśli będzie zakłócany. W XXI w. takim zakłóceniem może być rosnący szum medialny. Słabość natury ludzkiej to skłonność do interesowania się sensacją. Łatwo jest nagłaśniana jedna informacja o pojedynczym

dramacie pacjenta. Niewielkie zainteresowanie będzie informacją o przeprowadzeniu kilkunastu udanych zabiegów medycznych. Płynie stąd wniosek, że osoby zarządzające sferą zdrowia potrzebują umiejętności funkcjonowania w warunkach krytyki, zgłaszania sprzecznych oczekiwań. Rzecz w tym, aby wyłuskać kwestie istotne, natomiast zignorować mało ważne, drugorzędne. To mitem, że ktokolwiek ma pomysł na opracowanie oraz wprowadzenie w życie rozwiązań idealnych. Jediną właściwą drogą jest uczenie się, zdobywanie doświadczeń, wprowadzanie tego, co działa oraz eliminowanie tego, co nie działa. W XXI w. skuteczność operacji przeszczepów serca jest o wiele wyższa niż w połowie XX w., kiedy dokonywano pierwszych zabiegów. Podobnie należy traktować rozwijanie metod zarządzania w sferze zdrowia.

Tematyka zarządzania w sferze zdrowia może dotyczyć wielu poziomów. Tutaj skupimy się na placówkach medycznych, jednak nie można pomijać kwestii uregulowań centralnych. W tym zakresie konieczne jest zbudowanie fundamentów dla całego systemu, które będą w miarę trwałe. Oznacza to, że należy wykluczyć ciągle próby naruszania reguł działania (np. od decentralizacji do centralizacji). Dany system może być doskonały, natomiast nie powinien być ciągle reformowany, i to od podstaw.

Z punktu widzenia skuteczności zarządzania placówkami medycznymi istotne jest korzystanie z najbardziej efektywnych sposobów podnoszenia kwalifikacji liderów oraz menedżerów. W tym zakresie również nie ma uniwersalnych rozwiązań. Dla każdego lidera istotne jest posiadanie indywidualnego planu rozwoju osobistego. Wiadomo, że niewiele osób jest obdarzonych przez naturę zdolnością do pracy bez nadzoru. Zdecydowana większość kadry menedżerskiej pracuje skuteczniej, jeśli jest rozliczana z zadań w kwestii rozwoju osobistego. Skoro zarządzanie obejmuje przede wszystkim umiejętności praktyczne, to za kluczowe należy uznać korzystanie z różnych form wymiany między krajami oraz placówkami. Pandemia przyczyniła się do rozwoju zdalnych form kontaktów międzyludzkich. Mają one mniejsze znaczenie niż spotkania bezpośrednie, jednak mogą być ich cennym uzupełnieniem.

Niezależnie od wymiany doświadczeń w grupach menedżerów sfery zdrowia należy także korzystać z tematycznie organizowanych konferencji oraz programów edukacyjnych (poziom MBA oraz studiów podyplomowych). W tym przypadku wskazane będzie podejście szersze, międzynarodowe. Kolejnym aspektem będzie zmiana w sferze sposobu prowadzenia edukacji na zasadzie łączenia zajęć akademickich ze spotkaniami z doświadczonymi ludźmi z praktyki. Obszarem poszukiwań jest także zmienianie proporcji między czasem prowadzenia wykładów a pracą w grupach, w zakresie poszczególnych tematów menedżerskich. W erze nowych technologii kadra menedżerska potrzebuje także wsparcia w zakresie nowych narzędzi z zakresu *data science*, a także sztucznej inteligencji.

Zakończenie

Prowadzone w obszarze neuronauki badania będą poszerzały wiedzę o naturze człowieka, a to umożliwi zwiększenie skuteczności zarządzania w obszarze zdrowia. Zawarta w opracowaniu tematyka otwiera cały wachlarz istotnych dla zarządzania zagadnień. Liderzy oraz menedżerowie powinni być wyczuleni na możliwość popełniania błędów wynikających z różnych pułapek decyzyjnych (efekt kotwicy, planowania, mikrozarządzania, kosztów utopionych, ojciec wie lepiej itp.). Zagrożeniem mogą też być zbyt bliskie relacje w zespole, które mogą prowadzić do syndromu myślenia grupowego. Należy również wiedzieć, że ludzie stają się mniej etyczni, kiedy funkcjonują w otoczeniu luksusu. Chociaż generalnie są uczciwi, to jednak potrafią złamać reguły etyczne, jeśli mają ku temu okazje. Mają skłonność do wybierania opcji środkowej. Gubią się, jeśli skala wyboru jest zbyt szeroka. O wiele bardziej obawiają się strat, niż odczuwają zadowolenie z zysków. Łatwiej przyjmują argumenty, które są zgodne z ich przekonaniami. Potrafią związać się z narracjami, które mają charakter teorii spiskowych (np. odmowa zaszczepienia się)¹⁷. Potrzebują czasu oraz dowodów, aby odejść od zachowań stereotypowych, utrwalonych od pokoleń (np. wielogodzinna praca rezydentów, bez czasu na wypoczynek, lenistwo emigrantów itp.). W ślad za praktyką „medycyny opartej na dowodach” można sugerować postrzeganie zarządzania w tym samym podejściu, czyli działań opartych na dowodach. W tym jednak przypadku obok wiedzy, doświadczeń trzeba także zostawić miejsce na sztukę, która wiąże się z otwartym myśleniem, kreatywnością, dokonywaniem przełomu. Można obserwować zmiany, innowacje, które są wprowadzane w wielu miejscach na świecie. Ważne jest, aby dzielić się tymi rozwiązaniami i tym samym doskonalić efektywność wydatkowania środków w sferze zdrowia. Rzeczywistość niesie bowiem wiele zagrożeń. Społeczeństwa się starzeją, ludzie postępują mało racjonalnie, są roszczeniowi w stosunku do państwa i placówek medycznych. Oczekują wygodnego, długiego życia, lekceważąc osobistą odpowiedzialność za swoje decyzje oraz zachowania.

Bibliografia

- Ankersen R., *Kopalnie talentów. Jak odkryć i rozwinąć talent – u siebie i u innych*, SQN, Kraków 2018.
- Bova T., *IQ wzrostu*, MT Biznes, Warszawa 2019.
- Drucker F., *Zarządzanie w XXI wieku*, Muza SA, Warszawa 2000.
- Duckworth A., *Upór. Potęgą pasji i wytrwałości*, Galaktyka, Łódź 2016.

¹⁷ R.J. Shiller, *Narrative Economics. How Stories Go Viral and Drive major Economics Events*, Princeton University Press, Princeton 2019, s. 87–92.

- Gawłowski S., Mruk. H., *Przywództwo. Teoria i praktyka*, Rebis, Poznań 2016.
- Gazzaniga M., *Kto tu rządzi – ja czy mój mózg?*, Smak Słowa, Sopot 2013.
- Getzen T.E., *Ekonomika zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2021.
- Fabritius F., Hagemann H., *Umysł lidera*, ICAN Institute, Warszawa 2017.
- Frankl V., *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Wyd. Czarna Owca, Warszawa 2011.
- Mintzberg H., *Zarządzanie*, Wydawnictwo Nieoczywiste, Warszawa 2019.
- Peterson J., *12 życiowych zasad. Antidotum na chaos*, Wydawnictwo Fijorr Publishing, Wrocław 2018.
- Seiwert L.J., *Jak organizować czas?*, PWN, Warszawa 1998.
- Shiller R.J., *Narrative Economics. How Stories Go Viral and Drive major Economics Events*, Princeton University Press, Princeton 2019.
- Tetlock P., Gardner D., *Superprognozowanie. Sztuka i nauka prognozowania*, CEDEWU, Warszawa 2017.
- Wall de F., *Małpa w każdym z nas*, Copernicus Center Press, Kraków 2019.
- Walker M., *Dlaczego śpimy. Odkrywanie potęgi snu i marzeń sennych*, Wydawnictwo Marginesy, Warszawa 2019.

Farmaceuta w aptece a jakość usług farmaceutycznych

Pharmacist in a pharmacy and the quality of pharmaceutical services

Konrad Żak

CEO, Pharma Consulting

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

ORCID: [0000-0002-2632-9782](https://orcid.org/0000-0002-2632-9782)

e-mail: k.zak@dydaktyka.pswbp.pl

Streszczenie

Udzielanie usług farmaceutycznych przez aptekarzy stanowi priorytetowy aspekt pełnienia misji społecznej apteki ogólnodostępnej w ramach powszechnego systemu ochrony zdrowia publicznego. Podmiotowość przedmiotowego procesu podkreśla troska ustawodawcy, który wykaz usług farmaceutycznych zawarł w akcie prawnym o randze ustawy. Ścisłe połączenie udzielania usług farmaceutycznych z wykonywaniem zawodu farmaceuty wskazuje, jak ważna jest jakość tych usług, skoro ustawodawca przypisał ich udzielanie wysoce wykwalifikowanemu specjalistcie, jakim bez wątpienia jest farmaceuta. Stąd niezmiennie istotna dla ochrony zdrowia pacjenta i ochrony zdrowia publicznego jest obecność w aptece ogólnodostępnej odpowiedniej liczby farmaceutów, albowiem bez nich nie może być sprawowana opieka farmaceutyczna, nie mogą być udzielane usługi farmaceutyczne, jak również nie mogą być realizowane ustawowe zadania przypisane przez ustawodawcę. Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie roli farmaceuty w systemie ochrony zdrowia pacjenta i systemie ochrony zdrowia publicznego w kontekście jakości usług farmaceutycznych. Aby zrealizować tak zdefiniowany cel, zastosowano metodę analizy i krytyki piśmiennictwa, metodę analizy aktów prawnych oraz metodę badania dokumentów. Pozwoliło to wskazać, w jaki sposób dostępność odpowiedniej liczby farmaceutów w aptece wpłynęła na jakość świadczenia usług farmaceutycznych.

Słowa kluczowe

rynek farmaceutyczny, prawo farmaceutyczne, farmaceuta, apteka ogólnodostępna, jakość usług farmaceutycznych

Abstract

The provision of pharmaceutical services by pharmacists is a priority aspect of fulfilling the social mission of a public pharmacy within the framework of the general public health protection system. The subjectivity of the process is emphasized by the concern of the legislator, who included the list of pharmaceutical services in a legal act. The close connection of the provision of pharmaceutical services with the profession of a pharmacist shows how important the quality of these services is, since the legislator assigned them to a highly qualified specialist, who is undoubtedly a pharmacist. Hence,

the presence of an appropriate number of pharmacists in a public pharmacy is extremely important for the protection of the patient's health and the protection of public health, because without them pharmaceutical care cannot be provided, pharmaceutical services cannot be provided, and statutory tasks assigned by the legislator cannot be performed. The aim of this article is to present the role of a pharmacist in the patient's health care system and the public health system in the context of the quality of pharmaceutical services. In order to achieve the indicated goal, a critical analysis of the subject literature, an analysis of legal acts and examination of the related documents were used. This allowed to indicate how the availability of an appropriate number of pharmacists in a pharmacy influenced the quality of pharmaceutical services.

Keywords

pharmaceutical market, pharmaceutical law, pharmacist, pharmacy, quality of pharmaceutical services

JEL: M21, K14, K22, K32, I18

Wstęp

Rodowód zawodu farmaceuty sięga starożytnej Grecji i należy go utożsamiać z wędrownymi kramarzami, którzy oferowali różnorodny towar, w tym zioła lecznicze oraz korzenie aromatyczne¹. Wspecjalizowani w lecznictwie kramarze, handlujący surowcami pochodzenia roślinnego (ziołami), minerałami oraz wykonujący pierwsze formy leków pojawili się w VIII w. w krajach arabskich². To właśnie tam w trzech głównych ośrodkach handlowych – Bagdadzie, Kordobie i Toledo – dokonał się rozdział medycyny od farmacji i powstały pierwsze apteki prowadzone przez aptekarzy³.

W tym czasie w Europie wytwarzaniem leków zajmowali się mnisi w klasztorach, którzy początkowo zaopatrywali w leki wyłącznie mieszkańców klasztoru (zakonników i chorych w szpitaliku – przytułku), a później zaczęli je sprzedawać osobom spoza bram klasztornych, co wywołało sprzeciw władz duchownych. W XII w. to właśnie przedmiotowy sprzeciw władz duchownych doprowadził do wyjścia handlu ziołami poza mury klasztorne, w ręce aptekarzy świeckich⁴.

Pierwsze kramnice apteczne jako stałe placówki sanitarne powstały w XII w. na terenie Włoch i południowej Francji – wtedy to pojawiły się pierwsze rozporządzenia zarządów miejskich legalizujących istnienie samodzielnego zawodu aptekarskiego – był to jednak zawód oparty na cechowym systemie kształcenia kadr⁵. Formalna klasyfikacja aptek jako

¹ A. Drygas, *Narodziny aptek i aptekarstwa*, [w:] T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995, s. 144.

² W. Roeske, *Polskie apteki*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1991, s. 44.

³ R. Rembieliński, B. Kuźnicka, *Historia farmacji*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987, s. 155.

⁴ A. Drygas, *op. cit.*, s. 146.

⁵ Z 1180 r. pochodzi pierwsza wzmianka o istnieniu we Florencji cechu lekarzy i aptekarzy. Również z tego okresu (1170 rok) pochodzi „Statua Sive Leges Municipales Arelatis”, pierwszy znany dokument miejski,

publicznych placówek sanitarnych (łac. *officina sanitatis*) oraz określenie zakresu obowiązków aptekarza (łac. *confectionarius* lub *stationarius*) zostało dokonane w latach 1231–1240 na mocy wydanych przez króla Sycylii i Neapolu i jednocześnie cesarza Fryderyka II Konstytucji Królestwa Sycylii (łac. *Constitutiones Regni Siciliae*). Były one zawarte w tzw. Księdze Praw Cesarskich (łac. *Liber Augustalis*) i stanowiły pierwszą „ustawę aptekarską” w Europie, na mocy której apteka jako placówka znalazła się pod ochroną prawną⁶.

Na ziemiach polskich kramnice apteczne początkowo oferowały leki pochodzenia roślinnego, które wykonywane były osobiście przez aptekarza na podstawie przepisów i recept opartych na wiedzy pozyskanej w trakcie nauki bądź praktyki zawodowej. Średniowieczne polskie aptekarstwo traktowane było jako zwykłe rzemiosło, jednak nie posiadało własnego cechu (aptekarze przyłączali się do różnych cechów). W wieku XVI i XVII uważano farmację za naukę wymagającą „wykładów nauczyciela”, jednak dopiero w 1783 r. na Uniwersytecie Jagiellońskim (zwanym wówczas Szkołą Główną Koronną) została utworzona Katedra Farmacji i Materii Medycznej, która podniosła aptekarstwo z rangi rzemiosła do rangi wolnego zawodu⁷. W XIX w. na mocy ustawy dla aptek z 1820 r. zobligowano aptekarzy do potwierdzania swoich kwalifikacji zawodowych, albowiem o koncesję na prowadzenie apteki mógł się ubiegać farmaceuta po uzyskaniu dyplomu aptekarza lub magistra farmacji, a każda zmiana miejsca prowadzenia działalności wymagała zezwolenia władz⁸. Dopiero od momentu odzyskania przez Polskę niepodległości w 1918 r. można mówić o aptekarstwie współczesnym. Zauważyć przy tym należy, że pomimo odzyskania przez Polskę niepodległości nadal na ziemiach polskich obowiązywały akty prawne uchwalone przez zaborców. Ustawodawca polski dokonał ujednolicenia przepisów dopiero pod koniec lat 30. XX w., wprowadzając ustawę o wykonywaniu zawodu aptekarskiego⁹ oraz ustawę o Izbach Aptekarskich¹⁰. Reorganizację aptekarstwa

określający zakres obowiązków lekarzy i aptekarzy, zabraniający wykonywania obu tych zawodów przez jedną osobę oraz legalizujący samodzielny zawód aptekarski (R. RembIELiński, B. Kuźnicka, *op. cit.*, s. 155–157).

⁶ Dokonano wtedy również następujących regulacji: rozdzielono zawód lekarza i aptekarza, określono charakter wzajemnych stosunków między lekarzem a aptekarzem, miejsce (placówkę), w której leki mają być wykonywane (*apotheka* lub *stationes*), uzależniono proces otwarcia apteki od uzyskania zgody władz państwowych „w określonych miastach Królestwa”, ustanowiono obowiązek składania przysięgi przez aptekarzy, wykaz opłat za leki (tzw. taksę), karę konfiskaty całego majątku ruchomego za sprzeniewierzenie się zasadom określonym w przysiędze. Ustanowiono również stanowiska dwóch zaufanych lustratorów (łac. *virī circumspecti*), zaprzysiężonych i aprobowanych przez profesorów w Salerno, do których obowiązków należało sprawdzanie, czy leki są sporządzane według przepisów. Dopiero po przeprowadzeniu czynności kontrolnych przez lustratorów, których nazwiska musiały zostać podane na dwór cesarski, leki mogły być sprzedawane (A. Drygas, *op. cit.*, s. 147; W. Roeske, *op. cit.*, s. 50–51; R. RembIELiński, B. Kuźnicka, *op. cit.*, s. 156–157).

⁷ A. Drygas, *op. cit.*, s. 148.

⁸ R. RembIELiński, B. Kuźnicka, *op. cit.*, s. 166–171.

⁹ Ustawa z dnia 25 marca 1938 r. o wykonywaniu zawodu aptekarskiego, Dz. U. z 1938 r. Nr 23, poz. 202.

¹⁰ Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o Izbach Aptekarskich, Dz. U. z 1939 r. Nr 55, poz. 346.

polskiego aptekarstwa przerwała druga wojna światowa, natomiast po wojnie władze komunistyczne dokonały nacjonalizacji aptek.

Obecny kształt polskiego aptekarstwa należy zawdzięczyć przemianom gospodarczym, które zaszły w Polsce pod koniec lat 80. ubiegłego wieku. Zmiana systemu gospodarczego Polski i rozwój przedsiębiorczości prywatnej usankcjonował współczesny model przedsiębiorczości aptekarskiej. Rozwój nowych generacji produktów leczniczych wymagał od osoby sprzedającej gruntownej wiedzy z zakresu farmakologii. Postęp technologiczny zmienił profil obowiązków farmaceuty. Aptekarze w coraz mniejszym stopniu zajmują się wytwarzaniem leków na rzecz ich sprzedaży i udzielania profesjonalnych porad dotyczących ich stosowania.

Współczesny system prawa farmaceutycznego definiuje zawód farmaceuty jako samodzielny zawód medyczny¹¹. Dokonując egzemplifikacji form wykonywania zawodu farmaceuty, zauważyć należy, że jest to szerokie określenie profesji, odnoszące się w zdecydowanej większości do przedstawicieli branży farmaceutycznej. Farmaceuci wykonują swój zawód głównie jako pracownicy: aptek, punktów aptecznych, działów farmacji szpitalnej, hurtowni farmaceutycznych, przemysłu farmaceutycznego, uczelni wyższych, instytutów naukowych oraz urzędów państwowych.

Ustawodawca w trosce o bezpieczeństwo systemu ochrony zdrowia publicznego dokonał ścisłej regulacji odnoszącej się do nazewnictwa zawodu, wskazując, że tytuł zawodowy „farmaceuta” podlega ochronie prawnej¹², a farmaceuta wykonujący zawód w aptece, punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej jest aptekarzem¹³. Ustawowo wyodrębniony termin „aptekarz” jest również mocno rozpowszechniony w języku konwersacyjnym, choć podkreślić należy, że użycie nazwy „aptekarz” jest znacznym uproszczeniem i zawężeniem funkcji oraz zadań, jakie mogą wykonywać osoby posiadające tytuł zawodowy farmaceuty.

1. Wykonywanie zawodu farmaceuty – zakres regulacji

Historia farmacji pokazuje, jak w ciągu wieków zmieniała się rola aptekarza: od wyspecjalizowanych handlarzy ziołami i minerałami poprzez rzemieślników wykonujących różne formy leków (najczęściej pochodzenia roślinnego) oraz alchemików do profesjonalistów odgrywających niezmiennie ważną rolę w systemie zdrowia publicznego. Istota tej roli została szczegółowo określona w systemie prawa farmaceutycznego

¹¹ Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz. U. z 2021 r., poz. 97, art. 2.

¹² *Ibidem*, art. 20 ust. 2.

¹³ *Ibidem*, art. 30.

– w ustawie o zawodzie farmaceuty, której najważniejsze postanowienia weszły do porządku prawnego w dniu 16 kwietnia 2021 r.

Ustawodawca w ustawie o zawodzie farmaceuty precyzyjnie zdefiniował cel, z jakim należy utożsamiać wykonywanie zawodu farmaceuty, wskazując, że wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia pacjenta oraz ochronę zdrowia publicznego i polega na¹⁴:

- sprawowaniu opieki farmaceutycznej,
- udzielaniu usług farmaceutycznych,
- wykonywaniu zadań zawodowych,
- wykonywaniu określonych czynności.

Poszczególne aspekty związane z wykonywaniem zawodu farmaceuty zostały również w ustawie precyzyjnie dookreślone, co wskazuje na wysoką troskę ustawodawcy ukierunkowaną na zapewnienie odpowiedniej jakości pracy farmaceuty i wysokiego poziomu bezpieczeństwa w procesie dystrybucji produktami leczniczymi i pokrewnymi.

Szczegółowość regulacji ma jednak na celu zapewnienie przede wszystkim wysokiej jakości sprawowania opieki farmaceutycznej oraz udzielania usług farmaceutycznych. Gwarantem poziomu jakości jest farmaceuta, który musi posiadać odpowiednie kwalifikacje do wykonywania zawodu, określone w ustawie o zawodzie farmaceuty (rozpoczęcie i ukończenie co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku farmacja, obejmujących co najmniej sześciomiesięczną praktykę zawodową w aptece, i uzyskanie tytułu magistra farmacji¹⁵).

2. Opieka farmaceutyczna i usługi farmaceutyczne

Priorytetowym przejawem wykonywania zawodu farmaceuty jest niewątpliwie opieka farmaceutyczna, która w ustawie o zawodzie farmaceuty została „wyciągnięta” z katalogu usług farmaceutycznych. Taki zabieg ustawodawcy ma na celu podkreślenie jej strategicznego charakteru w systemie ochrony zdrowia pacjenta oraz w systemie ochrony zdrowia publicznego. Usytuowanie opieki farmaceutycznej na pierwszym miejscu wśród aktywności związanych z wykonywaniem zawodu farmaceuty ma również na celu podniesienie rangi zawodu, który dotychczas w praktyce aptecznej często był sprowadzony wyłącznie do roli wykwalifikowanego sprzedawcy czy wręcz „lekopodawcy”. Podniesienie rangi zawodu przyczyniło się pośrednio do wzrostu prestiżu i poziomu satysfakcji aptekarzy z wykonywanej pracy.

¹⁴ *Ibidem*, art. 4 ust. 1.

¹⁵ Por. *ibidem*, art. 5 ust. 1.

Dokonując analizy aktów prawnych, zauważyć należy, że opieka farmaceutyczna po raz pierwszy do systemu polskiego prawa farmaceutycznego została wprowadzona w 2008 r. na mocy nowelizacji ustawy o izbach aptekarskich (ustawa o zmianie ustawy o izbach aptekarskich)¹⁶. Przedmiotowa implementacja dokonała się w wyniku starań akademickich środowisk farmaceutycznych ośrodków w Warszawie, Poznaniu, Krakowie, Gdańsku i Wrocławiu¹⁷.

Szczegółowa charakterystyka opieki farmaceutycznej została zawarta w art. 4 ust. 2 ustawy o zawodzie farmaceuty. Ustawodawca zdefiniował opiekę farmaceutyczną jako świadczenie zdrowotne udzielane przez farmaceutę i stanowiące dokumentowany proces, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii, obejmującej¹⁸:

- 1) prowadzenie konsultacji farmaceutycznych – w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta w związku ze stosowaniem produktów leczniczych, wyrobów medycznych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego;
- 2) wykonywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta – w celu wykrywania i rozwiązywania problemów lekowych oraz zapewnienia bezpieczeństwa w procesie farmakoterapii;
- 3) opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej, z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta – w celu określenia celów terapeutycznych możliwych do osiągnięcia przez pacjenta stosującego farmakoterapię oraz wskazania sposobów rozwiązywania wykrytych problemów lekowych, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i zdrowego trybu życia oraz profilaktyki zdrowotnej;
- 4) wykonywanie badań diagnostycznych określonych w przepisach – w celu oceny skuteczności i bezpieczeństwa stosowanej przez pacjenta farmakoterapii oraz analizy problemów lekowych występujących u pacjenta, oraz proponowania metod i badań diagnostycznych;
- 5) wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego.

¹⁶ Opieka farmaceutyczna została określona jako usługa farmaceutyczna polegająca na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta (ustawa z dnia 10 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich, Dz. U. z 2008 r. Nr 47, poz. 273, art. 1 ust. 2).

¹⁷ Duże zasługi w propagowaniu idei opieki farmaceutycznej i podejmowaniu działań zmierzających do jej wdrożenia w praktyce aptecznej przypisuje się J. Łazowskiemu, A. Skowron, zespołowi J. Brandysa i T. Bąbelkowi (K. Szalotka, *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 65).

¹⁸ Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz. U. z 2021 r., poz. 97, art. 4 ust. 2.

Tak staranne wskazanie zakresu opieki farmaceutycznej niewątpliwie wpływa na jakość procesu farmakoterapii, albowiem precyzuje zakres odpowiedzialności zawodowej farmaceuty i nadaje właściwą rangę jego roli zawodowej. Nowelizując system prawa farmaceutycznego poprzez dokonanie szczegółowej charakterystyki procesu opieki farmaceutycznej, ustawodawca osiągnął ważny cel, jakim jest redefinicja roli farmaceuty w systemie ochrony zdrowia pacjenta oraz w systemie ochrony zdrowia publicznego. Farmaceuta dostał instrumentarium umożliwiające zmianę zakresu zadań, pozwalając mu przekształcić się z wykwalifikowanego sprzedawcy w profesjonalnego doradcę. Podkreślić przy tym należy, że wzrost zaangażowania wysoce wykwalifikowanego profesjonalisty, jakim jest farmaceuta, w proces farmakoterapii pacjenta przekłada się pośrednio na wzrost poziomu jakości usług farmaceutycznych.

Podkreśleniem istotnej roli farmaceuty w systemie ochrony zdrowia pacjenta oraz w systemie ochrony zdrowia publicznego jest udzielanie usług farmaceutycznych, które stanowią integralną część wykonywania zawodu farmaceuty. Wykaz usług farmaceutycznych został również szczegółowo wskazany w ustawie o zawodzie farmaceuty. W myśl regulacji przedmiotowego aktu normatywnego obejmują one¹⁹:

- 1) wydawanie z apteki lub punktu aptecznego produktów leczniczych, wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, wyposażenia wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro*, aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, połączone z udzielaniem informacji i porad dotyczących działania i stosowania oraz przechowywania tych produktów, środków, wyrobów lub wyposażenia;
- 2) sporządzanie produktów leczniczych połączone z oceną ich jakości, w tym trwałości;
- 3) przeprowadzanie wywiadu farmaceutycznego;
- 4) udzielanie porady farmaceutycznej w celu zapewnienia prawidłowego stosowania produktu leczniczego, wyrobu medycznego lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w szczególności w zakresie wydania właściwego produktu leczniczego wydawanego bez przepisu lekarza, przekazania informacji dotyczących właściwego stosowania, w tym dawkowania i możliwych interakcji z innymi produktami leczniczymi lub pożywieniem, wydawanego produktu, wyrobu lub środka oraz prawidłowego używania wyrobów medycznych;
- 5) czynności wykonywane w aptece szpitalnej lub zakładowej w zakresie:
 - a) sporządzania pozajelitowych leków recepturowych i aptecznych, w tym preparatów do żywienia pozajelitowego,

¹⁹ *Ibidem*, art. 4 ust. 3.

- b) sporządzania preparatów do żywienia dojelitowego,
- c) przygotowywania leków w dawkach indywidualnych, w tym antybiotyków pozajelitowych, leków cytostatycznych oraz produktów leczniczych terapii zaawansowanej – wyjątków szpitalnych,
- d) sporządzania produktów leczniczych radiofarmaceutycznych,
- e) przygotowywania roztworów do hemodializy i dializy dootrzewnowej – oraz monitorowanie warunków sporządzania lub przygotowywania takich leków lub preparatów;
- 6) wykonywanie pomiaru ciśnienia krwi;
- 7) usługi farmacji klinicznej.

Ustawodawca zdecydował o egzemplifikacji usług farmaceutycznych w formie katalogu zamkniętego, uniemożliwiając w ten sposób dokonywanie błędnych kwalifikacji czynności. Taki zabieg pozwala precyzyjnie wskazać, jaki rodzaj czynności mieści się w zakresie usług farmaceutycznych, a jaki wykracza poza ten zakres, co ma istotne znaczenie przy charakterystyce poszczególnych wymiarów funkcjonowania apteki jako placówki ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne²⁰. Precyzja ustawodawcy w tym zakresie ma na celu zapewnienie odpowiedniego poziomu jakości usług oraz niedopuszczenie do sytuacji udzielania w aptece innych usług, niezwiązanych bezpośrednio z interesem publicznym i ochroną zdrowia publicznego.

3. Zadania i czynności farmaceuty (aptekarza)

Ustawa o zawodzie farmaceuty szczegółowo wskazuje zadania zawodowe farmaceuty (niektóre po raz pierwszy wyodrębnione z katalogu usług farmaceutycznych, inne na nowo zdefiniowane), które zostały uporządkowane i zakresowo rozszerzone. Zadania zawodowe farmaceuty obejmują²¹:

- 1) udział w racjonalizacji farmakoterapii, w tym udział w pracach komitetu terapeutycznego oraz innych zespołów powołanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą;
- 2) uczestniczenie w badaniach klinicznych, w tym w badaniach prowadzonych w szpitalu jako członek zespołu badawczego;

²⁰ W aktywności apteki można wyodrębnić: wymiar medyczny (związany ze sprawowaniem opieki farmaceutycznej), wymiar farmaceutyczny (związany z udzielaniem usług farmaceutycznych i wykonywaniem zadań i czynności zawodowych) oraz wymiar ekonomiczny (związany z realizacją celów komercyjnych związanych z przedsiębiorczością aptekarską).

²¹ Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz. U. z 2021 r., poz. 97, art. 4 ust. 4.

- 3) przyjmowanie do hurtowni farmaceutycznej produktów, wyrobów lub środków (produktów leczniczych, wyrobów medycznych i ich wyposażenia, wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* i ich wyposażenia, aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego) od uprawnionych podmiotów, wydawanie ich uprawnionym podmiotom z hurtowni farmaceutycznej, sprawowanie nadzoru nad przestrzeganiem w hurtowni farmaceutycznej wymagań Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej;
- 4) kierowanie apteką, punktem aptecznym, działem farmacji szpitalnej, zespołem farmacji klinicznej lub hurtownią farmaceutyczną;
- 5) sprawowanie nadzoru nad gospodarką produktami leczniczymi oraz wyrobami medycznymi w podmiocie wykonującym działalność leczniczą;
- 6) zarządzanie produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w oddziale szpitalnym;
- 7) organizowanie w podmiotach leczniczych zaopatrzenia w produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne obejmujące:
 - a) materiały opatrunkowe,
 - b) jednorazowe jałowe i niejałowe wyroby medyczne do implantacji wraz z jednorazowym jałowym i niejałowym oprzyrządowaniem do ich implantacji,
 - c) jednorazowe jałowe wyroby medyczne do przygotowania i podawania produktów leczniczych, preparatów krwiopochodnych oraz płynów dializacyjnych – połączone z uczestniczeniem w prowadzonej w tych podmiotach gospodarce tymi materiałami i wyrobami;
- 8) nadzór nad czynnościami wykonywanymi w aptece przez studenta kierunku farmacja albo przez technika farmaceutycznego w zakresie czynności, których technik nie może wykonywać samodzielnie;
- 9) nadzór nad przyjmowaniem, przechowywaniem i wydawaniem produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
- 10) monitorowanie warunków zapewniających jakość i bezpieczeństwo stosowania znajdujących się w obrocie produktów lub wyrobów oraz ich zabezpieczanie w procedurach wycofywania i wstrzymywania określonych w przepisach;
- 11) sprawowanie nadzoru nad jakością i bezpieczeństwem stosowania produktów leczniczych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub użytkowania wyrobów medycznych, w tym nadzoru nad rezerwami strategicznymi oraz zapasami medycznymi gromadzonymi w celu zabezpieczenia potrzeb mobilizacyjnych i wojennych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej;

- 12) uczestnictwo w wytwarzaniu i badaniu produktów leczniczych, w tym pełnienie funkcji Osoby Wykwalifikowanej lub Osoby Kompetentnej;
- 13) zgłaszanie właściwym organom działań niepożądanych produktów leczniczych, incydentów medycznych, niepożądanych odczynów poszczepiennych, ciężkich działań niepożądanych produktów kosmetycznych oraz podejrzenia lub stwierdzenia zatrucia produktem biobójczym;
- 14) prowadzenie działalności profilaktycznej, edukacyjnej oraz działalności na rzecz promocji zdrowia;
- 15) przeprowadzanie analiz farmakoekonomicznych;
- 16) prowadzenie terapii monitorowanej stężeniami leków;
- 17) prowadzenie przez farmaceutę apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej lub jako wspólnik spółki jawnej lub wspólnik (partner) spółki partnerskiej, której przedmiotem działalności jest prowadzenie aptek.

Oprócz zadań ustawodawca zdecydował się na wyodrębnienie innych czynności związanych z wykonywaniem zadań farmaceuty, do których zaliczył²²:

- 1) prowadzenie działalności dydaktycznej w uczelniach prowadzących studia na kierunku farmacja oraz badań naukowych i prac rozwojowych w dyscyplinie naukowej – nauki farmaceutyczne;
- 2) zatrudnienie w Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, w ramach którego wykonuje się czynności nadzoru określone w art. 108 ust. 1 ustawy – Prawo farmaceutyczne;
- 3) zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w ramach którego wykonuje się czynności związane z obrotem i wydawaniem produktów, środków lub wyrobów;
- 4) zatrudnienie w jednostkach podległych ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub przez niego nadzorowanych – na stanowisku związanym z wykonywaniem zawodu farmaceuty;
- 5) zatrudnienie, w ramach którego są wykonywane czynności związane z dopuszczaniem lub wprowadzaniem do obrotu lub użytkowania produktów lub wyrobów, ich refundacją, taryfikacją lub kontrolą obrotu nimi oraz związane z realizacją polityki lekowej;
- 6) zatrudnienie lub pełnienie służby wojskowej w urzędzie obsługującym Ministra Obrony Narodowej, w jednostkach organizacyjnych jemu podległych lub przez niego nadzorowanych, w ramach których wykonuje się czynności nadzoru na stanowiskach wymagających posiadania tytułu zawodowego farmaceuty;

²² *Ibidem*, art. 4 ust. 5.

- 7) pełnienie funkcji z wyboru w samorządzie zawodu farmaceuty;
- 8) zatrudnienie lub pełnienie służby w urzędzie obsługującym Ministra Sprawiedliwości lub w jednostkach organizacyjnych jemu podległych lub przez niego nadzorowanych, na stanowiskach wymagających posiadania tytułu zawodowego farmaceuty, w ramach których wykonuje się czynności nadzoru nad wytwarzaniem i obrotem produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi.

Zarówno wykaz zadań zawodowych farmaceuty, jak i wykaz innych czynności związanych z wykonywaniem zadań farmaceuty stanowią katalog zamknięty, co oznacza, że wszelkie inne, niewymienione wprost w ustawie, rodzaje aktywności stanowią czynności niezwiązane z wykonywaniem zawodu farmaceuty. Celem takiego zabiegu ustawodawcy jest wskazanie, że inne czynności, niezwiązane bezpośrednio z wykonywaniem zawodu farmaceuty, nie mogą być świadczone w aptece. To zaś prowadzi to do konkluzji, że te rodzaje aktywności, które nie spełniają powyższych przesłanek mogą zostać zakwalifikowane jako zabroniona forma reklamy apteki i jej działalności. Konsekwencją takiej kwalifikacji mogą być kary finansowe nakładane na aptekę przez organy nadzoru farmaceutycznego.

4. Wyznaczniki jakości usług farmaceutycznych

Pojęcie jakości usługi farmaceutycznej nie zostało zdefiniowane w systemie prawa farmaceutycznego. Literatura przedmiotu wskazuje na trudności związane z definiowaniem jakości, wynikające z cechy konstytutywnej usługi, jaką jest niematerialność. Istotny problem bowiem stanowi wyznaczenie materialnej strony niematerialnych usług. Również jednoczesność produkcji i konsumpcji usługi sprawia, że jej jakość nie może być sprawdzona przed jej sprzedażą, lecz dopiero po jej konsumpcji. Z tego powodu przy określaniu jakości usług decydującą rolę odgrywa klient i stopień jego zadowolenia.

Specyfika usług farmaceutycznych i ich szczególne znaczenie dla efektywności systemu ochrony zdrowia pacjenta i systemu ochrony zdrowia publicznego wymagają szczegółowych regulacji, które wyznaczają determinanty jakości usługi farmaceutycznej. Można do nich zaliczyć²³:

- wiarygodność usługodawcy – usługi farmaceutyczne świadczone są w aptece
- „placówce ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne” (ustawa Prawo farmaceutyczne, art. 86),

²³ K. Żak, *Niedobory farmaceutów w aptekach ogólnodostępnych – wyzwania dla jakości świadczenia usług farmaceutycznych w Polsce*, materiał w trakcie przygotowania do publikacji w ramach konferencji naukowej „Rynek pracy wobec wyzwań przyszłości – ujęcie interdyscyplinarne” realizowanej przez Państwową Szkołę Wyższą im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, s. 8–9.

- fachowość personelu – klient otrzymuje usługę od profesjonalisty – gwarantem jakości usługi jest farmaceuta, który musi posiadać odpowiednie kwalifikacje do wykonywania zawodu: rozpoczęcie i ukończenie co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku farmacja, obejmujących co najmniej sześciomiesięczną praktykę zawodową w aptece, i uzyskanie tytułu magistra farmacji (ustawa o zawodzie farmaceuty, art. 5 ust. 1),
- zróżnicowanie – katalog usług farmaceutycznych jest zróżnicowany, ale ograniczony zakresowo przez ustawę poprzez wskazanie, jakie czynności obejmują usługi farmaceutyczne (ustawa o zawodzie farmaceuty, art. 4),
- bezpieczeństwo – wyodrębnienie wyspecjalizowanej instytucji kontrolnej – Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej (wykonującej zadania poprzez Głównego Inspektora Farmaceutycznego oraz wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych), do której zakresu zadań należy nadzór nad: 1) warunkami wytwarzania i importu produktów leczniczych, 2) warunkami wytwarzania, importu i dystrybucji substancji czynnej, 3) jakością, obrotem i pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi, 4) obrotem wyrobami medycznymi – w celu zabezpieczenia interesu społecznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowia i życia ludzi przy stosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, znajdujących się w hurtowniach farmaceutycznych, aptekach, działach farmacji szpitalnej, punktach aptecznych i placówkach obrotu pozaaptecznego (ustawa Prawo farmaceutyczne, art. 108, 112),
- dostępność usług, co wynika z odpowiedniej dla zaspokojenia potrzeb ludności liczby aptek (12 310 aptek ogólnodostępnych według stanu na dzień 31 grudnia 2019 r.²⁴),
- odpowiedni tryb postępowania farmaceuty wynikający z wiedzy i umiejętności nabytych w toku pięcioletnich studiów farmaceutycznych, doświadczenia zdobytego podczas praktyk i stażu w aptece oraz kompetencji uzyskanych podczas szkoleń specjalistycznych, kursów kwalifikacyjnych, studiów podyplomowych oraz w ramach samokształcenia, który może być oceniany np. w oparciu o²⁵:
- jakość informacji przekazywanych przez farmaceutów podczas realizacji recepty lekarskiej,

²⁴ Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych, Urząd Statystyczny w Krakowie, Wydział Statystyki Zdrowia, Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r. Tablice w formacie XLSX*, tabl. 74, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa-Kraków 2021, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2019-roku,1,10.html> [dostęp: 26.04.2021].

²⁵ M. Drozd, S. Ciećko, *Ocena jakości usług farmaceutycznych podczas realizacji recepty lekarskiej*, „Farmacja Polska” 72, 2016, nr 6, s. 351.

- zaangażowanie farmaceuty w wywiad z pacjentem oraz doradztwo w zakresie działania, stosowania i dawkowania leków zawartych na receptce oraz dodatkowych leków lub suplementów diety, o które prosi pacjent,
- umiejętność wykrycia przez farmaceutę problemów lekowych oraz możliwości ich rozwiązywania,
- profesjonalizm wywiadów farmaceutycznych i odbiór przeprowadzonych konsultacji przez pacjenta (czy odbiegają i w jakim stopniu od oczekiwań pacjenta),
- korelację pomiędzy jakością udzielanych porad a stopniem wykształcenia i wiekiem aptekarza oraz wpływem kolejki w aptece na poziom i formę świadczonych usług farmaceutycznych.

Wymienione determinanty usługi farmaceutycznej stanowią odzwierciedlenie ciągle zmieniających się oczekiwań klientów, które z kolei wyznaczają jej poziom jakości.

5. Dostępność farmaceutów w aptece a jakość usług farmaceutycznych

Precyzyjne wskazanie przez ustawodawcę, jaki jest cel wykonywania usług farmaceutycznych i na czym on polega, wskazuje, jak ważną rolę odgrywa farmaceuta w systemie ochrony zdrowia pacjenta oraz ochrony zdrowia publicznego. W wykonywaniu przedmiotowych czynności nikt nie jest w stanie go zastąpić, albowiem nikt z personelu uprawnionego do pracy w aptece nie posiada tak szerokiego zakresu obowiązków.

Ustawodawca w ustawie Prawo farmaceutyczne dokonał zastrzeżenia, że przy wykonywaniu w aptece czynności fachowych mogą być zatrudnieni wyłącznie farmaceuci i technicy farmaceutyczni w granicach ich uprawnień zawodowych²⁶. Zakres działań technika farmaceutycznego określa art. 91 przedmiotowej ustawy wskazując, że²⁷:

1. Technik farmaceutyczny, posiadający dwuletnią praktykę w aptece w pełnym wymiarze czasu pracy, może wykonywać w aptece czynności fachowe polegające na sporządzaniu, wytwarzaniu, wydawaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, z wyjątkiem produktów leczniczych mających w swoim składzie:
 - a) substancje bardzo silnie działające określone w Urzędowym Wykazie Produktów Leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - b) substancje odurzające,

²⁶ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381, ze zm., art. 90.

²⁷ *Ibidem*, art. 91.

- c) substancje psychotropowe grupy I-P oraz II-P
– określone w odrębnych przepisach.
2. Technik farmaceutyczny może również wykonywać czynności pomocnicze przy sporządzaniu i przygotowywaniu preparatów leczniczych (leków do żywienia pozajelitowego i dojelitowego, leków w dawkach dziennych, w tym leków cytotatycznych, produktów radiofarmaceutycznych na potrzeby udzielania świadczeń pacjentom danego podmiotu leczniczego, płynów infuzyjnych, roztworów do hemodializy i dializy dootrzewnowej).
3. Technik farmaceutyczny jest uprawniony do zgłaszania Prezesowi Urzędu lub podmiotowi odpowiedzialnemu działania niepożądanego produktu leczniczego.

Dokonując zestawienia zakresu działań technika farmaceutycznego i farmaceuty, zauważyć należy, że technik farmaceutyczny nie może zastępować farmaceuty, albowiem jego zakres działań jest wyraźnie ograniczony do wykonywania niektórych, prostych czynności fachowych i czynności pomocniczych. Nie może on przykładowo udzielać informacji i porad dotyczących działania i stosowania oraz przechowywania produktów, środków, wyrobów lub wyposażenia, jak również nie stanowi personelu uprawnionego do sprawowania opieki farmaceutycznej. Z tego powodu ustawodawca ustanowił nakaz obowiązkowej obecności farmaceuty, wskazując, że w godzinach pracy apteki w jej lokalu znajduje się zatrudniony w niej farmaceuta lub farmaceuta wykonujący swoje obowiązki w aptece na innej podstawie prawnej²⁸.

Dokonując analizy liczby farmaceutów w przeliczeniu na jedną aptekę i punkt apteczny, można zauważyć, że w niektórych regionach mogą występować niedobory farmaceutów (tabela 1).

Tabela 1. Liczba farmaceutów przypadająca na jedną aptekę i punkt apteczny w 2019 r.

Lp.	Województwa	Farmaceuci pracujący ogółem	Apteki ogółem	Punkty apteczne ogółem	Apteki i punkty apteczne ogółem	Liczba farmaceutów na jedną aptekę i punkt apteczny
1.	Dolnośląskie	2081	994	62	1056	2,0
2.	Kujawsko-pomorskie	1294	606	87	693	1,9
3.	Lubelskie	1679	756	54	810	2,1
4.	Lubuskie	547	306	43	349	1,6
5.	Łódzkie	1865	830	78	908	2,1
6.	Małopolskie	2347	1064	123	1187	2,0
7.	Mazowieckie	3898	1685	136	1821	2,1

²⁸ *Ibidem*, art. 92.

Lp.	Województwa	Farmaceuci pracujący ogółem	Apteki ogółem	Punkty apteczne ogółem	Apteki i punkty apteczne ogółem	Liczba farmaceutów na jedną aptekę i punkt apteczny
8.	Opolskie	549	305	43	348	1,6
9.	Podkarpackie	1221	666	122	788	1,5
10.	Podlaskie	856	383	51	434	2,0
11.	Pomorskie	1690	669	41	710	2,4
12.	Śląskie	3204	1421	99	1520	2,1
13.	Świętokrzyskie	711	396	54	450	1,6
14.	Warmińsko-mazurskie	678	415	40	455	1,5
15.	Wielkopolskie	2524	1261	115	1376	1,8
16.	Zachodniopomorskie	957	553	42	595	1,6
	POLSKA	26101	12310	1190	13500	1,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Główny Urząd Statystyczny, *op. cit.*, tabela 74.

Z danych zawartych w powyższej tabeli wynika, że wartość wskaźnika liczby farmaceutów na jedną aptekę i punkt apteczny w Polsce wynosi 1,9, w trzech województwach wynosi 2,0 (dolnośląskie, małopolskie, podlaskie), a w ośmiu – poniżej 2,0 (kujawsko-pomorskie, lubuskie, opolskie, podkarpackie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie). Zestawiając te wartości z koniecznością zapewnienia w aptece obowiązkowej obecności farmaceuty, można zauważyć, że wiele aptek może funkcjonować bez obecności farmaceuty²⁹.

Biorąc pod uwagę, że apteki i punkty apteczne funkcjonują w systemie zmianowym, co w praktyce oznacza, że personel fachowy udziela usług najczęściej w trybie dwuzmianowym (w przypadku zdecydowanej większości aptek) lub w trózzmianowym (w przypadku aptek czynnych całodobowo), zauważyć należy:

- w regionach, w których wartość wskaźnika liczby farmaceutów na jedną aptekę i punkt apteczny wynosi poniżej 2,0 na pewno występują niedobory farmaceutów, co wynika z samej wartości wskaźnika,
- w regionach, w których wartość wskaźnika liczby farmaceutów na jedną aptekę i punkt apteczny wynosi 2,0 w niektórych miejscach (zwłaszcza w mniejszych

²⁹ Obowiązkowa obecność farmaceuty w aptece wynika bezpośrednio z ustawy Prawo farmaceutyczne: „w godzinach pracy apteki w jej lokalu znajduje się zatrudniony w niej farmaceuta lub farmaceuta wykonujący swoje obowiązki w aptece na innej podstawie prawnej” (ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381 ze zm., art. 92).

- miastach i na terenach wiejskich), występują niedobory farmaceutów, co wynika z większej koncentracji farmaceutów na terenach dużych miast,
- w regionach, w których wartość wskaźnika liczby farmaceutów na jedną aptekę i punkt apteczny wynosi powyżej 2,0 mogą się w niektórych rejonach pojawić niedobory farmaceutów (zwłaszcza w miejscowościach gminnych i na terenach wiejskich), co wynika z mniejszego zainteresowania farmaceutów pracą związaną z koniecznością dojeżdżania do miejsca pracy.

Podkreślić przy tym należy, że w wielu aptekach, zwłaszcza zlokalizowanych w miastach wojewódzkich, zatrudnionych jest więcej niż po jednym farmaceucie na zmianie w aptece. Zauważyć również należy, że liczba farmaceutów w danym województwie obejmuje farmaceutów ogółem, a nie tylko aptekarzy, co dodatkowo obrazuje wymiar niedoborów farmaceutów w aptece.

Niedobory farmaceutów w aptece są charakterystyczne zwłaszcza dla terenów oddalonych od miast wojewódzkich i dużych miast. Dokonując analizy sytuacji kadrowej w aptece, można wyróżnić pięć podstawowych rodzajów obsad personelu fachowego w tych lokacjach:

- kierownik apteki (farmaceuta) będący jednocześnie właścicielem apteki – jednoosobowa obsada w systemie jednozmianowym o zwiększonym wymiarze czasu pracy (najczęściej charakterystyczna obsada dla apteki czynnej w godz. 8.00–18.00 lub 8.00–20.00) – obsada prawidłowa z punktu widzenia prawa farmaceutycznego,
- kierownik apteki (farmaceuta) niebędący właścicielem apteki – jednoosobowa obsada w systemie jednozmianowym o ośmiogodzinnym czasie pracy (najczęściej charakterystyczna obsada dla apteki czynnej w godz. 8.00–16.00 lub 10.00–18.00) – obsada prawidłowa z punktu widzenia prawa farmaceutycznego,
- kierownik apteki (farmaceuta) i farmaceuta – dwuosobowa obsada w systemie dwuzmianowym o ośmiogodzinnym czasie pracy (najczęściej charakterystyczna obsada dla apteki czynnej w godz. 8.00–20.00 lub 6.00–22.00) – obsada prawidłowa z punktu widzenia prawa farmaceutycznego,
- kierownik apteki (farmaceuta) i technik farmaceutyczny – dwuosobowa obsada w systemie dwuzmianowym o ośmiogodzinnym czasie pracy (najczęściej charakterystyczna obsada dla apteki czynnej w godz. 8.00–20.00 lub 6.00–22.00) – obsada nieprawidłowa z punktu widzenia prawa farmaceutycznego (w praktyce kierownik apteki – farmaceuta – pracuje najczęściej na zmianie porannej, a technik farmaceutyczny na zmianie popołudniowej),
- wyłącznie technicy farmaceutyczni (kierownik apteki – farmaceuta – jest zatrudniony fikcyjnie – na podstawie „firmowania”) – obsada najczęściej

dwuosobowa w systemie dwuzmianowym o ośmiogodzinnym czasie pracy (najczęściej charakterystyczna obsada dla apteki czynnej w godz. 8.00–20.00 lub 6.00–22.00) – obsada nieprawidłowa z punktu widzenia prawa farmaceutycznego.

Istotna z punktu widzenia bezpieczeństwa zdrowotnego ludności jest eliminacja aptek, których system świadczenia usług farmaceutycznych oparty jest wyłącznie na kompetencjach technik farmaceutycznych. Apteki bez zapewnienia wystarczającej obsady farmaceutów nie są w stanie realizować swojej podstawowej funkcji, jaką jest sprawowanie opieki farmaceutycznej i świadczenie usług farmaceutycznych. Czynności te zostały bowiem przydzielone przez ustawodawcę do wykonywania zawodu farmaceuty. Apteki, które w godzinach pracy nie mają w obsadzie farmaceuty, stanowią zagrożenie dla systemu ochrony zdrowia pacjenta i ochrony zdrowia publicznego, albowiem poprzez techników farmaceutycznych nielegalnie świadczą usługi zarezerwowane wyłącznie dla farmaceuty. Stanowi to bezdyskusyjnie naruszenie przepisów prawa farmaceutycznego, które można przyrównać do sytuacji funkcjonowania szpitala bez lekarzy, na bazie wyłącznie personelu pielęgniarskiego.

Brak farmaceuty w aptece zwiększa dodatkowo ryzyko wystąpienia pomyłek w procesie wydawania leków z apteki, które mogą mieć fatalne skutki dla życia i zdrowia pacjenta. W przestrzeni publicznej można wskazać sytuacje, kiedy technik pozostawiony sam na zmianie (bez nadzoru farmaceuty) wydał pacjentowi niewłaściwą dawkę leku, co skończyło się tragicznie dla pacjenta³⁰. Powszechnie znane są przypadki wydania innego leku (np. Tulip 10 mg zamiast Tertensif SR) lub realizowania recepty po upływie jej ważności³¹. Według badań przeprowadzonych przez M. Drozd i S. Ciećko w okresie od listopada 2014 r. do marca 2015 r. farmaceuci częściej niż technicy farmaceutyczni udzielają „profesjonalnej obsługi i porady” (46% vs 36%), natomiast technicy farmaceutyczni częściej niż farmaceuci kojarzeni są ze „znikomą obsługą i skąpym poradnictwem” (49% vs 23%)³².

³⁰ Przytoczyć można głośny przypadek z Jarocina, kiedy to technik farmaceutyczny wydał rodzinie pacjentki dziesięciokrotnie wyższą dawkę morfiny, niż przepisano na receptę. W aptece nie było farmaceuty. Po kilku dniach pacjentka zmarła (Ł. Waligórski, *Techniczka pomyliła dawkę morfiny. Pacjentka nie żyje...*, mgr farm., <https://mgr.farm/aktualnosci/techniczka-pomyliła-dawkę-morfiny-pacjentka-nie-żyje/> [dostęp: 26.04.2021]).

³¹ Ł. Waligórski, *Technik sam w aptece i źle wydany lek? Kolejny przypadek w Wielkopolsce...*, mgr farm., <https://mgr.farm/aktualnosci/technik-sam-w-aptece-i-źle-wydany-lek-kolejny-przypadek-w-wielkopolsce/> [dostęp: 26.04.2021].

³² M. Drozd, S. Ciećko, *op. cit.*, s. 356.

6. System nadzoru farmaceutycznego a jakość usług farmaceutycznych

System nadzoru farmaceutycznego jest oparty na Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, co zostało określone w ustawie Prawo farmaceutyczne. W myśl regulacji przedmiotowego aktu normatywnego Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, zwana dalej „Inspekcją Farmaceutyczną”, sprawuje nadzór nad³³:

- 1) warunkami wytwarzania i importu produktów leczniczych i produktów leczniczych weterynaryjnych,
- 2) warunkami wytwarzania, importu i dystrybucji substancji czynnej,
- 3) jakością, obrotem i pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi, z wyłączeniem produktów leczniczych weterynaryjnych,
- 4) obrotem wyrobami medycznymi, z wyłączeniem wyrobów medycznych stosowanych w medycynie weterynaryjnej – w celu zabezpieczenia interesu społecznego w zakresie bezpieczeństwa zdrowia i życia ludzi przy stosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, znajdujących się w hurtowniach farmaceutycznych, aptekach, działach farmacji szpitalnej, punktach aptecznych i placówkach obrotu pozaaptecznego.

Szczegółowe zadania Inspekcji Farmaceutycznej zostały określone w systemie prawa farmaceutycznego. Do zadań tych należy zaliczyć³⁴:

- 1) przeprowadzanie inspekcji warunków wytwarzania i importu produktów leczniczych zgodnie z wymaganiami Dobrej Praktyki Wytwarzania,
- 2) kontrolowanie warunków transportu, przeładunku i przechowywania produktów leczniczych i wyrobów medycznych,
- 3) przeprowadzanie inspekcji warunków wytwarzania, importu i dystrybucji substancji czynnej zgodnie z wymaganiami Dobrej Praktyki Wytwarzania oraz Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej substancji czynnych,
- 4) przeprowadzanie inspekcji u przedsiębiorców prowadzących działalność polegającą na prowadzeniu hurtowni farmaceutycznej,
- 5) sprawowanie nadzoru nad jakością produktów leczniczych będących przedmiotem obrotu,
 - kontrolowanie:
 - aptek i innych jednostek prowadzących obrót detaliczny i hurtowy produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi,

³³ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2001 r. Nr 126, poz. 1381 ze zm., art. 108 ust. 1.

³⁴ *Ibidem*, art. 109.

- stacji sanitarno-epidemiologicznych w zakresie wymagań jakościowych oraz przechowywania i przekazywania szczepionek zgodnie z procedurami Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej,
- kontrolowanie pośredników w obrocie produktami leczniczymi,
- kontrolowanie jakości leków recepturowych i aptecznych sporządzonych w aptekach,
- kontrolowanie właściwego oznakowania i reklamy produktów leczniczych oraz właściwego oznakowania wyrobów medycznych,
- kontrolowanie obrotu środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi i prekursorami kategorii 1 i 4,
- współpraca ze specjalistycznym zespołem konsultantów do spraw farmacji,
- opiniowanie przydatności lokalu przeznaczonego na aptekę, punkt apteczny lub placówkę obrotu pozaaptecznego,
- współpraca z samorządem aptekarskim i innymi samorządami,
- prowadzenie rejestru aptek ogólnodostępnych i szpitalnych oraz punktów aptecznych,
- prowadzenie Rejestru Hurtowni Farmaceutycznych oraz Wytwórni Farmaceutycznych,
- prowadzenie Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi,
- prowadzenie Krajowego Rejestru Wytwórców, Importerów oraz Dystrybutorów Substancji Czynnych,
- wydawanie opinii dotyczącej aptek, w których może być odbywany staż,
- kontrolowanie działów farmacji szpitalnej w zakresie świadczenia usług farmaceutycznych,
- przygotowywanie rocznych planów kontroli aptek i hurtowni farmaceutycznych oraz udostępnianie ich w ramach współpracy z Europejską Agencją Leków,
- nadzór nad przestrzeganiem obowiązków określonych w rozporządzeniu nr 2016/161, określających szczegółowe zasady dotyczące zabezpieczeń umieszczanych na opakowaniach produktów leczniczych stosowanych u ludzi.

Szczegółowość wyodrębnionych zadań Inspekcji Farmaceutycznej wskazuje dużą troskę ustawodawcy o zapewnienie wysokiego poziomu bezpieczeństwa obrotu produktami leczniczymi oraz odpowiedniego poziomu jakości świadczonych dla pacjenta usług. Zadania Inspekcji Farmaceutycznej określone w ustawie wykonują organy³⁵:

- Główny Inspektor Farmaceutyczny, jako centralny organ administracji rządowej, przy pomocy Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego,

³⁵ *Ibidem*, art. 112 ust. 1.

- wojewoda przy pomocy wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego jako kierownika wojewódzkiej inspekcji farmaceutycznej, wchodzącej w skład zespolonej administracji wojewódzkiej.

Wyodrębnienie specjalnego organu do nadzoru i kontroli nad rynkiem farmaceutycznym ma na celu zagwarantowanie, że czynności kontrolne będą przeprowadzone przez profesjonalistów, którzy znają specyfikę funkcjonowania rynku i wszelkie tajniki przedsiębiorczości aptekarskiej, co daje rękojmię należytego nadzoru nad świadczeniem usług farmaceutycznych. Szeroki zakres zadań Inspekcji Farmaceutycznej i uprawnień kontrolerów ma na celu zapewnienie odpowiedniego poziomu jakości świadczonych przez aptekarzy usług farmaceutycznych. Wysoka jakość udzielanych usług farmaceutycznych jest bowiem gwarantem sprawności działania systemu ochrony zdrowia pacjenta oraz efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia publicznego.

Dokonując zestawienia wartości wskaźnika liczby farmaceutów przypadających na jedną aptekę i punkt apteczny w Polsce oraz zakresu zadań Inspekcji Farmaceutycznej, można zauważyć, że system nadzoru farmaceutycznego w Polsce działa bardzo nieefektywnie. Problemem funkcjonowania nadzoru farmaceutycznego jest brak możliwości realnej identyfikacji aptek, w których występują niedobory farmaceutów.

Przy procedurze udzielania zezwolenia na prowadzenie apteki podmiot występujący o przedmiotowe zezwolenie składa do wojewódzkiego inspektoratu farmaceutycznego wniosek, do którego należy dołączyć imię i nazwisko farmaceuty odpowiedzialnego za prowadzenie apteki (kierownika apteki), jego identyfikator jako pracownika medycznego oraz dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań odnośnie do wymaganego wykształcenia i doświadczenia³⁶. Na tym etapie nie jest wymagany wykaz personelu fachowego zatrudnionego w aptece. Przedmiotowy wykaz jest wymagany po otrzymaniu zezwolenia na prowadzenie apteki, ale jeszcze przed jej otwarciem. Stanowi on integralną część karty informacyjnej apteki i obejmuje następujące informacje: imię i nazwisko, numer i datę uzyskania dyplomu, prawo wykonywania zawodu, specjalizację, datę zatrudnienia³⁷. Karta informacyjna apteki jest zaś załącznikiem dołączonym do zawiadomienia o uruchomieniu apteki. Pomimo obowiązku złożenia zawiadomienia o uruchomieniu apteki wraz z właściwie wypełnioną kartą informacyjną apteki zawierającą m.in. wykaz personelu fachowego zatrudnionego w aptece, spoczywającego na kierowniku apteki, zauważyć należy, że kontrola organu nadzoru farmaceutycznego w tym zakresie jest iluzoryczna. Polega ona bowiem wyłącznie na przyjęciu deklaratywnego zaświadczenia podpisanego przez kierownika apteki. Praktyczna weryfikacja może

³⁶ Por. *ibidem*, art. 100 ust. 2 pkt 5.

³⁷ Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Lublinie, Biuletyn Informacji Publicznej, Formularze, zezwolenia zgody, <http://www.bip.wif.lublin.pl/index.php?id=57&akcja=szczegoly&p2=48748> [dostęp: 28.04.2021].

być dokonana wyłącznie w trakcie kontroli przeprowadzanej przez inspektorów wojewódzkiego inspektoratu farmaceutycznego w aptece. Praktyka jednak pokazuje, że wyszukiwanie aptek bez wystarczającej liczby farmaceutów do tej pory nie stanowiło priorytetu działalności kontrolnej organów nadzoru farmaceutycznego. Jest to spowodowane następującymi przesłankami:

- hermetyzacją przedsiębiorczości aptekarskiej zarówno w sferze własnościowej (zasada „apteka dla aptekarza lub spółki aptekarzy” przy rozpatrywaniu wniosków o wydanie zezwolenia na prowadzenie apteki), jak i w obszarze kontroli (inspektor farmaceuta kontroluje aptekę, której właścicielem jest również farmaceuta, co nie służy transparentności i efektywności procesów kontrolnych),
- przyzwoleniem inspektorów Inspekcji Farmaceutycznej na sytuacje pozostawiania technika farmaceutycznego na zmianie bez farmaceuty, zwłaszcza kiedy właścicielem apteki jest farmaceuta, czego przejawem są decyzje nakazujące właścicielom aptek dostosowanie prowadzonej działalności do wymogów prawa i zapewnienie w godzinach pracy apteki farmaceuty (w przypadku stwierdzenia takiej sytuacji w aptekach, w których właścicielem nie jest farmaceuta częściej zapadają decyzje o cofnięciu zezwolenia na prowadzenie apteki)³⁸,
- niską jakością kontroli przeprowadzanych w aptekach – kontrole często kończą się niewykryciem zjawisk patologicznych, chociaż powszechnie wiadomo, że do naruszeń prawa w aptece dochodziło (co może wynikać np. z przeprowadzania kontroli obecności farmaceutów w aptece w godzinach porannych, kiedy to zazwyczaj obecny jest farmaceuta)³⁹,
- niską częstotliwością kontroli jednej apteki odbywającej się średnio co trzy, cztery lata (częstotliwość kontroli jednej apteki jest uzależniona od regionu i wynosi w latach: 2,9 w Białymstoku, 3,2 w Bydgoszczy, 3,0 w Gdańsku, 3,0 w Gorzowie Wlkp., 3,8 w Katowicach, 2,4 w Kielcach, 3,0 w Krakowie, 6,5 w Lublinie, 3,2 w Łodzi, 2,5 w Olsztynie, 5,1 w Opolu, 4,2 w Poznaniu, 1,4 w Rzeszowie, 2,9 w Szczecinie, 5,5 w Warszawie, 4,1 we Wrocławiu)⁴⁰,

³⁸ Według portalu Mgr.farm gdyby inspektorzy farmaceutyczni podchodzili restrykcyjnie do wymogu obecności farmaceuty w aptece, już dziś nawet połowę aptek w Polsce należałoby zamknąć. Inspektorzy wskazują, że „jest niepisana umowa: my kontrolujemy od rana do godz. 16 i w tym czasie jest farmaceuta. Wieczorami inspektorzy nie pracują i właściciele aptek o tym wiedzą”, Mgr.farm, *Gdyby inspektorzy egzekwowali ten przepis, już dziś nawet połowę aptek należałoby zamknąć*, <https://mgr.farm/aktualnosci/gdyby-inspektorzy-egzekwowali-ten-przepis-juz-dzis-nawet-polowe-aptrek-nalezaloby-zamknac/> [dostęp: 30.04.2021].

³⁹ W 2017 r. tylko w pięciu województwach odbyły się kontrole aptek poza godzinami pracy urzędów: 41 w lubuskim, 11 w mazowieckim i śląskim, 7 w wielkopolskim, 1 w podkarpackim – Mgr.farm, *Sprawdziliśmy, gdzie WIF kontroluje apteki poza godzinami urzędowania. Te dane niepokoją...*, <https://mgr.farm/aktualnosci/sprawdzilismy-gdzie-wif-kontroluje-apteki-pozza-godzinami-urzedowania-te-dane-niepokoja/> [dostęp: 30.04.2021].

⁴⁰ M. Drozd, L. Bulaś, *Czy nieprawidłowości w aptekach ogólnodostępnych stwierdzone podczas kontroli Inspekcji Farmaceutycznej mogą być miarą jakości usług farmaceutycznych? Część 1. Analiza ogólna*,

- pobłażliwością sądów aptekarskich, które często umarzają postępowanie przeciwko właścicielom aptek farmaceutom, nawet wtedy gdy postępowanie sądo-wo-administracyjne jeszcze się nie zakończyło,
- przyzwoleniem części przedstawicieli samorządu zawodu aptekarskiego na sytuacji funkcjonowania apteki bez farmaceuty, spowodowanym obawą, że wnikliwe kontrole w tym zakresie doprowadzą do zamknięcia aptek indywidualnych prowadzonych przez farmaceutów.

Nieefektywność procesów kontrolnych przeprowadzanych przez inspektorów wojewódzkich inspektoratów farmaceutycznych powoduje, że organ prowadzący aptekę nie ma presji związanej z koniecznością zatrudnienia w aptekach odpowiedniej liczby farmaceutów, albowiem nawet konsekwencje wynikające z wykrycia takiego procederu nie są dla apteki dotkliwe. Samo prawdopodobieństwo wykrycia nieobecności farmaceuty w aptece jest na tyle niskie, że właściciele aptek są w stanie wkalkulować to ryzyko w bieżącą działalność operacyjną⁴¹. Wpływa na to pośrednio niska częstotliwość kontroli pojedynczej apteki (średnio ponad trzy lata)⁴². Niska jakość kontroli przeprowadzanych przez Inspekcję Farmaceutyczną powoduje, że cierpi na tym nie tylko „szeregowy farmaceuta”, który otrzymuje niższe wynagrodzenie, ponieważ właściciele aptek nie „walczą” o pozyskanie farmaceutów, zatrudniając w ich miejsce „tańszych” techników farmaceutycznych, lecz przede wszystkim pacjent, który otrzymuje usługę o wątpliwej jakości.

Podsumowanie

Ewolucja apteki od straganu poprzez kramy apteczne aż do placówki ochrony zdrowia publicznego wskazuje, że stanowi ona unikalne połączenie elementów zawodowego i komercyjnego. Rola farmaceuty w systemie zdrowia publicznego, określona na podstawie precyzyjnie zdefiniowanych przez ustawodawcę usług farmaceutycznych, zadań zawodowych i określonych czynności, ma na celu ochronę zdrowia pacjenta oraz ochronę zdrowia

„Farmacja Polska” 76, 2020, nr 6, s. 309.

⁴¹ Skrajnym przykładem skutków takiego działania jest sytuacja braku farmaceutów w połowie aptek skontrolowanych przez Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego w ciągu niespełna dwutygodniowej akcji zmasowanych kontroli w 2019 r. – [Money.pl](https://www.money.pl/gospodarka/w-co-drugiej-aptece-nie-bylo-farmaceuty), *W co drugiej aptece nie było farmaceuty. Oto wynik kontroli Inspekcji*, <https://www.money.pl/gospodarka/w-co-drugiej-aptece-nie-bylo-farmaceuty-oto-wynik-kontroli-inspekcji-6427235846465153a.html> [dostęp: 28.04.2021].

⁴² Według M. Drozd i L. Bułaś „częstotliwość kontroli pojedynczej apteki ma bezpośredni wpływ na jakość usług w niej świadczonych, gdyż każda kontrola ma zadanie edukacyjne, szczególnie w przypadku wykazania nieprawidłowości poprzez m.in. wyznaczenie terminu ich usunięcia. Im rzadziej kontrolowany jest podmiot, w którym stwierdzono nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu, tym większe prawdopodobieństwo, że może dochodzić do utrwalenia działań nieprawidłowych i braku możliwości usunięcia ich z codziennej praktyki aptekarskiej” (M. Drozd, L. Bułaś, *op. cit.*, s. 311).

publicznego. Szczegółowość i zakres regulacji dają asumpt do konkluzji, że wskazane w systemie prawa farmaceutycznego cele związane z wykonywaniem zawodu farmaceuty determinują standard jakości usług świadczonych w aptece. Poziom jakości usług farmaceutycznych, zadań zawodowych i określonych czynności wynika również z przypisania do farmaceuty wysokich kompetencji związanych z ukończeniem odpowiednich studiów specjalistycznych (co najmniej pięcioletnich studiów na kierunku farmacja, obejmujących co najmniej sześciomiesięczną praktykę zawodową w aptece), uzyskaniem tytułu magistra farmacji oraz legitymowaniem się prawem wykonywania zawodu farmaceuty.

Określenie przez ustawodawcę kwalifikacji formalnych i wyznaczenie kompetencyjnego zakresu obowiązków jasno pokazuje, że w wykonywaniu usług farmaceutycznych, zadań i czynności zawodowych nie można zastąpić farmaceuty, albowiem nikt z personelu uprawnionego do pracy w aptece nie posiada tak szeroko zdefiniowanych kompetencji. Stąd niezmiernie istotna dla ochrony zdrowia pacjenta i ochrony zdrowia publicznego jest obecność w aptece ogólnodostępnej odpowiedniej liczby farmaceutów.

Wysoki standard jakości usług farmaceutycznych, zadań zawodowych i określonych czynności determinuje konieczność funkcjonowania efektywnego systemu nadzoru farmaceutycznego. Obecny system nadzoru farmaceutycznego, oparty na Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, kontrolującej funkcjonowanie aptek i aptekarzy poprzez inspektorów farmaceutów wydaje się mało efektywny. Od lat w przestrzeni publicznej toczy się dyskusja, czy nadzór farmaceutyczny oparty wyłącznie na pracy inspektorów farmaceutów może być wydolny i czy nie zachodzi obawa, że źle rozumiana solidarność zawodowa może wpływać na jakość procesów kontrolnych (np. w sytuacjach, kiedy inspektor farmaceuta kontroluje aptekę, której właścicielem jest również farmaceuta)⁴³. Nieobecność farmaceutów w aptekach i częste występowanie sytuacji funkcjonowania apteki bez farmaceuty wskazują na nieefektywny system nadzoru farmaceutycznego. Przemykanie oczu przez inspektorów Inspekcji Farmaceutycznej ma znamiona patologii i wskazuje na konieczność pilnego wprowadzenia nadzoru nad nadzorem farmaceutycznym.

Obecna sytuacja na rynku farmaceutycznym, której odzwierciedleniem jest upowszechnienie się w praktyce aptecznej zjawiska apteki bez aptekarza, stanowi skutek źle zaprojektowanego systemu nadzoru i kontroli Inspekcji Farmaceutycznej. Sytuacja, kiedy inspektor farmaceuta kontroluje aptekę, której właścicielem jest również farmaceuta, już na pierwszy rzut oka może wskazywać na problem występowania źle rozumianej solidarności zawodowej. Oparcie funkcjonowania Inspekcji Farmaceutycznej wyłącznie na pracy inspektorów farmaceutów w takiej sytuacji od początku skazane jest na porażkę,

⁴³ K. Żak, *Profesjonalny doradca czy wykwalifikowany sprzedawca? Rola apteki ogólnodostępnej i farmaceuty w systemie ochrony zdrowia publicznego*, [w:] A. Majchrowska, J. Pawlikowski, W. Piątkowski, *Zawody medyczne – ciągłość i zmiana*, Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2018, s. 121.

albowiem tajemnicą poliszynela jest fakt, że w środowisku zawodów medycznych powszechnie dominuje zasada solidarności oparta na przysłowiu „kruk krukowi oka nie wykole”. Aby więc usprawnić działania Inspekcji Farmaceutycznej i wyeliminować występowanie zjawisk patologicznych w systemie nadzoru farmaceutycznego, należy zmienić dotychczasowy model nadzoru i kontroli. Taką optymalizacją może być wprowadzenie systemu kontroli zintegrowanej, opartej na wprowadzeniu do zespołów kontrolnych dodatkowo inspektorów, którzy nie są farmaceutami. Biorąc pod uwagę pojawiające się inne problemy związane z jakością pracy Inspekcji Farmaceutycznej, jak choćby nieefektywność w eliminowaniu aptek zamieszanych w tzw. reeksport leków, można w zmianach modelu kontroli pójść dalej i dokonać połączenia podsystemów kontroli farmaceutycznej z podsystemami kontroli skarbowej i inspekcji pracy, albowiem tylko interdyscyplinarny zespół kontrolny w składzie: inspektor organu nadzoru farmaceutycznego, informatyk, urzędnik kontroli skarbowej i pracownik inspekcji pracy mogą dokonać kompleksowej i rzetelnej kontroli apteki.

Dokonując reasumpcji, zauważyć należy, że w celu optymalizacji systemu opieki zdrowotnej poprzez poprawę jakości procesu świadczenia usług farmaceutycznych należy dokonać odejścia od zasady „apteka dla aptekarza” w kierunku zasady „apteka dla pacjenta”, albowiem hermetyzacja środowiskowa zarówno w sferze własnościowej, jak i w obszarze kontroli nie służy transparentności i efektywności procesów kontrolnych, co wpływa destrukcyjnie na jakość usług farmaceutycznych. Oceniając system nadzoru farmaceutycznego, można odnieść wrażenie, że dobro nadrzędne, jakim jest dobro pacjenta, ustępuje partykularnym interesom jednej grupy zawodowej. Tracą na tym wszyscy uczestnicy rynku farmaceutycznego, a przede wszystkim pacjent, którego Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej określa jako jednostkę jedyną i niepowtarzalną⁴⁴.

Bibliografia

Literatura

- Drozd M., Bulaś L., *Czy nieprawidłowości w aptekach ogólnodostępnych stwierdzone podczas kontroli Inspekcji Farmaceutycznej mogą być miarą jakości usług farmaceutycznych? Część 1. Analiza ogólna*, „Farmacja Polska” 76, 2020, nr 6.
- Drozd M., Ciećko S., *Ocena jakości usług farmaceutycznych podczas realizacji recepty lekarskiej*, „Farmacja Polska” 72, 2016, nr 6.
- Drygas A., *Narodziny aptek i aptekarstwa*, [w:] T. Brzeziński (red.), *Historia medycyny*, wyd. 2 popr. i uzup., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.

⁴⁴ Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej, VI/1/2012, art. 1 ust. 4.

- Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej, VI/1/2012.
- Rembieliński R., Kuźnicka B., *Historia farmacji*, wyd. 3 zm. i uzup., Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1987.
- Roeske W., *Polskie apteki*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1991.
- Szalonka K., *Opieka farmaceutyczna w ochronie zdrowia Polaków*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- Żak K., *Niedobory farmaceutów w aptekach ogólnodostępnych – wyzwania dla jakości świadczenia usług farmaceutycznych w Polsce*, materiał w trakcie przygotowania do publikacji w ramach konferencji naukowej „Rynek pracy wobec wyzwań przyszłości – ujęcie interdyscyplinarne” realizowanej przez Państwową Szkołę Wyższą im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej, s. 8–9.
- Żak K., *Profesjonalny doradca czy wykwalifikowany sprzedawca? Rola apteki ogólnodostępnej i farmaceuty w systemie ochrony zdrowia publicznego*, [w:] A. Majchrowska, J. Pawlikowski, W. Piątkowski, *Zawody medyczne – ciągłość i zmiana*, Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2018.

Źródła

- Ustawa z dnia 25 marca 1938 r. o wykonywaniu zawodu aptekarskiego, Dz. U. z 1938 r., Nr 23, poz. 202.
- Ustawa z dnia 15 czerwca 1939 r. o Izbach Aptekarskich, Dz. U. z 1939 r., Nr 55, poz. 346.
- Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, Dz. U. z 1991 r., Nr 41, poz. 179, ze zm.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, Dz. U. z 2001 r., Nr 126, poz. 1381, ze zm.
- Ustawa z dnia 10 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy o izbach aptekarskich, Dz. U. z 2008 r., Nr 47, poz. 273.
- Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty, Dz. U. z 2021 r., poz. 97.

Internet

- Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych, Urząd Statystyczny w Krakowie, Wydział Statystyki Zdrowia, Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r. Tablice w formacie XLSX*, Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa-Kraków 2021, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2019-roku,1,10.html>.
- Mgr.farm, *Gdyby inspektorzy egzekwowali ten przepis, już dziś nawet połowę aptek należałoby zamknąć*, <https://mgr.farm/aktualnosci/gdyby-inspektorzy-egzekwowali-ten-przepis-juz-dzis-nawet-polowe-aptek-nalezaloby-zamknac/>.
- Mgr.farm, *Sprawdziliśmy gdzie WIF kontroluje apteki poza godzinami urzędowania. Te dane niepokoją...*, <https://mgr.farm/aktualnosci/sprawdzilismy-gdzie-wif-kontroluje-apteki-pozagodzinami-urzedowania-te-dane-niepokoja/>.
- Money.pl, *W co drugiej aptece nie było farmaceuty. Oto wynik kontroli Inspekcji*, <https://www.money.pl/gospodarka/w-co-drugiej-aptece-nie-bylo-farmaceuty-oto-wynik-kontroli-inspekcji-6427235846465153a.html>.
- Waligórski Ł., *Techniczka pomyliła dawkę morfiny. Pacjentka nie żyje...*, Mgr.farm, <https://mgr.farm/aktualnosci/techniczka-pomyliła-dawke-morfiny-pacjentka-nie-zyje/>.

Waligórski Ł., *Technik sam w aptece i źle wydany lek? Kolejny przypadek w Wielkopolsce...*, Mgr.farm, <https://mgr.farm/aktualnosci/technik-sam-w-aptece-i-zle-wydany-lek-kolejny-przypadek-w-wielkopolsce/>.

Wojewódzki Inspektorat Farmaceutyczny w Lublinie, Biuletyn Informacji Publicznej, Formularze, zezwolenia zgody, <http://www.bip.wif.lublin.pl/index.php?id=57&akcja=szczegoly&p2=48748>.

Rozdział 4

Pandemia a jakość i styl życia

Kampanie społeczne w okresie pandemii – obszary, treści i formy komunikowania

Social campaigns during the coronavirus pandemic – areas, content and forms of communication

Magdalena Daszkiewicz

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

ORCID: [0000-0003-1466-2454](https://orcid.org/0000-0003-1466-2454)

Streszczenie

Kampanie społeczne są odpowiedzią na istniejące problemy, które stanowią przedmiot zainteresowania i dyskursu społecznego. Wydarzenia, zjawiska i trendy wpływają na rozwój kampanii, których tematyka dotyczy związanych z nimi obszarów społecznych. Okres pandemii wiąże się z nasileniem różnych problemów, związanych z zagrożeniami zdrowia i życia, a także wpływa na wymuszone zmiany stylu życia.

Celem artykułu jest identyfikacja obszarów i kluczowych treści kampanii społecznych prowadzonych w okresie pandemii oraz związanych z nią zmian i dostosowań w zakresie wykorzystywanych form komunikowania. W badaniach wykorzystano analizę treści i form komunikowania kampanii społecznych. Analizie poddano hasła, podstawowe treści oraz formy przekazów, w wyniku której zidentyfikowano obszary oraz charakterystyczne cechy przekazów i formy komunikowania.

Słowa kluczowe

kampania społeczna, marketing społeczny, zaangażowanie społeczne, reklama społeczna, przekaz kampanii, pandemia, pandemia koronawirusa, pandemia COVID-19

Abstract

Social campaigns respond to existing problems that are the subject of public interest and discourse. Events, phenomena and trends influence the development of campaigns with themes that address related social areas. The pandemic period is associated with the intensification of various problems related to threats to health and life and affects the forced changes in lifestyle.

The article aims to identify the areas and key content of social campaigns conducted during the pandemic period and changes and adjustments in communication forms. The paper uses the analysis of the content and forms of communication of social campaigns. The slogans, core content and forms of messages were analyzed, resulting in identifying areas and characteristic features of messages and communication forms.

Keywords

social campaign, social change campaign, social engagement, campaign message, pandemic, coronavirus pandemic

JEL: M31, M37, M39

Wprowadzenie

Kampanie społeczne są odpowiedzią na istniejące problemy, które stanowią przedmiot zainteresowania i dyskursu społecznego. Wydarzenia, zjawiska i trendy wpływają na rozwój kampanii, których tematyka dotyczy związanych z nimi obszarów społecznych. Okres pandemii wiąże się z nasileniem różnych problemów związanych z zagrożeniami zdrowia i życia, a także wpływa na wymuszone zmiany stylu życia.

Celem artykułu jest identyfikacja obszarów i kluczowych treści kampanii społecznych prowadzonych w okresie pandemii oraz związanych z nią zmian i dostosowań w zakresie wykorzystywanych form komunikowania. W artykule wykorzystano analizę treści i form komunikowania kampanii społecznych. Analizie poddano hasła, podstawowe treści oraz formy przekazów, w wyniku której zidentyfikowano obszary oraz charakterystyczne cechy przekazów i formy komunikowania.

Obserwuje się rozwój kampanii w obszarach bezpieczeństwa i ochrony zdrowia, związanych bezpośrednio z pandemią, a także obszarach będących odpowiedzią na zagrożenia wzmocnione lub wywołane zmianami stylu życia. Część kampanii jest odpowiedzią na wzmocnienie trendów społecznych oraz na wydarzenia uderzające w prawa określonych grup społecznych. Kampanie dotyczące obszarów związanych z problemami niewynikającymi z samej pandemii często są poddawane określonym adaptacjom wynikającym z istniejących uwarunkowań.

Treści kampanii budowane są w oparciu o określone rodzaje apeli i słowa kluczowe, które wiążą się z podejmowanymi obszarami i których retoryka wynika z aspektu sytuacyjnego. Zmianom ulega także charakter samych kampanii, w których ze względu na pandemię w znaczącym stopniu wykorzystuje się formy komunikowania online. Wymaga to od twórców kampanii podejmowania kreatywnych i innowacyjnych sposobów komunikowania, które pozwalają przyciągnąć uwagę i rozpowszechnić komunikaty w przestrzeni wirtualnej.

Kampanie społeczne – istota, przekazy i formy komunikowania

Ph. Kotler, N. Roberto i N. Lee definiują kampanię społeczną jako zorganizowane wysiłki prowadzone przez grupę (pełnomocnika zmian), która próbuje przekonać innych (docelowych odbiorców), by przejęli, zmienili lub odrzucili określone poglądy, postawy czy zachowania¹. Kampanie stanowią istotną część programów społecznych, gdyż

¹ Ph. Kotler, N. Roberto, N. Lee, *Social Marketing. Improving the quality of life*, Sage Publications, Thousand Oaks 2002, cyt. za: R.V. Miller, L.O. Petrieff (red), *Public Opinion Research Focus*, Nova Science Publishers, New York 2008, s. 11.

dzięki nim odbiorcy otrzymują informacje na temat problemu, jego skali, przyczyn, konsekwencji i sposobów zapobiegania. W ramach kampanii są oni także motywowani do podejmowania lub zwiększenia częstotliwości pożądanego zachowania lub zaprzestania, modyfikacji czy też odrzucenia potencjalnie groźnego zachowania. Programy mają charakter długookresowy i mogą obejmować jedną lub więcej kampanii, kampanie zaś mogą być prowadzone w krótkim lub długim horyzoncie czasowym². Kampanie ze względu na swój komunikacyjny charakter stanowią najbardziej widoczną część programu, oczywiście w sytuacji gdy przyciągną uwagę odbiorców odpowiednio ukierunkowanymi i sformułowanymi przekazami, którym nadadzą czytelną i atrakcyjną formę.

Proces kreatywny dotyczący budowania przekazów komunikacyjnych, a także dobór odpowiednich form i kanałów komunikacyjnych powinny być poprzedzone analizą wstępną i opracowaniem założeń strategicznych. Na podstawie wtórnych i pierwotnych źródeł informacji przeprowadza się analizę problemu, otoczenia i zasobów. Pozwala to na przemyślany wybór i dokonanie charakterystyki rynku docelowego, określenie celów, sposobu pozycjonowania oraz zaprojektowanie zestawu instrumentów marketingowych. Takie strategiczne podejście pozwala na spójne planowanie działań komunikacyjnych, definicję głównego przekazu kampanii i treści komunikacyjnych oraz rozwiązań w zakresie kreacji i wykorzystywanych form komunikacyjnych³.

Podstawą skuteczności kampanii społecznych jest zrozumienie procesów zmian zachowań, w czym pomagają ujęcia teoretyczne dostarczające wskazówek istotnych z punktu widzenia budowania przekazów kampanii społecznych. W tym celu możemy wykorzystać modelowe ujęcia zmian zachowań, takie jak: model przekonań zdrowotnych (*Health Belief Model* – HBM), teoria planowanego zachowania, teoria społecznego uczenia się, transteoretyczny model zmiany i procesualny model zachowań zdrowotnych (*Health Action Process Approach* – HAPA)⁴. D. Weinreich, dokonując syntezy wymienionych modeli, zidentyfikowała czynniki warunkujące przyjęcie promowanych zachowań przez odbiorców kampanii społecznych⁵. Stały się one podstawą sformułowania wskazówek do budowania przekazów komunikacyjnych nawiązujących do warunków zmiany zachowania (tabela 1).

² A.R. Andreasen, *Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment*, Jossey-Bass, San Francisco 1995, s. 70.

³ Szerzej na ten temat: N.K. Weinreich, *Hands-on Social Marketing*, Sage Publications, Thousand Oaks 2011, s. 27–158; P. Lee, N.R. Kotler, *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good*, Sage Publications, Inc., Los Angeles-London-New Delhi-Singapore 2011, s. 69–264.

⁴ Szerszy opis wynikający z przeglądu tych modeli autorka zawarła w publikacji M. Daszkiewicz, *Kampanie społeczne o tematyce zdrowotnej – analiza treści i form przekazów komunikacyjnych*, [w:] W. Nowak, K. Szalonka (red.), *Zdrowie i styl życia: wyzwania ekonomiczne i społeczne*, E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2019, s. 273–274.

⁵ N.K. Weinreich, *op. cit.*, s. 111.

Tabela 1. Czynniki warunkujące przyjęcie zachowań proponowanych w kampaniach społecznych i wskazówki dla przekazów komunikacyjnych

Warunek zmiany zachowania	Wskazówki dla przekazów kampanii
Świadomość ryzyka i konsekwencji problemu	– prezentacja informacji dotyczących skali i dynamiki rozwoju problemu; – odnoszenie przekazów do wagi zagrożenia i odniesieniami do prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia; – wskazywanie czynników ryzyka i cech grup ryzyka; – określenie indywidualnych i/lub społecznych konsekwencji problemu; – personalizacja treści i podkreślenie podobieństw między osobami dotkniętymi problemem a członkami grupy docelowej
Wiara w to, że zachowanie zapobiega wystąpieniu, zmniejsza ryzyko, minimalizuje lub ogranicza konsekwencje problemu	– określenie w przekazach konkretnych zachowań, które pozwalają na uniknięcie lub ograniczenie problemu i jego negatywnych konsekwencji; – dostarczenie przekonujących dowodów na skuteczność proponowanych zachowań (dowody naukowe, wypowiedzi ekspertów, wyniki badań, prezentacja statystyk); – prezentacja wartościowych przykładów osób, które poradziły sobie z problemem lub zminimalizowały jego konsekwencje (prawdziwe historie)
Przekonanie, że korzyści przeważają nad ujemnymi stronami i kosztami zachowania	– poprzedzenie projektowania przekazów kampanii analizą korzyści, oceną kosztów, barier i postrzeganych konsekwencji proponowanego zachowania oraz zachowań konkurencyjnych; – skoncentrowanie przekazu na podkreślaniu znaczenia korzyści proponowanych zachowań; pokonywaniu barier i umniejszaniu kosztów proponowanych zachowań; umniejszaniu korzyści lub podkreślaniu kosztów zachowań konkurencyjnych; – stosowanie przekazów opartych na motywacji związanej z chęcią unikania negatywnych konsekwencji (nieponoszenie kosztów związanych z brakiem zmiany zachowania)
Świadomość posiadania cech i umiejętności potrzebnych do realizacji zachowania	– odwoływanie się w przekazach do konkretnych cech ważnych z punktu widzenia realizacji zmian; – bezpośrednie lub pośrednie wskazywanie na przynależność lub podobieństwo do członków grup, w których pożądane zachowania zostały przyjęte lub są adaptowane
Poczucie własnej skuteczności	– przekazy o charakterze motywacyjnym wzmacniające wiarę w możliwości związane z przyjęciem zachowania; – personalizacja haseł i treści przekazów, wyrażająca się bezpośrednimi zwrotami do odbiorców przekazów

Warunek zmiany zachowania	Wskazówki dla przekazów kampanii
Postrzeganie zachowania jako sprzyjającego własnemu lub społecznemu dowartościowaniu	– ukazywanie proponowanego zachowania w kontekście podwyższania samooceny i uznania społecznego; – stosowanie przekazów nawiązujących do określeń wskazujących wysoką wartość osób podejmujących określone działania; – nawiązywanie w przekazach do znanych osób, które popierają podejmowanie działań służących przyjęciu proponowanych zachowań

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: N.K. Weinreich, *op. cit.*, s. 94–115; P. Lee, N.R. Kotler, *op. cit.*, s. 185–231, 329–341.

Pierwszym warunkiem zmiany jest świadomość ryzyka i konsekwencji problemu. W przypadku jej braku lub niskiego poziomu należy podjąć działania komunikacyjne budujące świadomość problemu, zwykle następuje to w pierwszym etapie kampanii i jest podstawą do zaproponowania konkretnego zachowania. Odbiorcy powinni wierzyć, że to zachowanie zapobiega wystąpieniu problemu, zmniejsza jego ryzyko, minimalizuje lub ogranicza jego konsekwencje. W tym celu przekazy kampanii powinny dostarczać wystarczających dowodów na skuteczność proponowanych zachowań oraz wartościowych przykładów w tym zakresie. Odbiorcy powinni mieć także przekonanie, że korzyści wynikające z zachowania przeważają nad jego ujemnymi stronami i kosztami. Tym samym projektowanie kampanii powinno uwzględniać oprócz analizy korzyści także ocenę kosztów, barier i postrzeganych konsekwencji, i to zarówno w odniesieniu do proponowanego zachowania, jak i zachowań konkurencyjnych.

Kolejny warunek zmian wiąże się z oceną odbiorców w kontekście posiadania cech i umiejętności potrzebnych do realizacji proponowanego zachowania. Powinni oni wierzyć we własne możliwości związane z przyjęciem zachowania, co wpływa na poczucie własnej skuteczności. Tym samym w kampaniach można się odwoływać bezpośrednio do konkretnych cech ważnych z punktu widzenia realizacji zmian. Można też w sposób bezpośredni lub pośredni wskazywać na przynależność do określonych grup, w których pożądane zachowania zostały przyjęte lub są adaptowane. Korzystne z punktu widzenia skuteczności kampanii jest ukazywanie proponowanego zachowania jako sprzyjającego dowartościowaniu w oczach własnych i w odbiorze społecznym.

Najważniejsze treści kampanii przyjmują formę głównego przekazu, który znajduje swój wyraz w apelach i słowach kluczowych. W kampaniach społecznych wykorzystywane są przekazy oparte na argumentach odwołujących się do racji i emocji. Należy podkreślić, że treści o charakterze racjonalnym mogą wywoływać zarówno pozytywne reakcje (zainteresowanie, zadowolenie, radość, poczucie akceptacji, poczucie spełnienia, poczucie bezpieczeństwa, poczucie siły, nadzieję, poczucie ulgi itp.), jak

i negatywne reakcje emocjonalne (niepokój, strach, poczucie zagrożenia, irytację, wstyd, rozczarowanie, poczucie porażki itp.). Celem apeli jest raczej wywołanie określonej sekwencji emocji i w efekcie pozytywnej lub negatywnej motywacji⁶. Apele pozytywne łączą się więc z chęcią osiągnięcia pozytywnych efektów w postaci pożądanego/normalnego stanu, a apele negatywne – chęcią usunięcia, uniknięcia lub ograniczenia negatywnego stanu lub doświadczenia⁷.

Metoda

W badaniach wykorzystano analizę treści i form komunikowania kampanii społecznych prowadzonych w Polsce w okresie pandemii COVID-19 (lata 2020–2021). W pierwszym etapie dokonano przeglądu kampanii, o których informacje były publikowane na portalach tematycznych poświęconych kampaniom społecznym (www.kampaniespoleczne.pl) i związanych ze społeczną odpowiedzialnością biznesu (odpowiedzialnybiznes.pl), portalach zawierających bloki tematyczne i/lub publikujących treści dotyczące kampanii społecznych (marketingprzykawie.pl, www.proto.pl, www.signs.pl, socialpress.pl, www.wirtualnemedial.pl). W przeglądzie uwzględniono także kampanie społeczne, które znalazły się na pierwszych trzech stronach w wynikach wyszukiwania w przeglądarce Google, po wykorzystaniu słów kluczowych: „kampania społeczna COVID-19”, „kampania społeczna COVID”, „kampania społeczna pandemia”, „kampania społeczna koronawirus”, „kampania COVID-19”, „kampania COVID”, „kampania pandemia”, „kampania koronawirus”.

Analizy treści dokonano na podstawie informacji publikowanych na wcześniej wymienionych portalach, informacji ze stron i profili internetowych oraz dostępnych materiałów promocyjnych kampanii społecznych. Na potrzeby artykułu przeprowadzono także zbiorowe studium przypadku kampanii społecznych, którym objęto trzy kampanie społeczne realizowane w okresie pandemii COVID-19, których opis i materiały umożliwiały analizę treści i form przekazów, z uwzględnieniem głównego przekazu, charakteru apeli, słów kluczowych i stosowanych form komunikowania. Na podstawie syntezy informacji dotyczących kampanii zidentyfikowano obszary kampanii społecznych prowadzonych w okresie pandemii COVID-19 i określono cechy przekazów i formy komunikowania.

⁶ J.R. Rossiter, L. Percy, *Emotions and Motivations in Advertising*, „ACR North American Advances in Consumer Research” 18, 1991, s. 100–110.

⁷ N. Donovan, R. Henley, *Social marketing principles and practice*, IP Communications, Melbourne 2003, s. 103.

Problematyka kampanii społecznych w okresie pandemii – identyfikacja obszarów

Kampanie społeczne są odpowiedzią na problemy społeczne, które pojawiają się i nasilają w związku z określonymi zjawiskami, wydarzeniami i trendami. Okres pandemii COVID-19 wymusił skupienie działań społecznych w obszarach bezpieczeństwa i zdrowia, co było oczywistą konsekwencją związaną z rosnącymi zagrożeniami dla życia ludzi na całym świecie. Temat pandemii koronawirusa stał się więc kluczowy dla kampanii społecznych w latach 2020–2021. Oprócz kampanii, które wiążą się bezpośrednio z rozprzestrzenianiem choroby i promowaniem zachowań służących ograniczeniu zagrożenia epidemiologicznego, prowadzone były także kampanie związane z problemami, które uległy nasileniu w związku ze zmianami stylu życia wymuszonymi przez warunki pandemii. Wiązały się one z różnego typu ograniczeniami mobilności, izolacją i minimalizacją kontaktów bezpośrednich w relacjach społecznych oraz koniecznością pracy zdalnej. W trakcie pandemii obserwuje się także wiele kampanii, które wiążą się z globalnymi wyzwaniami i trendami społecznymi.

Analiza treści kampanii społecznych prowadzonych w okresie pandemii doprowadziła więc do wyróżnienia trzech kluczowych grup tematycznych:

- 1) kampanie w obszarach bezpieczeństwa i ochrony zdrowia o tematyce związanej bezpośrednio z pandemią,
- 2) kampanie w obszarach będących odpowiedzią na zagrożenia wzmożone lub wywołane zmianami w stylu życia,
- 3) kampanie będące odpowiedzią na globalne wyzwania i wzmocnienie trendów społecznych.

Pierwsza grupa tematyczna skupia się na zagadnieniach związanych bezpośrednio z pandemią i mieści się w obszarach bezpieczeństwa oraz ochrony zdrowia. W tej grupie możemy wyróżnić kampanie łączące się z wytycznymi przeciwepidemicznymi i zasadami sanitarnymi, w tym ograniczeniem kontaktów społecznych, zachowaniem dystansu, zasłanianiem nosa i ust, zachowaniem zasad higieny. W obszarze bezpieczeństwa i ochrony zdrowia mieszczą się także kampanie zachęcające do szczepień i akcje informacyjne o szczepieniach. Drugim obszarem poruszonym w ramach tej tematyki są kampanie wspierające seniorów, którzy są grupą szczególnie zagrożoną w czasie pandemii koronawirusa. Prowadzone kampanie wiążą się z zapewnieniem bezpieczeństwa osobom starszym, wspieraniem ich w codziennych czynnościach, a także wspieraniem ich w związku z odczuwaną izolacją i ograniczeniem kontaktów społecznych. W tematyce wiążącej się bezpośrednio z pandemią można wyróżnić kampanie będące wyrazem solidarności z personelem medycznym i pacjentami cierpiącymi w wyniku koronawirusa. Dotyczyły

one wsparcia zarówno finansowego i rzeczowego dla systemu ochrony zdrowia, jak i wsparcia emocjonalnego oraz wyrażenia wdzięczności dla medyków.

Drugą zidentyfikowaną grupę tematyczną stanowią kampanie w obszarach związanych z zagrożeniami wzmocnionymi lub wywołanymi zmianami w stylu życia. Dotyczą one ważnych problemów społecznych, które dotyczą coraz większą liczbę osób i ulegają nasileniu w związku z pandemią. Należą do nich kampanie w obszarze zdrowia psychicznego, a w szczególności dotyczące problemów depresji, problemów w relacjach, braku równowagi praca–życie osobiste i wiążące się z problemami powrotu do rzeczywistości. Nasilenie problemów psychicznych jest konsekwencją ciągłego narażenia na stres, na co zwracano już uwagę w raporcie ONZ: *COVID-19 and the Need for Action on Mental Health*⁸ z maja 2020 r.

W kontekście pandemii rozwijają się także kampanie w obszarze przemocy domowej, przemocy emocjonalnej i internetowej, które można zaklasyfikować do obszaru „pandemii przemocy”. Okres pandemii wiąże się także z wyjątkowaniem problemów i nadużyć w Internecie, stąd liczne kampanie społeczne dotyczące niebezpieczeństw i zachowań zwiększających bezpieczeństwo w sieci (obszar cyberbezpieczeństwa). Zmiany stylu życia nasilają też problemy związane z brakiem aktywności fizycznej i siedzącym trybem życia, co wiąże się z rozwojem kampanii w tym obszarze.

Trzecią ważną grupę tematyczną stanowią kampanie będące odpowiedzią na wzmocnienie trendów społecznych oraz globalne wyzwania związane z inkluzyjnością, różnorodnością i równością społeczną. W trakcie pandemii obserwuje się wiele kampanii promujących społecznie odpowiedzialne postawy konsumenckie i organizacyjne, mieszczące się w obszarach zrównoważonego rozwoju, zrównoważonej konsumpcji, zrównoważonego życia i współdzielenia. W wyniku różnych wydarzeń i nasilania zjawisk związanych z łamaniem praw określonych grup wzrasta także zainteresowanie zagadnieniami równości, równouprawnienia i akceptacji różnorodności. W okresie pandemii szczególnego znaczenia nabrały kampanie dotyczące praw mniejszości i walki z wykluczeniem społecznym. W związku z wydarzeniami o charakterze międzynarodowym oraz lokalnym nasiliły się także kampanie w obszarze praw, równouprawnienia i poprawy sytuacji kobiet. W kontekście akceptacji różnorodności ważnym obszarem kampanii społecznych jest samoakceptacja i akceptacja własnego ciała w nurcie „body positive”.

Należy zauważyć, że zidentyfikowane grupy tematyczne dotyczą najczęściej poruszanych w okresie pandemii tematów i nie wyczerpują pełnej listy obszarów. Granice pomiędzy obszarami mogą być także traktowane jako nieostre, ze względu na wzajemne

⁸ United Nations, Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health, 13 may 2020, <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf> [dostęp: 2.03.2021].

powiązania między niektórymi problemami społecznymi, które mogą mieć również charakter przyczynowo-skutkowy⁹.

Cechy przekazów i formy komunikowania w kampaniach społecznych okresu pandemii COVID-19

Ze względu na ograniczone ramy tego opracowania do zbiorowego studium przypadku wybrano trzy kampanie społeczne mieszczące się w trzech wyróżnionych wcześniej obszarach. Dla każdej kampanii zidentyfikowano: hasła, charakter apeli, zawartość głównych przekazów i formy komunikowania. Analizę poszerzono o informacje o innych kampaniach zebrane na etapie przeglądu prowadzącego do sformułowania obszarów kampanii. Dokonano syntezy tych informacji, która doprowadziła do sformułowania wniosków dotyczących cech przekazów i form komunikowania w okresie pandemii COVID-19.

W celu przybliżenia trzech analizowanych kampanii w tabeli 2 przedstawiono ich skrótowy opis uwzględniający organizatorów, obszary i cele kampanii.

Tabela 2. Wybrane kampanie społeczne prowadzone w okresie pandemii

Grupa tematyczna	Nazwa kampanii i krótki opis kampanii
Kampanie o tematyce związanej bezpośrednio z pandemią w obszarach bezpieczeństwa i ochrony zdrowia	nazwa kampanii: Profilaktyka zachorowań w walce z chorobami wirusowymi. „Ojciec i syn” organizatorzy: Kancelaria Premiera, Ministerstwo Zdrowia i Główny Inspektorat Sanitarny obszary: przestrzeganie wytycznych przeciwepidemicznych i zasad sanitarnych, szczepienia, wsparcie seniorów cele: kampania promująca właściwe nawyki, nabywanie potrzebnych umiejętności w czasie epidemii oraz szczepienie się; ukazuje, jak utrzymać bliskość uczuciową i więzi rodzinne przy jednoczesnym zachowaniu zasad bezpieczeństwa
Kampanie w obszarach będących odpowiedzią na zagrożenia wzmocnione lub wywołane zmianami w stylu życia	nazwa kampanii: Pandemia przemocy organizator: Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę obszary kampanii: przemoc domowa i seksualna cele: kampania ma zwrócić uwagę społeczeństwa na problem przemocy wobec dzieci i zachęcić do reagowania i pomocy w sytuacjach ich krzywdzenia; promuje odejście od obojętności wobec krzywdzonych dzieci, które potrzebują pomocy, w szczególnie trudnym okresie pandemii

⁹ Przykładem mogą być kampanie dotyczące samoakceptacji, które mogą wiązać się z nasilającym się zjawiskiem tak zwanego hejtu internetowego.

Grupa tematyczna	Nazwa kampanii i krótki opis kampanii
Kampanie będące odpowiedzią na globalne wyzwania i wzmocnienie trendów społecznych	nazwa kampanii: #IAMENOUGH. Jestem wystarczająca organizator: Fundacja UNAVEZA obszary kampanii: akceptacja różnorodności i samoakceptacja cele: wspieranie kobiet w zwiększaniu poczucia własnej wartości i akceptacji różnorodności; wspieranie innych kobiet i własnych dzieci w wierze w tym, że są wystarczające; popieranie postaw akceptacji różnorodności oraz niewartościowania innych przez pryzmat wyglądu

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów promocyjnych umieszczanych na stronach internetowych i profilach społecznościowych kampanii oraz portalach tematycznych¹⁰.

W tabeli 3 przedstawiono hasła, kluczowe przekazy i określono charakter apeli wykorzystywanych w analizowanych kampaniach. W kampaniach „Ojciec i syn” oraz „Pandemia przemocy” zastosowano hasła kampanii oparte na proponowanych zachowaniach, w których wykorzystano zwroty o charakterze bezpośrednim. Wykorzystany zabieg personalizacji treści ma motywować do podjęcia działania. W kampanii „#IAMENOUGH” hasła oparto zarówno na podkreślaniu korzyści, jaką jest odpowiednia samoocena, jak i na proponowanym zachowaniu, którym jest akceptowanie i wspieranie różnorodności.

Tabela 3. Treści kampanii społecznych – hasła, charakter apeli i kluczowe przekazy

Hasła kampanii	Charakter apeli i sekwencje emocji	Kluczowe przekazy
Ojciec i syn		
• Zostańmy w domu • Zostań w domu • Szczepimy się • A Ty dla kogo się zaszczepisz?	• apele oparte na motywacji pozytywnej • zatroskanie – spokój ducha/komfort psychiczny; zatroskanie – bliskość/poczucie więzi/ miłość	• Przychodzi moment, kiedy role się odwracają i to nasze dzieci uczą nas, jak żyć i walczyć z wirusem. Zostańmy w domu! • Troskę o najbliższych wyniosłem z domu, dlatego zaszczepię się przeciw COVID-19. Dla ojca. A ja dla syna. A Ty dla kogo się zaszczepisz? Szczepimy się!

¹⁰ Ze względu na odwoływanie się w tabelach dotyczących kampanii do licznych stron internetowych dotyczących kampanii zostaną one szczegółowo wymienione w bibliografii w pozycji Internet. Podobne rozwiązanie zastosowano w opisie źródeł w kolejnych tabelach.

Pandemia przemocy		
• Zakrywaj usta! Ale nie milcz, gdy widzisz przemoc! • Myj ręce! Ale nie umywaj ich od odpowiedzialności, gdy jesteś świadkiem przemocy! • Zachowaj dystans! Ale bądź blisko, kiedy ktoś Cię potrzebuje! • Chroni starszych! Ale nie ignoruj przemocy wobec najmłodszych!	• apele oparte na motywacji negatywnej • wyrzuty sumienia – spokój ducha; brak empatii/nieczułość/obojętność – wrażliwość na potrzeby innych/użyteczność.	• Konsekwencje epidemii COVID-19 związane z przemocą i wykorzystywaniem seksualnym uderzają przede wszystkim w dzieci. • W czasie pandemii: 27% dzieci i młodzieży doświadczyło krzywdzenia, 11% doświadczyło przemocy ze strony bliskiej osoby dorosłej... • Nie milcz, gdy widzisz przemoc! Dzieci najczęściej cierpią w ciszy. Często bywa tak, że nie mają do kogo zwrócić się po pomoc. Dlatego tak ważna jest Twoja reakcja! Nie bądź obojętny na krzywdę dzieci – przerwij ciszę!
#IAMENOUGH		
• Jestem wystarczająca • #IAMENOUGH • #BEAUTIFULENOUGH • #WspieramNieOceniam	• apele oparte na motywacji pozytywnej • wstyd/zażenowanie – zadowolenie/poczucie siły; przygnębienie – spokój ducha/komfort psychiczny	• Każda z nas jest wystarczająca. • Jestem wystarczająca. Ty też. I życzę nam, abyśmy na swojej drodze spotykały tylko kobiety, które wspierają i nie oceniają. • Jestem najlepszą wersją siebie. Każdego dnia miliony kobiet na całym świecie zastanawiają się, czy są wystarczająco piękne, mądre, szczupłe, przebojowe, seksowne, szczęśliwe, kobiece... • A może najwyższy czas, żeby każda z nas zaakceptowała siebie? Taką, jaką jest. • Większość z nas, dorosłych kobiet, czuje się niewystarczająco dobrymi... • Jesteśmy na ostatnim miejscu w Europie z najwyższym wskaźnikiem negatywnego postrzegania własnego ciała. • Nasze dzieci czują się nietrakcyjne, zagubione i niezrozumiane, nie dają rady dźwigać presji.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów promocyjnych umieszczanych na stronach internetowych i profilach społecznościowych kampanii oraz portalach tematycznych.

W kampanii „Ojciec i syn” wykorzystano apele oparte na motywacji pozytywnej i tak też sformułowano główne przekazy. Kampania wskazywała, że podjęcie zachowania pozwoli na osiągnięcie pozytywnego stanu, który da komfort psychiczny i poczucie bliskości. Pozytywny charakter miały też apele w kampanii „#IAMENOUGH”, tu

kierunek motywacji zmierzał do osiągnięcia pozytywnego stanu komfortu psychicznego i poczucia siły związanej z samoakceptacją. W kampanii „Pandemia przemocy” wykorzystano apele oparte na motywacji negatywnej, w której celem jest usunięcie lub ograniczenie negatywnego stanu obojętności oraz redukcja wyrzutów sumienia związana z cierpieniem ofiar przemocy.

W pierwszej kampanii w przekazach zastosowano argumentację jednostronną, która jest zwykle skuteczniejsza w sytuacji, gdy odbiorcy przekazu wykazują pozytywne nastawienie do proponowanego zachowania lub widzą jego pozytywne konsekwencje¹¹. W samej treści reklam przekazy odnosiły się do konkretnych czynności pozwalających zmniejszyć ryzyko zakażenia i minimalizować lub ograniczać jego konsekwencje.

W dwóch pozostałych kampaniach kluczowe przekazy oparto na argumentacji dwustronnej. Zapewne dlatego, że istotną ich częścią jest budowanie świadomości problemu w związku z brakiem wiedzy lub stereotypami, które funkcjonują w społeczeństwie¹². W tych kampaniach cel budowania świadomości łączył się z potrzebą posługiwania się wynikami badań i statystykami wskazującymi na powagę problemu. Jest to uzasadnione, gdyż jak wynika z rozważań teoretycznych, warunkiem zmian zachowań jest świadomość ryzyka i konsekwencji problemu. Należy podkreślić, że kampania „Pandemia przemocy” dotyczyła problemu niewynikającego z samej pandemii, jej przekazy zostały poddane adaptacjom wynikającym z istniejących uwarunkowań.

Oprócz podkreślanej wcześniej personalizacji treści w analizowanych kampaniach można także zauważyć zastosowanie sformułowań sugerujących identyfikację z grupą docelową. Dotyczy to przede wszystkim przekazów trzeciej kampanii i zastosowanych sformułowań: „jesteśmy”, „nasze”, „większość z nas”, „miliony kobiet”, „każda z nas”. Daje to poczucie przynależności do większej grupy i może wpływać na zwiększenie świadomości posiadania cech i umiejętności potrzebnych do realizacji pożądanых zachowań.

¹¹ P. Lee, N.R., Kotler, *op. cit.*, s. 325.

¹² *Ibidem*.

Tabela 4. Formy komunikowania przekazów

Nazwa kampanii	Formy komunikowania
Ojciec i syn	1. Spoty kampanii, w których występują aktorzy Stanisław Banasiuk i Mateusz Banasiuk, prywatnie ojciec i syn: – spot reklamowy #zostańwdomu stanowiący rodzaj przewodnika po bliskości, pokazując, jak żyć pod jednym dachem w sytuacji zagrożenia podczas wielodniowej izolacji, – spot #SzczepimySię zachęcający do szczepienia się przeciw koronawirusowi, co jest wyrazem troski o innych. 2. Oficjalne strony i profile społecznościowe Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwa Zdrowia i Państwowej Inspekcji Sanitarnej. 3. Strona gov.pl/szczepimysie, gdzie znajdują się sprawdzone informacje na temat szczepionki. 4. Przygotowane przekazy medialne z informacjami o kampanii. 5. Billboardy oraz wielkoformatowe maty reklamowe.
Pandemia przemocy	1. Strona internetowa kampanii https://pandemiaprzemocy.fdds.pl/. 2. Spot kampanii na kanale YouTube. 3. Seria plakatów powołująca się na zasady obowiązujące w okresie pandemii, którym nadano nowe znaczenie – w kampanii odnoszą się bezpośrednio do przemocy wobec dzieci i zwracają uwagę na szczególną potrzebę zadbania o najmłodszych. 4. Grafiki gotowe do pobrania i rozpowszechnienia w Internecie. 5. Platforma edukacyjna fundacji FDDS dla dzieci i dorosłych: https://edukacja.fdds.pl/.
#IAMENOUGH Jestem wystarczająca	1. Oficjalna strona i profile społecznościowe Fundacji UNAVEZA. 2. Wpisy na społecznościowych profilach Martyny Wojciechowskiej. 3. Spot z wypowiedzią Martyny Wojciechowskiej I AM ENOUGH. Jestem wystarczająca. 4. Koszulki z hasłem I AM ENOUGH (oraz publikacja zdjęć Martyny Wojciechowskiej w koszulkach z tej kolekcji). 5. Akcja viralowa zainicjowana przez Martynę Wojciechowską polegająca na zachęcaniu do publikowania naturalnych zdjęć. 6. Wywiady dla magazynów „Viva”, „Zwierciadło” itp.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie materiałów promocyjnych umieszczanych na stronach internetowych i profilach społecznościowych kampanii oraz portalach tematycznych.

Realizacji celów kampanii służą też odpowiednie formy prezentacji i rozpowszechnienia przekazów. Powinny one pozwolić na dotarcie do grupy docelowej, przyciągnięcie uwagi, zainteresowania i uwiarygodnienie przekazu, a także wpłynąć na chęć i dawać możliwości dzielenia się przekazem. W tabeli 4 zaprezentowano formy wykorzystywane w trzech analizowanych kampaniach. W każdej kampanii wykorzystano spoty reklamowe, które docierały do odbiorców z wykorzystaniem mediów społecznościowych, a w przypadku kampanii „Ojciec i syn” także za pomocą telewizji. Wynikało to m.in. z publicznego charakteru tej kampanii i większych możliwości transmitowania treści w mass mediach. W kampanii tej wykorzystano także wielkoformatowe reklamy zewnętrzne. We wszystkich trzech kampaniach szeroko wykorzystano różne formy

prezentowane na stronach internetowych i w mediach społecznościowych. Treści w postaci werbalnej i graficznej były rozpowszechniane z wykorzystaniem hashtagów, czemu służyły ich krótkie zwroty kluczowe.

Duża część kampanii w okresie pandemii miała charakter viralowy, a przekazy w formie video, grafiki lub tekstu były rozpowszechniane i docierały do dużej liczby odbiorców za pośrednictwem Internetu. I tak hashtag #zostanwdomu został wykorzystany także w spontanicznej kampanii internautów. Osoby znane i mniej znane w krótkich filmach i postach pokazywały innym, jak radzą sobie w pandemicznej rzeczywistości, co robią w domu i jak wygląda ich codzienność w czasie epidemii. W tej oddolnej kampanii ludzie dzielili się swoimi pomysłami na spędzanie czasu z najbliższymi we własnych domach.

W okresie pandemii zauważyć można rosnące znaczenie i zaangażowanie influencerów działających aktywnie w przestrzeni wirtualnej, którzy stawali się inicjatorami, twarzami i ambasadorami kampanii społecznych. Duże znaczenie w upowszechnianiu przekazów w okresie pandemii mieli znani influencerzy. Przykładem mogą tu być kampanie #MnieToDotyczy czy #Hot16Challenge2.

Coraz większą rolę w rozprzestrzenianiu komunikatów odgrywają też mikro- i nanoinfluencerzy, co wpisuje się w globalne trendy dotyczące komunikacji¹³. Tworzą oni bowiem autentyczne treści i wykazują elastyczność w rozwijaniu kreatywnych pomysłów na formy przekazów, które pozwalają przyciągnąć uwagę i angażować odbiorców oraz być rozprzestrzeniane w przestrzeni wirtualnej. Kampanie przyjmują więc coraz częściej charakter inicjatyw oddolnych lub są wspierane spontanicznymi działaniami internautów.

W kampaniach społecznych coraz większego znaczenia nabierają przekazy i sposób ich prezentacji, mniejsze zaś mają ich pierwotne kanały publikacji. Upowszechnianie treści jest wspierane przez odpowiednio dobrane hasła kluczowe, związane z nim hashtagi oraz formy wizualizacji. W okresie pandemii obserwuje się także zwiększoną aktywność w zakresie publikowania podcastów i to zarówno w formie filmowej, jak i dźwiękowej, co daje możliwość przekazywania w kampaniach bardziej szczegółowych i głębszych treści.

Zakończenie

Przeprowadzone rozważania dokonane na podstawie analizy treści i form kampanii społecznych z okresu pandemii pozwoliły na identyfikację obszarów oraz cech przekazów i form ich komunikowania.

¹³ Edelman, *10 Trends Influencing 2020 report*, <https://www.edelman.com/research/10-Trends-Influencing-2020> [dostęp: 15.03.2021].

W wyniku określenia obszarów kampanii społecznych zidentyfikowano trzy kluczowe grupy tematyczne:

- 1) kampanie w obszarach bezpieczeństwa i ochrony zdrowia o tematyce związanej bezpośrednio z pandemią,
- 2) kampanie w obszarach będących odpowiedzią na zagrożenia wzmocnione lub wywołane zmianami w stylu życia,
- 3) kampanie będące odpowiedzią na globalne wyzwania i wzmocnienie trendów społecznych.

Na podstawie analizy treści i form komunikowania oraz syntezy zgromadzonych informacji sformułowano następujące wnioski dotyczące kampanii społecznych w okresie pandemii:

1. W przekazach kampanii opartych na proponowanych zachowaniach wykorzystuje się często personalizację treści i zwroty o charakterze bezpośrednim, które mają motywować do podjęcia działania.
2. Upowszechnianie treści jest wspierane przez odpowiednio dobrane hasła kluczowe, związane z nim hasztagi oraz formy wizualizacji.
3. Zmianom ulega charakter samych kampanii, w których ze względu na pandemię w znaczącym stopniu wykorzystuje się formy komunikowania online.
4. W kampaniach coraz ważniejsze znaczenie ma sam przekaz kampanii (*content*), mniejsze „pierwotny” kanał publikacji przekazu, co wpisuje się w ogólne trendy komunikacji online. Kampanie zyskują szeroki zasięg w wyniku rozpowszechniania przez kanały mediów społecznościowych.
5. Przyciągnięcie uwagi, angażowanie odbiorców i rozpowszechnienie komunikatów w przestrzeni wirtualnej wymaga podejmowania kreatywnych form komunikowania.
6. W kampanie jest zaangażowane wiele osób, które tworzą własne lub wspólnie kreują przekazy.
7. W okresie pandemii obserwuje się wzrost kampanii viralowych, wynikających z inicjatyw oddolnych, i tzw. kampanii niezależnych.
8. Wzrasta znaczenie mediów i form umożliwiających przekazywanie pogłębionych treści (np. podcastów).
9. Duże znaczenie w inicjowaniu, tworzeniu i upowszechnianiu kampanii mają influencerzy.
10. W kampaniach społecznych coraz większą rolę zaczynają odgrywać mikro- i nanoinfluencerzy. Często są oni twórcami autentycznych treści i wykazują elastyczność w rozwijaniu kreatywnych pomysłów na formy komunikowania treści.

Bibliografia

Literatura

- Andreasen A., *Marketing Social Change: Changing Behavior to Promote Health, Social Development, and the Environment*, Jossey-Bass, San Francisco 1995.
- Daszkiewicz M., *Kampanie społeczne o tematyce zdrowotnej – analiza treści i form przekazów komunikacyjnych*, [w:] W. Nowak, K. Szalotka (red.), *Zdrowie i style życia: wyzwania ekonomiczne i społeczne*, E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa. Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2019.
- Donovan N., Henley R., *Social marketing principles and practice*, IP Communications, Melbourne 2003.
- Kotler Ph., Roberto N., Lee N., *Social Marketing. Improving the quality of life*, Sage Publications, Thousand Oaks 2002.
- Lee P., Kotler N.R., *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good*, Sage Publications, Inc., Los Angeles-London-New Delhi-Singapore 2011.
- Miller R.V., Petrieff L.O. (red.), *Public Opinion Research Focus*, Nova Science Publishers, New York 2008, s. 11.
- Rossiter J.R., Percy L., *Emotions and Motivations in Advertising*, „ACR North American Advances in Consumer Research” 18, 1991, s. 100–110.
- Weinreich N.K., *Hands-on Social Marketing*, Sage Publications, Thousand Oaks 2011.

Internet

- Edelman, *10 Trends Influencing 2020 report*, <https://www.edelman.com/research/10-Trends-Influencing-2020>.
- https://edukacja.fdds.pl/?fbclid=IwAR3D4P5dg-dDabtWfYxV4Rl_V1eMiADWWVyqMgnY64jhgUGBy-flMoGUhn6L.
- <https://www.facebook.com/watch/?v=2889028171330362>.
- https://www.instagram.com/p/CNCuo42MnV-/?utm_source=ig_embed.
- <https://kampaniespoleczne.pl/>.
- <https://kampaniespoleczne.pl/badzmy-razem-ruszyla-kampania-kancelarii-premiera-i-ministerstwa-zdrowia-o-bliskosci-w-czasie-koronawirusa/>.
- <https://marketingprzykawie.pl/>.
- <https://marketingprzykawie.pl/espresso/ojciec-i-syn-spot-polskiej-kampanii-informacyjnej-kancelarii-prezesa-rady-ministrow-na-temat-covid-19/>.
- <http://media.fdds.pl/115364-przemoc-jak-wirus-rusza-nowa-kampania-fundacji-dajemy-dzieciom-sile-pandemia-przemocy>.
- <https://odpowiedzialnybiznes.pl/>.
- <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C801980%2Cna-ulicach-polskich-miast-zawisly-nowe-billboardy-zachecajace-do-szczepien>.
- <https://pandemiaprzemocy.fdds.pl/>.
- <http://www.proto.pl/>.

<https://www.signs.pl/>.

<https://socialpress.pl/>. <https://www.unaweza.org/aktualnosci/rozpoczynamy-nowa-odslone-kampanii-iamenough-beautifuleenough/>.

<https://www.unaweza.org/nasze-inne-dzialania/nasza-akcja-specjalna-iamenough/>.

United Nations, Policy brief: Covid-19 and the need for action on mental health, 13 may 2020, <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/UN-Policy-Brief-COVID-19-and-mental-health.pdf>.

<https://www.wirtualnemedi.pl>.

<https://www.wirtualnemedi.pl/artykul/maseczki-jak-nosic-epidemia-ministerstwo-zdrowia-zacheca>.

<https://www.wirtualnemedi.pl/artykul/szczepienia-koronawirus-w-polsce-kiedy-spot-ojciec-i-syn-szczepimysie>.

<https://www.wirtualnemedi.pl/artykul/tvn-akcja-zostanwdomu-gwiazdy-w-spotach-magda-gessler-malgorzata-rozenek-maja-popielarska-marcin-prokop-i-damian-michalowski>.

<https://zwierciadlo.pl/lifestyle/521678,1,martyna-wojciechowska-wspieram-nie-oceniam.read>.

Postawy prospołeczne – solidny fundament społeczeństwa postpandemicznego

Pro-social attitudes – a solid foundation of a post-pandemic society

Paweł Żurawski

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Katedra Badań Marketingowych

ORCID: [0000-0003-4332-2096](https://orcid.org/0000-0003-4332-2096)

e-mail: pawel.zurawski@ue.wroc.pl

Streszczenie

Artykuł koncentruje uwagę na postawach prospołecznych, które niewątpliwie stanowią fundament społeczeństwa. Złożoność analizowanego obszaru, szczególnie nietypowy okres pandemii, zachęcił do zastosowania swoistej triangulacji metod badawczych – *desk research* oraz indywidualne wywiady pogłębione (IDI). Dane pozyskane ze źródeł wtórnych pozwalają uchwycić ten obszar w czasie pandemii i na tle lat wcześniejszych. Natomiast badanie własne autora opiera się na indywidualnych wywiadach pogłębionych, a więc pojedynczych przypadkach zróżnicowanych demograficznie i geograficznie, przeprowadzonych w formie online i telefonicznej na przełomie lat 2020–2021, czyli w czasie pandemii koronawirusa. Celem było poznanie stosunku respondentów do działań prospołecznych, ich obserwacji w zakresie osób potrzebujących pomocy, jak również pokazanie pomagających oraz aktywności w zakresie dobroczynności.

Wyniki ukazują, że badani chcą pomagać potrzebującym, zarażać tą postawą innych. Nasze społeczeństwo postrzegają jako sprzyjające niesieniu pomocy. Pokazują szerokie spektrum możliwości w tym zakresie. Wykorzystują różnorodne formy pomagania, jeszcze bardziej dostrzegając potrzeby innych. Ukazuje się na horyzoncie optymistyczna wizja społeczeństwa opartego m.in. na obywatelsko istotnych postawach prospołecznych.

Słowa kluczowe

postawy prospołeczne, dobroczynność, pandemia COVID-19, postpandemiczne kształtowanie postaw

Abstract

The article focuses on pro-social attitudes, which undoubtedly constitute the foundation of the society. The complexity of the analyzed area, especially the atypical period of the pandemic, encouraged the use of a kind of triangulation of research methods – *desk research* and individual in-depth interviews (IDI). Data obtained from secondary sources makes it possible to capture this field during the pandemic and compared to previous years. The author's own research is based on individual in-depth interviews with a demographically and geographically diverse group conducted online and by phone.

at the turn of 2020 and 2021, i.e. during the coronavirus pandemic. The aim was to find out about the respondents' attitude to pro-social activities, their observation of people in need of help, as well as to show the helpers and their charity activities.

The results show that respondents want to help those in need of help and to infect others with this attitude. They see our society as conducive to helping. They show a wide range of possibilities in this regard. They use various forms of helping, seeing the needs of others even more. An optimistic vision of society appears on the horizon, based on, inter alia, how civically important are pro-social attitudes.

Keywords

pro-social attitudes, charity, pandemic COVID-19, post-pandemic attitudes forming

JEL: Z13

Wstęp

Pozytywne postrzeganie danego państwa nieodłącznie ma związek z silną kondycją społeczeństwa. Ta z kolei jest wypadkową wielu czynników, w tym skali i intensywności postaw prospołecznych. Odgrywają one bardzo ważną rolę w życiu społecznym, ale w okresie pandemii stają się jeszcze istotniejsze dla przetrwania wielu potrzebujących, a jednocześnie znacznie trudniejsze do realizacji w okresie zamknięcia, niepewności, obaw, często również spadku osiągniętych dochodów. Utrzymanie aktywności prospołecznych niesie także ogromny, pozytywny ładunek fizycznej pomocy, jak i psychiczny, wspomagający odbudowę i rozwój społeczeństwa w okresie postpandemicznym.

Zastosowanie swoistej triangulacji metod badawczych – *desk research* oraz indywidualne wywiady pogłębione – pozwoliło zyskać szerszą wiedzę niż przy zastosowaniu tylko jednego podejścia¹.

Analiza danych wtórnych to poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, czy pandemia miała wpływ na obszar dobroczynności. Badanie, które autor przeprowadził w formie indywidualnych wywiadów pogłębionych, stanowi zbiór obserwacji poszczególnych respondentów w zakresie potrzebujących pomocy, jak również obraz tych, którzy pomagają oraz aktywności w zakresie dobroczynności i podejście do działań prospołecznych. Odpowiada ono na kilka kluczowych pytań badawczych:

1. Jaki jest aktualny obraz osób pomagających?
2. Jakie są wśród badanych dominujące formy aktywności działań dobroczynnych?
3. Czy respondenci widzą szansę na dyfuzję, kształtowanie postaw prospołecznych?

Wyjątkowym aspektem tego badania jest niewątpliwie uchwycenie zachowań osób prywatnych, podczas gdy wiele innych skupia się na działaniach dobroczynnych firm.

¹ K. Mazurek-Łopacińska, M. Sobocińska, *Rozwój badań marketingowych – w kierunku nowych podejść i kontekstów badawczych związanych z funkcjonowaniem przedsiębiorstwa*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2011, nr 236, s. 13–22.

Po wielu latach przemian gospodarczych rosnąca zamożność Polaków wykreowała obszar szerszych, bardziej regularnych działań prospołecznych, które z pewnością warto poddać obserwacji. Szczególnie w zupełnie nietypowym okresie, jakim był czas pandemii, kiedy niepokój o byt może odwrócić tę tendencję.

1. Wpływ pandemii na dobroczynność Polaków (analiza danych wtórnych)

Postawy ludzkie budzą zainteresowanie badaczy od blisko wieku. Postawa to „względnie trwała tendencja do pozytywnego lub negatywnego wartościowania tego obiektu przez człowieka”². Prospołeczność postaw objawia się w „ukierunkowaniu na korzyści pozaosobiste – dobro innych ludzi, społeczności lub ogółu”³.

W XXI w. oczywistą kwestią jest dla nas fakt, że istnieje możliwość zmiany pozycji społecznej, co ma niebagatelny, pozytywny wpływ na dobroczynność – możemy pomóc innym, ale jednocześnie praktycznie każdy może stać się ubogim⁴. D. Mirońska podkreśla, że u podstaw działań darczyńcy może leżeć poczucie sprawiedliwości społecznej, norm i tradycji, często działa zasada wzajemności, ale też chęć realizacji obietnicy⁵. Shang i Croson wykazali, że na intensywność naszych działań dobroczynnych istotnie wpływa wiedza, jak inni działali w tym zakresie⁶, co również uwidocznili wyniki badania.

1.1. Pandemia SARS-CoV-2 – ogólna sytuacja

Pandemia diametralnie zmieniła obraz naszego świata. W krótkim czasie nastroje z poziomu przeważająco pozytywnych znacznie się pogorszyły. Na wykresie 1 przedstawiono tę gwałtowną zmianę nastrojów w chwili wystąpienia i rozkwitu pandemii COVID-19.

² J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia akademicka: podręcznik*, t. 2, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2010.

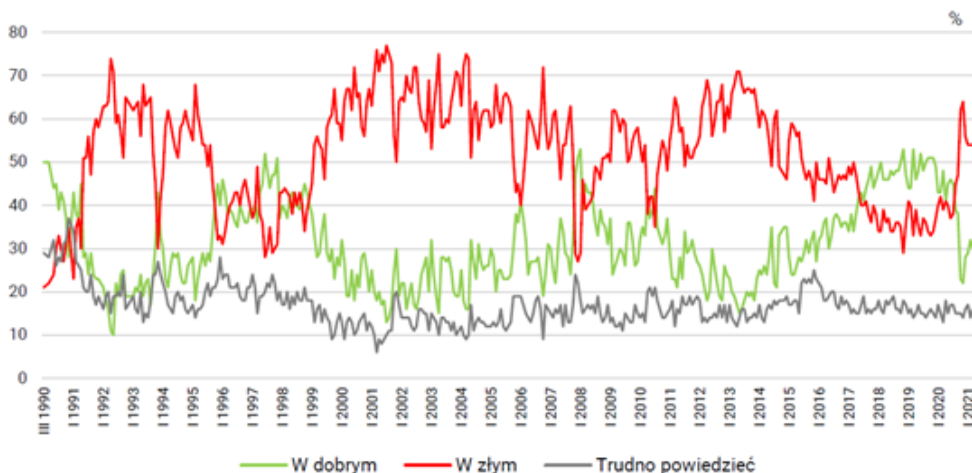
³ *Ibidem*.

⁴ K. Górniak, *(Nie)moc pomocy. O niektórych formach współczesnej dobroczynności*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2016.

⁵ D. Mirońska, *Relacje z interesariuszami organizacji non profit z perspektywy marketingowej*, SGH – Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2016.

⁶ J. Shang, R. Croson, *A field experiment in charitable contribution: The impact of social information on the Voluntary provision of public goods*, „The Economic Journal” 119, 2009, nr 540, s. 1422–1439.

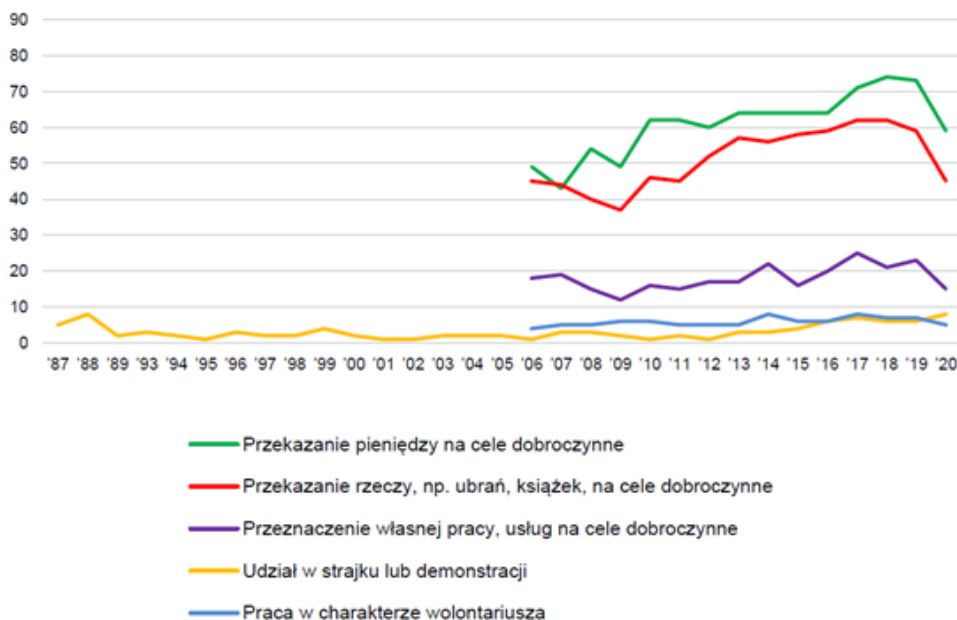
Wykres 1. Czy, ogólnie rzecz biorąc, sytuacja w naszym kraju zmierza w dobrym czy też w złym kierunku?



Źródło: CBOS, *Nastroje społeczne w marcu*, „Komunikat z badań” 2021, nr 34.

Ze względu na mechanizm rozprzestrzeniania się koronawirusa i konieczność ograniczenia kontaktów międzyludzkich doświadczyliśmy przymusowej izolacji, zablokowana została większość form aktywności zawodowej, edukacyjnej czy też rekreacyjnej. Wpływ ograniczeń na aktywność prospołeczną i obszar dobroczynności przedstawia wykres 2.

Wykres 2. Sytuacje, w których badani przynajmniej raz uczestniczyli w danym roku (odsetki wskazań dotyczących roku)



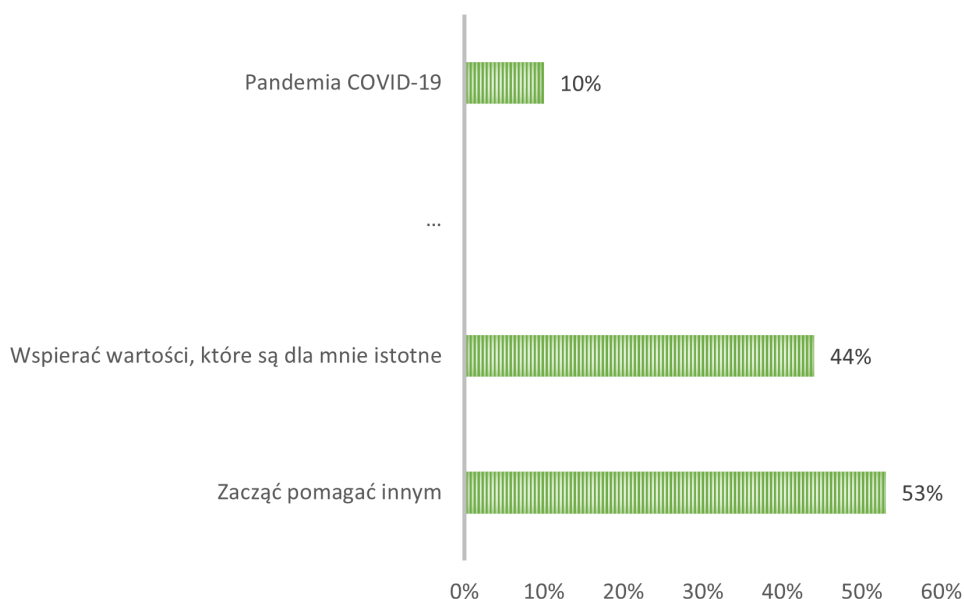
Źródło: CBOS, *Aktywności i doświadczenia Polaków w 2020 roku*, „Komunikat z badań” 2021, nr 14.

Szczególnie dotkliwie ucierpiał obszar przekazywania pieniędzy i rzeczy na cele dobroczynne, gdzie zestawienie roku 2020 do roku 2019 ukazało spadek o kilkanaście punktów procentowych i cofnięcie do poziomu zaangażowania Polaków sprzed ok. 10 lat.

Porównywalnie gwałtowny spadek poszczególnych aktywności ostatnio odnotowywany był kilkanaście lat temu. Nie można tego uznać za przypadek, skoro zbiegł się on wtedy z globalnym kryzysem finansowym.

COVID-19 nie przyczynił się do wygenerowania wielkiej fali nowych datków na cele organizacji prospołecznych, z pewnością nie dominował jako pozytywny starter do pomocy innym, co podkreśla porównanie na wykresie 3.

Wykres 3. Co cię przekonało do rozpoczęcia finansowego wsparcia organizacji społecznych, co było impulsem?

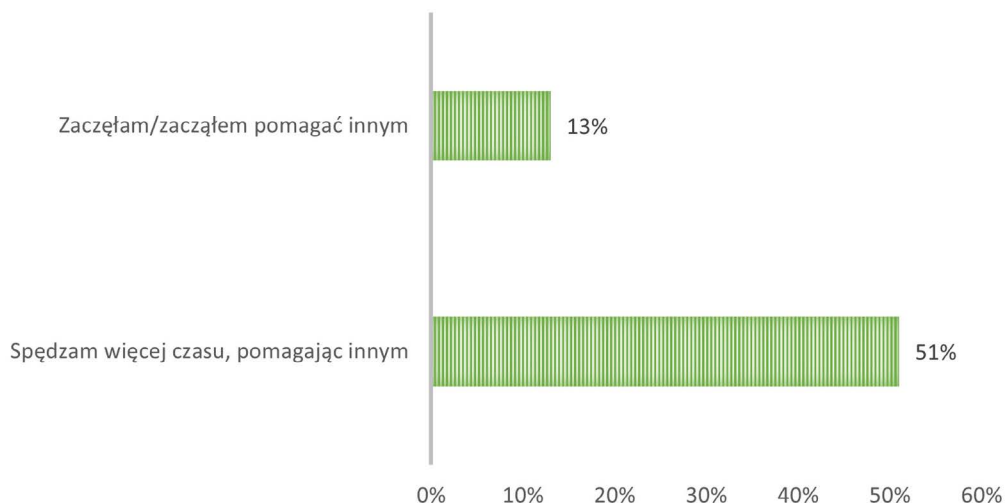


Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Filantropia w Europie Środkowo-Wschodniej 2020*, Kantar, na zlecenie Social Impact Alliance for Central & Eastern Europe.

Jednocześnie warto zwrócić uwagę, że w związku z wystąpieniem pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 13% badanych deklaruje rozpoczęcie pomocy innym, a ponad połowa – więcej czasu przeznaczonego na pomoc innym (wykres 4). W związku z COVID-19 51% badanych przekazało w 2020 r. środki na organizacje prospołeczne⁷.

⁷ *Filantropia w Europie Środkowo-Wschodniej 2020*, Kantar, na zlecenie Social Impact Alliance for Central & Eastern Europe.

Wykres 4. Co się zmieniło w czasie pandemii?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Filantropia w Europie Środkowo-Wschodniej 2020*, Kantar, na zlecenie Social Impact Alliance for Central & Eastern Europe.

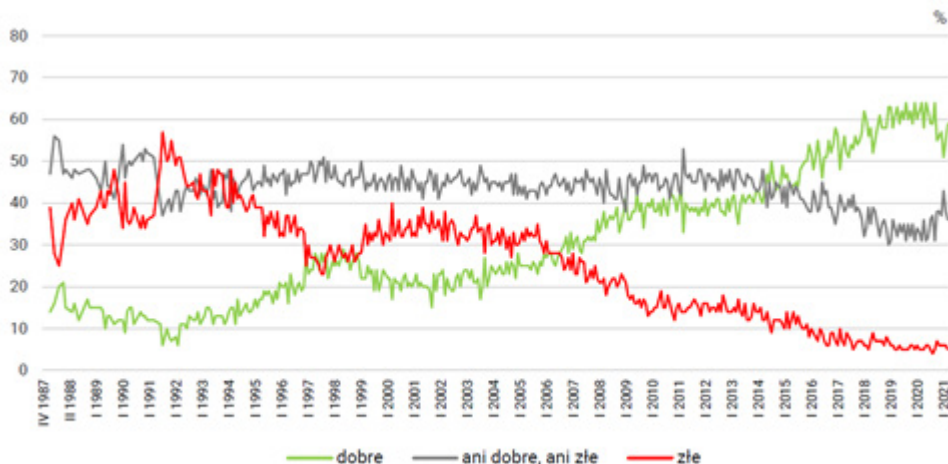
1.2. Pandemia a dobroczynność

Warto podkreślić, że mimo trudnej sytuacji nadal większość Polaków aktywnie pomaga potrzebującym (wykres 2). Utracony jedynie został mocny wzrost z ostatnich kilku lat.

W 2021 r. weszliśmy z większym optymizmem. Polacy w znakomitej większości pozytywnie oceniają własną sytuację materialną (wykres 5). Po spadku opinii pozytywnych w pandemicznym roku 2020 powróciła tendencja wzrostowa. Przewaga opinii pozytywnych nad negatywnymi jest ogromna, natomiast nieco mniejsza, ale również znacząca, nad opinią „ani dobre ani złe”.

Zielona krzywa to swoisty obraz rosnącej, deklarowanej zamożności Polaków w ostatnich trzydziestu latach. Ma on niebagatelny wpływ na działania dobroczynne, będąc jednym z głównych warunków umożliwiających niesienie pomocy.

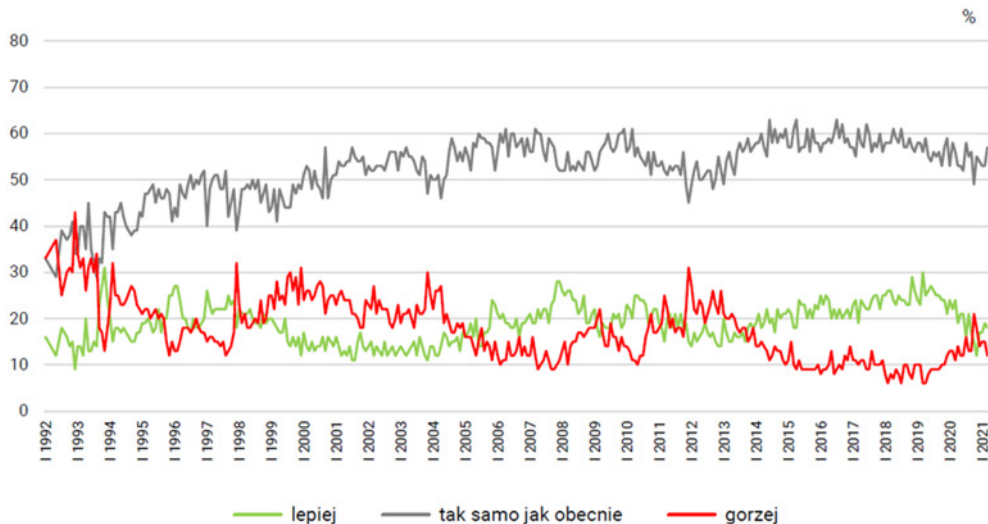
Wykres 5. Jak Pan/-i ocenia obecnie warunki materialne swojego gospodarstwa domowego?



Źródło: CBOS, *Nastroje społeczne w marcu*, „Komunikat z badań” 2021, nr 34.

Optymistyczne podejście, że za rok będzie żyło nam się lepiej, z powrotem zaczęło przeważać w roku 2021 nad negatywnym (wykres 6). Liczba badanych twierdząca, że nic się nie zmienia, pozostaje na wysokim stabilnym poziomie.

Wykres 6. Jak Pan/-i sądzi, jak za rok będzie się żyło Pana/-i rodzinie?



Źródło: CBOS, *Nastroje społeczne w marcu*, „Komunikat z badań” 2021, nr 34.

Na początku roku 2021, pewnie ku zaskoczeniu wielu osób, zbiórka Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy w warunkach pandemicznych, w dużej mierze w wersji

online, przyniosła kolejny rekord – aż 20 milionów więcej niż w roku 2020, kiedy to finał odbył się przed erą COVID-19 w Polsce⁸.

Prawdopodobnie na ograniczenie aktywności dobroczynnej Polaków w 2020 r. wpływ miała większa obawa o zabezpieczenie własnej przyszłości, troska o możliwość zapewnienia bytu własnej rodziny. Niemniej istotny jest fakt, że w Polsce nadal popularne jest tradycyjne, łatwe, fizyczne przekazywanie środków do puszek proszących o pomoc. W 2019 r. aż 42% badanych osób deklarowało, że najchętniej pomaga innym poprzez fizyczne przekazywanie środków finansowych⁹, a w 2020 r. taki sam procent wskazał przekazywanie środków na publiczne zbiórki lub przekazywanie środków do puszek¹⁰. Z pewnością to grono warunki izolacji społecznej znacznie ograniczyły albo wręcz zastopowały w działaniach dobroczynnych.

2. Cel i metody badania Polaków w czasie pandemii

Badanie zostało przeprowadzone od 29 października 2020 r. do 29 stycznia 2021 r. w formie pogłębionych wywiadów indywidualnych online i telefonicznych wśród czterestu osób zróżnicowanych pod względem wieku, obszaru zawodowego i miejsca zamieszkania:

- wiek: 26–73 lata,
- dziewięć kobiet i pięciu mężczyzn,
- obszar zamieszkania: Legnica – Poznań – Kołobrzeg – Łódź – Warszawa – Białystok – Kraków – Wrocław – Wałbrzych – Zielona Góra oraz mniejsze miejscowości w ich okolicach
- obszar zawodowy: analityk finansowy – emeryt – właściciel firmy – szkolenia – edukacja – marketing – fundacja – handel – usługi prawne.

Badanie eksploruje stosunkowo nową, rozrastającą się grupę osób aktywnych w obszarze dobroczynności. Celem poznawczym było uzyskanie danych dotyczących podejścia do działań prospołecznych, obserwacji w zakresie osób potrzebujących pomocy, jak i informacji nt. pomagających oraz aktywności w zakresie dobroczynności. Badanie pozwoliło sprawdzić opinie w trakcie wywiadów jednostkowych, podczas których w komfortowych warunkach istniała możliwość omówienia tematu.

⁸ <https://www.wosp.org.pl/aktualnosci/ile-zebrala-wosp-podczas-29-finalu> [dostęp: 29.03.2021].

⁹ Wirtualna Polska, *Wavemaker*, Statista 2020.

¹⁰ *Filantropia w Europie Środkowo-Wschodniej 2020*, Kantar, na zlecenie Social Impact Alliance for Central & Eastern Europe.

3. Wyniki badania

3.1. Aktualny obraz osób pomagających

Każdy z badanych zadeklarował trzy główne wartości, którymi kieruje się w życiu. Najczęściej wymieniano: sprawiedliwość, rodzina, prawda, szczerość, dobro, przyzwoitość, uczciwość, lojalność i empatia (więcej możliwości na rysunku 1).

Rysunek 1. Wartości deklarowane przez badanych



Źródło: Opracowanie własne.

Czy badani uznają własne potrzeby za kluczowe? Na pewno „potrzeby własne są ważne, ale nie jedyne”. Akcentowano również, żeby „nie tracić innych z pola widzenia”. Są one istotne, szczególnie rozumiane w kategorii „potrzeb najbliższych”. Natomiast respondenci jednomyślnie dostrzegają, że „więcej przyjemności jest z dawania innym”, „koncentrowanie się na sobie to duże ograniczenie”.

3.2. Motywacje do aktywności prospołecznych

We wszystkich wywiadach panowała zgodność co do tego, że należy pomagać potrzebującym – „wszystkim tym, którzy w sposób losowy stracili możliwość zaspokajania potrzeb”. Warte podkreślenia jest też zastrzeżenie, że „nie tym, którzy zachowywali się nieprzyzwoicie lub wręcz przestępczo”. Badani deklarują, że pomagają najczęściej

najbliższym, w dalszej kolejności poleconym przez znajomych, ale co najmniej raz w roku również osobom obcym.

Większość badanych była zdania, że w Polsce dużo osób potrzebuje pomocy, choć „nie o wszystkich słyszymy, a część nawet się nie przyznaje do faktu potrzebowania pomocy”. Jest ona potrzebna „nawet zamożnym czy wykształconym” – zwykle w obszarach, „gdzie nie chodzi nawet o wydatki finansowe, ale doświadczenie z własnego, codziennego życia”, na przykład w przypadku rodzin z chorymi dziećmi.

Wśród respondentów panuje przekonanie, że Polacy dosyć chętnie pomagają innym, aczkolwiek nie za często, przy czym „raczej wolą już zorganizowane formy pomocy”. Zwracają uwagę na fakt komu pomagają. „Jeśli są to osoby, które nic nie robią”, a do tego jeszcze są nachalne, to respondenci czują się mało zmotywowani do pomagania. „Trudny stan zdrowia”, szczególnie dzieci i osób starszych, to najczęstszy motywator pomocy.

Podkreślano, że „najlepiej działamy jako Polacy, kiedy jest źle – umiemy się zmotywować i pomóc”. Dużą rolę odgrywa także fakt, że „bycie częścią czegoś wyjątkowego czyni cię wyjątkowym”. Nie ma przekonania co do tego, że „powołane do tego instytucje” funkcjonują prawidłowo. Wielu badanych akcentuje, że powinny one nieść „najlepiej pomoc w formie tzw. wędki”.

Respondentom nie przeszkadzają takie czynniki jak rasa, przekonania, poglądy itp. Natomiast duża jest obawa przed wyzyskiem, „żerującymi na cudzym dobru, że źle wykorzystają i obróci się przeciwko tym, co pomagają”. Inna osoba podkreśliła: „jestem przeciwnikiem rozdawania pieniędzy, bo nie mam kontroli na co te pieniądze zostaną przeznaczone”, zwłaszcza u osób uzależnionych od alkoholu lub innych używek.

Badani nie oczekują zapłaty, gdyż „słowo «pomóc» oznacza bezinteresowność”, ale też wzajemność i solidarność – „ja teraz pomagam, może będę potrzebować pomocy w przyszłości”. Jeden z badanych zaakcentował: „oczywiście, że bezinteresownie, natomiast jeśli pomaga się ludziom dorosłym, to powinni ze swojej strony też coś dawać”.

Pytaniu o motywacje badanych do niesienia pomocy zwykle towarzyszyła chwila zastanowienia i mieszanina – widać było, że respondenci nie analizowali tego aspektu wcześniej. Rysunek 2 prezentuje szerokie spektrum uzyskanych odpowiedzi. Najczęściej wypowiedź kierowała się ku „jest mi obecnie na tyle dobrze, że mogę innym pomóc” oraz podkreśleniu roli wpływu najbliższych, wychowania. Jednocześnie zauważono, że każdemu grożą niekorzystne sytuacje – „stawiam siebie i bliskich w roli potrzebujących – wtedy to mocniej przemawia”. Pamiętajmy, że „dobro wraca”.

Rysunek 2. Motywacje badanych do pomagania

bo jestem w stanie pomóc
wzajemna pomoc w wielodzietnej rodzinie
wzorce od rodziców
środowisko, co robią nasi znajomi
może ja będę potrzebować pomocy
mogę służyć innym
jest to dobre
jest mi obecnie na tyle dobrze, że mogę innym pomóc
świadomość, że pomogę ja, to inni też i coś wspólnie można osiągnąć
empatia, wrażliwość, zetknięcie się z takimi osobami, które nagle znalazły się w trudnej sytuacji
stawiam siebie i bliskich w roli potrzebujących – wtedy to mocniej przemawia
sami nie wiemy, co nas czeka w przyszłości
dobro wraca
właściwe wzorce

Źródło: Opracowanie własne.

W zakresie inspiracji do niesienia pomocy sytuacja często bywa złożona. Podano przykład rodzeństwa, które ma skrajnie odmienne postawy prospołeczne, mimo wspólnego dzieciństwa i aktualnie porównywalnej sytuacji życiowej.

4. Różne formy aktywności prospołecznych

Wszyscy badani opisali własne działania dobroczynne, które realizują z różną częstotliwością. Dominował udział w Wielkiej Orkiestrze Świątecznej Pomocy (WOŚP), Szlachetnej Paczce i wielu kampaniach prowadzonych poprzez social media. Pozostałe to:

- aukcje,
- bale charytatywne,
- biegi,
- oddawanie włosów dla osób chorych na raka,
- portale pomocowe,
- stałe przelewy (najczęściej na UNICEF),
- stowarzyszenia, fundacje i zespoły zadaniowe w pracy,
- wolontariat.

Aktywność prospołeczną inicjuje zwykle impuls, choć warto podkreślić, że często w parze z bardziej regularnymi działaniami.

4.1. Wspólne przedsięwzięcia dobroczynne

Szersze kampanie społeczne są uznawane za duże wsparcie, gdyż „czasem ludzie chcą pomóc, ale nie wiedzą, jak się do tego zabrać”. Zmobilizować chętnych można poprzez internet i znajomych, a często obie ścieżki równocześnie – w formie social media i ogólnie „poczty pantoflowej”. Wspomniano np. #dzienszpilek, gdzie Moliera2 przekazywał środki na rzecz fundacji Na Ratunek Dzieciom z Chorobą Nowotworową, ale także wspaniały efekt, jaki przyniosła „ostatnia puszka prezydenta w WOŚP”. Nawet *challenge* może odegrać pozytywną rolę, np. *bucket challenge*, gdyż „ludzie jak mają w coś dać swoją twarz, zaangażować się, to musi to być coś fajnego”. Dużą rolę odgrywają spoty Fundacji Polsat i TVN. Konkretnie wymieniane wspólne działania to WOŚP, siepomaga.pl, Szlachetna Paczka, zrzutka.pl i Wioski dziecięce. Badani wskazywali też te akcje, które odbywają się na co dzień, bliżej każdego z nas, jak zbiórka krwi, skrzynki na pomoc w szkołach, lodówki na ulicach, „paczka na święta dla kombatanta” czy doposażenie służby zdrowia w czasie pandemii albo zbiórka na biedną rodzinę, gdzie „matka gotuje obiady i sprzedaje, żeby mieć środki”.

Respondenci są świadomi istnienia negatywnych działań przy okazji zbiórek i „zniknięcia części środków”, ale ich to nie zraża, co najwyżej uważniej dobierają organizacje.

5. Kształtowanie postaw prospołecznych

Pomaganie większość z badanych uznaje za „zaraźliwe”, choć zdarzają się postawy odmienne. Przekonanie osoby niechętniej aktywnościom dobroczynnym jest „nadmierzają trudne, raczej to z charakteru człowieka wynika, a to trudno zmienić”. „Można próbować, szczególnie w małych społecznościach widzimy, że jak się losowa sytuacja zdarzy, to uruchamiają się ludzie, których się nie zna”.

Najczęściej siłą perswazji do podjęcia działań dobroczynnych badani dostrzegają w sferze emocjonalnej – „może sam będę w potrzebie?”. Ciekawe było również bardziej ekonomiczne uzasadnienie nakierowania na emocje – „jakie racjonalne można przytaczać argumenty, jak się coś wiąże z wydatkowaniem, a nie z zyskiem”. Sugerowano także, żeby apelować o pomaganie, dobierając formę dla każdego dogodną, ale koniecznie działać. W samym komunikacie akcentowano ukazanie doświadczenia, np. ile lat dana organizacja działa, oraz skuteczności, np. ilu osobom pomogła. Rysunek 3 przedstawia szerszy zakres deklarowanych odpowiedzi.

Rysunek 3. Sposób komunikacji przy perswazji postaw prospołecznych



Źródło: Opracowanie własne.

Wypowiedzi podkreślają, że pomoc niejedno ma imię, a dobór formy zależy od wielu czynników, w tym od sytuacji czy typu osoby potrzebującej. Wsparcie finansowe jest zwykle nieodzowne. W czasie badania wymieniono również inne alternatywne przykłady:

- „obecność drugiego człowieka”,
- „posiedzieć, pobyc, porozmawiać, przynieść zakupy”,
- „gdzie się jest najbliżej człowieka, któremu trzeba pomóc”,
- „bezpośrednia pomoc, nawet rozmowa jest bardzo cenna”,
- „dawać wędkę, a nie rybę; np. pomóc znaleźć pracę”,
- „coś, co daje opcję na rozwój, nowe możliwości, a nie doraźne”.

Podkreślono, że „autorytety mogą przekonać o konieczności pomagania”, jak również znane nazwiska – „Zbiórka Agaty Wróbel – opis trafiający, szybki efekt przyniósł”. A do tego „elementy grywalizacji fajnie się sprawdzają, element aktywizacji ludzi, że mogą wspólnie rywalizować”.

Wnioski

Siłę społeczeństwa możemy mierzyć skalą troski o jednostki najsłabsze lub dotknięte zdarzeniami losowymi. Pandemia odcisnęła piętno na wszystkich aspektach naszego życia. Na pewno ograniczyła osoby działające jedynie w tradycyjny sposób, ale wielu to nie tylko nie przeszkadzało, ale wręcz skłoniło ku zwiększeniu skali pomocy (np. kolejny rekord zebranej kwoty przez WOŚP¹¹, która jest na czele aktywności dobroczynnych przytoczonych przez badanych).

Na szczęście fundamenty prospołeczne są wśród Polaków trwałe. Respondenci nie dzielą postaw prospołecznych na czas przed, w trakcie i po pandemii. Dostrzegają ludzi potrzebujących pomocy, chcą im pomagać, poprawiając ich jakość życia w pandemii, co więcej, uważają taką postawę za „zaraźliwą”. Wiedzą, że czasem potrzeba dużych kwot pieniędzy, a w innych przypadkach pomocą będzie zrobienie zakupów i spędzenie czasu z daną osobą. Zwykle działają impulsywnie, pod wpływem portali społecznościowych, spotu w telewizji czy komunikacji w internecie. Coraz większą rolę odgrywają bardziej zorganizowane i regularne formy. Rozpiętość rodzajów podejmowanych aktywności dobroczynnych jest duża – od aukcji, balów i biegów charytatywnych przez portale pomocowe i stałe przelewy aż po stowarzyszenia, fundacje i zespoły zadaniowe w pracy. Każde przynosi pomoc, można je dobrać pod własne preferencje i możliwości. Respondenci perswadowaliby innym ten obszar głównie w sferze emocji, mniej racjonalnie.

Uzyskane dane nie tylko przedstawiają obraz Polaków w okresie pandemii, ale umożliwiają w pewnym zakresie nakreślenie wizji na przyszłość. W czasie ogólnego przygnębienia, lęku, blokady wielu aktywności, prospołeczne działania widziane oczywiście badanych dają nadzieję nie tylko na umożliwienie przetrwania wielu słabszym lub doświadczonym ciężkimi wydarzeniami jednostkom, ale niosą podwaliny pod budowanie nowej normalności w świecie postpandemicznym. Mimo trudnych doświadczeń, jakie społeczeństwu polskiemu zafundował COVID-19, nie tylko możemy, ale wręcz już zaczęliśmy z większym optymizmem patrzeć w przyszłość. Miejmy nadzieję, że z pandemii COVID-19 społeczeństwo wyjdzie silniejsze i z mocno ugruntowanymi, upowszechnionymi postawami prospołecznymi.

¹¹ <https://www.wosp.org.pl/aktualnosci/ile-zebrala-wosp-podczas-29-finalu> [dostęp: 29.03.2021].

Bibliografia

Literatura

- Górniak K., *(Nie)moc pomocy. O niektórych formach współczesnej dobroczynności*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2016.
- Mazurek-Łopacińska K., Sobocińska M., *Rozwój badań marketingowych – w kierunku nowych podejść i kontekstów badawczych związanych z funkcjonowaniem przedsiębiorstwa*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2011, nr 236.
- Mirońska D., *Relacje z interesariuszami organizacji non profit z perspektywy marketingowej*, SGH – Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2016.
- Shang, J., Croson R., *A field experiment in charitable contribution: The impact of social information on the Voluntary provision of public goods*, „The Economic Journal” 119, 2009, nr 540.
- Strelau J., Doliński D. (red.), *Psychologia akademicka: podręcznik*, t. 2, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2010.

Źródła

- CBOS, *Aktywności i doświadczenia Polaków w 2020 roku*, „Komunikat z badań” 2021, nr 14.
- CBOS, *Nastroje społeczne w marcu*, „Komunikat z badań” 2021, nr 34.
- Filantropia w Europie Środkowo-Wschodniej 2020*, Kantar, na zlecenie Social Impact Alliance for Central & Eastern Europe.
- Wirtualna Polska, *Wavemaker*, Statista 2020.

Internet

- <https://www.wosp.org.pl/aktualnosci/ile-zebrala-wosp-podczas-29-finalu> [dostęp: 29.03.2021].

Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnościami motorycznymi poprzez funkcjonalizację odzieży roboczej

*Professional activation of people with motor disabilities
by trying out work wear*

Lidia Napieralska

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Włókiennictwa

ORCID: [0000-0001-6348-563X](https://orcid.org/0000-0001-6348-563X)

Izabela Jasińska

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Włókiennictwa

ORCID: [0000-0002-6773-7619](https://orcid.org/0000-0002-6773-7619)

Katarzyna Śledzińska

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Włókiennictwa

ORCID: [0000-0002-8383-5972](https://orcid.org/0000-0002-8383-5972)

Ewa Witczak

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Włókiennictwa

ORCID: [0000-0003-3689-3958](https://orcid.org/0000-0003-3689-3958)

Violeta Jarzyna

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Włókiennictwa

Streszczenie

Zagadnienia związane z problemami osób z niepełnosprawnościami są szeroko dyskutowane, szczególnie w aspekcie poprawy jakości ich życia. Jednym z nich jest aktywizacja zawodowa i zapobieganie wykluczeniu społecznemu poprzez ergoterapię, czyli terapię pracą.

W krajach Unii Europejskiej wskaźnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym wynosi ok. 50%, w Polsce w trzecim kwartale 2020 r. wyniósł 30,9% i ma tendencję wzrostową. Osoby z niepełnosprawnościami motorycznymi mają obniżone możliwości ruchowe ciała, ale mogą wykonywać powtarzalne czynności w zespołach pracujących np. na liniach produkcyjnych.

Oferta ubiorów roboczych dostępnych obecnie na rynku dotyczy głównie osób typowych o standardowych wymiarach sylwetek. Funkcjonalizacja tradycyjnej odzieży roboczej poprzez dostosowanie jej do potrzeb osób z niepełnosprawnościami motorycznymi poruszających się na wózku, jak również zwiększenie jej dostępności w ofercie firm odzieżowych może poprawić aktywizację zawodową tej grupy osób.

W przypadku zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami jednym z kryteriów organizacji prawidłowego stanowiska pracy jest uwzględnienie przez pracodawcę zasad ergonomii, cech antropometrycznych

oraz stopnia dysfunkcji. Funkcjonalna i bezpieczna odzież robocza jest jednym z kryteriów projektowania stanowiska pracy.

Koncepcję funkcjonalnej odzieży roboczej opracowano w aspekcie konstrukcyjno-materiałowym, uwzględniając specyfikę sylwetki i potrzeby pracowników z niepełnosprawnościami motorycznymi poruszających się na wózku, realizując proces projektowy w następujący sposób:

- analiza dostępnych produktów i ustalenie charakterystyki użytkownika końcowego oraz potrzeb związanych z ubiorem;
- opracowanie założeń projektowych w aspekcie konstrukcyjno-materiałowym;
- przygotowanie graficzne projektów modeli w ramach określonej kategorii produktów;
- analiza konstrukcyjna i technologiczna projektów;
- wykonanie prototypów.

W celu ustalenia charakterystyki użytkownika końcowego i odbiorców odzieży do krajowych pracodawców skierowano ankietowe badanie środowiskowe dotyczące zatrudniania osób z niepełnosprawnościami. Przeprowadzono rozpoznanie potrzeb w obszarze ubiorów roboczych, zarówno od strony rodzaju wykonywanej pracy, jak również pod kątem samoobsługi pracownika lub pomocy asystenta osoby z niepełnosprawnością przy ubieraniu/rozbieraniu. W pracy przedstawiono projekty graficzne z opracowanej kolekcji ubiorów roboczych dla grupy osób z niepełnosprawnościami motorycznymi poruszających się na wózkach. Zaplanowana ocena środowiskowa ubiorów roboczych przez użytkowników końcowych zweryfikuje opracowane wytyczne ukierunkowane na wdrożenie do produkcji specjalnego ubioru roboczego. Dostępność ubiorów roboczych dla osób z niepełnosprawnościami wpłynie na poprawę aktywizacji i wzmocni terapię poprzez pracę zawodową.

Słowa kluczowe

osoby z niepełnosprawnościami motorycznymi, ergoterapia, funkcjonalna odzież robocza

Abstract

Issues related to the problems of people with disabilities are widely discussed, especially in terms of improving the quality of life. One of them is professional activation and prevention of social exclusion through ergotherapy, i.e. work therapy.

In the European Union countries, the rate of professional activity of disabled people in working age is approx. 50%, in Poland – in the 3rd quarter of 2020 – it amounted to 30.9% and has the growing tendency. People with motor disabilities have reduced body mobility, but they can perform repetitive tasks in teams working, for example on production lines.

The offer of work wear available on the market mainly concerns typical people with standard body sizes. Functionalization of traditional work wear by adjusting it to the needs of people with motor disabilities moving with a wheelchair, as well as increasing its availability in the offer of clothing companies, may improve the professional activation of this group of people.

In the case of employment of disabled people, the consideration by the employer the ergonomic principles, anthropometric features and the degree of dysfunction are one of the criteria for organizing a proper workplace. Functional and safe work wear is one of the criteria for designing the workplace.

The functional work wear concept was developed in construction and material aspects, taking into account the specificity of silhouette and the needs of disabled workers in a wheelchair, implementing the design process as follows:

- analysis of available products and determination of end-user characteristics and needs related to the clothing;
- development of design assumptions in aspect of construction and materials;
- graphic preparation of model designs within the specific product category;
- design and technological analysis of projects;
- prototyping.

In order to fixing the user characteristics and recipients of clothing, the questionnaire – environmental study on the employment of people with disabilities was directed to domestic employers.

A diagnosis of the needs in the area of working clothes was carried out, both in terms of the type of work performed, as well as in terms of the employee's self-service or with additional assistance while dressing/undressing. The paper presents graphic designs of the developed collection of work wear for the group of people with motor disabilities moving with a wheelchair. The planned environmental study of work wear – in end users environment – will verify the developed guidelines aimed at implementing special work wear into the production. The availability of work clothes for people with disabilities will improve activation and strengthen the therapy through professional work.

Keywords

people with motor disabilities, ergotherapy, functional work wear

JEL: J14, J81;

Publikacja powstała w ramach Projektu III.PB.19, „Poprawa komfortu pracy osób niepełnosprawnych motorycznie poprzez funkcjonalizację odzieży roboczej” realizowanym w V Programie Wieloletnim „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy” koordynowanym przez CIOP-PIB w latach 2020–2022 i finansowanym przez NCBiR.

Wprowadzenie

Praca zawodowa jest istotnym elementem życia człowieka, a dla osoby z niepełnosprawnością odgrywa szczególnie ważną rolę, integrując i umożliwiając kształtowanie więzi społecznych i kontaktów międzyludzkich. Wykonywanie pracy jest źródłem utrzymania, szansą do samorealizacji oraz zaspokojenia potrzeb psychologicznych i społecznych. Człowiek aktywny zawodowo czuje się potrzebny.

Aktywizacja zawodowa osób z niepełnosprawnościami wciąż jest wyzwaniem współczesnych państw. W Polsce wspierana jest przez przeznaczone do tego programy w zakresie planowania i wdrażania indywidualnej ścieżki kariery zawodowej, pomocy w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych. Niektóre z nich zakładają m.in. adaptację pomieszczeń i otoczenia zakładu pracy do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, wyposażenie stanowisk pracy, adaptację urządzeń ułatwiających wykonywanie pracy lub funkcjonowanie w zakładzie pracy. Instrumenty aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami są adresowane bezpośrednio do takich osób, a także do pracodawców zatrudniających bądź zainteresowanych ich zatrudnieniem¹.

¹ B. Kurkus-Rozowska, *Osoby niepełnosprawne – zatrudnienie a jakość życia*, https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl/?_nfpb=true&_pageLabel=P30001831335539182278&html_tresc_root_id=25067&html_tresc_id=25092&html_klucz=19558&html_klucz_spis= [dostęp: 15.10.2020]; *Osoba z niepełnosprawnością ruchową w pracy. Poradnik dla pracodawców*, <https://www.ciop.pl/CIOP>

Aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnościami jest często sposobem na rehabilitację i powrót do normalnego życia, ale przed wejściem na rynek pracy muszą one pokonać wiele barier. Główną przeszkodą są własne ograniczenia i niedoskonałości, bariery architektoniczne oraz związane ze środowiskiem pracy. Mając znaczący wpływ na jakość życia osób z niepełnosprawnością, rehabilitacja społeczna (w tym zawodowa) i integracja środowiskowa przyczyniają się do dobrego funkcjonowania tej grupy osób w społeczeństwie, aktywizacji, jak również kształtowania prawidłowej samooceny.

Integracja społeczna umożliwia funkcjonowanie w środowisku rodziny i rówieśników, zdobywanie wiedzy, umiejętności, zawodu, czyli normalne życie w społeczeństwie. Obecnie osoby z niepełnosprawnością starają się być aktywne i mają coraz większe szanse rozwoju oraz prowadzenia normalnego życia wśród ludzi pełnosprawnych².

Według Światowego Raportu o Niepełnosprawności opracowanego przez Światową Organizację Zdrowia i Bank Światowy „prawie wszystkie prace mogą być wykonywane przez osoby niepełnosprawne, a w odpowiednim środowisku większość osób niepełnosprawnych może być produktywna”³.

W Badaniach Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL) w ciągu ostatnich lat obserwuje się wzrost aktywności zawodowej osób z niepełnosprawnościami. W Polsce w badaniach prowadzonych w trzecim kwartale 2020 r. wskaźnik zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami w wieku produkcyjnym wyniósł 29,5%, zaś w wieku 16 lat i więcej – 17,5%. W tym samym czasie współczynnik aktywności zawodowej osób z niepełnosprawnościami w wieku produkcyjnym wynosił 30,9%, (w roku 2018 – 26,4%), zaś w wieku 16 lat i więcej – 18,3%. Stopa bezrobocia osób z niepełnosprawnościami w wieku produkcyjnym wynosiła 4,5% (4,2% dla osób z niepełnosprawnościami w wieku 16 lat i więcej). Wiek produkcyjny do badań ekonomicznych grup wieku to kobiety od 18 do 59 lat, mężczyźni od 18 do 64 lat. W krajach Unii Europejskiej aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnościami wynosi ok. 40–50%⁴.

[PortalWAR/file/88311/Osoba_z_niepelnosprawnoscia_ruchowa_w_pracy-Poradnik_dla_pracodawcow.pdf](https://portalwar.file/88311/Osoba_z_niepelnosprawnoscia_ruchowa_w_pracy-Poradnik_dla_pracodawcow.pdf) [dostęp: 15.10.2020]; <https://www.gov.pl/web/rodzina/niepelnosprawni-na-ryнку-pracy> [dostęp: 18.03.2020].

² P. Borowiecki, *Jakość życia osób z niepełnosprawnością i ich rodzin w perspektywie zewnętrznej i wewnętrznej – przegląd wybranych badań*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2016, nr 3, s. 81–91.

³ Światowy Raport o Niepełnosprawności opracowany przez Światową Organizację Zdrowia, kn.pfron.org.pl/kn/popzednie-numery/250,Swiatowy-Raport-o-Niepelnosprawnosci.html?search=418762 [dostęp: 19.01.2021].

⁴ Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), *Aktywność ekonomiczna ludności Polski – II kwartał 2020 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-biemi-zawodowo-wg-bael/aktywnosc-ekonomiczna-ludnosci-polski-ii-kwartal-2020-roku,4,38.html> [dostęp: 19.01.2021]; Strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju, załącznik do Uchwały nr 8 Rady Ministrów z dnia 14 lutego 2017 r. (poz. 260).

Prowadzone są badania nad zawodami, w których mogą być zatrudnione osoby z różnymi dysfunkcjami. Niektóre stanowiska pracy wymagają stosowania ubiorów roboczych lub ochronnych⁵.

Obecnie duży nacisk kładzie się na otwarte podejście do niepełnosprawności. Opracowano i rozpowszechniono wytyczne dotyczące opieki profilaktycznej nad pracownikiem z niepełnosprawnością⁶. Prowadzone prace badawcze w zakresie projektowania ubiorów dla osób z niepełnosprawnościami i starszych oraz długotrwale unieruchomionych wykazują duże znaczenie właściwego doboru materiałów włókienniczych w poprawie jakości ich życia⁷. Realizowano badania odnośnie do personalizacji konstrukcji odzieży roboczej i ochronnej w celu poprawy funkcji i dopasowania ubiorów do sylwetek pracowników, uwzględniając rodzaj wykonywanej pracy oraz wymiarowanie sylwetek⁸.

Osoby z niepełnosprawnościami stanowią dużą i zróżnicowaną grupę społeczną, bardzo trudno jest im znaleźć zatrudnienie na rynku pracy – najwięcej pracuje w zakładach pracy chronionej. Barierą w aktywizacji osób z niepełnosprawnościami mogą być pracodawcy obawiający się dodatkowych formalności i obowiązków związanych z zatrudnieniem osoby z niepełnosprawnością, kosztów wynikających z niższej wydajności, ograniczonej mobilności takiego pracownika oraz dostosowania stanowisk pracy do potrzeb wynikających z niepełnosprawności⁹.

Jednym z kryteriów organizacji prawidłowego stanowiska pracy jest uwzględnienie przez pracodawcę zasad ergonomii, cech antropometrycznych oraz stopnia dysfunkcji w przypadku zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami.

⁵ Kodeks Pracy, art. 237⁷.

⁶ M. Wiszniewska, J. Walusiak-Skorupa (red), *Dobre praktyki w opiece profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym: Zdrowe i bezpieczne środowisko pracy – zatrudnianie pracowników niepełnosprawnych – monografia, dla pracowników i pracodawców*, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2013.

⁷ L. Napieralska, W. Sybilska, W. Danisiewicz, E. Mielicka, *Ergonomiczne wyroby bieliźniane dla osób długotrwale unieruchomionych*, „Przegląd Włókienniczy” 65, 2011, nr 2, s. 41–44; E. Witczak, M. Cieślak, K. Śledzińska, M. Lao, E. Gromadzińska, *Znaczenie materiałów włókienniczych dla poprawy jakości życia osób długotrwale unieruchomionych w świetle badań własnych*, „Zdrowie i style życia: wyzwania ekonomiczne i społeczne”, s. 341–367, DOI 10.34616/23.19.128.

⁸ E. Mielicka, L. Napieralska, I. Jasińska, V. Jarzyna, *Individual 3D measurements of end users to personalize work wear clothing*, „IOP Publishing IOP Conf. Series: Materials Science and Engineering” 254, 2017, nr 17, doi:10.1088/1757-899X/254/17/172017; E. Mielicka, L. Napieralska, V. Jarzyna, A. Walak, *Analysis of clothing within the scope of preference and functional assessment as an important element of ergonomic garment designing*, Łódź 2017, s. 106–124.

⁹ <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,122,zrodla-danych-o-osobach-niepelnosprawnych> [dostęp: 22.09.2020]; W.M. Zawieska (red.), *Ramowe wytyczne w zakresie projektowania obiektów, pomieszczeń oraz przystosowania stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych o specyficznych potrzebach*, <https://www.pip.gov.pl/pl/f/v/191527/Ramowe%20wytyczne2014.pdf> [dostęp: 15.10.2020]; L. Napieralska, W. Sybilska, E. Mielicka, *Ergonomiczne wyroby bieliźniane dla osób długotrwale unieruchomionych*, „Przegląd Włókienniczy” 65, 2011, nr 2, s. 41–44.

Funkcjonalna i bezpieczna odzież robocza jest jednym z kryteriów projektowania stanowiska pracy przy zatrudnieniu. Jednak dotąd w obszarze odzieży roboczej nie uwzględniono potrzeb osób z niepełnosprawnościami motorycznymi poruszających się na wózkach. W świetle pogłębiającego się problemu niepełnosprawności zagadnienie zapewnienia grupie społeczeństwa z niepełnosprawnościami funkcjonalnej odzieży odpowiedniej do wykonywanych czynności zawodowych może wzmocnić proces terapii pracą, co w sposób bezpośredni poprawi jakość życia oraz umożliwi poczucie niezależności i samorealizacji.

1. Metodyka badań

Realizację działań badawczych ukierunkowano na uszczegółowienie potrzeb w zakresie odzieży roboczej z punktu widzenia użytkownika z niepełnosprawnością, jak również wymagań stanowiska pracy. Dokonano rozpoznania w zakresie stanowisk pracy oraz możliwości zatrudniania osób z niepełnosprawnością motoryczną.

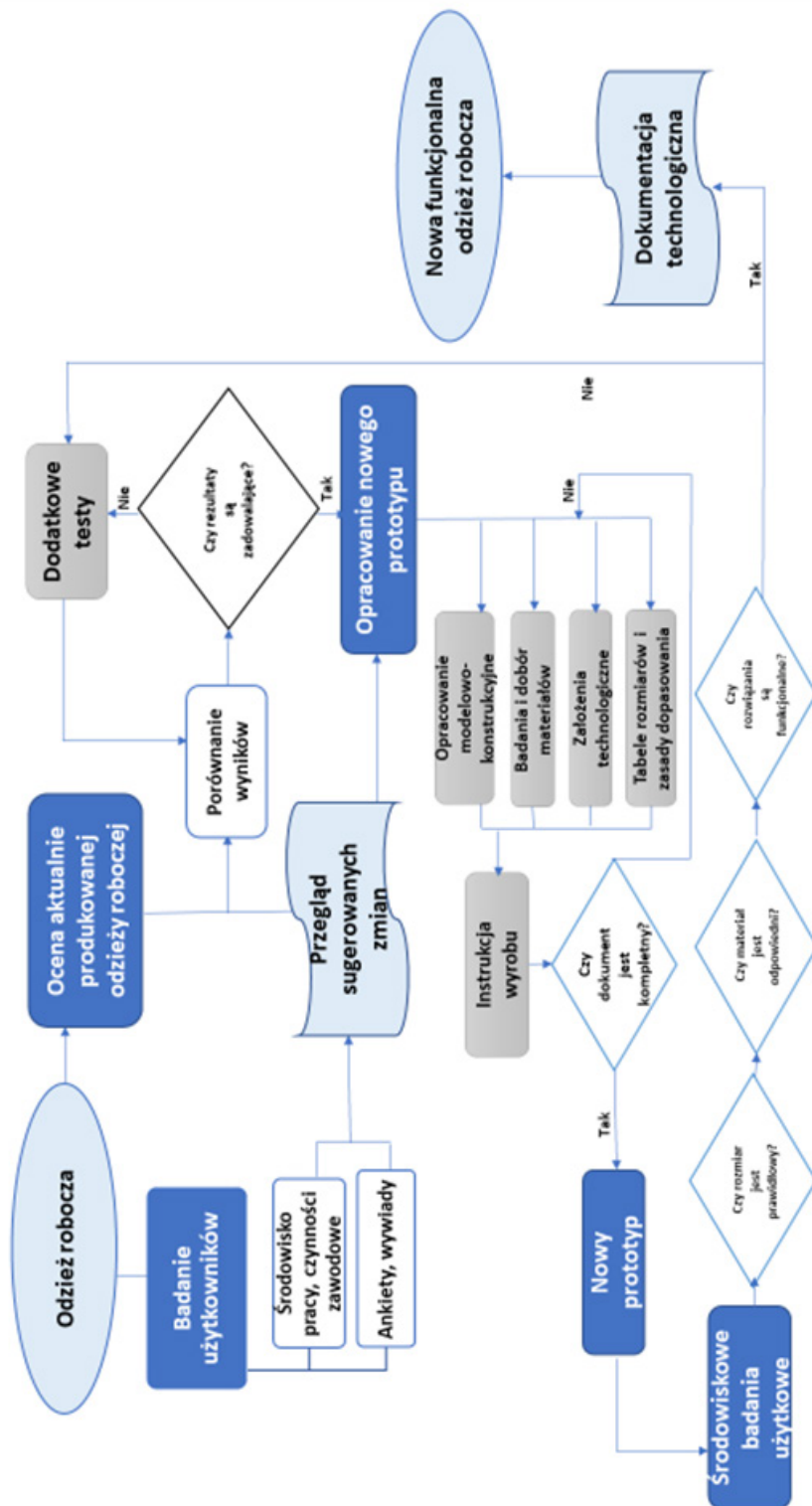
Metodykę realizowanych prac badawczych oparto na *Procedurze projektowania odzieży funkcjonalnej (The Functional Clothing Design Process)*, proces przedstawia poniższy schemat blokowy (rys. 1).

Przy opracowaniu koncepcji funkcjonalnej odzieży roboczej zastosowano następujące etapy procesu projektowego:

- określenie grupy docelowych użytkowników;
- analiza dostępnych produktów i ustalenie potrzeb;
- opracowanie założeń, w tym: dobór materiałów, założenia projektowe do ubiorów;
- przygotowanie graficzne projektów modeli;
- analiza konstrukcyjna i technologiczna projektów.

Zgromadzono dane odnośnie do krajowych firm mogących być potencjalnym pracodawcą osób z niepełnosprawnością motoryczną z dodatkowym kryterium, jakim jest konieczność noszenia odzieży roboczej. W celu określenia grupy użytkowników końcowych i odbiorców odzieży do krajowych pracodawców skierowano ankietowe badanie środowiskowe dotyczące zatrudniania osób z niepełnosprawnościami. Równolegle przeprowadzono rozpoznanie potrzeb w obszarze ubiorów roboczych, zarówno od strony rodzaju wykonywanej pracy, jak również pod kątem samoobsługi pracownika lub pomocy asystenta osoby z niepełnosprawnością przy ubieraniu/rozbieraniu. Realizacja badań ankietowych w czasie pandemii COVID-19 spowodowała niewielki odzew pracodawców (ok. 15%), dlatego dobór grupy użytkowników końcowych nie został zakończony.

Rysunek 1. Metodyka projektowania funkcjonalnej odzieży roboczej



Źródło: Opracowanie własne – Lidia Napieralska.

Przeanalizowano odzież roboczą w aspekcie funkcjonalizacji dla osób z niepełnosprawnością motoryczną. Podstawą do ustalenia zmian modelowo-konstrukcyjnych i technologicznych do wprowadzenia w modelu ubrania roboczego jest analiza ubioru dwuczęściowego składającego się z bluzy i spodni, którą ukierunkowano na ocenę dostępnych ubiorów roboczych oraz możliwości ich dostosowania do potrzeb osób z niepełnosprawnością motoryczną. Dobór odzieży roboczej zależy od rodzaju wykonywanej pracy oraz czynności zawodowych. Funkcje ubioru związane z jego przeznaczeniem mogą zostać zrealizowane także przez wykorzystanie optymalnych wariantów materiałowych oraz zastosowanie odpowiednich zabiegów konstrukcyjnych uwarunkowanych pozycją podczas pracy. Opracowano graficzne projekty wzornicze ubiorów roboczych dla wytypowanej grupy użytkowników poruszających się na wózkach. Na podstawie przeglądu wymagań dla tkanin przeznaczonych na odzież roboczą dokonano doboru materiałów w odniesieniu do wymagań aktów normatywnych związanych z odzieżą roboczą oraz opierając się na własnych doświadczeniach w obszarze wcześniejszych badań nad ubiorami.

2. Sposób rozwiązania

Problem odzieży przeznaczonej dla osób z niepełnosprawnościami budzi na świecie coraz większe zainteresowanie. Nie podejmowano dotąd prac badawczych na temat odzieży roboczej dla osób z niepełnosprawnościami motorycznymi. Nie ma norm w zakresie odzieży roboczej przeznaczonej specjalnie dla pracowników poruszających się na wózkach inwalidzkich, uwzględniających specyfikę środowiska pracy.

Osoby z niepełnosprawnością ruchową wynikającą z dysfunkcji kończyn dolnych, przy zachowanej sprawności kończyn górnych, mogą wykonywać wiele prac zarówno o charakterze umysłowym, jak i fizycznym, które da się wykonywać w pozycji siedzącej.

Praca w pozycji siedzącej charakteryzuje się ograniczonym zakresem ruchów i wartości wywieranych sił zewnętrznych oraz podparciem dla całego ciała. W pozycji siedzącej najczęściej wykonywana jest praca biurowa i praca przy komputerze (bez konieczności stosowania odzieży roboczej) oraz czynności powtarzalne w gniazdach produkcyjnych, liniach produkcyjnych, przy maszynach (dostosowanych do pracy siedzącej), pakowanie drobnych produktów do opakowań zbiorczych, które wymagają od pracodawcy zapewnienia pracownikowi odzieży roboczej. Niektórzy pracownicy z niepełnosprawnościami mogą korzystać z ogólnie dostępnej odzieży roboczej, jednak osoby z dysfunkcją ruchową mogą mieć trudności z czynnościami przygotowania się do wykonywania pracy (ubieranie/rozbieranie).

W projektowaniu konstrukcji wyrobów odzieżowych okrywających ciało człowieka podstawowym kryterium jest określenie funkcji, jaką powinien pełnić ubiór w określonych warunkach użytkowania.

Opracowanie funkcjonalizacji konstrukcji ubioru roboczego do potrzeb pracownika z niepełnosprawnością ruchową wymaga specjalnego podejścia zarówno w odniesieniu do projektowania, jak i technologii odzieży. Ubiory robocze przewidziane dla osób z niepełnosprawnościami powinny minimalizować codzienne obciążenia, jakimi są utrudnienia manipulacyjne przy zakładaniu i zdejmowaniu, a odpowiednia konstrukcja – uwzględniać funkcje odzieży związane z ograniczeniami ruchu i zniekształceniami ciała. W zakresie konstrukcji odzieży i doboru materiałowego najważniejszym celem jest zapewnienie całościowego komfortu użytkownikowi, którego potrzeby i oczekiwania są odmienne w porównaniu z osobą pełnosprawną ruchowo.

2.1. Wymagania stawiane odzieży

Podstawową funkcją odzieży roboczej jest osłonięcie własnego ubrania pracownika przed ubrudzeniem. W zależności od warunków pracy ubiory mogą mieć formę: ubrania, kombinezonu lub fartucha. We wszystkich grupach środowisk pracy ogólne wymagania w zakresie odzieży są następujące:

- wytrzymałość materiału,
- przewiewność,
- trwałość kształtu,
- masa powierzchniowa materiału,
- łatwość konserwacji,
- dokładna osłona sylwetki pracownika,
- konstrukcja ubioru zapewniająca swobodę ruchów i skoordynowana z cechami materiału.

Oferta dostępnych ubiorów roboczych skierowana jest głównie do osób typowych o standardowych sylwetkach i wymiarach, zaś projektowanie ubiorów na osoby nietypowe odbywa się poprzez realizację indywidualnych zamówień.

Podczas długotrwałego przebywania w pozycji siedzącej ciało człowieka podlega zróżnicowanym naciskom, co może powodować powstawanie zmian skórnych (odleżyn)¹⁰. Osoby poruszające się na wózkach są szczególnie narażone na otarcia i naciski materiału odzieży, co może powodować dyskomfort przy wykonywaniu czynności zawodowych, dlatego ustalenie topografii miejsc szczególnie wrażliwych przy przebywaniu długotrwałe w tej pozycji (rys. 2) jest kluczowe przy projektowaniu odzieży.

¹⁰ <http://odlezyzna.pl/pl/czynniki-fizyczne-tworzace-odlezyne/> [dostęp: 9.12.2020].

Rysunek 2. Schemat przykładowego stanowiska pracy; wizualizacja topografii miejsc szczególnie wrażliwych



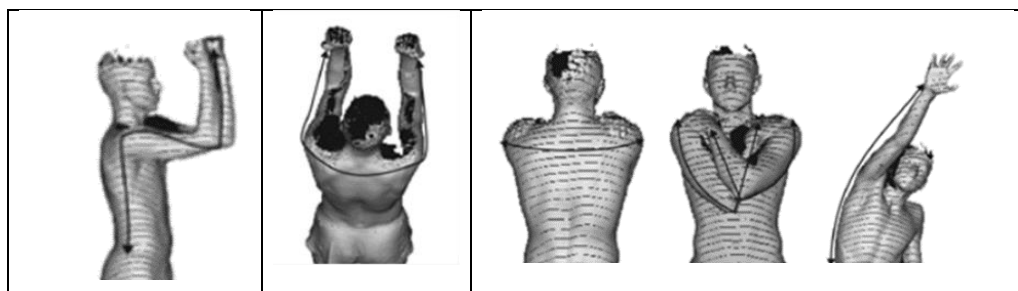
Źródło: Opracowanie własne – Violeta Jarzyna.

W obszarze dolnej części ciała osłoniętej spodniami występują naprężenia w okolicach kolan oraz pośladków, przy szwie siedzeniowym. W obszarze górnej części ciała, osłoniętej bluzą lub koszulą, miejscami o szczególnej wrażliwości są dolne partie pleców, góra pleców na wysokości barków oraz łokcie. Przy opracowaniu konstrukcji uwzględnia się ergonomię, stosując przemodelowanie i wyprofilowanie spodni w miejscach występowania największych naprężeń i nacisków, tj. w okolicach miejsc zgięcia kolan, przy szwach siedzeniowych, w celu uwzględnienia ich wypukłości.

Aby zmniejszyć skutki wielogodzinnego kontaktu i nacisku materiału na skórę, można wykorzystać zarówno aspekt konstrukcyjny, jak i materiałowy projektowania odzieży.

Materiały na odzież roboczą dobiera się pod względem właściwości biofizjologicznych oraz wymaganej trwałości mechanicznej i użytkowej. Stosuje się materiały elastyczne, tkaniny lub dzianiny o zwiększonej rozciągliwości w stosunku do tradycyjnie wykorzystywanej tkaniny drelichowej. Uwzględnia się także rodzaje wykonywanych ruchów i ich zakres¹¹.

Rysunek 3. Symulowane rodzaje ruchów górnej części ciała



Źródło; S. Bogović, *Construction of Functional Protective Clothing*, in *Functional Protective Textiles*. Faculty of Textile Technology, University of Zagreb, Zagreb 2012.

¹¹ S. Bogović, *Construction of Functional Protective Clothing*, in *Functional Protective Textiles*. Faculty of Textile Technology, University of Zagreb, Zagreb 2012; W.A. Lotens, *Optimal design principles for clothing systems*, <http://www.environmental-ergonomics.org/Handbook%20on%20Clothing%20-%202nd%20Ed.pdf> [dostęp: 22.09.2020].

Po analizie wymiarowej typowego ubrania uwzględnia się obszary wrażliwe i potrzeby potencjalnych użytkowników w zakresie optymalizacji odzieży do specyfiki sylwetki osoby przebywającej długotrwale w pozycji siedzącej, jak również zapewnienia wygody podczas wykonywania pracy poprzez zastosowanie zmian poprawiających ergonomię użytkowania.

2.2. Właściwości użytkowe odzieży

Kształtowanie właściwości użytkowych odzieży roboczej dla osób z niepełnosprawnościami motorycznymi może być zrealizowane poprzez:

- stosowanie dwuczęściowych ubiorów roboczych składających się z części górnej i dolnej dobranych odpowiednio do warunków pracy;
- dostosowanie wymiarów i kształtów segmentów odzieży do wymiarów ciała oraz najczęściej przyjmowanych pozycji poprzez odpowiednią konstrukcję odzieży z uwzględnieniem wykorzystania materiałów elastycznych;
- przemodelowanie konstrukcji podstawowej poprzez powiększenie lub pomniejszenie niektórych odcinków konstrukcyjnych, uwzględnienie odpowiednich dodatków konstrukcyjnych, aby ułatwić zakładanie ubiorów;
- powiększenie otworów przy rękawach, nogawkach i pod szyją z możliwością regulacji obwodów;
- uwzględnienie i usytuowanie zapięć ułatwiających manipulację;
- doskonalenie funkcji odzieży przez racjonalną technologię konfekcjonowania; szwy płaskie lub elastyczne o ściegach dostosowanych do struktury materiałów, umiejscowione w odzieży tak, aby nie występowały w miejscach narażonych na ucisk w kontakcie z wózkiem;
- kieszenie powiększone, umieszczone w sposób umożliwiający łatwy dostęp do nich.

2.3. Kierunki funkcjonalizacji ubioru roboczego

Funkcjonalizacja ubioru roboczego poprzez zmiany konstrukcyjno-modelowe jest możliwa dzięki następującym zabiegom uwzględniającym budowę ciała i sylwetkę użytkownika wraz z pozycją i zakresami ruchów wynikającymi ze specyfiki wykonywanej pracy.

W bluzie roboczej (rys. 4A) lub elemencie ubioru na górną część ciała funkcjonalizacja zostanie osiągnięta poprzez:

- A. poszerzenia tyłu bluzy poprzez fałdy lub elementy elastyczne w obszarze barków;
- B. wydłużenie tyłu bluzy do siedzenia;
- C. skrócenie do linii bioder przodu bluz i koszul roboczych, dla osób siedzących na wózkach;

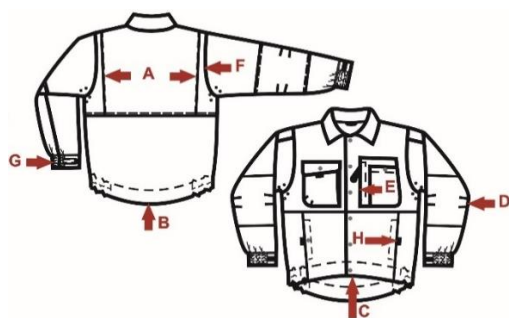
- D. wydłużenie rękawa na linii łokcia, utworzenie wypukłości w obszarze łokcia;
- E. funkcjonalną konstrukcję rękawów z dużym podkrojem pachy, ułatwia ubieranie i swobodę ruchów ramion podczas wykonywania pracy i przemieszczania się osób na wózkach;
- F. zastosowanie zróżnicowanej regulacji obwodu przy dołach rękawów;
- G. modyfikacja kieszeni, zastosowanie bocznych wlotów do kieszeni;
- H. zastosowanie zapięć dotykowych (np. magnetyczne, napy);
- I. zastosowanie specjalnych uchwytów przy suwakach, aby ułatwić rozpinanie.

Przy dysfunkcji ruchowej kończyn górnych rozważenie wprowadzenia dodatkowego zapięcia rękawa na linii szwu wewnętrzznego rękawa i szwu bocznego bluzy.

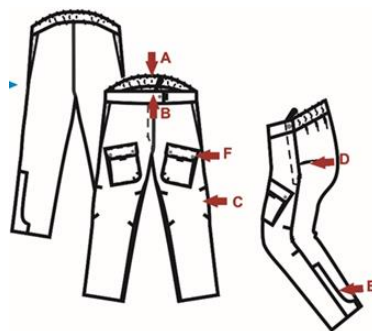
W spodniach roboczych (rys. 4B) lub elemencie ubioru roboczego okrywającym dolną część ciała funkcjonalizację można zrealizować poprzez:

- A. wydłużenie tyłu i odpowiednie wyprofilowanie konstrukcji na łuk siedzeniowy spodni;
- B. jednoczesne skrócenie odcinka przodu spodni w obszarze tułowia;
- C. utworzenie wypukłości na kolana i pośladki poprzez uformowanie nabiegów konstrukcyjnych w postaci zakładki lub zaszewek kształtujących odzież;
- D. z boku spodni elementy elastyczne lub zamki błyskawiczne ułatwiające zakładanie i zdejmowanie;
- E. w dole spodni (od kostki do kolana) wprowadzenie elementów rozszerzających dół nogawek lub zapięć bocznych spodni wzdłuż przesuniętych do przodu szwów bocznych; szczególnie ważne przy nakładaniu spodni roboczych (puchnące nogi, usztywnione stopy, obuwie);
- F. zastosowanie kieszeni ustawionych skośnie.

Rysunek 4. Kierunek funkcjonalizacji ubrania roboczego przeznaczonego dla osób poruszających się na wózkach: A. bluza, B. spodnie



A. bluza



B. spodnie

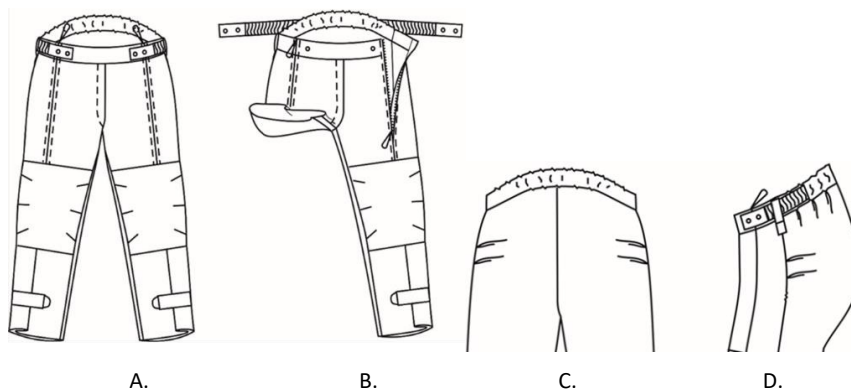
Źródło: Opracowanie własne – Violeta Jarzyna.

Opracowanie ergonomicznej odzieży opiera się na wymiarach sylwetki, proporcjach segmentów ciała i doborze wartości dodatków konstrukcyjnych. Funkcjonalność ubioru roboczego należy powiązać z wyglądem estetycznym, układalnością i pasowalnością. Optymalne powiązanie tych cech decyduje o jakości, wygodzie oraz wartości użytkowej odzieży.

2.4. Propozycje wzornicze funkcjonalnych elementów ubioru roboczego dla osób na wózkach

Dysfunkcje osób poruszających się na wózkach mogą wymagać pomocy asystenta przy przygotowaniu się do pracy oraz szczególnego zabezpieczenia przy wykonywaniu codziennych czynności (np. fizjologicznych). Mając na względzie różnorodność dysfunkcji w grupie osób z niepełnosprawnościami motorycznymi, opracowano propozycje wzornicze elementu ubioru roboczego okrywającego dolną część ciała, mające na celu ułatwienie obsługi (spodnie z otwartym przodem rys. 5) oraz możliwość samodzielnego zakładania na własne spodnie, bez konieczności przebierania się do pracy (nakładki na spodnie rys. 6).

Rysunek 5. Spodnie robocze z otwartym przodem dla osób poruszających się na wózkach:



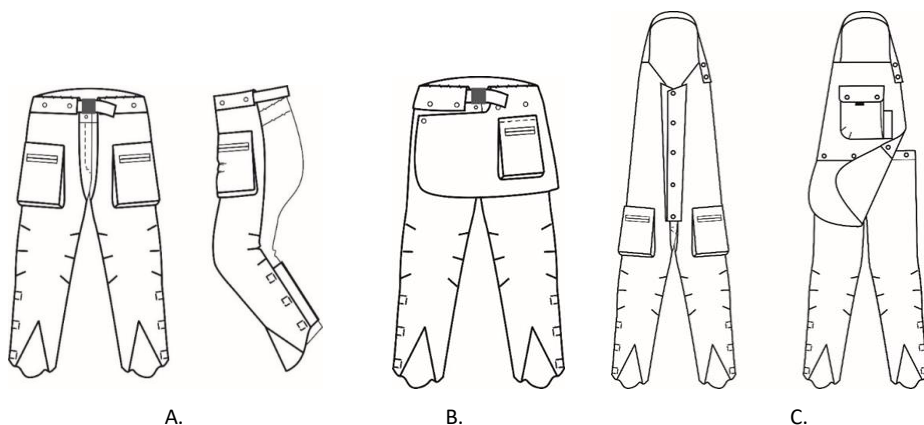
A. widok zapiętych spodni z przodu, B. możliwość otwierania przodu spodni, C. tył spodni, D. widok spodni z boku

Źródło: Opracowanie własne – Violeta Jarzyna.

Spodnie z otwartym przodem zostały zaprojektowane zgodnie z opracowanymi założeniami konstrukcyjnymi. Możliwość otwarcia przodu spodni poprzez suwaki do kolan oraz wydłużony do linii szwu środkowego przodu suwak rozporka, oprócz poprawy komfortu ubierania, w szczególnych przypadkach może służyć też do zarządzania pracą pęcherza moczowego, ułatwianiu samocewnikowania oraz innych czynności fizjologicznych. Ukształtowanie przestrzenne spodni w obszarze siedzenia i dolnego odcinka kręgosłupa gwarantuje wygodę przy długotrwałym przebywaniu w pozycji

siedzącej. Dół spodni rozszerzony wstawkami z materiału ułatwi zakładanie wyrobu bez zdejmowania obuwia, co usprawni codzienne czynności.

Rysunek 6. Nakładki robocze na spodnie:



A. wersja do pasa widok z przodu. Widok z boku,

B. wersja z fartuchem,

C. robocze nakładki na spodnie z osłoną klatki piersiowej – rozpinane i z fartuchem

Źródło: Opracowanie własne – Violeta Jarzyna.

Robocze nakładki na spodnie są formą osłony nóg podczas pracy, usprawniającą ubieranie bez konieczności opuszczania wózka. Przy długotrwałym przebywaniu w pozycji siedzącej stanowią udogodnienie dla pracownika z niepełnosprawnością i uproszczenie procesu zakładania.

Podsumowanie

- Istnieje społeczne zapotrzebowanie na poprawę aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnościami.
- W sferze odzieży roboczej nie uwzględniono dotąd potrzeb pracowników z niepełnosprawnościami, u których unieruchomiona jest dolna część ciała, a praca związana jest z aktywnością górnej części ciała (kończyny górne, tułów). Celem jest opracowanie funkcjonalnej odzieży, która zaspokoi specyficzne potrzeby i spełni wymagania bezpieczeństwa i ergonomii na stanowisku.
- Kolekcja różnych rozwiązań wzorniczo-modelowych elementów ubioru roboczego przeznaczonego dla osób z niepełnosprawnościami motorycznymi może stanowić impuls do rozwoju aktywizacji zawodowej osób z dysfunkcjami i zapewnienia komfortu pracy przy długotrwałym przebywaniu w pozycji siedzącej.

- Możliwość zestawienia elementów ubioru w różnych konfiguracjach, pojedynczo lub w zestawie, rozszerzy obszar stosowania ubiorów przez osoby z różnymi dysfunkcjami.
- Opracowanie wygodnej, ergonomicznej konstrukcji zwiększy funkcjonalność odzieży roboczej oraz poprawi bezpieczeństwo pracy.

Bibliografia

Literatura

- Bogović, S., *Construction of Functional Protective Clothing*, in *Functional Protective Textiles*. Faculty of Textile Technology, University of Zagreb, Zagreb 2012.
- Borowiecki P., *Jakość życia osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin w perspektywie zewnętrznej i wewnętrznej – przegląd wybranych badań*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2016, nr 3, s. 81–91.
- Mielicka E., Napieralska L., Jasińska I., Jarzyna V., *Individual 3D measurements of end users to personalize work wear clothing*, „IOP Publishing IOP Conf. Series: Materials Science and Engineering” 254, 2017, nr 17, doi:10.1088/1757-899X/254/17/172017.
- Mielicka E., Napieralska L., Jarzyna V., Walak A., *Analysis of clothing within the scope of preference and functional assessment as an important element of ergonomic garment designing*, Łódź 2017, s. 106–124.
- Napieralska L., Sybilska W., Mielicka E., *Ergonomiczne wyroby bielizniane dla osób długotrwale unieruchomionych*, „Przegląd Włókienniczy” ” 65, 2011, nr 2, s. 41–44.
- Wiszniewska M., Walusiak-Skorupa J. (red.), *Dobre praktyki w opiece profilaktycznej nad pracownikiem niepełnosprawnym: Zdrowe i bezpieczne środowisko pracy – Zatrudnianie pracowników niepełnosprawnych – monografia, dla pracowników i pracodawców*, wyd. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2013.
- Witczak E., Cieślak M., Śledzińska K., Lao M., Gromadzińska E., *Znaczenie materiałów włókienniczych dla poprawy jakości życia osób długotrwale unieruchomionych w świetle badań własnych*, „Zdrowie i style życia: wyzwania ekonomiczne i społeczne”, s. 341–367, DOI 10.34616/23.19.128.

Źródła

- Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL)*, *Aktywność ekonomiczna ludności Polski – II kwartał 2020 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/pracujacy-bezrobotni-bierni-zawodo-wg-bael/aktywnosc-ekonomiczna-ludnosci-polski-ii-kwartal-2020-roku,4,38.html> [dostęp: 19.01.2021].
- Strategia na rzecz odpowiedzialnego rozwoju, załącznik do Uchwały nr 8 Rady Ministrów z dnia 14 lutego 2017 r. (poz. 260).
- Światowy Raport o Niepełnosprawności opracowany przez Światową Organizację Zdrowia kn.pfron.org.pl/kn/popzednie-numery/250,Swiatowy-Raport-o-Niepelnosprawnosci.html?search=418762 [dostęp: 19.01.2021].
- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, art. 237.

Internet

<https://www.gov.pl/web/rodzina/niepelnosprawni-na-ryнку-pracy> [dostęp: 18.03.2021].

Kurkus-Rozowska B., *Osoby niepełnosprawne – zatrudnienie a jakość życia*, https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P30001831335539182278&html_tresc_root_id=25067&html_tresc_id=25092&html_klucz=19558&html_klucz_spis= [dostęp: 15.10.2020].

Lotens W.A., *Optimal design principles for clothing systems*, <http://www.environmental-ergonomics.org/Handbook%20on%20Clothing%20-%20nd%20Ed.pdf> [dostęp: 22.09.2020].

<http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,122,zrodla-danych-o-osobach-niepelnosprawnych> [dostęp: 22.09.2020].

<http://odlezyna.pl/pl/czynniki-fizyczne-tworzace-odlezyna/> [dostęp: 9.12.2020].

Osoba z niepełnosprawnością ruchową w pracy. Poradnik dla pracodawców, https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/file/88311/Osoba_z_niepelnosprawnoscia_ruchowa_w_pracy-Poradnik_dla_pracodawcow.pdf [dostęp: 15.10.2020].

Zawieska W.M. (red.), *Ramowe wytyczne w zakresie projektowania obiektów, pomieszczeń oraz przystosowania stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych o specyficznych potrzebach*, <https://www.pip.gov.pl/pl/f/v/191527/Ramowe%20wytyczne2014.pdf>, [dostęp: 15.10.2020].

Dostępność i wykorzystanie internetu w czasie pandemii w Polsce i UE

Availability and use of the Internet during the pandemic in Poland and the EU

Urszula Grzega

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach

ORCID: [0000-0002-1220-7880](https://orcid.org/0000-0002-1220-7880)

Streszczenie

Celem rozważań jest przedstawienie poziomu dostępu gospodarstw domowych do internetu w Polsce i w innych krajach Unii Europejskiej oraz sposobów wykorzystania internetu w życiu codziennym Europejczyków w dobie pandemii COVID-19. Zakres podmiotowy badań stanowią konsumenci indywidualni oraz gospodarstwa domowe. Zakres czasowy obejmuje rok 2020 (wskaźniki dostępności internetu zestawiono dodatkowo z danymi z 2019 r.). Materiał badawczy stanowią wtórne źródła informacji. Zastosowaną metodę badawczą określić należy jako analizę opisową z elementami analizy ilościowej. Miary przyjęte w badaniu pochodzą z elektronicznych baz danych Eurostatu. Są to wskaźniki dostępu gospodarstw domowych do internetu oraz miary wykorzystania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w europejskich gospodarstwach domowych.

W ciągu ostatnich kilkunastu lat, a w szczególności w 2020 r., istotnie wzrosło znaczenie internetu wśród indywidualnych podmiotów konsumpcji. Zaszedł duży postęp zarówno w dostępności internetu wśród gospodarstw domowych, jak i w możliwościach jego wykorzystania. Od momentu wybuchu pandemii COVID-19 i wprowadzenia reguł postępowania opartych na zachowaniu dystansu społecznego i innych obostrzeń wzrósł udział osób stale korzystających z internetu. W 2020 r. 80% osób w wieku 16–74 lata w UE-27 zadeklarowało codzienne korzystanie z internetu. Udział ten wahał się od 62% w Bułgarii do 94% w Danii. W Polsce kształtował się na poziomie 72%. W 2020 r. konsumenci wykorzystywali internet głównie do wysyłania i odbierania wiadomości e-mail, grania, słuchania muzyki, oglądania TV lub filmów, wyszukiwania informacji o towarach i usługach, kontaktowania się z innymi poprzez komunikatory internetowe, czytanie serwisów informacyjnych oraz telefonowanie lub wideopołączenia. Ponad połowa respondentów korzystała również z internetu w celu dokonania transakcji bankowych, udziału w sieciach społecznościowych oraz wyszukiwania informacji zdrowotnych. Z problemem dostępności i wykorzystania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych wiążą się z jednej strony zagrożenia wynikające z potencjalnego wykluczenia cyfrowego, z drugiej e-uzależnienia wśród konsumentów oraz nowe trendy w ich zachowaniach.

Słowa kluczowe

dostęp do internetu, aktywności w internecie, gospodarstwo domowe, pandemia

Abstract

The aim of the considerations is to present the level of access to the Internet by households in Poland and other European Union countries, as well as the ways of using the Internet in the everyday life of Europeans in the time of the COVID-19 pandemic. The subjective scope of the research includes individual consumers and households. The time range covers the year 2020 (Internet availability indicators are additionally compared with the data from 2019). Research material is secondary sources of information. The applied research method should be defined as a descriptive analysis with elements of quantitative analysis. The measures adopted in the survey come from the electronic databases of Eurostat. These are indicators of household access to the Internet and measures of the use of modern information and communication technologies in European households.

Over the last dozen or so years, and in particular in 2020, the importance of the Internet among individual consumption entities has increased significantly. Great progress has been made both in the availability of the Internet among households and in the possibilities of its use. Since the outbreak of the COVID-19 pandemic and the introduction of rules of conduct based on maintaining social distancing and other restrictions, the share of people constantly using the Internet has increased. In 2020, 80% of people aged 16–74 in the EU-27 reported using the internet on a daily basis. This share varied from 62% in Bulgaria to 94% in Denmark. In Poland, it was at the level of 72%. In 2020, consumers used the internet mainly to send and receive email, play games, listen to music, watch TV or movies, search for information about goods and services, contact others via instant messaging, read news, and make phone calls or video calls. More than half of the respondents also used the Internet to make banking transactions, participate in social networks and search for health information. The problem of the availability and use of modern information and communication technologies is related, on the one hand, to threats resulting from the potential digital exclusion, and on the other hand, to e-addiction among consumers and new trends in their behavior.

Keywords

Internet access, Internet activity, household, pandemic

JEL: D19

Wstęp

W ciągu ostatnich kilkunastu lat, a w szczególności w 2020 r. po wybuchu pandemii COVID-19, istotnie wzrosło znaczenie internetu wśród indywidualnych podmiotów konsumpcji. Na niespotykaną wcześniej skalę zaczęto digitalizować działalność podmiotów nie tylko strony podażowej rynku, lecz także podmiotów konsumpcji, czyli konsumentów indywidualnych oraz gospodarstw domowych. Czas pandemii wymusił cyfryzację wybranych obszarów życia konsumentów, w tym np. nauki, pracy, spotkań ze znajomymi. Przebiegający wcześniej w sposób ewolucyjny proces cyfryzacji wybranych obszarów funkcjonowania podmiotów konsumpcji nabrał większego tempa, prowadząc często do pozytywnych zmian w zakresie wykorzystania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych, ale i przynosząc pewne ograniczenia i zagrożenia w sferze konsumpcji.

Celem rozważań jest przedstawienie poziomu dostępu gospodarstw domowych do internetu w Polsce i w innych krajach Unii Europejskiej oraz sposobów wykorzystania internetu w życiu codziennym Europejczyków w dobie pandemii COVID-19. Zakres podmiotowy badań stanowią konsumenci indywidualni oraz gospodarstwa domowe. Zakres czasowy obejmuje rok 2020 (wskaźniki dostępności internetu zestawiono dodatkowo z danymi z 2019 r.). Materiał badawczy stanowią wtórne źródła informacji. Zastosowaną metodę badawczą określić należy jako analizę opisową z elementami analizy ilościowej. Miary przyjęte w badaniu pochodzą z elektronicznych baz danych Eurostatu. Są to wskaźniki dostępu gospodarstw domowych do internetu oraz miary wykorzystania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w europejskich gospodarstwach domowych.

Opracowanie składa się z trzech części. Pierwsza z nich zawiera analizę dostępności internetu w Polsce i UE oraz częstotliwości korzystania z sieci i liczby godzin spędzanych przez Polaków w internecie. Druga część prezentuje sposoby wykorzystania internetu przez indywidualnych użytkowników w czasie pandemii. Trzecia sygnalizuje wybrane problemy społeczne i techno-trendy związane z dostępnością internetu w Polsce. W podsumowaniu przedstawiono najważniejsze wnioski z całości rozważań.

1. Dostępność internetu oraz częstotliwość korzystania z internetu w Polsce i UE

Z danych zestawionych w tabeli 1 wynika, że w 2020 r. 91% gospodarstw domowych w UE posiadało dostęp do internetu, z czego 89% miało dostęp szerokopasmowy. Zmiana w stosunku do roku poprzedniego była niewielka i wynosiła tylko 1 pkt procentowy. Dla porównania, w 2010 r. tylko 70% gospodarstw w UE miało dostęp do internetu¹. Aktualny poziom dostępności internetu świadczy o wysokim nasyceniu gospodarstw domowych tą usługą.

Tabela 1. Dostęp do internetu, w tym szerokopasmowego, gospodarstw domowych w latach 2019 i 2020 (w % gospodarstw domowych)

Rok	2019		2020		Rok	2019		2020	
	a	b	a	b		a	b	a	b
Wyszczególnienie					Wyszczególnienie				
UE-27	90	88	91	89	Litwa	82	81	82	82
Austria	90	89	90	89	Luksemburg	95	95	94	94
Belgia	90	88	91	91	Łotwa	85	83	90	88

¹ Eurostat, isoc_bde15b_h [dostęp: 21.05.2021].

Rok Wyszczególnienie	2019		2020		Rok Wyszczególnienie	2019		2020	
	a	b	a	b		a	b	a	b
Bułgaria	75	75	79	79	Malta	86	86	90	90
Chorwacja	81	81	85	85	Niemcy	95	94	96	95
Cypr	90	89	93	92	Polska	87	83	90	90
Dania	95	93	95	93	Portugalia	81	78	84	82
Estonia	90	90	90	89	Rep. Czeska	87	87	88	88
Finlandia	94	93	96	95	Rumunia	84	82	86	84
Francja	90	83	-	-	Słowacja	82	80	86	85
Grecja	79	78	80	80	Słowenia	89	89	90	90
Hiszpania	91	91	95	95	Szwecja	96	95	94	91
Holandia	98	98	97	97	Węgry	86	86	88	87
Irlandia	91	90	92	92	Włochy	85	84	88	87

a – dostęp do internetu w ogóle

b – dostęp do internetu szerokopasmowego

Źródło: Eurostat, isoc_bde15b_h [dostęp: 21.05.2021].

Mimo postępu, jaki w ciągu lat zaobserwowano we wszystkich krajach członkowskich, poziom dostępności internetu wciąż jest zróżnicowany w zależności od kraju. Najwyższy poziom dostępu do internetu, tj. co najmniej 95% w 2020 r. odnotowano w: Holandii, Finlandii, Niemczech, Danii oraz Hiszpanii. Najniższy w Bułgarii (79%), a następnie w Grecji, Portugalii, Chorwacji oraz na Litwie. W 2020 r. w Polsce 90% gospodarstw domowych posiadało szerokopasmowy dostęp do internetu, tj. o 7 pkt procentowych więcej w stosunku do roku poprzedniego. Dodać należy, że różnica dzieląca Polskę od przodującej w tym względzie Holandii w ciągu lat malała i w 2020 r. wynosiła już tylko 7 pkt procentowych. Zwiększenie dostępności internetu w gospodarstwach domowych, szczególnie internetu szerokopasmowego, to jeden z celów informatyzacji społeczeństwa, zapisanych w dokumentach Komisji Europejskiej, tak więc zmiany w dostępności gospodarstw domowych, jakie można było zaobserwować, należy ocenić pozytywnie.

Jeśli chodzi o szerokopasmowy mobilny dostęp do internetu (tabela 2), to sytuacja Polski na tle innych krajów UE wygląda korzystnie. W 2020 r. różnica – na korzyść Polski – wynosiła 8 pkt procentowych. W stosunku do roku poprzedniego dostępność szerokopasmowego internetu mobilnego wzrosła aż o 13 pkt procentowych. Najwyższym udziałem szerokopasmowego mobilnego dostępu do internetu wśród gospodarstw UE cechuje się Finlandia, najniższym – Cypr.

Tabela 2. Szerokopasmowy mobilny dostęp do internetu gospodarstw domowych w Polsce i UE w latach w 2019 i 2020 (w % gospodarstw domowych)

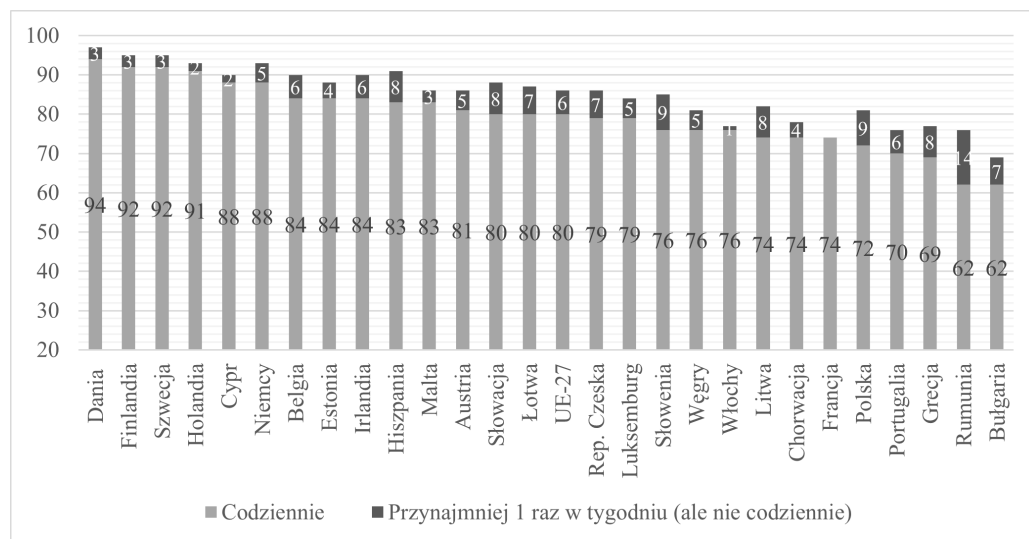
Rok	2019	2020	Rok	2019	2020
Wyszczególnienie	55	59	Wyszczególnienie	48	54
Austria	68	67	Luksemburg	42	39
Belgia	36	42	Łotwa	41	54
Bułgaria	64	68	Malta	49	56
Chorwacja	56	60	Niemcy	71	75
Cypr	2	1	Polska	54	67
Dania	46	54	Portugalia	44	48
Estonia	80	75	Rep. Czeska	25	57
Finlandia	88	91	Rumunia	54	57
Francja	39	-	Słowacja	44	54
Grecja	32	35	Słowenia	85	89
Hiszpania	77	80	Szwecja	63	63
Holandia	52	56	Węgry	71	61
Irlandia	43	39	Włochy	38	43

Źródło: Eurostat, isoc_bde15b_h [dostęp: 21.05.2021].

Z danych wykresu 1 wynika, że w 2020 r. 80% osób w UE korzystało z internetu codziennie (w 2019 r. odsetek ten wynosił 77%). Dodatkowo 6% osób korzystało z internetu przynajmniej raz w tygodniu. Najwyższy udział osób regularnie korzystających z internetu, tj. powyżej 90%, odnotowano w czterech państwach członkowskich: Danii, Finlandii, Szwecji, Holandii. Wysoki, bo co najmniej 80%, udział osób korzystających codziennie z internetu odnotowano w czternastu krajach. Średnia unijna w 2020 r. wynosiła 80%, a poniżej tej średniej znalazło się trzynaście państw członkowskich, w tym Polska (z wynikiem 72%). Pozycję gorszą od Polski osiągnęły jedynie: Portugalia, Grecja, Rumunia i Bułgaria. W tych dwóch ostatnich państwach tylko 62% osób codziennie korzysta z dostępu do internetu. Dodać należy, że w ciągu ostatniej dekady codzienne, regularne korzystanie z internetu gwałtownie rosło – w 2010 r. średnia unijna kształtowała się w tym względzie na poziomie 51%, w 2015 r. 65%. W Polsce w tym czasie odsetki te wynosiły odpowiednio 42 i 52%².

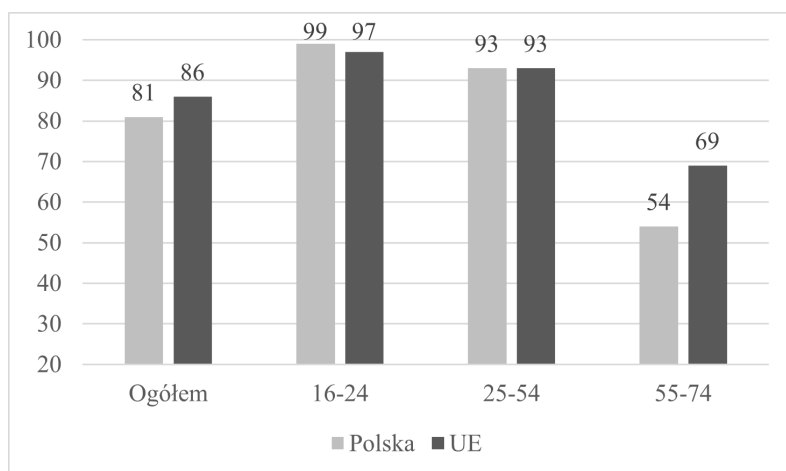
² Eurostat, isoc_ci_ifp_fu [dostęp: 24.05.202].

Wykres 1. Częstotliwość korzystania z internetu w 2020 r. (w % użytkowników indywidualnych)



Źródło: Eurostat, isoc_ci_ifp_fu [dostęp: 24.05.202].

Wykres 2. Częstotliwość korzystania z internetu przynajmniej raz w tygodniu, w tym codziennie, w 2020 r. (według grup wieku)



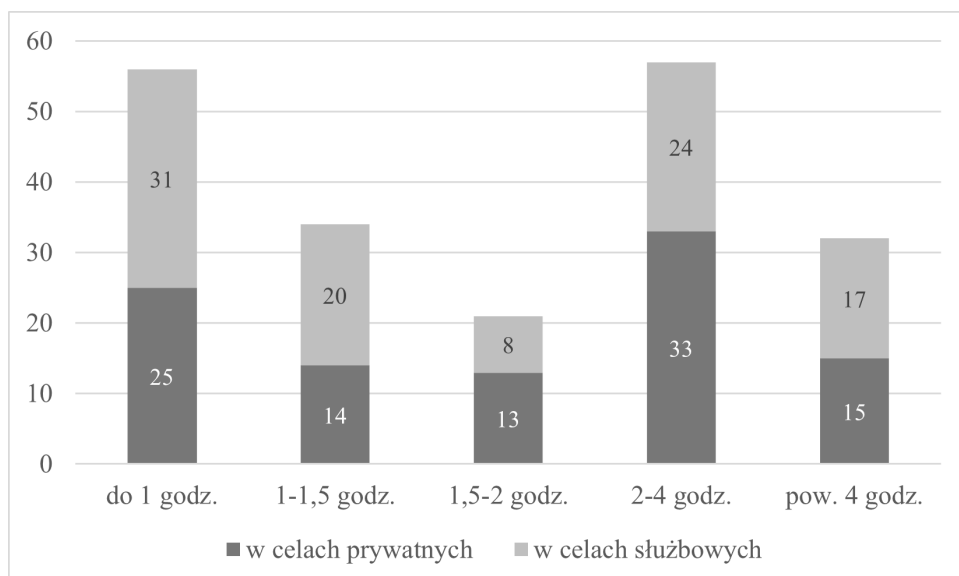
Źródło: Eurostat, isoc_bdek_di [dostęp: 24.05.2021].

Z danych Eurostatu wynika, że częstotliwość korzystania z internetu różni się w zależności od wieku użytkowników. Prawie wszyscy młodzi Polacy w wieku od 16 do 24 lat korzystają z internetu regularnie i bardzo często. Nieco rzadziej, ale wciąż regularnie, z internetu korzystają osoby w wieku od 25 do 54 lat. Odsetek Polaków z tej grupy wiekowej jest taki sam jak w UE ogółem. Grupą użytkowników najrzadziej korzystającą z internetu są osoby w wieku powyżej 55 lat. Polacy z tej grupy wiekowej znacznie „odstają” od średniej unijnej. Różnica wynosi aż 15 pkt procentowych (Wykres 2).

Dodać należy też, że odsetek osób powyżej 55 lat, które w 2020 r. w ogóle nie skorzystały z internetu wyniósł w Polsce aż 35% (wobec 39% w 2019 r.) i był wyższy od średniej unijnej o 14 pkt procentowych³.

Oprócz częstotliwości korzystania z internetu ważną kwestią jest także czas spędzany w sieci (wykres 3). Z danych raportu Krajowego Rejestru Długów (KRD) wynika, że w czasie pandemii ponad połowa Polaków zaczęła więcej czasu spędzać w internecie w celach prywatnych. W grupie osób aktywnych internetowo 33% badanych zaczęło przebywać w internecie o mniej więcej dwie do czterech godzin więcej aniżeli w okresie poprzedzającym pandemię. Aktywność internetowa w największym stopniu zwiększyła się w grupie wiekowej 25–54 lata. Niecałe dwie trzecie badanych respondentów w wieku od 45 do 54 lat na korzystanie z internetu przeznaczała więcej niż dwie godziny w ciągu doby. Wśród osób najdłużej spędzających czas w internecie, tj. więcej niż cztery godziny dziennie, znaleźli się Polacy w wieku od 18 do 24 lat (jedna trzecia wskazań w tej grupie wiekowej). Dla porównania, przed pandemią ok. jedna trzecia Polaków korzystała z internetu w celach prywatnych dwie, trzy godziny dziennie, co czwarty badany robił to dłużej. Najwięcej czasu w sieci spędzali młodzi Polacy z przedziału wiekowego 18–24 lata. Najczęściej wskazywane przedziały czasowe przez Polaków ze starszych grup wiekowych to: do godziny oraz dwu-, trzygodzinny. Warto dodać, że czas spędzany w sieci przed pandemią lub w pandemii nie różni się istotnie w zależności od płci respondentów.

Wykres 3. Czas spędzony w internecie w celach prywatnych i służbowych w 2020 r. (w %)



Źródło: *Jak Polacy korzystają z telefonu i Internetu w czasie pandemii*, Raport KRD, Warszawa 2020, s. 5, 8.

³ Eurostat, isoc_bdek_di [dostęp: 24.05.2021].

Pandemia COVID-19 spowodowała także duże zmiany w życiu zawodowym Polaków. Bardzo wiele osób pracowało i nadal, pomimo zniesienia obostrzeń, pracuje w domu, co wiąże się z większą koniecznością korzystania z internetu. Z danych KRD wynika, że czas spędzony w internecie w czasie pandemii, w porównaniu do okresu przed pandemią, wydłużył się w największej liczbie przypadków o mniej niż godzinę. Niemal co czwarty badany wskazał, że w czasie pandemii przeznacza na pracę od dwóch do czterech godzin dziennie więcej. Dla porównania, przed pandemią ponad połowa Polaków (58%) korzystała z sieci w swojej pracy zawodowej. Częściej taką odpowiedź deklarowali mężczyźni niż kobiety. Czas spędzany w internecie był zróżnicowany, szesnastu badanych na stu deklarowało, że wynosił poniżej godziny, niewiele niższy odsetek badanych (15 i 13%) wskazał przedziały od jednej do dwóch godzin oraz od dwóch do trzech godzin dziennie⁴.

2. Sposoby wykorzystania internetu w czasie pandemii

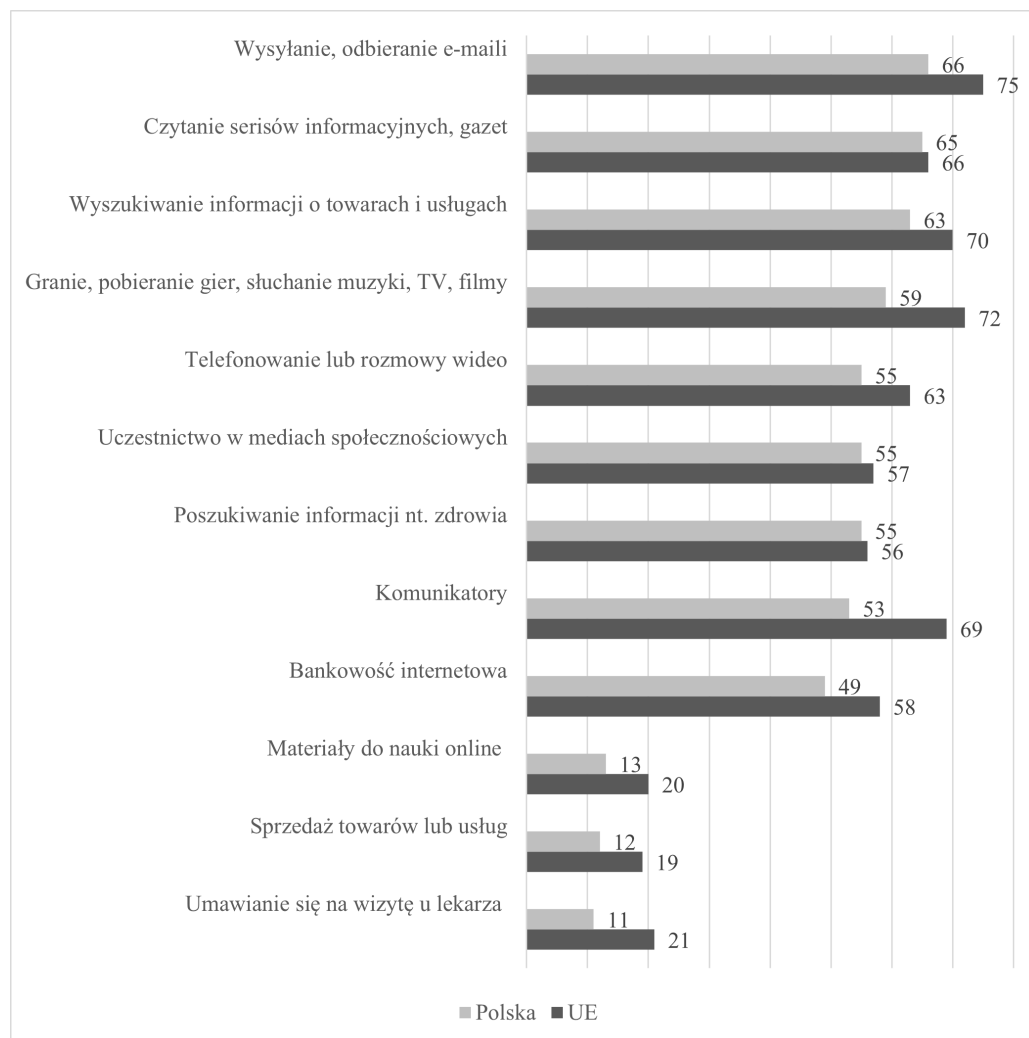
W 2020 r. dwie trzecie internautów w Polsce i trzy czwarte w UE-27 komunikowało się przez e-mail (wykres 4). Wysyłanie i odbieranie poczty elektronicznej było najczęściej wskazywanym przez respondentów sposobem wykorzystania internetu w każdym państwie członkowskim, zarówno w dobie pandemii, jak i przed nią. Udział ten wahał się od 96% w Danii do 40% w Bułgarii. Wykorzystanie internetu do czytania serwisów informacyjnych, gazet, magazynów, a następnie wyszukiwania informacji o towarach i usługach to kolejne dwa najczęściej wskazywane sposoby wybierane przez Polaków. W UE-27 ta kolejność była inna, na drugim miejscu znalazło się pobieranie gier, granie, słuchanie muzyki, oglądanie TV lub filmów (72%). Polacy wybierali tę opcję dopiero na czwartym miejscu – blisko sześć osób na dziesięć wskazało ten sposób wykorzystania internetu.

Potrzeba pozostawania w dystansie społecznym przez wiele miesięcy trwania pandemii sprawiła, że bardzo częstą formą kontaktowania się w większości państw członkowskich UE były rozmowy telefoniczne lub wideo przez internet. W Polsce wskaźnik ten przyjął wartość 55%, w UE-27 – 63%. Warto podkreślić, iż w ciągu ostatniego kwartału poprzedzającego badanie Eurostatu we wszystkich działaniach internetowych rozmowy telefoniczne lub wideo odnotowały największy wzrost w porównaniu z 2019 r. (52%), a także od początku zbierania danych (17% w 2008 r.). Wśród państw członkowskich, dla których dostępne były dane, rozmowy telefoniczne lub wideo przez internet

⁴ *Jak Polacy korzystają z telefonu i internetu w czasie pandemii*, Raport Krajowego Rejestru Długów, Warszawa 2020, s. 5, 8. Badania zrealizowane w dniach 3–6 lipca 2020 r. przez IMAS International na zlecenie KRD. Metoda badawcza: CAWI. Próba badawcza 500 badanych.

najpopularniejsze były na Cyprze (85%) i w Holandii (83%). Z kolei odsetek ten był najniższy w Czechach i Słowenii, gdzie tylko nieco ponad połowa (52%) osób w wieku 16–74 lat wykonywała rozmowy telefoniczne lub wideo przez internet. Udział w mediach społecznościowych, poszukiwanie informacji na temat zdrowia to kolejne dwa sposoby wskazywane przez Polaków. Media społecznościowe odgrywają coraz ważniejszą rolę w komunikowaniu się z innymi. Jeden na dwóch użytkowników internetu w Polsce publikował w 2020 r. wiadomości w mediach społecznościowych. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku takich aktywności w internecie jak wykorzystanie komunikatorów typu Messenger, WhatsApp oraz bankowości internetowej. Inne, nieco mniej popularne zastosowanie internetu związane było z: pobieraniem i wykorzystaniem materiałów do nauki online, sprzedażą towarów i usług oraz umawianiem się na wizyty u lekarza za pośrednictwem strony internetowej. Biorąc pod uwagę pozostałe kraje członkowskie, podkreślić należy, że sytuacja w omawianym zakresie była zróżnicowana. Generalnie rzecz ujmując, najbardziej aktywną grupę internautów stanowią Duńczycy, którzy bardzo często wykorzystują sieć do wysyłania, odbierania e-maili (96%), bankowości internetowej (94%), wyszukiwania informacji o towarach i usługach (90%), udziału w mediach społecznościowych (85%) oraz wykorzystywania materiałów do nauki online (39%).

Wykres 4. Sposoby wykorzystania internetu w Polsce i UE w 2020 r. (w % użytkowników internetu)



Źródło: Eurostat, isoc_ci_ac_i [dostęp: 24.05.2021].

Finowie najczęściej spośród wszystkich mieszkańców Unii wykorzystują internet do czytania serwisów informacyjnych, gazet i magazynów (90%), grania, słuchania muzyki, oglądania TV lub filmów (93%), poszukiwania informacji na temat zdrowia (77%) oraz umawiania się na wizytę lekarską (53%). Holendrzy z kolei relatywnie najczęściej spośród wszystkich państw wykorzystują komunikatory (90%) oraz sprzedają przez internet towary lub usługi (37%). Mieszkańcy Cypru – telefonowanie oraz rozmowy wideo (85%). Najmniej aktywnymi mieszkańcami UE w zakresie wykorzystania internetu do różnych działań i czynności okazali się Rumunii. Odsetek użytkowników wykorzystujących internet do wysyłania i odbierania poczty e-mail wyniósł w ich przypadku zaledwie 40%, wyszukiwania informacji o towarach lub usługach – 46%,

wykorzystania komunikatorów – 45%, czytania serwisów informacyjnych – 37%, bankowości internetowej – 12%, poszukiwania informacji o zdrowiu – 28%, wykorzystania materiałów do nauki online – 6%, umawiania się na wizyty lekarskie – 5%. Czesi i Słowacy najrzadziej spośród mieszkańców UE wykorzystują internet do telefonowania i rozmów wideo (52%), Niemcy do uczestnictwa w mediach społecznościowych (54%), Bułgarzy do gier, słuchania muzyki, oglądania TV lub filmów (44%), Cypryjczycy zaś do sprzedaży towarów lub usług (2%)⁵.

Jeśli chodzi o zmiany, jakie dokonały się w sposobie wykorzystania internetu w czasie pandemii, to największą różnicę zaobserwowano w przypadku telefonowania oraz wykonywania rozmów wideo przez internet. W Polsce odnotowano wzrost tej formy aktywności internetowej o 6 pkt procentowych w stosunku do 2019 r., w UE-27 o 11 pkt procentowych. Jeśli chodzi o UE-27, to wzrost odnotowano w przypadku każdej aktywności internetowej, w porównaniu z 2019 r., a także od początku gromadzenia informacji na temat możliwości wykorzystywania technologii informatycznych w życiu codziennym, czyli od 2008 r.

W Polsce w 2020 r. w stosunku do roku poprzedniego, oprócz telefonowania i rozmów wideo, najbardziej zwiększyły się aktywności użytkowników internetu w obszarach: czytanie serwisów informacyjnych, gazet, magazynów informacyjnych (o 5 pkt procentowych), kontaktowanie się przez komunikatory internetowe (4 pkt procentowe), wykorzystanie materiałów do nauki online (3 pkt procentowe). Wzrosła też aktywność Polaków w obszarze bankowości internetowej oraz udział w mediach społecznościowych i poszukiwaniu informacji na temat zdrowia (po 2 pkt procentowe). Spadek aktywności Polaków odnotowano w przypadku wyszukiwania informacji o towarach i usługach oraz sprzedaży towarów lub usług (po 2 pkt procentowe)⁶.

3. Problemy społeczne i trendy związane z dostępnością internetu w Polsce

Z problemem dostępności i wykorzystania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych wiążą się z jednej strony zagrożenia wynikające z potencjalnego wykluczenia cyfrowego, z drugiej zaś e-uzależnienia wśród konsumentów oraz rozwój i postępowanie tzw. techno-trendów w zachowaniach konsumentów.

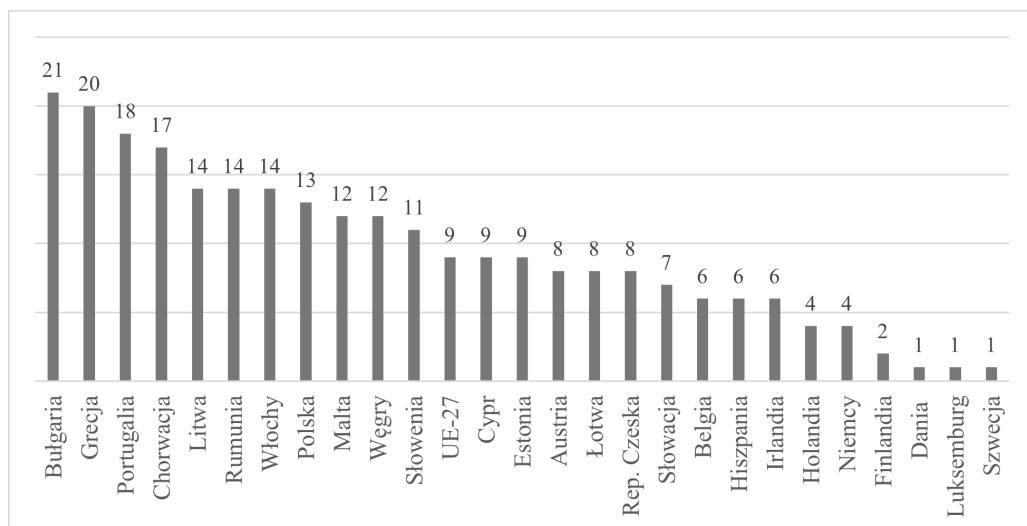
Wykluczenie cyfrowe, czy inaczej e-wykluczenie, to termin oznaczający brak lub ograniczoną możliwość korzystania z nowoczesnych form komunikacji. Zjawisko to dotyka znacznej części Polaków. Z danych Eurostatu wynika, że 13% osób w Polsce nie

⁵ Eurostat, isoc_ci_ac_i [dostęp: 24.05.2021].

⁶ *Ibidem*.

skorzystało w 2020 r. z dostępu internetu. Polska na tle innych krajów UE ma tym samym jeden z najwyższych wskaźników osób niekorzystających z internetu i znajduje się na niechlubnym ósmym miejscu w Unii. Wyższe wskaźniki wykluczenia cyfrowego mają: Bułgaria, Grecja, Portugalia, Chorwacja, Litwa, Włochy i Rumunia (wykres 5). Wszystkie państwa ościennie, z wyjątkiem Litwy, mają w tym względzie korzystniejsze wartości wskaźników.

Wykres 5. Osoby wykluczone cyfrowo w UE w 2020 r. (w %)



Źródło: Eurostat, isoc_bdek_di [dostęp: 26.05.2021].

Z danych raportu Federacji Konsumentów na temat wykluczenia cyfrowego podczas pandemii wynika, że najczęściej wskazywanymi powodami braku dostępności internetu w polskich gospodarstwach domowych były: brak takiej potrzeby (nieco ponad dwie trzecie wskazań), brak odpowiednich umiejętności (nieco ponad połowa wskazań), zbyt wysokie koszty sprzętu (co piąty badany) oraz zbyt wysokie koszty dostępu (co siódmy badany). Wśród osób najbardziej narażonych na wykluczenie cyfrowe znajdują się przedstawiciele nisko zamożnych gospodarstw domowych (osiągające dochody poniżej 2500 zł netto). Zbyt wysokie ceny sprzętu telekomunikacyjnego oraz usług internetowych stanowią główną przeszkodę w korzystaniu z internetu w przypadku gospodarstw zamieszkujących mniejsze miejscowości oraz wsie⁷.

Z raportu Federacji Konsumentów wynika także, że czas pandemii w Polsce w wielu przypadkach pogłębił problemy osób wykluczonych cyfrowo. Przede wszystkim był to czas, w którym nastąpiło przeniesienie wielu aktywności spoza domu do domu. Nastąpiła swego rodzaju zamiana aktywności realnych w wirtualne. Najbardziej spektakularnym

⁷ Wykluczenie cyfrowe podczas pandemii. Dostęp oraz korzystanie z internetu i komputera w wybranych grupach społecznych, Federacja Konsumentów, Warszawa 2021, s. 5–7.

przykładem było przeniesienie nauki ze szkół i uczelni do domów. System stacjonarny zamienił się w zdalny. Nie tylko szkoły, lecz także znaczna część urzędów, ośrodków zdrowia oraz zwykłych sklepów zmieniły charakter świadczonych usług poprzez rozszerzenie działalności online. Niestety, ale taka sytuacja w wielu przypadkach pogłębiła cyfrowe wykluczenie wybranych grup społecznych, w tym osób starszych, osób z niepełnosprawnościami oraz mieszkańców wsi. Co niezwykle ważne, problem ten zaobserwowano także w grupach, w których wcześniej nie występował – wśród uczniów, studentów oraz osób wykonujących nagle pracę zdalną. Problem ten dotknął przede wszystkim gospodarstw wieloosobowych, gdzie do szkoły uczęszczało więcej niż jedno dziecko. Okazało się bowiem, że liczba oraz jakość sprzętu wystarczająca dla gospodarstwa przed pandemią jest w czasie pandemii niewystarczająca. Często brakowało sprzętu, który zaspokajałby potrzeby edukacyjne dzieci i młodzieży z rodzin wielodzietnych, lub sprzęt ten był przestarzały technologicznie. Problem związany z potrzebą współdzielenia komputera z rodzeństwem czy rodzicami dotknął w Polsce co najmniej miliona uczniów (25%). Co gorsza, według danych szacunkowych Centrum Cyfrowego 1–1,5% wszystkich uczniów w Polsce, tj. ok. 70 tys., nie ma w domu żadnego komputera lub tabletu⁸. Posiadanie zaś telefonu czy smartfonu z dostępem do internetu nie zaspokaja potrzeb edukacyjnych i informacyjnych związanych ze zdobywaniem wiedzy czy umiejętności. Próbą rozwiązania wykluczenia społecznego wśród dzieci i młodzieży w Polsce był zakup „na własną rękę” komputerów, laptopów i tabletów. Według badania Barometr Providenta 25% rodziców i opiekunów dzieci we wrześniu 2020 r. najwięcej pieniędzy wydało na sprzęt elektroniczny, który miał wesprzeć dzieci w procesie edukacji zdalnej. Dodatkowym problemem okazała się dostępność i przepustowość sieci wśród mieszkańców wsi w Polsce. Wykluczenie cyfrowe dotyczy aż 2,5 mln mieszkańców wsi, co stanowi ogromne utrudnienie w ich codziennym funkcjonowaniu. Problemem okazały się także bariery informacyjno-informatyczne, przed którymi stanęli seniorzy i niepełnosprawni, którzy z dnia na dzień stracili fizyczny dostęp do lekarzy. Poszkodowaną grupą okazali się także bezrobotni, którzy nie mogli skorzystać z miejsc, w których wcześniej mieli dostęp do internetu, typu biblioteki miejskie⁹.

Zupełnie innym problemem związanym z dostępnością nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych oraz częstotliwością korzystania z internetu i czasem spędzonym w sieci jest problem e-uzależnień, które stanowią rodzaj uzależnień czynnościowych. Uzależnienia czynnościowe, czy inaczej behawioralne, cechują się występowaniem silnego pragnienia wykonywania danej czynności, której towarzyszy utrata kontroli, pojawienie się objawów zespołu abstynencyjnego w postaci różnych dolegliwości

⁸ PISA/Centrum Cyfrowe, badanie Lekcja: Enter.

⁹ *Wykluczenie cyfrowe podczas pandemii...*, s. 5–7.

i niepokoju oraz kompulsywne pragnienie kontynuowania aktywności pomimo jej negatywnego wpływu na funkcjonowanie psychospołeczne jednostki¹⁰. Obejmują one wiele uzależnień związanych z dostępnością nowoczesnych technologii i internetu, a wśród nich m.in. uzależnienie od: internetu w ogóle, gier komputerowych, pracy, nauki, zakupów, wirtualnego seksu, telefonów, środków masowego przekazu, uzależnienia od doznań i doświadczeń ekstremalnych, nałóg zadłużania się, patologiczny hazard i inne¹¹. W okresie pandemii internetoholizm jest ogromnym zagrożeniem dla prawidłowego funkcjonowania podmiotów konsumpcji, zwłaszcza dzieci i młodzieży. Stanowi on zespół zależności mających swoje źródła w nadużywaniu dostępu do internetu, mający negatywny wpływ na funkcjonowanie jednostki w sferach: psychicznej, społecznej, rodzinnej, zdrowotnej i ekonomicznej. Dużym zagrożeniem jest także e-zakupoholizm, który oznacza nadmierne skupienie się nabywcy na kupowaniu, wynikające z przytłaczającej i powtarzającej się potrzeby robienia zakupów, po której zaspokojeniu następują natychmiastowa ulga i przyjemność, a następnie wyrzuty sumienia i poczucie winy ze względu na świadomość niewłaściwego zachowania związanego z wydawaniem pieniędzy i ich negatywnych konsekwencji¹².

Problem e-uzależnień, na tle innych uzależnień czynnościowych oraz substancjalnych, jest problemem relatywnie nowym i mimo iż wielu badaczy podkreśla jego rosnące znaczenie w scyfrowanym świecie, to brakuje aktualnych wyników badań, które prezentowałyby sytuację użytkowników internetu w czasie pandemii w kontekście uzależnienia, jego przyczyn, skutków oraz kosztów indywidualnych oraz społecznych. Warto jednak zwrócić uwagę, że aktualna sytuacja pandemiczna sprzyja takim zachowaniom konsumentów oraz może powodować i pogłębiać problemy leżące w obszarze e-uzależnień behawioralnych.

Kończąc tę część, dodać należy, że rok 2020 to czas, który przyniósł znaczące i szybkie zmiany w otoczeniu wirtualnym konsumenta. Z dnia na dzień pojawiła się i rosła potrzeba korzystania, w szerszym niż wcześniej zakresie, z nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych. Logicznym następstwem takiej sytuacji jest rozwój oraz utrwalanie się, a także ewolucja tzw. techno-trendów w zachowaniach konsumentów, do których zalicza się m.in. tworzenie się wspólnot sieciowych, np. na Facebooku czy Instagramie. Stale wzrasta też grupa mobilnych konsumentów oraz konsumentów dwadzieścia cztery godziny siedem dni w tygodniu stale aktywnych w sieci, którzy rezygnują z tradycyjnych form komunikowania się na rzecz komunikacji

¹⁰ Z. Juczyński, *Dylematy i kontrowersje dotyczące uzależnień*, [w:] J. Brzeziński, L. Cierpiałkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*, GWP, Gdańsk 2008, s. 190.

¹¹ N. Ogińska-Bulik, *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?*, Difin, Warszawa 2010, s. 9.

¹² A. Müller, J. Mitchell, M. de Zwaan, *Compulsive buying*, „The American Journal on Addictions” 24, 2015, nr 2, s. 132–137.

nowoczesnej przy użyciu np. iMessage czy snapów. Dzięki stałemu dostępowi do internetu przenoszą oni czynności wykonywane wcześniej stacjonarnie na urządzenia mobilne z dostępem do sieci. Coraz częściej wykonują takie czynności jak: zakupy online (np. poprzez Allegro, AliExpress), oglądanie filmów (np. Netflix), słuchanie muzyki (np. Spotify), rezerwacje biletów na wydarzenia kulturalne, sportowe (np. Ticketpro). Wśród innych przykładów tzw. techno-trendów w zachowaniach współczesnych konsumentów można wymienić: grywalizację, trend geolokalizacji, awataryzację, a także trysumeryzm, *webrooming*, *showrooming* oraz zjawisko *smart shoppingu*¹³.

Zaprezentowane w tej części opracowania problemy związane z dostępnością internetu, częstotliwością korzystania z niego i sposobami wykorzystania oraz nowymi trendami w zachowaniach konsumentów z całą pewnością nie wyczerpują tej kwestii. Stanowią jedynie zasygnalizowanie tematu i nawiązanie do szerszego problemu związanego ze skutkami pandemii w dobie digitalizacji Polaków.

Zakończenie

Na podstawie przeprowadzonej analizy danych dotyczących dostępności i wykorzystania internetu w Polsce i UE można wysunąć następujące wnioski:

- w 2020 r. nastąpił postęp w zakresie dostępu gospodarstw domowych do internetu, w tym internetu szerokopasmowego, z urządzeń stacjonarnych i mobilnych,
- aż 91% gospodarstw zamieszkujących UE oraz 90% Polskę miało dostęp do łącza internetowego, najkorzystniejszą sytuację w UE odnotowano w Holandii i Finlandii, najmniej korzystną w Bułgarii i Grecji,
- w 2020 r. 80% osób w wieku 16–74 lat w UE ogółem zadeklarowało codzienne korzystanie z internetu. Udział ten wahał się od 62% w Bułgarii do 94% w Danii. W Polsce kształtował się na poziomie 72% (najrzadziej z internetu korzystają Polacy w wieku 54–69 lat),
- w czasie pandemii zwiększył się czas spędzany w internecie zarówno w celach prywatnych, jak i służbowych,
- w 2020 r. konsumenci UE wykorzystywali internet głównie do wysyłania i odbierania wiadomości e-mail, grania, słuchania muzyki, oglądania TV lub filmów, wyszukiwania informacji o towarach i usługach, kontaktowania się z innymi poprzez komunikatory, czytanie serwisów informacyjnych oraz telefonowanie lub wideopołączenia. Ponad połowa respondentów korzystała również

¹³ Więcej na ten temat: U. Grzega, E. Kieźel, *Trendy w zachowaniach konsumentów*, [w:] M. Bartosik-Putgat (red), *Zachowania konsumentów. Globalizacja, nowe technologie, aktualne trendy, otoczenie społeczno-kulturowe*, PWN, Warszawa 2017, s. 47–51.

- z internetu w celu dokonania transakcji bankowych, udziału w sieciach społecznościowych oraz wyszukiwania informacji zdrowotnych,
- główne sposoby wykorzystania internetu w Polsce w czasie pandemii to: wysyłanie i odbieranie e-maili, czytanie serwisów informacyjnych oraz wyszukiwanie informacji o towarach i usługach,
 - z problemem dostępności i wykorzystania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych wiąże się z jednej strony zagrożenie wynikające z potencjalnego wykluczenia cyfrowego, z drugiej zaś e-uzależnienia wśród konsumentów oraz nowe trendy w ich zachowaniach,
 - w 2020 r. 9% osób w UE oraz 13% w Polsce nie skorzystało z dostępu internetu, najmniej korzystną sytuację odnotowano się w Bułgarii, najkorzystniejszą w Danii, Luksemburgu i Szwecji.

Bibliografia

Literatura

- Grzega U., Kieźel E., *Trendy w zachowaniach konsumentów*, [w:] M. Bartosik-Putgat (red), *Zachowania konsumentów. Globalizacja, nowe technologie, aktualne trendy, otoczenie społeczno-kulturowe*, PWN, Warszawa 2017.
- Juczyński Z., *Dylematy i kontrowersje dotyczące uzależnień*, [w:] J. Brzeziński, L. Cierpiałkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*, GWP, Gdańsk 2008.
- Müller A., Mitchell J., de Zwaan M., *Compulsive buying*, „The American Journal on Addictions” 24, 2015, nr 2.
- Ogińska-Bulik N., *Uzależnienie od czynności. Mit czy rzeczywistość?*, Difin, Warszawa 2010.

Źródła

- Jak Polacy korzystają z telefonu i internetu w czasie pandemii*, Raport KRD, Warszawa 2020.
- Wykluczenie cyfrowe podczas pandemii. Dostęp oraz korzystanie z internetu i komputera w wybranych grupach społecznych*, Federacja Konsumentów, Warszawa 2021.
- PISA/Centrum Cyfrowe, badanie Lekcja: Enter.

Internet

- Eurostat, isoc_bde15b_h.
- Eurostat, isoc_ci_ifp_fu.
- Eurostat, isoc_bdek_di.
- Eurostat, isoc_ci_ac_i.

Formy spędzania czasu wolnego w okresie pandemii z wykorzystaniem internetu

Forms of spending leisure time during the pandemic using the Internet

Beata Kolny

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach,
Wydział Ekonomii, Katedra Rynku i Konsumpcji
ORCID: 0000-0002-9162-1704

Streszczenie

Internet niemalże z chwilą upowszechnienia i szerokiej dostępności zaczął odgrywać ważną rolę jako jedna z możliwości zagospodarowania czasu wolnego. Szczególną funkcję spełnił w czasie lockdownu, umożliwiając kontakt z innymi osobami, uczestnictwo w kulturze oraz rozwijanie aktywności fizycznej i intelektualnej. Celem artykułu jest zaprezentowanie form spędzania czasu wolnego podczas pandemii COVID-19 z wykorzystaniem internetu i aplikacji mobilnych oraz inteligentnych urządzeń. Napisano go na podstawie wtórnych i pierwotnych źródeł informacji. Badania bezpośrednie przeprowadzono w 2021 r. na próbie 620 dorosłych Polaków techniką ankiety internetowej. Z badań wynika, że konsumenci bardzo chętnie w czasie pandemii korzystają z możliwości, jakie daje dostępność do internetu w celu oglądania filmów, seriali poprzez telewizję internetową, słuchają muzyki za pomocą serwisów streamingowych, kontaktują się ze znajomymi przez komunikatory, korzystają z mediów społecznościowych. Ponadto korzystają z aplikacji mobilnych służących do monitorowania aktywności fizycznej oraz w trakcie wyjazdów turystycznych, a także uczą się online dla przyjemności.

Słowa kluczowe

czas wolny, internet, aplikacje mobilne

Abstract

The Internet, almost from the moment of popularization and wide availability, began to play an important role as one of the possibilities of spending leisure time. It played a special role during the lockdown, enabling contact with other people, participation in culture and the development of physical and intellectual activity. The aim of the article is to present the forms of spending leisure time during the COVID-19 pandemic using the Internet, mobile applications and smart devices. It was written on the basis of secondary and primary sources of information. Direct research was conducted in 2021 on a sample of 620 adult Poles using the online survey technique. Research shows that during a pandemic, consumers are very eager to use the possibilities offered by the Internet to watch movies and series via Internet TV, listen to music via streaming services, contact their friends via instant messaging, and use social media. In addition, they use mobile applications to monitor physical activity and during tourist trips, as well as learn online for fun.

Keywords

leisure, Internet, mobile applications

JEL: D12, D19**Wprowadzenie**

Nowe technologie, powszechny dostęp do internetu, coraz doskonalsze i szybsze urządzenia do przekazywania dźwięku i obrazu oddziałują na formy spędzania czasu wolnego. Łatwa dostępność urządzeń elektronicznych zachęca do korzystania z nich w czasie wolnym, a ich miniaturyzacja zrodziła mobilną formę konsumpcji. Internet wywarł znaczący wpływ nie tylko na formy spędzania czasu wolnego, ale także zakres udostępniania informacji na temat możliwości jego zagospodarowania. Dzięki internetowi można obejrzeć dowolne filmy, posłuchać muzyki, grać, przeczytać gazetę, książkę, zwiedzić muzeum, nawiązywać i podtrzymywać kontakty towarzyskie. Komunikatory internetowe ułatwiają łączność z innymi osobami niezależnie od miejsca ich przebywania. Wirtualne biblioteki umożliwiają konsumentom dostęp do książek bez konieczności odwiedzania placówek bibliotecznych. Wirtualne muzea to doskonałe rozwiązanie dla osób, które uwielbiają podróżować lub zwiedzać, albowiem miłośnikom sztuki pozwalają zapoznać się z wybitnymi dziełami prezentowanymi niemal na całym świecie, a w czasie, kiedy w wyniku pandemii COVID-19 instytucje te były tymczasowo zamknięte (przede wszystkim na skutek lockdownu), to doskonały sposób, aby z nich korzystać online. Aplikacje mobilne bez względu na miejsce pobytu konsumenta pozwalają monitorować jego aktywność fizyczną, a te przeznaczone turystyce szybko dostarczają informacji na temat odwiedzanych miejsc i możliwości zagospodarowania czasu w najbliższej okolicy. Internet prawie od początku powszechnego dostępu zaczął pełnić funkcje związane z zagospodarowaniem czasu, zaś w czasie trwania pandemii pojawiło się w nim wiele nowych możliwości aktywnego i kreatywnego spędzania czasu wolnego związanego z nauką i rozwijaniem pasji. W czasie przed pandemią spędzanie czasu wolnego online kojarzyło się przede wszystkim z grami, oglądaniem filmów, aktywnością na portalach społecznościowych. Pandemia zmieniła jednak to postrzeganie i sprawiła, że coraz częściej konsumenci poszukiwali różnego rodzaju warsztatów tematycznych, rozwijających zainteresowania oraz pozwalających zdobyć nowe umiejętności. W ramach spędzania czasu wolnego online, realizowanego bez wychodzenia z domu, można korzystać na przykład z nauki gry na instrumentach, nauczyć się fotografii, scenopisarstwa czy uczestniczyć w warsztatach kulinarnych, czyli realizować zainteresowania, które dotychczas postrzegane były jako aktywności wymagające bezpośredniego kontaktu z nauczycielem lub instruktorem. Internet znacznie zmienił sposób życia

człowieka, między innymi przeniósł relacje międzyludzkie na wirtualny poziom, począwszy od ich życia zawodowego aż po życie prywatne, szczególnie kontakty towarzyskie i korzystanie z usług. W czasie pandemii stał się także bardzo ważnym źródłem informacji o COVID-19. Poszukiwanie informacji na ten temat na stronach internetowych w 2020 r. deklarowało 68,5% użytkowników, a na portalach społecznościowych – 37,2%¹.

Celem artykułu jest zaprezentowanie form spędzania czasu wolnego przez konsumentów podczas pandemii COVID-19 z wykorzystaniem internetu i aplikacji mobilnych oraz inteligentnych urządzeń umożliwiających dostęp do internetu.

Material i metody

Do napisania artykułu wykorzystano zarówno wtórne, jak i pierwotne źródła informacji. Informacje wtórne pozwoliły scharakteryzować omawiane zagadnienia związane z formami zagospodarowania czasu wolnego z wykorzystaniem internetu. Ze źródeł wtórnych pozyskano także wyniki badań na temat spędzania czasu w roku 2019 przed pandemią oraz w czasie jej trwania w latach 2020 i 2021, opublikowane przez GUS, CBOS oraz serwis Prezentmarzen. Wyniki badań wtórnych uzupełnione zostały informacjami pierwotnymi zgromadzonymi przez autorkę w trybie badań bezpośrednich z wykorzystaniem techniki ankiety internetowej w dniach od 1 marca do 18 maja 2021 r. Kwestionariusz ankietowy udostępniony został na platformie SurveyMonkey, zaś link do badań rozsyłany był mailem do potencjalnych respondentów. Próba badawcza liczyła 620 osób, po połowie kobiet i mężczyzn. Osoby w wieku 18–24 lata stanowiły 70% respondentów, zaś w wieku 25 lat i więcej – 30%. Na wsi mieszkało 20,8% badanych, w miastach do 99 tys. mieszkańców mieszkało 27,7%, w miastach od 100 do 199 tys. – 24,2%, zaś 27,3% respondentów zamieszkiwało miasta powyżej 200 tys. mieszkańców.

Internet jako przestrzeń spędzania czasu wolnego

Wszystkie osoby, które nie są wykluczone cyfrowo, mają liczne możliwości, aby zagospodarować czas wolny z wykorzystaniem internetu. Wraz z jego rozwojem pojawiły się wirtualne przestrzenie, w których każdy, jeżeli tylko chce, może znaleźć dla siebie miejsce, a relacje *face to face* ustąpiły miejsca relacjom *interface to interface*. Internet zmienił formy świadczenia usług kulturalnych, rozrywkowych, turystycznych,

¹ Społeczeństwo informacyjne w Polsce w 2020 r. Analizy statystyczne, GUS, Warszawa-Szczecin 2020, s. 171.

medialnych², a zarazem sposoby ich konsumpcji. Spowodował, że nastąpiła wirtualizacja zachowań konsumentów w czasie wolnym, którą można zdefiniować jako proces zaspokajania potrzeb za pośrednictwem elektronicznych środków przekazu, internetu lub telewizji³. Wirtualna forma zagospodarowania czasu wolnego jest następstwem rozwoju nowych technologii informacyjnych, których poziom pozwala na masową i coraz tańszą produkcję środków wirtualnej komunikacji i powszechną ich dostępność. Wirtualna forma zagospodarowania czasu wolnego może dotyczyć np. obejrzenia filmu, koncertu, czytania e-książek i czasopism, grania, oglądania eksponatów w wirtualnym muzeum itp. W znacznym stopniu użytkownicy komputerów i urządzeń mobilnych z dostępem do internetu są świadomi, że są one bardzo przydatne dla nich, ale mogą być też niebezpieczne, gdy są nieodpowiedzialnie używane i nadużywane. Korzystanie z nich może uzależniać, mogą wystąpić kłopoty zdrowotne, jednak zalety takie jak nieograniczona informacja, relaks, a zwłaszcza szybkość zaspokojenia potrzeb⁴ i fakt, że w czasie pandemii i przymusowego lockdownu, była to często jedyna forma kontaktu z innymi osobami, uczestnictwa w kulturze oraz aktywności fizycznej i intelektualnej przewyższa dostrzegalne wady. Warto podkreślić, że korzystanie z internetu w czasie pandemii dla jednych może być bardzo ważną formą zagospodarowania czasu wolnego, dla innych zaś bardziej przymusem ze względu na brak dostępu do innych możliwości niż świadomym wyborem.

Korzystanie z różnych form spędzania czasu wolnego z wykorzystaniem internetu stało się możliwe m.in. dzięki cyfryzacji treści. Produkty, które wytwarzane były wcześniej w sposób analogowy, zostały przekonwertowane na postać cyfrową lub produkowane są od razu w wersji cyfrowej (np. książki, płyty). Przełomem w dystrybucji treści w formie cyfrowej (szczególnie muzyki i obrazu) stał się tzw. *streaming* (transmisja strumieniowa), oznaczający możliwość oglądania czy słuchania online i przez sieci mobilne, bez uprzedniego ściągania danej treści na urządzenie i jej zapisywania. Na takiej zasadzie funkcjonują m.in. Spotify i Netflix. Spotify oferuje dostęp do muzyki z poziomu aplikacji mobilnej dostępnej na smartfony, tablety, komputery i telewizory. Ta forma zastępuje kupowanie płyt z muzyką. Podobnie funkcjonuje Netflix, gdzie użytkownik poprzez aplikację może obejrzeć film, który znajduje się w bazie, bez konieczności kupowania go, a tylko jego wypożyczenia. W ten sposób nastąpiła rezygnacja z własności produktu na korzyść dostępu do niego⁵. W internecie oferowane są zarówno

² J. Kramer, *Możliwe postawy konsumentów wobec nowych trendów rozwoju konsumpcji*, „Marketing i Rynek” 2015, nr 8, s. 290.

³ D. Barney, *Spółeczeństwo sieci*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008, s. 76; Cz. Bywalec, *Konsumpcja a rozwój gospodarczy i społeczny*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010, s. 223.

⁴ A.M.V. Mitrache, M.G. Necea, *The role of information and communication technology in the development of leisure services*, „Business Excellence and Management” 3, 2013, nr 2, s. 59.

⁵ A. Janowska, *Przemysły kultury w erze dostępu*, „Studia i Prace, Kolegium Zarządzania i Finansów” 2017, z. 158, s. 188–190.

płatne, jak i bezpłatne filmy, seriale i muzyka online. Część filmów dostępnych do bezpłatnego przesyłania strumieniowego jest własnością publiczną, stały się wspólną własnością, ponieważ ustały prawa własności, co umożliwiło ich hostowanie⁶. Usługa VOD (*video on demand*) pozwala na oglądanie filmu lub serialu w czasie wybranym przez użytkownika. Na rynku liczba platform VOD systematycznie rośnie. Są wśród nich m.in. przywołany wcześniej Netflix, następnie HBO GO, Player+, Ipla, Amazon Prime, TVP VOD, Servis CDA.pl⁷. Korzystanie z platform VOD jest bardzo popularną formą spędzania czasu. Każdy serwis udostępnia trochę inną ofertę, dlatego konsument znajdzie z łatwością interesującą go tematykę. Muzyki online można słuchać na różnych urządzeniach, zyskując dostęp do bardzo wielu utworów bez potrzeby ściągania ich na dysk, m.in. w takich serwisach jak wymieniony już Spotify, a także TIDAL, Muzyka Google Play, Deezer, Apple Music, YouTubeMusic⁸.

W zakresie aktywnej rekreacji zasoby internetu mogą pomóc w opracowaniu indywidualnego planu aktywności fizycznej dostosowanej do ogólnego stanu zdrowia użytkownika⁹. W internecie jest mnóstwo zestawów ćwiczeń fizycznych pozwalających modelować sylwetkę lub oddzielnie każdą partię ciała. Dla osób biegających, jeżdżących na rolkach, rowerze oraz uprawiających *nordic walking* i wiele innych dyscyplin sportowych są dostępne aplikacje mobilne wspomagające zarówno amatorską aktywność fizyczną, jak i profesjonalny trening. Aplikacje te urozmaicają treningi i przede wszystkim motywują do aktywności fizycznej. Dokumentują osiągi, bez znaczenia, czy chodzi o liczenie kroków czy o przygotowania do profesjonalnych zawodów sportowych. Aplikacje mobilne przeznaczone do uprawiania sportu nie tylko rejestrują szczegóły treningu (trasę, dystans, czas, kalorie), ale dają możliwość bieżącego kontaktu ze znajomymi ich użytkownika w czasie rzeczywistym poprzez media społecznościowe, dzięki czemu możliwa jest wzajemna motywacja do aktywności fizycznej. W bazie aplikacji spełniających funkcje elektronicznego trenera personalnego zawarte są ćwiczenia kształtujące wszystkie partie ciała, po to aby poprzez kolejne etapy treningu doprowadzić użytkownika do wymarzonej sylwetki. Aplikacje wspomagające zmagania z redukcją wagi oprócz zestawu treningów zawierają informacje na temat produktów i posiłków w wybranych sieciach restauracji ze szczegółowymi opisami wartości odżywczych, dzięki czemu na bieżąco konsument może sprawdzać liczbę spożywanych kalorii w trakcie posiłku. Takie

⁶ 10 najlepszych witryn streamingowych z darmowymi filmami w 2021 roku, <https://pl.wizcase.com/blog/najlepszych-witryn-streamingowych-z-darmowymi-filmami/> [dostęp: 10.05.2021].

⁷ Platformy VOD, <https://finansepersonalne.pl/platformy-vod/> [dostęp: 10.05.2021].

⁸ Muzyczne serwisy streamingowe – który najlepszy dla audiofila w 2021?, <https://www.tophifi.pl/blog/post/muzyczne-serwisy-streamingowe-ktory-najlepszy-dla-audiofila-w-2021.html> [dostęp: 10.05.2021].

⁹ S. Zach, S. Lissitsa, *Internet use and leisure time physical activity of adults – A nationwide survey*, „Computers in Human Behavior” 60, 2016, s. 484.

aplikacje jak¹⁰: Garmin, Polar, Sunto, Fitbit, MapMyRun, Endomodo, Runkeeper, My Tracks, Sports Tracker, Strava Cycling, Calorie Counter i wiele innych mogą przyczynić się do automotywacji i systematyczności w codziennej aktywności fizycznej.

Bierną formą aktywności z wykorzystaniem internetu w czasie wolnym jest możliwość wirtualnych podróży bez przemieszczania się w czasie i w przestrzeni. W internecie można zwiedzać miasta, zabytki, sanktuaria, muzea zarówno w Polsce, jak i na świecie, obejrzeć przedstawienia teatralne i koncerty w czasie rzeczywistym lub zarejestrowane wcześniej z możliwością odtworzenia ich w dogodnym momencie. Dowolne wydarzenia bądź miejsca można śledzić, korzystając np. z YouTube'a. Nieograniczona kreatywność twórców różnych ofert i programów daje szansę konsumentowi na wybranie interesującej go propozycji. Dla osób, które lubią zwiedzać różne miejsca i oglądać je z perspektywy samochodu, roweru, motocykla, drona, dostępna jest taka możliwość np. poprzez stronę Drive&Listen. Na stronie tej jest kilkadziesiąt miast i różnych atrakcji przyrodniczych z całego świata. Wśród dodatkowych opcji zwiedzający ma możliwość posłuchania radia z danego kraju bądź dźwięków ulicy i natury. Jeśli sama jazda lub spacer wydają się zbyt powolne, może przyspieszyć podróż, wciskając przycisk zwiększenia szybkości.

Zwiedzanie online nie zastąpi w żaden sposób atmosfery i przeżyć w realu, chociaż czasami wystarczy kilka minut wirtualnego spaceru, aby konsument zyskał nową energię i planował z radością kolejny wyjazd. W związku z tym oprócz wirtualnych podróży szczególne znaczenie dla spędzania czasu wolnego, zwłaszcza poza domem, mają proponowane w internecie aplikacje mobilne przygotowane dla potrzeb turystyki. Dzięki nim udostępniany jest szeroki wachlarz ofert różnych usługodawców. Wśród takich aplikacji można wyróżnić np. TripAdvisor, Lonely Planet, Booking, Travelplanet, JakDojade.pl, Fousquare City Guide. Aplikacje mobilne ułatwiają współczesnemu turyście wyszukiwanie informacji o miejscu docelowym, pozwalają zobaczyć trasy wycieczkowe, wizualizację zabytków, sprawdzić warunki pogodowe, dokonać rezerwacji, przeliczyć kursy walut¹¹. Aplikacje te zawierają informacje nie tylko na temat najciekawszych miejsc do odwiedzenia, architektury, zabytków, lecz także na temat oferty usług gastronomicznych, w zakresie aktywnej rekreacji, kultury i sztuki. Aplikacje pozwalają na promocję lokalnych usługodawców, hoteli, pensjonatów, placówek gastronomicznych, wydarzeń kulturalnych

¹⁰ R. Rusiecki, *Najczęściej wybierane aplikacje monitorujące aktywność fizyczną. Pomagają śledzić przebieg treningu sportowego*, „Dziennik Bałtycki” 12.05.2021, Sportowy24.Pl <https://dziennikbaltycki.pl/najczesciej-wyberane-aplikacje-monitorujace-aktywnosc-fizyczna-pomagaja-sledzic-przebieg-treningu-sportowego/ar/c2-15279162> [dostęp:]; *TOP 10 aplikacji dla aktywnych fizycznie*, 4.09.2020, <https://feedfit.pl/aktywnosc/top10-aplikacji-dla-aktywnych-fizycznie/> [dostęp: 24.05.2021].

¹¹ Z. Spyra, *Aplikacje mobilne na rynku turystycznym w opinii pokolenia Y*, [w:] B. Reformat (red.), *Innowacje w turystyce. Wybrane praktyki działań*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2017, s. 39.

i sportowych. Dzięki nim prezentowane są wiadomości, informacje i komunikaty samorządowe o wszystkich zaplanowanych imprezach. Aplikacje pozwalają również na bezpośrednią komunikację z ich użytkownikami. Mogą oni wyrażać swoje opinie i pisać o tym, co najbardziej im się podoba, co ich denerwuje, na czym im najbardziej zależy, co warto rozwijać. Umożliwiają zatem szybką informację zwrotną do urzędników lub ich twórców, którzy mogą wysyłać do nich aktualności, zaproszenia, ostrzeżenia. Turystom przekazywane są elektroniczne przewodniki (np. przewodniki turystyczne miasta udostępniane na komórkę). Przewodniki te mogą zawierać treści dotyczące szlaków, obiektów, atrakcji i miejsc wartych obejrzenia. Udostępnione aplikacje poświęcone turystyce prezentują użytkownikowi najatrakcyjniejsze dla niego trasy turystyczne, zaś często lektor opowiada to, co warto wiedzieć na temat zwiedzanego miejsca.

Zakres wykorzystania internetu w czasie wolnym – wyniki badań

Badania na temat dostępności oraz wykorzystania internetu, w tym także w celach prywatnych związanych z zagospodarowaniem czasu wolnego, prowadzone są corocznie przez GUS i CBOS. Wyniki tych badań pozwalają na śledzenie zmian w zakresie aktywności konsumentów w internecie. Niecodzienna sytuacja spowodowana pandemią COVID-19 zainspirowała do badań również inne podmioty, w tym zwłaszcza twórców serwisu Prezentmarzen, do prowadzenia badań na temat czasu wolnego na początku pandemii i przymusowego lockdownu w marcu 2020 r. oraz po roku jej trwania w kwietniu 2021 r. Dostępne wyniki badań wtórnych uzupełnione zostały wynikami badań pierwotnych pozyskanych przez autorkę w 2021 r. techniką ankiety internetowej na próbie 620 dorosłych Polaków.

Analizując wyniki badania GUS, można stwierdzić, że z roku na rok wzrasta liczba osób korzystających z internetu. W 2020 r. 81,4% osób w wieku 16–74 lata regularnie, czyli co najmniej raz w tygodniu, korzystało z internetu (wobec 78,3% w roku 2019)¹². Dostęp do internetu w 2020 r. posiadało 90,4% gospodarstw domowych (rok wcześniej było to 86,7%)¹³. Łącze stacjonarne z dostępem szerokopasmowym miało 67,7% (wobec 62,3% w roku 2019). Dynamicznie wzrosła popularność szerokopasmowych łącz mobilnych, które w 2020 r. stosowane były przez 66,7% gospodarstw domowych (w roku 2019 było to 54,3%)¹⁴.

Podczas użytkowania internetu w sprawach prywatnych w 2020 r. najczęściej wykonywanymi czynnościami były korzystanie z poczty elektronicznej (65,9%) oraz

¹² *Spółeczeństwo informacyjne w Polsce w 2020 r.*..., s. 137.

¹³ *Ibidem*, s. 132.

¹⁴ *Ibidem*, s. 134.

czytanie online wiadomości, gazet lub czasopism (65,4%). Oprócz używania poczty elektronicznej najpopularniejszą formą komunikacji internetowej było wykonywanie rozmów głosowych lub wideo (66,7%). Z serwisów społecznościowych korzystało 54,8%. Nagrania wideo z serwisów tworzonych przez użytkowników oglądało 41,5% badanych. Blisko co czwarty ankietowany (24,5%) korzystał z usługi VOD. Własne treści w internecie umieszczało 18,1%, a w gry komputerowe grało 15,6%. Zestawiając dane z rokiem wcześniejszym, stwierdzono, że w czasie trwania pandemii w roku 2020 w porównaniu do roku 2019 najwięcej wzrósł odsetek osób oglądających wideo na żądanie (24,5% wobec 17,5%), następnie prowadzących rozmowy głosowe lub wideo (55,0% wobec 48,6%), czytających online (65,4% wobec 60,5%), korzystających z komunikatorów (53,4% wobec 48,6%), najmniej zaś zmienił się odsetek osób korzystających z serwisów społecznościowych (54,8% wobec 53,0%), korzystających z poczty elektronicznej (65,9% wobec 64,8%) i wyszukujących informacji o towarach i usługach (62,7% wobec 62,2%) – tabela 1.

Tabela 1. Wykorzystanie internetu w sprawach prywatnych w latach 2019–2020 (w %*)

Wyszczególnienie	2019	2020
Korzystanie z poczty elektronicznej	64,8	65,9
Wyszukiwanie informacji o towarach i usługach	62,2	62,7
Czytanie online wiadomości, gazet lub czasopism	60,5	65,4
Korzystanie z serwisów społecznościowych	53	54,8
Prowadzenie rozmów głosowych lub wideo	48,6	55
Korzystanie z komunikatorów	48,6	53,4
Oglądanie nagrań wideo z serwisów tworzonych przez użytkowników	41,6	41,5
Umieszczanie w internecie własnych treści (tekstów, zdjęć, filmów itp.)	21,1	18,1
Granie w gry komputerowe, pobieranie plików z gram, odtwarzanie	17,9	15,6
Oglądanie wideo na żądanie (VOD) od komercyjnych usługodawców	17,5	24,5

*W procentach ogółu osób w wieku 16–74 lata

Źródło: *Jak korzystamy z Internetu?*, GUS, Warszawa-Szczecin 2021.

Badania dotyczące korzystania z internetu prowadzone przez CBOS obejmują podobny zakres informacji do tych udostępnianych przez GUS. Z badań tych wynika, że najpopularniejszą formą wykorzystania internetu w 2020 r. było kontaktowanie się ze znajomymi przez komunikatory (79%). W dalszej kolejności znalazło się korzystanie z serwisów społecznościowych (69%) i oglądanie telewizji, filmów, seriali, nagrań wideo (56%). Oglądanie transmisji realizowanych i nadawanych na żywo przez innych internautów deklarowała ponad jedna trzecia osób korzystających z sieci (37%). Od roku 2019

liczba odbiorców takich transmisji wyraźnie się zwiększyła. Bloga czytał co trzeci badany. Niewiele mniej (32%) dokonywało wpisów na forach, grupach dyskusyjnych, stronach serwisów społecznościowych. Słuchanie radia deklarowało 29%. Większą popularnością w roku 2020 cieszyły się usługi i treści dostępne w sieci odpłatnie, takie jak prenumeraty prasy, dostęp do multimediiów, członkostwo w serwisach lub grach. Usługi tego typu opłacała jedna piąta użytkowników internetu (20%). Pobieranie z sieci darmowych programów, muzyki i filmów deklarowała jedna czwarta internautów (26%). Co czwarty użytkownik internetu (25%) w 2020 r. oglądał online transmisje mszy św. lub innego nabożeństwa (tabela 2).

Tabela 2. Wykorzystanie internetu w celu pozyskania i udostępnienia informacji oraz zagospodarowania czasu wolnego w latach 2019–2020 (w %)

Wyszczególnienie	V'19	VI'20
Kontaktowanie się ze znajomymi przez komunikatory (np. Messenger, WhatsApp)	74	79
Korzystanie z serwisów społecznościowych	66	69
Oglądanie przez internet telewizji, filmów, seriali, nagrań wideo	56	56
Dokonywanie wpisów na forach, grupach dyskusyjnych, stronach serwisów społecznościowych	32	32
Czytanie bloga	29	33
Słuchanie radia przez internet	28	29
Oglądanie w internecie transmisji realizowanych i nadawanych na żywo przez innych użytkowników	26	37
Zamieszczanie zdjęć	25	27
Ściąganie darmowych programów, muzyki, filmów	25	26
Granie z innymi ludźmi w coś w sieci	16	15
Korzystanie z treści dostępnych w sieci internetowej za opłatą, takich jak gazety, zdjęcia, materiały wideo, płatne członkostwo w serwisach, grach	15	20
Prowadzenie bloga lub własnej strony internetowej	5	3
Oglądanie przez internet mszy św. lub innego nabożeństwa	-	25

Źródło: *Korzystanie z Internetu*, CBOS, Komunikat z badań nr 85/2020.

Z badań dotyczących czasu wolnego, przeprowadzonych przez serwis Prezentmarzen na próbie 352 osób, na początku pandemii w marcu 2020 r.¹⁵, wynika, że korzystanie z internetu było istotnym elementem spędzania czasu. Zdaniem 35% respondentów dzięki internetowi można rozwijać swoje zainteresowania i zdobywać nowe umiejętności,

¹⁵ M. Dębska, A. Buczyńska, *Czas wolny Polaków podczas koronawirusa. Wyniki sondy*, 8.05.2020, <https://media.innovationpr.pl/clients/2635/pr/498195/czas-wolny-polakow-podczas-koronawirusa-wyniki-sondy> [dostęp: 10.05.2021].

uczestnicząc w transmisjach w mediach społecznościowych. Według 29% respondentów dobrym źródłem poszerzania wiedzy są poradniki internetowe, a dla 22% różnego rodzaju kursy online. Odpowiadając, z jakich rozrywek najczęściej korzystali badani w tym czasie, odnotowano, że w celu urozmaicenia go, przebywając w domu, czytali książki oraz oglądali filmy i seriale (25%), ćwiczyli fitness i jogę, korzystając z kursów online (22%) lub grali w wirtualne gry (20%). Czas umiłamy przez 18% badanych był również poprzez naukę rzeczy, na które wcześniej nie mieli czasu (np. kursy językowe online) oraz gotowanie i sprawdzanie nowych ciekawych przepisów (15%)¹⁶.

Z badań przeprowadzonych przez ten sam serwis w kwietniu 2021 r. na próbie 522 osób, omówionych w materiałach *Covidowe rozrywki Polaków*, wynika, że przez rok trwania pandemii Polacy pozyskali umiejętność korzystania z nowych technologii w celach rozrywkowych (34%) oraz łączenia rozrywki ze zdobywaniem praktycznych umiejętności (30%). Z badania wynika także, że poza pracą najwięcej czasu ankietowani poświęcali na obecność w social mediach (24%), następnie na uczestnictwo w rozrywkach kulturalnych online, takich jak koncerty czy spektakle (21%). Na gry komputerowe najwięcej wolnego czasu przeznaczają 14% ankietowanych. Zdaniem 11% badanych zarówno udział w warsztatach manualnych, jak i słuchanie muzyki oraz czytanie książek zajmowało najwięcej wolnych chwil. Odpowiedzi na pytanie, jakie rozrywki stały się popularniejsze dzięki pandemii, zdominowały zajęcia wykonywane z wykorzystaniem internetu. Ćwiczenia z instruktorami online popularniejsze stały się zdaniem 21% badanych, uczestnictwo w kulturze online – w opinii 19%, czytanie e-booków oraz słuchanie audiobooków – 18%. Taki sam odsetek respondentów uznał, że popularniejsze stały się gry komputerowe (18%), natomiast 12% badanych stwierdziło, że warsztaty online, np. kulinarne, plastyczne. Zdaniem 41% respondentów trwająca pandemia mobilizuje do ciągłego poszukiwania nowych zajęć. Niestety dla wielu także stała się wymówką, gdyż 24% z nich przyznało, że są bardziej leniwi. Z kolei 17% odpowiedziało, że pod wpływem nowej rzeczywistości zwolniło tryb życia. Na koniec przytaczanych wyników warto odnotować, że dla 12% badanych czas spędzony w sieci stał się bardziej przymusem niż wyborem¹⁷.

Prowadząc własne badania bezpośrednie na temat form zagospodarowania czasu wolnego z wykorzystaniem inteligentnych urządzeń oraz internetu, interesujące wydało się najpierw zdiagnozowanie kompetencji respondentów w zakresie umiejętności używania różnych urządzeń i narzędzi niezbędnych do spędzania w nim czasu wolnego.

¹⁶ A. Buczyńska, *Wypoczywamy w trybie online tęskniąc za aktywnym spędzaniem czasu*, 22.01.2021, <https://media.innovationpr.pl/clients/2635/pr/635298/wypoczywamy-w-trybie-online-teskniac-za-aktywnym-spedzaniem-czasu> [dostęp: 10.05.2021].

¹⁷ A. Buczyńska, M. Dębska, *Covidowe rozrywki Polaków. Co się zmieniło po roku pandemii? Wyniki sondy*, 15.04.2021, <https://media.innovationpr.pl/clients/2635/pr/660249/covidowe-rozrywki-polakow-co-sie-zmienilo-po-roku-pandemii-wyniki-sondy> [dostęp: 10.05.2021].

Z badań wynika, że bardzo wysokie umiejętności związane z korzystaniem ze smartfona deklarowało 69,7% badanych, z komputera – 58,9%, z tabletu – 50% oraz różnych aplikacji internetowych – 61,1%. Gdy zestawiono deklaracje umiejętności wysokich i bardzo wysokich, odsetek respondentów prawie we wszystkich przypadkach zwiększył się do znacznie ponad 90% (poza tabletem, gdzie umiejętności na tych poziomach deklarowało 76,3% badanych).

Analizując uzyskane wyniki badań własnych, stwierdzono, że najpopularniejszą formą spędzania czasu wolnego było korzystanie z YouTube'a. Blisko 90% ankietowanych w czasie wolnym przeglądało jego bardzo zróżnicowane i dostosowane dla każdego odbiorcy przeogromne zasoby (w tym 87,4% kobiet i 91,6% mężczyzn). Niewiele mniej, bo 88,5% badanych, deklarowało oglądanie telewizji, filmów, seriali za pomocą serwisów streamingowych. Analizując odpowiedzi ze względu na płeć badanych, odnotowano, że kobiety częściej niż mężczyźni korzystały z tej formy (91,6% wobec 85,5%). Bardzo podobny odsetek respondentów korzystał z serwisów społecznościowych, słuchał muzyki za pomocą serwisów streamingowych oraz kontaktował się ze znajomymi przez komunikatory (odpowiednio 81,9%, 81,8% oraz 81,1%). We wszystkich przypadkach mężczyźni częściej niż kobiety korzystali z danej formy. Prawie taki sam odsetek badanych korzystał z aplikacji mobilnych służących zarówno do monitorowania aktywności fizycznej, jak i w trakcie wyjazdów turystycznych (odpowiednio 52,7% i 52,1%). Naukę online dla przyjemności zadeklarowało 41,5% badanych (w tym więcej kobiet niż mężczyzn, 44,5% wobec 38,4%). Niewiele mniej respondentów, bo 40,8%, deklarowało granie z innymi ludźmi w coś w sieci, przy czym tym razem zdecydowanie więcej mężczyzn niż kobiet preferowało tę aktywność (51,3% wobec 30,3%). Popularną formą spędzania czasu było czytanie e-booków, bloga oraz czasopism online (odpowiednio 30,2%, 26% oraz 24%). Podróże wirtualne deklarowało 28,7% badanych, zaś zwiedzanie wirtualne muzeów wskazało 7,6% badanych – tabela 3.

Pytając respondentów o stosunek do wybranych aktywności w czasie wolnym z wykorzystaniem inteligentnych urządzeń oraz sieci mobilnych, coraz częściej nieodczownych w życiu współczesnych konsumentów, stwierdzono, że badani zgadzali się (w skali od 1 do 7, gdzie 1 oznaczało, że respondent zdecydowanie się nie zgadzał z tym stwierdzeniem, zaś 7, że się z nim zdecydowanie zgadzał), że konsumenci coraz częściej korzystają z aplikacji mobilnych podczas wyjazdów turystycznych (średnia 6,09), następnie, że częściej pobierają muzykę przez Internet niż kupują płyty CD (średnia 6,05), a także, że konsumenci coraz częściej korzystają z aplikacji mobilnych służących do monitorowania ich aktywności fizycznej (średnia 5,96). Stwierdzenie, że konsumenci częściej wypożyczają filmy, jakie chcą obejrzeć, niż je kupują, również zyskało wysoką średnią (5,74) – tabela 4.

Tabela 3. Formy spędzania czasu wolnego z wykorzystaniem internetu i urządzeń inteligentnych, według płci respondentów (w %)

Wyszczególnienie	Próba Ogółem	Kobiety	Mężczyźni
Korzystanie z YouTube	89,5	87,4	91,6
Oglądanie telewizji, filmów, seriali za pomocą serwisów streamingowych	88,5	91,6	85,5
Korzystanie z serwisów społecznościowych	81,9	84,2	79,7
Słuchanie muzyki za pomocą serwisów streamingowych	81,8	83,5	80
Kontaktowanie się ze znajomymi przez komunikatory	81,1	86,5	75,8
Korzystanie z aplikacji służących do monitorowania aktywności fizycznej	52,7	54,8	50,6
Korzystanie z aplikacji mobilnych w trakcie wyjazdów turystycznych	52,1	50,3	53,9
Nauka online dla przyjemności	41,5	44,5	38,4
Granie z innymi ludźmi w coś w sieci	40,8	30,3	51,3
Korzystanie z aplikacji mobilnych umożliwiających wysyłanie materiałów wideo	37,6	43,9	31,3
Dokonywanie wpisów na forach, grupach dyskusyjnych, stronach serwisów społecznościowych	31,8	30	33,5
Czytanie e-booków	30,2	33,5	26,8
Oglądanie ciekawych miejsc na świecie (podróże wirtualne)	28,7	28,1	29,4
Czytanie bloga	26	25,8	26,1
Korzystanie z serwisów poświęconych turystyce	25,3	25,8	24,8
Czytanie czasopism online	24	20,6	27,4
Oglądanie eksponatów muzealnych (wirtualne zwiedzanie)	7,6	7,1	8,1
Inne	2,7	1,3	4,2

Źródło: Badania własne.

Tabela 4. Stosunek do wybranych aktywności z wykorzystaniem internetu i inteligentnych urządzeń, według płci respondentów (oceny średnie*)

Wyszczególnienie	Oceny średnie		
	Próba ogółem	Kobiety	Mężczyźni
Konsumenci coraz częściej korzystają z aplikacji mobilnych podczas wyjazdów turystycznych	6,09	6,13	6,06
Konsumenci częściej pobierają muzykę przez internet, niż kupują płyty CD (np. Spotify)	6,05	6,09	6,00

Wyszczególnienie	Oceny średnie		
	Próba ogółem	Kobiety	Mężczyźni
Konsumenci coraz częściej korzystają z aplikacji mobilnych służących do monitorowania ich aktywności fizycznej	5,96	6,08	5,83
Konsumenci częściej wypożyczają filmy, jakie chcą obejrzeć, niż je kupują (np. Netflix)	5,74	5,61	5,87
Konsumenci nabywają inteligentne urządzenia, ponieważ używanie ich jest zabawne i uatrakcyjniło codzienne życie	4,82	4,93	4,71

*Oceny dokonano w skali od 1 do 7, gdzie 1 oznaczało, że respondent zdecydowanie się nie zgadza z tym stwierdzeniem, zaś 7, że się z nim zdecydowanie zgadza

Źródło: Badania własne.

Podsumowanie

Internet niemal od początku powszechnego dostępu stał się przestrzenią, w której można w różnorodny sposób zagospodarować czas, niezależnie od miejsca i sytuacji, w jakiej znajduje się konsument. Niecodzienna sytuacja spowodowana przymusowym lockdownem zintensyfikowała korzystanie z internetu w czasie wolnym. Z badań wynika, że konsumenci bardzo chętnie w czasie trwania pandemii COVID-19 korzystają z możliwości, jakie daje dostępność do internetu w celu przeglądania zasobów YouTube'a, oglądania filmów, seriali poprzez telewizję internetową, słuchania muzyki za pomocą serwisów streamingowych, kontaktowania się ze znajomymi przez komunikatory, korzystania z serwisów społecznościowych. Ponadto korzystają z aplikacji mobilnych służących do monitorowania aktywności fizycznej oraz w trakcie wyjazdów turystycznych, a także uczą się online dla przyjemności. Pod wpływem czasu spędzanego w domu większą popularnością zaczęły cieszyć się ćwiczenia z instruktorami online, uczestnictwo w kulturze online, czytanie e-booków i słuchanie audiobooków, granie w gry komputerowe, a także wirtualne podróże i zwiedzanie.

Bibliografia

Literatura

Barney D., *Spółeczeństwo sieci*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008.

Bywalec Cz., *Konsumpcja a rozwój gospodarczy i społeczny*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2010.

- Janowska A., *Przemysły kultury w erze dostępu*, „Studia i Prace, Kolegium Zarządzania i Finansów” 2017, nr 158.
- Kramer J., *Możliwe postawy konsumentów wobec nowych trendów rozwoju konsumpcji*, „Marketing i Rynek” 2015, nr 8.
- Mitrache A.M.V., Necea M.G., *The role of information and communication technology in the development of leisure services*, „Business Excellence and Management” 3, 2013, nr 2.
- Spyra Z., *Aplikacje mobilne na rynku turystycznym w opinii pokolenia Y*, [w:] B. Reformat (red.), *Innowacje w turystyce. Wybrane praktyki działań*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2017.
- Zach S., Lissitsa S., *Internet use and leisure time physical activity of adults – A nationwide survey*, „Computers in Human Behavior” 60, 2016.

Źródła

- Jak korzystamy z Internetu?*, GUS, Warszawa-Szczecin 2021.
- Korzystanie z Internetu*, CBOS, Komunikat z badań nr 85/2020.
- Spółeczeństwo informacyjne w Polsce w 2020 r. Analizy statystyczne*, GUS, Warszawa-Szczecin 2020.

Internet

- 10 najlepszych witryn streamingowych z darmowymi filmami w 2021 roku*, <https://pl.wizcase.com/blog/najlepszych-witryn-streamingowych-z-darmowymi-filmami/>.
- Buczyńska A., *Wypoczywamy w trybie online, tęskniąc za aktywnym spędzaniem czasu*, 22.01.2021, <https://media.innovationpr.pl/clients/2635/pr/635298/wypoczywamy-w-trybie-online-teskniac-za-aktywnym-spedzaniem-czasu>.
- Buczyńska A., Dębska M., *Covidowe rozrywki Polaków. Co się zmieniło po roku pandemii? Wyniki sondy*, 15.04.2021, <https://media.innovationpr.pl/clients/2635/pr/660249/covidowe-rozrywki-polakow-co-sie-zmienilo-po-roku-pandemii-wyniki-sondy>.
- Dębska M., Buczyńska A., *Czas wolny Polaków podczas koronawirusa. Wyniki sondy*, 8.05.2020, <https://media.innovationpr.pl/clients/2635/pr/498195/czas-wolny-polakow-podczas-koronawirusa-wyniki-sondy>.
- Muzyczne serwisy streamingowe – który najlepszy dla audiofila w 2021?*, <https://www.tophifi.pl/blog/post/muzyczne-serwisy-streamingowe-ktory-najlepszy-dla-audiofila-w-2021.html>.
- Platformy VOD*, <https://finansepersonalne.pl/platformy-vod/>.
- Rusiecki R., *Najczęściej wybierane aplikacje monitorujące aktywność fizyczną. Pomagają śledzić przebieg treningu sportowego*, „Dziennik Bałtycki” 12.05.2021, Sportowy24.Pl, <https://dziennikbaltycki.pl/najczesciej-wyberane-aplikacje-monitorujace-aktywnosc-fizyczna-pomagaja-sledzic-przebieg-treningu-sportowego/ar/c2-15279162>.
- TOP 10 aplikacji dla aktywnych fizycznie*, 4.09.2020, <https://feedfit.pl/aktywnosc/top10-aplikacji-dla-aktywnych-fizycznie/>.

Aktywność fizyczna w dobie pandemii COVID-19

Physical activity in the COVID-10 pandemic

Beata Mucha

Instytut Przyrodniczo-Techniczny
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. A. Silesiusa
ORCID: [0000-0001-5103-5105](https://orcid.org/0000-0001-5103-5105)

Monika Mucha

Zakład Zachowań Konsumenckich
Instytut Socjologii
Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytet Wrocławski
ORCID: [0000-0002-8525-0345](https://orcid.org/0000-0002-8525-0345)

Streszczenie

Aktywność fizyczna to ważny aspekt życia człowieka. Mimo rosnącego zapotrzebowania na ruch i aktywne spędzanie czasu wolnego pandemia COVID-19 spowodowała negatywne zmiany w aktywności fizycznej wielu osób. Choć w dobie pandemii wielu ludzi miało zdecydowanie więcej czasu wolnego niż zwykle, nie przełożyło się to na zwiększoną aktywność fizyczną. Następstwa tego mogą być bardzo poważne. Analizie poddano opinie osób regularnie uprawiających aktywność fizyczną.

Przedmiotem badań jest aktywność fizyczna w czasie pandemii. Dla wielu osób okres obostrzeń spowodował zmiany w postrzeganiu czasu wolnego, a tym samym podejście do aktywności fizycznej. Dlatego celem niniejszego artykułu była próba zbadania, w jaki sposób zwiększony czas wolny podczas pandemii zdeterminował aktywność fizyczną. W pracy wykorzystano dwie metody badawcze. W części teoretycznej wykorzystano krytyczną analizę literatury. W części drugiej – praktycznej – wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego.

Słowa kluczowe

aktywność fizyczna, czas wolny, pandemia COVID-19

Abstract

Physical activity is an important aspect of human life. Despite the growing demand for exercise and active leisure, the COVID-19 pandemic has caused negative changes in physical activity for many people. Although many people during the pandemic increased the amount of their free time, this did not translate into increased physical activity. The repercussions of this can be very serious. The opinions of people who are regularly physically active were analyzed.

The subject of research is physical activity during a pandemic. For many people, the period of restrictions caused changes in the perception of free time, and thus the approach to physical activity. Therefore, the purpose of this article was to investigate how increased leisure time during a pandemic determined physical activity. Two research methods were used in the work. In the theoretical part,

a critical analysis of the literature was used. In the second practical part, the diagnostic survey method was used.

Keywords

physical activity, leisure, the COVID-10 pandemic

JEL: I12, I31

Wstęp

Czas wolny pełni wiele istotnych funkcji na każdym etapie rozwoju człowieka, choć zwykle bywa przeznaczony na odpoczynek i samorealizację. W literaturze przedmiotu można spotkać liczne definicje czasu wolnego, a ich wspólnym mianownikiem jest wpływ na holistyczny rozwój człowieka. Jedną z kluczowych funkcji czasu wolnego jest wypoczynek i rekreacja, a co za tym idzie – aktywność fizyczna. Regularna aktywność ruchowa determinuje jakość i długość życia człowieka. Odpowiednio dobrana aktywność wzbogaca także sferę intelektualną i pozwala zachować równowagę między kondycją ciała a stanem umysłu. Przyczynia się do lepszej kondycji psychofizycznej, a także do lepszego samopoczucia. Aktywność fizyczna jest niezwykle ważna dla właściwego rozwoju jednostki, zwłaszcza gdy współczesne społeczeństwo narażone jest na siedzący tryb życia. Uprawianie sportu i systematyczny ruch na powietrzu to nie tylko wiele korzyści dla jednostki, lecz także dla całego społeczeństwa. Zdrowe społeczeństwo żyje dłużej, jest bardziej wydajne, a przede wszystkim jest świadome zdrowego stylu życia. Aktywność fizyczna jest zatem ważnym czynnikiem kształtującym zdrowie, zdrowe nawyki, ale także wartościowe spędzanie czasu wolnego.

Problematyką niniejszych badań jest aktywność fizyczna podejmowana w czasie pandemii COVID-19. Celem badawczym było poznanie opinii respondentów na temat wykorzystywania czasu wolnego w dobie pandemii, zwłaszcza w kontekście aktywności fizycznej. Istotne było poznanie, jak był postrzegany przez badanych czas wolny, na jaką aktywność fizyczną go przeznaczali.

1. Pojęcie czasu wolnego

Czas wolny jest kategorią historyczną, co oznacza, że pojawia się w pewnym procesie rozwoju cywilizacyjnego jako przeciwstawienie czasu pracy¹. Literatura przedmiotu bogata jest w różne definicje czasu wolnego. W większości z tych ujęć ma on

¹ W.M. Kuś, J. Sołtysiak, E. Stecińska-Majkowska, P. Wyszogrodzki, *Czas wolny, rekreacja i zdrowie*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1981, s. 6.

interdyscyplinarny charakter, ponieważ jest w kręgu zainteresowań badaczy z różnych dyscyplin naukowych. Współcześnie jest to powszechnie stosowany i używany termin, który z jednej strony stanowi formę wypoczynku, z drugiej zaś traktowany jest jako marnotrawstwo czasu, gdyż człowiek w takim momencie wykazuje się próżnością, zamiast wykazać się aktywnością. Dlatego też wnioskiem wynikającym z takiego pojmowania czasu wolnego jest postrzeganie go w kontekście stylu życia człowieka².

Zdaniem Zygmunta Skórzyńskiego czas wolny stanowi dyspozycję jednostki, która powinna całkowicie „odciąć się” od pracy, nauki i innych spraw i przeznaczyć go dla siebie, swoich pasji, zainteresowań, a nawet marzeń. Czas wolny zdaniem autora może być także chwilą odprężenia, podczas którego człowiek szlifuje swój charakter i temperament³.

Według *Encyklopedii Powszechnej PWN*, czas wolny oznacza czas „przeznaczony na rozrywkę, odpoczynek, a także doskonalenie kwalifikacji zawodowych”⁴. Zaś w *Słowniku Pedagogicznym* czas wolny to chwila w ciągu dnia, która następuje po wykonanych obowiązkach (pracy, nauce, sprzątaniu, gotowaniu itd.) i jest traktowana jako odpoczynek i regeneracja, której celem jest odprężenie, ale także utrzymanie równowagi psychicznej jednostki, gdyż podczas wykonywania obowiązków może w jednostce nasilać się stres i napięcie i człowiek powinien znaleźć chwilę, aby wyeliminować skumulowane negatywne emocje⁵.

Bogactwo interpretowania czasu wolnego zależy od człowieka. Doświadczenie kulturowe i antropologiczne pokazuje jednak, że im bardziej rozwinięte społeczeństwa, tym bardziej zróżnicowane sposoby spędzania czasu wolnego. Naturalną domeną czasu wolnego jest sfera indywidualna, ponieważ w tym wymiarze realizują się trzy główne atrybuty czasu wolnego: dowolność, dobrowolność i dyskrecjonalność⁶.

Czas wolny można spędzać na dwa sposoby: bierny lub czynny⁷. W pierwszym wypadku jednostka w prosty i nieskomplikowany sposób spędza czas wolny, np. spełniając potrzebę fizjologiczną, czego przykładem może być sen lub jedzenie. Z kolei aktywne spędzanie czasu wolnego odnosi się do świadomego zaplanowania fragmentu dnia, gdzie jednostka jest wolna od obowiązków. W związku z tym wyróżnia się kilka funkcji czasu wolnego, wynikających ze sposobów jego pożytkowania, rodzajów, a także z kultury społecznej:

- „wypoczynkowe, obejmujące zajęcia lub czynności dające odprężenie i odpoczynek fizyczny i psychiczny (rekreacja, zabawa, sen, odpoczynek bierny),

² A. Kamiński, *Czas wolny i jego problematyka społeczno-wychowawcza*, Warszawa 1985, s. 13.

³ R. Winiarski, *Rekreacja i czas wolny. Studia humanistyczne*, Oficyna Wydawnicza „Łośgraf”, Warszawa 2012, s. 239.

⁴ *Encyklopedia Powszechna PWN*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1983, s. 538.

⁵ W. Okoń, *Słownik Pedagogiczny PWN*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1981, s. 45.

⁶ S. Czaja, *Czas w ekonomii*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego, Wrocław 2011, s. 234.

⁷ R. Winiarski, op. cit., s. 242.

- kulturalne, polegające na tworzeniu lub przyswajaniu sobie wartości kulturowych, kontaktowaniu się z twórcami kultury materialnej i kultury fizycznej,
- integracyjne, zaspokajające potrzeby przynależności, osiągnięć, uznania, spajające rodzinę, grupę towarzyską i rówieśniczą,
- wychowawcze, polegające na przyswajaniu sobie bądź wpajaniu innym określonych zasad współżycia i zachowania się (wspólne zabawy, wycieczki, imprezy, spotkania),
- oświatowe, polegające na poszerzaniu swojej wiedzy, zdobywaniu nowych doświadczeń, doksztalcaniu się, doskonaleniu intelektu,
- kompensacyjne, polegające na możliwości wyżycia się w innej sferze niż praca zawodowa, dowartościowania się w innych układach życiowych, sprawdzenia się w innych sferach aktywności niż praca zawodowa”⁸.

Czas wolny właściwie wypełniony odpowiednimi zajęciami ma pozytywne znaczenie dla rozwoju osobowości jednostek i podnoszenia kultury całego społeczeństwa. Funkcje czasu wolnego podlegają silnym oddziaływaniom socjokulturowym oraz procesom globalizacji i relacji międzykulturowych⁹.

Tylko niewielka część Polaków, w porównaniu z innymi społecznościami, aktywnie wypoczywa w czasie wolnym. Proces wychowania do wypoczynku, rekreacji i aktywności fizycznej powinien rozpocząć się już od najmłodszych lat, aby już w trakcie socjalizacji kształtować w dzieciach odpowiednie nawyki i zainteresowania związane z aktywnością fizyczną¹⁰.

2. Aktywność fizyczna w kontekście czasu wolnego

Ruch i aktywność fizyczna stają się coraz ważniejszą czynnością w życiu jednostki, dlatego coraz więcej osób stara się aktywnie spędzać czas wolny. Aktywność ruchowa pomaga człowiekowi uzyskać w sferze psychicznej i społecznej liczne korzyści, np. odporność na stres czy równowagę emocjonalną, które są niezbędne w życiu człowieka zarówno młodego, jak i dojrzałego. Aktywność sprzyja również przyswajaniu norm społecznych, kształtując przy tym zdyscyplinowanie i wytrzymałość w wykonywaniu czynności z jednoczesnym poczuciem odpowiedzialności. Regularna aktywność sprawia, że człowiek się rozwija i znacznie lepiej kontroluje swoje emocje, odróżniając stany napięcia od stanów odprężenia. Dobór aktywności jest oczywiście kwestią indywidualną. W zależności od

⁸ M. Kwilecka, Z. Brożek, *Bezpośrednie funkcje rekreacji*, Almamer – Wyższa Szkoła Ekonomiczna „Druk Tur”, Warszawa 2007, s. 62–64.

⁹ S. Czaja, *op. cit.*, s. 227.

¹⁰ J. Krupa, J. Biliński (red.), *Turystyka w badaniach naukowych*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania, Akademia Wychowania Fizycznego, Rzeszów-Kraków 2006, s. 429–430.

wieku, płci, a także innych zmiennych człowiek dostosowuje aktywność do swoich potrzeb, nie tylko fizjologicznych, lecz także potrzeb wyższego rzędu, jak samorealizacja czy przynależność do grupy. Istotne jest również, że zdrowie fizyczne i psychiczne są ze sobą wzajemnie powiązane¹¹. Dlatego idealnym czasem na tego typu aktywność jest czas wolny, który pozwala wyłączyć się od pracy i innych obowiązków i skupić na przyjemnościach. Należy przy tym podkreślić, że czas wolny jest subiektywnie postrzegany, zwłaszcza że każda osoba potrzebuje innej aktywności. Nie każdy człowiek wybiera aktywność ruchową w czasie wolnym. Część osób preferuje aktywność intelektualną bądź towarzyską. Wszystkie te formy zaspokajają potrzeby jednostki, pozwalając realizować własne cele i aspiracje. Często jednak przyczyną braku aktywności w czasie wolnym jest po prostu jego niewystarczająca ilość. Uprawianie sportu oraz bycie w ruchu wymaga przygotowania, rozgrzewki, a w wielu wypadkach odpowiedniego miejsca do wykonywania ćwiczeń. Nie wszyscy mają swobodny dostęp do obiektów sportowych, przez co ich motywacja do spędzania w ten sposób czasu wolnego po prostu spada¹².

W ostatnich latach w Polsce wzrosło zainteresowanie aktywnością ruchową. Z danych przedstawionych w 2018 r. przez Ministerstwo Sportu i Turystyki wynika, że 60,4% Polaków w wieku powyżej 15 lat uprawia regularnie aktywność fizyczną w różnej formie (jazda na rowerze, bieganie, spacerowanie). W tej grupie 43,3% respondentów jest aktywnych fizycznie w czasie wolnym. Warto także wskazać, że uwzględniając normy Światowej Organizacji Zdrowia WHO, aktywność fizyczną (podejmowanie wysiłku co najmniej umiarkowanego, czyli minimum 150 minut tygodniowo w przynajmniej dziesięciominutowych seriach) podejmuje 83,8% Polaków¹³. Zatem można dostrzec, że odsetek Polaków aktywnych fizycznie w wieku 15–69 lat według kryteriów WHO jest wyższy niż w przypadku ogólnie traktowanej aktywności fizycznej.

Z kolei z badań MultiSport Index 2019 wynika, że w 2019 r. poziom aktywności fizycznej wzrósł do prawie 64%. Porównując aktualne wyniki do danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) z lat 2012 i 2016, bez wątpienia aktywność Polaków z roku na rok rośnie. Według danych GUS z 2012 r. regularnie uprawiała aktywność fizyczną 45,9% Polaków¹⁴. Z kolei według danych z 2016 r. liczba aktywnych Polaków wyniosła nieznacznie więcej, bo 46%¹⁵. Najczęściej deklarowaną aktywnością była jazda na

¹¹ Z. Przybylak, *Tajemnice zdrowego i naturalnego życia*, Fundacja Bioekologiczna „Domena”, Bydgoszcz 1990, s. 94.

¹² M. Kwilecka (red.), *Bezpośrednie funkcje rekreacji*, Almamater – Wyższa Szkoła Ekonomiczna „Druk Tur” Warszawa 2006, s. 74-79.

¹³ *Poziom aktywności fizycznej Polaków 2018*, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Kantor Public, Warszawa 2018.

¹⁴ *Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2016 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013, s. 35, 41.

¹⁵ *Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017, s. 48.

rowerze, pływanie i gra w piłkę (w przypadku mężczyzn). W ciągu tych prawie 10 lat wyraźnie wzrosła aktywność fizyczna Polaków, m.in. spopularyzowały się takie formy aktywności, jak chociażby sporty siłowe i fitness. Polacy zatem w coraz większym stopniu są świadomi korzyści zdrowotnych, jakie niesie regularna aktywność fizyczna, dlatego też swój czas wolny coraz chętniej poświęcają na ruch i sport, aniżeli na siedzenie w domu przed telewizorem czy komputerem.

3. Dotychczasowe wyniki badań nad aktywnością fizyczną w czasie pandemii COVID-19

W marcu 2020 r. w Polsce ogłoszono pierwsze restrykcje i obostrzenia wynikające z pandemii COVID-19. W wyniku rozprzestrzeniania się koronawirusa i dużego zagrożenia zdrowia i życia społeczeństwo zostało odcięte od różnych usług, w tym sportowych. O ile nie każda aktywność ruchowa wymaga korzystania z profesjonalnego sprzętu i urządzeń, o tyle obostrzenia ograniczały także możliwość przemieszczania się i poruszania na dworze, co ostatecznie wpłynęło na aktywność fizyczną Polaków. Z obiektów sportowych w czasie panujących ograniczeń mogły korzystać jedynie wybrane osoby, jak członkowie kadry narodowej czy sportowcy uczestniczący we współzawodnictwie sportowym.

Pandemia koronawirusa zmusiła społeczeństwo do zmiany dotychczasowych nawyków. Przymusowa izolacja społeczna, zamknięcie restauracji, basenów czy klubów fitness miało na celu zapobiegnięcie rozprzestrzeniania się wirusa, jednocześnie jednak wpłynęło na jakość spędzania czasu wolnego. Wiele osób na skutek *lockdownu* i zamknięcia gospodarki zostało bez pracy, co automatycznie zwiększyło ich ilość czasu wolnego. Wydawać by się mogło, że wpłynęło to korzystnie na ich aktywność fizyczną, jednak analiza różnych badań i raportów pokazuje, że pandemia wywołała odwrotny efekt. W trakcie jej trwania, na skutek izolacji społecznej, spadła aktywność fizyczna Polaków. Z badań MultiSportIndex 2020 wynika, że z powodu pierwszego *lockdownu* wiosną 2020 r. aktywność fizyczna Polaków spadła o 4 punkty procentowe. Główną przyczyną ograniczeń było zamknięcie obiektów sportowych. Po ponownym ich otwarciu latem 2020 r. aktywność wzrosła o 2 punkty procentowe i wyniosła wówczas 62%. Taka szybka zmiana pokazała, że Polacy potrzebują ruchu, ale potrafią także szybko zaadaptować się do panujących warunków. Ponadto niezależnie od sytuacji epidemiologicznej z badań wynika, że 73% osób aktywnych fizycznie nie chciało rezygnować z aktywności fizycznej i w miarę możliwości kontynuowało ją¹⁶.

¹⁶ *Aktywność fizyczna Polaków wymaga wsparcia*, Badania MultiSport Index 2020, Warszawa 2020.

Najpopularniejszym miejscem aktywności fizycznej jest siłownia zamknięta oraz siłownia na otwartym powietrzu, basen i hala sportowa. Najmniejszym powodzeniem cieszy się lodowisko i szkoła tańca. Na wykresie 1 przedstawiono najpopularniejsze obiekty sportowe według badań MultiSport Index 2020.

Wykres 1. Najpopularniejsze obiekty sportowe według badań MultiSport Index 2020

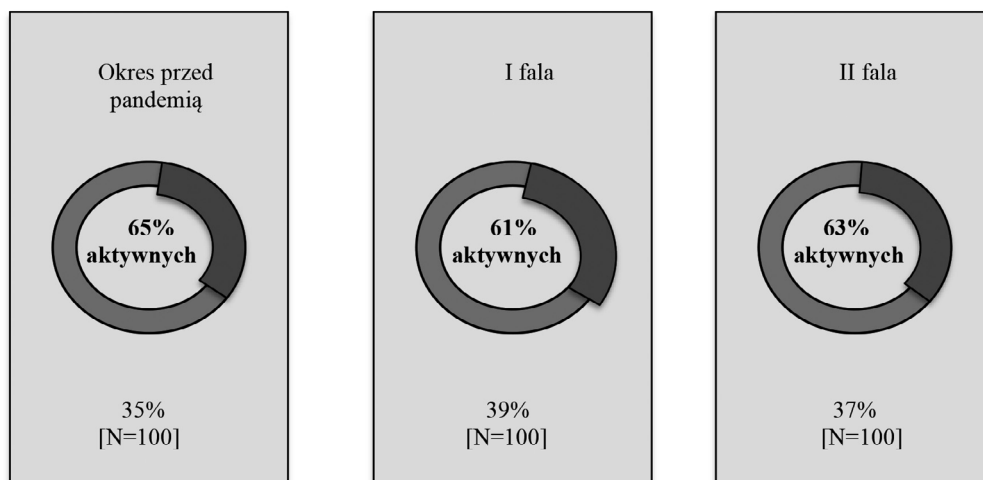


Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Aktywność fizyczna Polaków wymaga wsparcia*, Badania MultiSport Index 2020, Warszawa 2020.

Pomimo licznych ograniczeń w uprawianiu aktywności ruchowej pandemia dała także wiele nowych możliwości. Przede wszystkim zakres aktywności poszerzył się o treningi w Internecie. W sieci dostępnych było wiele „live’ów” prowadzonych przez sportowców i trenerów, którzy starali się aktywizować społeczeństwo bez wychodzenia z domu. Według przytoczonych już badań MultiSport Index 2020 treningi online były praktykowane przez 75% posiadaczy karty Multisport. Co ciekawe, według badań American College of Sports Medicine w 2019 r. treningi online zajmowały 26 miejsce w ogólnych trendach w fitnessie. Wybuch pandemii spowodował, że w 2020 r. treningi tego typu uplasowały się na pierwszym miejscu, detronizując nowoczesną technologię, jak opaski fitness, pulsometry czy monitory aktywności¹⁷.

Dostępne dane pokazują, że mimo wszystko przed pandemią aktywność fizyczna Polaków była zdecydowanie wyższa. W trakcie pierwszej – N=100 fali zmniejszyła się o 4 punkty procentowe, a w trakcie drugiej (jesień 2020 r.) – N=100 – wzrosła o 2 punkty procentowe, choć nadal była niższa w stosunku do aktywności sprzed pandemii. Na wykresie 2 przedstawiono aktywność fizyczną Polaków przed pandemią i w trakcie jej trwania.

¹⁷ American College of Sport Medicine, www.acsm.org [dostęp: 10.05.2021].

Wykres 2. Poziom aktywności fizycznej Polaków przed pandemią i w czasie jej trwania

Źródło: Opracowanie własne na podstawie *Aktywność fizyczna Polaków wymaga wsparcia*, Badania MultiSport Index 2020, Warszawa 2020.

Warto dodać, że wśród osób aktywnych fizycznie w trakcie pierwszej fali aktywność spadła przede wszystkim u młodych osób, co prawdopodobnie wynikało z faktu zamknięcia siłowni i innych obiektów sportowych. Za to wzrosła z 74% do 79% aktywność osób zamieszkujących w dużych miastach. Prawdopodobnie większa determinacja, dostęp do sieci oraz znacznie więcej czasu wolnego przyczyniły się do aktywności fizycznej osób z większych miast niż z mniejszych miejscowości i wsi. Z kolei w trakcie drugiej fali aktywność wśród młodych osób (15-24 lata) wzrosła o 10%, ale wciąż była na niższym poziomie niż przed wybuchem pandemii.

4. Metodyka badań

Przedmiotem badań jest aktywność fizyczna w czasie pandemii. Dla wielu osób okres obostrzeń spowodował zmiany w postrzeganiu czasu wolnego, a tym samym podejście do aktywności fizycznej. Dlatego celem niniejszego badania było poznanie, w jaki sposób zwiększony czas wolny podczas pandemii zdeterminował aktywność fizyczną. W tym celu posłużono się sondażem diagnostycznym pozwalającym na poznanie opinii respondentów na temat wykorzystywania czasu wolnego w czasie pandemii.

Badaniem objęto 150 osób regularnie uprawiających aktywność fizyczną (bieganie, zajęcia siłowe i fitness, jazda na rowerze) oraz osiemnastu trenerów personalnych zatrudnionych w klubach sportowych i fitness na Dolnym Śląsku. Badania przeprowadzono w okresie od stycznia do kwietnia 2021 r. Wśród badanych osób 59% stanowiły kobiety, pozostałą część (41%) mężczyźni. Badani byli w różnym wieku, choć przeważającą grupą

były osoby w wieku 26–34 lata (65%). Osoby w wieku 18–25 lat stanowiły 27% badanych zaś osoby w wieku 35–44 lat – pozostałe 8%.

5. Wyniki badań

W czasie trwającej od marca 2020 r. pandemii wzrosła wśród społeczeństwa ilość czasu wolnego. Wyniki badań własnych pokazują, że zwiększony czas wolny podczas pandemii wpłynął na aktywność fizyczną osób. Część osób jeszcze bardziej zmotywowała się do pracy nad własną sylwetką, jednak sporo ludzi po zamknięciu siłowni i klubów fitness przestała ćwiczyć i dbać o swoją kondycję fizyczną. Wielomiesięczne zamknięcie siłowni i klubów fitness wywołało wiele zmian w podejściu do aktywności fizycznej. Mimo niewielkiego spadku tejże aktywności powstały nowe sposoby bycia aktywnym. Pandemia rozszerzyła zakres treningów o rozwiązania internetowe, takie jak treningi online czy zdalne konsultacje z ekspertami w dziedzinie sportu lub diety.

Analizę rozpoczęto od postrzegania czasu wolnego przez badanych. Większość badanych (57%) wskazała, że jest to czas, kiedy uczestniczą w różnych aktywnościach fizycznych (siłownia, bieganie, jazda na rowerze). Co trzeci badany (30%) z kolei wskazał, że jest to czas, kiedy spotyka się ze znajomymi. Pozostałe osoby uznały, że czas wolny jest czasem zarezerwowanym na czytanie książki (9%) lub spędzanie go przed komputerem (4%). Nieco inaczej przedstawia się sytuacja po uwzględnieniu płci. Okazuje się, że w grupie kobiet znacznie częściej czas wolny kojarzy się ze spędzaniem go w towarzystwie znajomych, z kolei mężczyźni o wiele częściej wskazywali na spędzanie czasu wolnego w aktywny sposób.

Tabela 1. Pojęcie czasu wolnego w opinii badanych

	Kobiety	Mężczyźni	Łącznie (N=168)	Łącznie w %
Aktywne spędzanie czasu	24	71	95	57%
Czas przeznaczony na spotkania towarzyskie	31	25	56	30%
Czas na czytanie książek	12	3	15	9%
Czas przed komputerem/telewizorem	2	5	7	4%

Źródło: Opracowanie własne.

Na podstawie przeprowadzonego wywiadu z trenerami personalnymi oraz osobami regularnie będącymi aktywnymi fizycznie wynika, że zdecydowanie trudniej jest się zmotywować do ćwiczeń w domu. Jedynie 17% badanych stwierdziło, że ma większą motywację do ćwiczeń w domu. Większość badanych (65%) uważa, że czuje się lepiej

i bezpieczniejszej w klubie fitness. Ćwiczenia w domu wymagają większej determinacji i samozaparcia, co jest trudne, zwłaszcza gdy obecne są czynniki rozpraszające, jak dzieci, obowiązki domowe czy obecność partnera.

Tabela 2. Motywacja do aktywności fizycznej w trakcie pandemii COVID-19

	Kobiety	Mężczyźni	Łącznie (N=168)	Łącznie w %
Większa motywacja do ćwiczeń	9	19	28	17%
Swoboda domowa	15	7	22	13%
Za dużo czynników rozpraszających	43	17	60	36%
Większe poczucie bezpieczeństwa w klubie fitness	78	31	109	65%

Źródło: Opracowanie własne.

Badania pokazały, że spośród badanych jedynie 68% ankietowanych kontynuowało regularnie aktywność fizyczną. W tej grupie 49% regularnie ćwiczyło w domu, korzystając z dostępnych na YouTube filmików oraz z treningów online. Kolejne 29% wykorzystywało w tym celu siłownię na świeżym powietrzu bądź nabyło własny sprzęt potrzebny do aktywności ruchowej. 25% badanych korzystało z pomocy znajomych, którzy udostępniali im swój sprzęt. W czasie pandemii, zwłaszcza podczas pierwszej fali, zaobserwowano wzmożoną sprzedaż różnego rodzaju akcesoriów do ćwiczeń oraz urządzeń, takich jak orbitreki, rowerki stacjonarne czy podstawowe wyposażenie do ćwiczeń siłowych (ławeczki, drążki do podciągania, gryfy, hantle). Dlatego część badanych mogła kontynuować aktywność fizyczną pomimo utrudnień.

Tabela 3. Formy aktywności fizycznej w czasie pandemii COVID-19

	Kobiety	Mężczyźni	Łącznie (N=168)	Łącznie w %
Regularna aktywność fizyczna poza domem (bieganie, jazda na rowerze)	43	71	114	68%
Treningi online	60	22	82	49%
Aktywność fizyczna w parkach, otwartych na powietrzu siłowniach	15	33	48	29%
Aktywność fizyczna na domowym sprzęcie	21	27	48	29%
Aktywność fizyczna u znajomych w domu/piwnicy/na strychu	5	37	42	25%

Źródło: Opracowanie własne.

Badania własne pokazały również, że kobiety znacznie częściej korzystały z treningów online, natomiast mężczyźni, zwłaszcza ci uprawiający sporty siłowe, chętniej kontynuowali ćwiczenia siłowe z wykorzystaniem ciężaru ciała bądź zakupionego sprzętu. Jednak spośród wszystkich badanych dostrzega się ważną zależność – 75% z nich deklaruje, że ich poziom aktywności zmniejszył się w porównaniu do czasu sprzed pandemii. Pomimo iż większość z tych osób regularnie uprawiała aktywność fizyczną, to 39% respondentów uważa, że spadek ten jest znaczący. Większą demotywację dostrzega się u kobiet. Mężczyźni w mniejszym stopniu odczuli spadek motywacji, a dodatkowo częściej niż kobiety odczuwali wyższą motywację do ćwiczeń w trakcie pandemii. Głównym powodem niższej częstotliwości aktywności fizycznej jest brak dostępu do profesjonalnych urządzeń i sal oraz brak możliwości bezpośredniego uczestniczenia w zajęciach sportowych i fitness. Dodatkowym utrudnieniem dla 21% badanych był fakt, że w czasie pandemii nie można było swobodnie się poruszać po dworze. Był okres, kiedy zamknięte były także lasy, co zdemotywoowało część badanych do uprawiania jakiegokolwiek aktywności fizycznej.

Tabela 4. Opinia badanych na temat poziomu aktywności fizycznej w czasie pandemii COVID-19

	Kobiety	Mężczyźni	Łącznie (N=168)	Łącznie w %
Taki sam jak przed pandemią	3	5	8	5%
Większa częstotliwość aktywności fizycznej w czasie pandemii	14	20	34	20%
Mniejsza częstotliwość aktywności fizycznej w czasie pandemii	89	37	126	75%

Źródło: Opracowanie własne.

Mimo iż większość (81%) badanych miała więcej czasu wolnego w pandemii, nie wpłynęło to korzystnie na ich aktywność fizyczną. W ramach obostrzeń nie tylko zamknięto kluby sportowe, ale również nastąpił ograniczony dostęp do lasów, parków i innych miejsc publicznych, gdzie można aktywnie spędzać czas. Ponadto na skutek zmiany trybu życia badanych znacznie ciężiej było zmotywować się do pracy nad sobą. Większość badanych w czasie pandemii miała więcej czasu wolnego ze względu na zmianę trybu pracy (praca zdalna), co jednak wywołało w dalszej perspektywie czasowej negatywny nastrój i obniżone samopoczucie. Częstsze przebywanie w domu nie sprzyjało zwiększonej aktywności fizycznej w domu, a nawet ją hamowało bądź całkowicie eliminowało.

Podsumowanie

Czas wolny to kategoria, która jest traktowana przez każdego w inny sposób, choć należy zauważyć, że część ludzi po prostu przeznaczają go na aktywność fizyczną. Zachowania zdrowotne są działaniami świadomie podjętymi przez jednostkę. Mają one na celu wzmocnienie lub zwiększenie potencjału swojego zdrowia. Regularne ćwiczenia sprawiają, że człowiek rozwija swoją samoświadomość, co ułatwia mu odróżnienie stanów napięcia i odprężenia. Ludzie potrzebują ruchu, ponieważ jest on ich naturalnym sprzymierzeńcem w walce ze stresem i wszelkimi chorobami. Aktywny tryb życia nie zależy jednak tylko od chodzenia do klubów fitness. Spacer, bieganie, jazda na rowerze, pływanie, ćwiczenia w domu to aktywności, które wpływają na sprawność fizyczną i poprawę stanu zdrowia.

Zwiększona ilość czasu wolnego podczas pandemii COVID-19 z całą pewnością wpłynęła na aktywność fizyczną. Jak pokazują wyniki badań, okres pandemii dla jednych przyniósł wiele korzyści pod względem utrzymania formy, a dla innych skutkowało utratą chęci i motywacji do bycia aktywnym i tym samym oznaczało pogorszenie formy i zdrowia. Czas wolny dla większości badanych był przeznaczony na aktywność fizyczną, ale także na spotkania towarzyskie. Wydaje się zatem słuszne stwierdzenie, że badani właściwie wykorzystują swój czas wolny. Budujące jest to, że większość jednak wybiera aktywne spędzanie czasu wolnego, gdyż świadczy to o wzrastającej świadomości społeczeństwa na temat ważności bycia aktywnym ruchowo, co determinuje z kolei nie tylko rozwój człowieka, lecz także rozwój całego społeczeństwa. Niestety pandemia i wynikające z niej obostrzenia spowodowały spadek motywacji, co w perspektywie długofalowej może mieć poważne konsekwencje dla zdrowia ludzi. Mimo iż pojawiły się nowe formy aktywności, to dla osób regularnie ćwiczących brak dostępu do obiektów sportowych i profesjonalnych urządzeń jest zachętą do kontynuowania aktywności w domu. Potwierdzają to nie tylko badania własne, lecz także inne niezależne badania i raporty.

Literatura

- Czaja S., *Czas w ekonomii*, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego, Wrocław 2011.
- Encyklopedia Powszechna PWN*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWE, Warszawa 1983.
- Kamiński A., *Czas wolny i jego problematyka społeczno-wychowawcza*, Warszawa 1985.
- Krupa J., Biliński J. (red.), *Turystyka w badaniach naukowych*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania, Akademia Wychowania Fizycznego, Rzeszów- Kraków 2006.
- Kuś W.M., Sołtysiak J., Stecińska-Majkowska E., Wyszogrodzki P., *Czas wolny, rekreacja i zdrowie*, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych, Warszawa 1981.

- Kwilecka M. (red.), *Bezpośrednie funkcje rekreacji*, Almamer – Wyższa Szkoła Ekonomiczna „Druk Tur” Warszawa 2006.
- Kwilecka M., Brożek Z., *Bezpośrednie funkcje rekreacji*, Almamer – Wyższa Szkoła Ekonomiczna „Druk Tur” Warszawa 2007.
- Okoń W., *Słownik Pedagogiczny PWN*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1981.
- Poziom aktywności fizycznej Polaków 2018*, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Kantor Public, Warszawa 2018.
- Przybylak Z., *Tajemnice zdrowego i naturalnego życia*, Fundacja Bioekologiczna „Domena”, 1990.
- Winiarski R., *Rekreacja i czas wolny. Studia humanistyczne*, Oficyna Wydawnicza „Łośgraf”, Warszawa 2012.

Źródła

- Aktywność fizyczna Polaków wymaga wsparcia*, Badania MultiSport Index 2020, Warszawa 2020.
- Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017.
- Uczestnictwo Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej w 2016 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013.

Internet

- Amercinac College of Sport Medicine, www.acsm.org [dostęp: 10.05.2021].

Aktywność fizyczna w zachowaniach prozdrowotnych zawodowych muzyków

Physical activity in pro-health behaviour of professional musicians

Kinga Czyżewska

Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu

Wydział Nauk o Zdrowiu

ORCID: [0000-0001-9570-3259](https://orcid.org/0000-0001-9570-3259)

Grażyna Światowy

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

ORCID: [0000-0002-7324-583X](https://orcid.org/0000-0002-7324-583X)

Streszczenie

Aktywność fizyczna jest ważnym elementem zachowań prozdrowotnych, ma znaczący wpływ na rozwój i funkcjonowanie ludzkiego organizmu. Zapobiega wadom postawy i pozytywnie wpływa na kondycję fizyczną i psychiczną świadczącą o stanie zdrowia i komforcie życia. Wykonywanie zawodu muzyka wymaga bardzo dobrej sprawności fizycznej i psychicznej, to jest gra ciałem i duszą. Muzycy są narażeni na stres, spędzają długie godziny, grając na wybranych instrumentach, co wiąże się z przybraniem pozycji ciała właściwych dla instrumentu, ale mało ergonomicznych dla organizmu. Celem artykułu jest porównanie poziomu aktywności fizycznej pomiędzy zawodowymi muzykami a osobami niezajmującymi się muzyką. Wykorzystano tu źródła wtórne ze studiów literaturowych oraz źródła pierwotne ze celowo przeprowadzonych badań ankietowych dotyczących zdrowia, aktywności fizycznej i danych osobowych oraz kwestionariusz WHOQOL-Bref. Grupę badaną stanowiło 28 zawodowych muzyków, w wieku od 20 lat do 43 lat. W grupie kontrolnej było 25 osób w wieku od 18 lat do 52 lat. Obie grupy składały się z samych kobiet. Badanie przeprowadzono wiosną 2020 r. podczas pierwszej fali pandemii COVID-19 i wprowadzonych ograniczeń, w tym zakazu organizowania koncertów oraz występów publicznych, co rzeczywiście skutkowało pozbawieniem możliwości wykonywania zawodu muzyka. Wyniki pokazały dużo większą aktywność fizyczną zawodowych muzyków w porównaniu z wcześniejszymi okresami i innymi grupami społecznymi. Zwiększona aktywność fizyczna stała się dla nich sposobem na przetrwanie i utrzymanie dobrej kondycji.

Słowa kluczowe

aktywność fizyczna, zachowania prozdrowotne, zdrowie, zawód muzyka

Abstract

Physical activity is an important element of healthy behavior, it has a significant impact on the development and functioning of the human body. It prevents posture defects and has a positive effect on the physical and mental condition, which proves the health and the comfort of life. Practicing as

a musician requires very good physical and mental fitness, that is, playing with the body and soul. Musicians are exposed to stress and spend long hours playing selected instruments, which is associated with adopting body positions appropriate for the instrument, but not very ergonomic for the organism. This article aims to compare the level of physical activity between professional musicians and non-musicians. Secondary sources from literature studies and primary sources from deliberately conducted surveys on health, physical activity, and personal data as well as the WHOQOL-Bref questionnaire were used here. The study group consisted of 28 professional musicians, aged 20 to 43. There were 25 people in the control group, aged 18 to 52. Both groups were all women. The study was conducted in the spring of 2020 during the first wave of the COVID-19 pandemic when restrictions were imposed, including a ban on concerts and public gatherings, which resulted in the elimination from practicing the profession of musicians. The results showed that professional musicians were much more physically active compared to earlier periods and other social groups. Increased physical activity has become a way to survive and keep fit.

Keywords

physical activity, pro-health behavior, health, music profession

JEL: D01, D19, I12

Wprowadzenie

Aktywność fizyczna wpływa na rozwój i funkcjonowanie ludzkiego organizmu, jest ważnym elementem zachowań prozdrowotnych każdego człowieka, kreuje kondycję fizyczną i psychiczną. Łączy się z wykonywaniem wielu czynności w życiu codziennym, z rekreacją, sportem i często z pracą zawodową. Ciekawym przykładem jest praca zawodowych muzyków, która silnie angażuje zmysłowe odczuwanie i jednocześnie wymaga skupienia umysłu oraz wprawnych ruchów podczas gry na wybranym instrumencie. Sprawność fizyczna i psychiczna jest więc szczególnie ważna w zawodzie muzyka. Długoletnia, zwykle już w dzieciństwie rozpoczynana nauka gry na instrumencie muzycznym, a następnie doskonalenie tej gry w trakcie wielogodzinnych ćwiczeń może skutkować różnymi dolegliwościami obniżającymi sprawność fizyczną. Dlatego w grupie muzyków ważna jest właściwie dobrana aktywność i rehabilitacja ruchowa. Celem artykułu jest poznanie faktycznego nastawienia muzyków do dbałości o własne zdrowie i porównanie poziomu aktywności fizycznej pomiędzy zawodowymi muzykami a osobami niezajmującymi się muzyką.

Znaczenie aktywności fizycznej w profilaktyce zdrowia

Aktywność fizyczna jest definiowana jako zaplanowana i wielokrotnie powtarzana praca mięśni charakteryzująca się celowo ukierunkowanym na zdrowotne potrzeby organizmu ponad spoczynkowym wydatkiem energii lub wydatkiem powodującym

zmęczenie¹. Eksperci WHO rekomendują podejmowanie minimum 30-minutowej umiarkowanej aktywności fizycznej nie mniej niż przez 5 dni w tygodniu lub alternatywnie co najmniej 20-minutowej intensywnej aktywności fizycznej 3–4 dni w tygodniu. Zaleca się też aktywność fizyczną dla zwiększania siły mięśniowej i wytrzymałości organizmu.

Badania dowiodły, że aktywność fizyczna pozytywnie działa na pracę układu sercowo-naczyniowego oraz zmniejsza częstotliwość występowania chorób przewlekłych. Natomiast zbyt mała aktywność fizyczna wpływa negatywnie na zdrowie². Siedzący styl życia ma negatywny wpływ na procesy starzenia się organizmu oraz sprzyjający wpływ na powstawanie niektórych chorób tzw. cywilizacyjnych³. Nawrocka⁴ w badaniach własnych wykazała znaczącą zależność pomiędzy liczbą godzin przeznaczanych przez uczniów szkół muzycznych na aktywność fizyczną a występowaniem u nich dolegliwości bólowych narządu ruchu. Zatem zwiększenie aktywności fizycznej młodych muzyków będzie skutkować zmniejszeniem ich dolegliwości bólowych. Z badań wynika, że aż 31% badanych uczniów ze szkół muzycznych poza dwiema godzinami wychowania fizycznego w tygodniu w ogóle nie przeznaczają czasu wolnego na aktywność fizyczną. Nawrocka i Janiszewski w swoich badaniach wykazali, że muzycy w obawie o kontuzje kończyn górnych, które są narzędziem ich pracy, nie podejmują aktywności fizycznej⁵.

Zdrowotny wpływ muzyki – muzyka a jakość życia

Muzyka odgrywa bardzo ważną rolę w życiu każdego człowieka⁶. Działając na zmysły, wpływając na nastrój, samopoczucie, koncentrację, oddziałuje ona na jakość życia. W badaniach na temat działania muzyki na ludzki organizm analizowano jej wpływ na samopoczucie, badano ją jako środek zakłócający i ułatwiający osiągnięcie dobrego samopoczucia⁷. Evans w swoich badaniach wykazał, że muzyka jest w stanie spełniać trzy podstawowe potrzeby opisane przez teorię samostanowienia jako konieczne, by osiągnąć dobre samopoczucie⁸. Podobnie twierdził Dickinson, prowadząc badania

¹ J. Drabik, M. Resiak, *Styl życia w promocji zdrowia*, AWFis, Gdańsk 2010, s. 29–196.

² A. Grabowska, *Stres pod kontrolą*, „Zdrowie” 2011, nr 10.

³ Z. Jethon, *Niska aktywność ruchowa a zdrowie*, [w:] J. Karski, Z. Słońska, B. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia*, Sanmedia, Warszawa 1994, s. 219.

⁴ A. Nawrocka, A. Wołyńska-Ślężyńska, *Wady postawy u młodych muzyków*, „Fizjoterapia Polska” 8, 2008, nr 4, s. 425–435.

⁵ M. Janiszewski, *Ergonomia zawodu muzyka*, PWN, Warszawa 1992.

⁶ G. Światowy, *Upodobania muzyczne Dolnoślązaków w świetle badań ankietowych*, „Nauki o zarządzaniu – badania rynkowe” 2011, nr 6, s. 191–201.

⁷ R.A. Philippe, C. Kosirnik, N. Vuichoud, *Understanding Wellbeing Among College Music Students and Amateur Musicians in Western Switzerland*, „Frontiers in Psychology” 10, 2019.

⁸ P. Evans, *Self-determination theory: an approach to motivation in music education*, „Music. Sci.” 19, 2005, nr 1, s. 65–83, DOI: 10.1177/1029864914568044.

nad wpływem muzyki na samopoczucie. Stwierdził, że muzyka może motywować, a jej rytm może zmniejszać uczucie niepokoju⁹. Wykazał, że muzyka pomaga utrzymać równowagę pomiędzy życiem zawodowym i osobistym. Udowodnił też łagodzące działanie muzyki na zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i depresję. W wielu badaniach wskazywano znaczący wpływ muzyki na ludzkie życie. W 2000 r. Boyce-Tillman wykazał, że muzyka ma pozytywny wpływ na kreatywność i samopoczucie¹⁰. Okazało się, że zarówno słuchanie, jak i tworzenie muzyki znacząco działają na człowieka.

Wspólne wykonywanie muzyki praktykowane było od starożytności. Wykonywana była wtedy podczas obrzędów religijnych, polowań, uroczystości i innych rytuałów. Pełniła również funkcję w rozrywce, towarzysząc tańcu. Od lat wierzono, że muzyka ma duży wpływ na duszę, co we współczesnych badaniach określa się jako wpływ muzyki na psychikę. Muzyka śpiewana w grupach miała za zadanie podnosić lub rozładowywać napięcie, zależnie od momentu, w jakim była wykonywana. Wykonywano i wykonuje się ją nadal w momentach emocjonalnego pobudzenia. W czasie szykowania się do bitwy, polowania, podczas ceremonii i rytuałów związanych z istotnymi momentami w życiu człowieka, tj. narodzinami, zaślubinami i pogrzebami¹¹. Muzyka ułatwia porozumienie emocjonalne oraz zwiększa empatię¹².

Zawodowi muzycy są twórcami muzyki, jest ona obecna w ich życiu bardziej niż w innych grupach zawodowych. Wpływ ma jednak podobny, jednakże o większym natężeniu. W badaniach nad jakością życia wśród zawodowych muzyków¹³ wzięło udział 126 zawodowych muzyków. Podzielono ich na dwie grupy: studentów muzyki z akademii muzycznej oraz muzyków amatorów. W obu grupach poziom jakości życia był wysoki w każdym z komponentów: najwyższy wynik został odnotowany w zakresie środowiskowej (75 pkt), następnie w zakresie społecznej (74 pkt) i fizycznej (73,8 pkt), w zakresie psychicznej odnotowano 70,3 pkt. Studenci muzyki osiągnęli niższe wyniki niż muzycy amatorzy w kwestii ogólnej jakości życia i stanu zdrowia oraz w zakresie fizycznej. Odnotowano wyższe wyniki w zakresie społecznej u studentów muzyki niż u amatorów. We wnioskach stwierdzono, że mimo iż muzyka może nieść korzyści dla zdrowia ogólnego i zdrowia psychicznego, należy zwiększyć świadomość zdrowotną i promocję zdrowia wśród studentów akademii muzycznych.

⁹ S.C. Dickinson, *7 ways music can enhance wellbeing*, „Occupa. Health Wellbeing” 70, 2018, nr 2, s. 20–21.

¹⁰ J. Boyce-Tillman, *Music and wellbeing*, „J. Transdiscipl. Res. S. Afr.” 10, 2014, nr 2, s. 12–33.

¹¹ M. Kowalska, *ABC historii muzyki*, Musica Jagellonica, Kraków 2001.

¹² J.W. Davidson, *Singing for self-healing, health and wellbeing*, „MCA Music Forum” 2008, s. 29–33; oraz J. Boyce-Tillman, *op. cit.*

¹³ R.A. Philippe, C. Kosirnik, N. Vuichoud, *op. cit.*

Badano również wpływ muzyki na człowieka według modelu PERMA, tj. pozytywne emocje, relacje, zaangażowanie, znaczenie i osiągnięcia¹⁴. Pracę nad badaniami rozpoczął w 2012 r. Croom, a zaraz po nim kontynuowali je Ascenso i współpracownicy¹⁵. Przebadano grupę profesjonalnych muzyków i wynioskowano, że testowani osiągnęli bardzo wysokie wyniki we wszystkich wymiarach modelu. Potwierdziło to wyniki z innych badań, że nawet wśród muzyków zawodowych muzyka wpływa na dobre samopoczucie.

Poza pozytywnym wpływem muzyki odnotowano również jej negatywny wpływ na jakość życia. Uargumentowano to wieloma wyzwaniami, przed jakimi staje muzyk w swojej pracy. Ból fizyczny uznano za jeden z nieodłącznych skutków zawodowego tworzenia muzyki. Zaledwie 26,7% badanych obstawało przy tym, że nie doznało bólu związanego z wydajnością¹⁶. Podobnie Croom w swoich badaniach w 2012 r. dowiódł, że niekiedy muzycy odczuwają tak silny ból, że jest on w stanie upośledzić ich wydajność. Natomiast Laever i współpracownicy w 2011 r. wykazali, że aż 86% z badanych zawodowych muzyków często odczuwa silny ból¹⁷. Odnotowano również, że większość profesjonalnych muzyków zmagala się z przynajmniej jednym problemem zdrowotnym (86%), a przynajmniej raz doznało poważnych problemów zdrowotnych aż 76% badanych¹⁸. Według badań Zaza¹⁹ oraz Crudera i wsp.²⁰ aż 35%–80% studentów akademii muzycznych cierpi na występowanie zaburzeń w obrębie układu szkieletowego oraz mięśniowego. Studenci muzyki porównani ze studentami medycyny częściej skarżyli się na ból²¹. Zbadano również zjawisko lęku i stresu towarzyszące podczas występów, wskaźniki były znacznie wyższe niż w innych grupach²².

¹⁴ M.E. Seligman, *What is the good life*, „APA Monit.” 29, 1998, s. 1–4.

¹⁵ S. Ascenso, R. Perkins, A. Williamon, *Resounding Meaning: a PERMA wellbeing profile of classical musicians*, „Front. Psychol.” 9, 2018, DOI: 10.3389/fpsyg.2018.01895.

¹⁶ D.T. Kenny, T. Driscoll, B. Ackermann, *Psychological well-being in professional orchestral musicians in Australia: a descriptive population study*, „Psychol. Music” 42, 2014, nr 2, s. 210–232, DOI: 10.1177/0305735612463950.

¹⁷ R. Leaver, E.C. Harris, K.T. Palmer, *Musculoskeletal pain in elite professional musicians from British symphony orchestras*, „Occup. Med.” 61, 2011, nr 8, s. 549–555, 10.1093/occmed/kqr129.

¹⁸ M. Fishbein, S.E. Middlestadt, V. Ottati, S. Straus, A. Ellis, *Medical problems among ICSOM musicians: overview of a national survey*, „Med. Probl. Perform. Art.” 3, 1988, s. 1–8.

¹⁹ C. Zaza, *Playing-related musculoskeletal disorders in musicians: a systematic review of incidence and prevalence*, „Can. Med. Assoc. J.” 158, 1998, nr 8, s. 1019–1025.

²⁰ C. Cruder, D. Falla, F. Mangili, L. Azzimonti, L. Araújo, A. Williamon, *Profiling the location and extent of musicians' pain using digital pain drawings*, „Pain Pract.” 18, 2018, nr 1, s. 53–66.

²¹ L.M. Kok, T.P.V. Vlieland, M. Fiocco, R.G. Nelissen, *A comparative study on the prevalence of musculoskeletal complaints among musicians and non-musicians*, „BMC Musculoskelet. Disord.” 14, 2013, nr 1, s. 1–7, DOI: 10.1186/1471-2474-14-9.

²² Por. D.T. Kenny, T. Driscoll, B. Ackermann, *op. cit.*; M.S. Osborne, D.J. Greene, D.T. Immel, *Managing performance anxiety and improving mental skills in conservatoire students through performance psychology training: a pilot study*, „Psychol. Well Being” 4, 2014, nr 1, s. 1–17, DOI: 10.1186/

W badaniach Williamona²³ oraz Kenny'ego²⁴ zauważono jeszcze jeden związek pomiędzy muzyką a jakością życia. Zachodzi tu swoiste sprzężenie zwrotne: muzyka może wpływać pozytywnie lub negatywnie na jakość życia, a jakość życia i ogólne samopoczucie może wpływać na jakość gry. Kenny i współpracownicy doszli do wniosków, że ciężko jest utrzymać dobrą jakość życia, będąc profesjonalnym muzykiem. Stwierdzono, że muzycy wykazują małe zainteresowanie w kwestii działań prozdrowotnych. Poprzez analizę wyników stwierdzono znaczące odchylenia od optymalnego poziomu zdrowia psychicznego oraz nieprawidłowe zachowania zdrowotne.

Wyniki badań dotyczące jakości życia wśród muzyków różnią się od siebie, ponieważ nie ma jednej uniwersalnej definicji jakości życia. Dotychczasowe badania skupione były na komponentach jakości życia, tj. na poziomie śmiertelności, zachorowalności, komforcie lub jego braku w wyniku obecności dolegliwości bólowych. Badano mierniki niepełnosprawności, powstawanie wad postawy oraz wpływ tych czynników na funkcjonowanie w życiu codziennym. Wyniki uzyskane w tych badaniach były różne ze względu na odmienności kulturowe, zachowania lokalne, grupy społeczne i regiony geograficzne, w jakich były prowadzone.

Aktywność fizyczna zawodowych muzyków w świetle badań własnych

Dla dokładniejszego poznania zachowań prozdrowotnych wśród zawodowych muzyków w Polsce przeprowadzono celowe badanie ankietowe dotyczące zdrowia, aktywności fizycznej i danych osobowych z wykorzystaniem kwestionariusza WHO-QOL-Bref. Grupę badaną stanowiło 28 zawodowych muzyków w wieku od 20 do 43 lat. W grupie kontrolnej było 25 osób w wieku od 18 do 52 lat. Obie grupy składały się z samych kobiet. Badanie przeprowadzono wiosną 2020 r. podczas pierwszej fali pandemii COVID-19 i wprowadzonych ograniczeń, w tym zakazu organizowania koncertów oraz występów publicznych, co rzeczywiście skutkowało pozbawieniem możliwości wykonywania zawodu muzyka. Ankieta miała na celu określić, w jakim stopniu dana grupa jest aktywna fizycznie oraz jaki charakter ma dana aktywność, pytania prowokowały też do określenia częstotliwości tych zajęć w stopniu niskim (wcale lub nie częściej niż raz na dwa tygodnie), wyższym (raz na tydzień, maksimum trzy razy w tygodniu)

s13612-014-0018-3; oraz R. A. Philippe, A. Güsewell, *La simulation de concours d'orchestre: analyse qualitative et située de l'activité des musiciens*, „Cah. Soc. Québécoise Rech. Musique” 17, 2016, nr 1, s. 71–82.

²³ A. Williamon, *Musical Excellence: Strategies and Techniques to Enhance Performance*, Oxford University Press, Oxford 2004, 10.1093/acprof:oso/9780198525356.001.0001.

²⁴ D.T. Kenny, *The Psychology of Music Performance Anxiety*, Oxford University Press, Oxford 2011, 10.1093/acprof:oso/9780199586141.001.0001.

oraz w stopniu najwyższym (często, tj. minimum cztery razy w tygodniu). Poszczególne zmienne zostały przedstawione za pomocą podstawowych charakterystyk statystycznych (wartości średnie, odchylenia standardowe oraz minima i maksima). Dane ilościowe analizowano przy użyciu jednoczynnikowej analizy wariancji ANOVA z dwoma poziomami czynnika międzygrupowego (grupa badana oraz grupa kontrolna). Za istotne uznano różnice na poziomie $p < 0,05$. Dane jakościowe poddano analizie statystycznej za pomocą testu Chi2 Pearsona. Przyjęto istotność na poziomie $p < 0,1$. Obliczenia zostały wykonane przy wykorzystaniu programu Statistica.

Na podstawie analizy wariancji ANOVA stwierdzono istotne zróżnicowanie statystyczne ($F = 7,38$, $p = 0,009$) dla wieku respondentów. Średnia wieku w grupie osób niezwiązanych z muzyką była istotnie statystycznie wyższa niż w grupie zawodowych muzyków.

Zdecydowaną przewagę w deklarowanej aktywności fizycznej odnotowano w grupie muzyków. Prawie 93% zawodowych muzyków wobec 68% osób niezwiązanych z muzyką deklaruje się jako osoby aktywne fizycznie. Analiza frekwencji tych odpowiedzi wykazała istotne zróżnicowanie statystyczne ($\text{Chi}^2 = 5,33$; $p = 0,021$). Brak istotnego zróżnicowania między obiema grupami odnotowano natomiast przy analizie ilości czasu spędzanego na ćwiczeniach fizycznych w ciągu tygodnia. Czas aktywności fizycznej wskazany przez muzyków wyniósł średnio 2,8 godziny w tygodniu (odchylenie standardowe 1,40), natomiast przez nie-muzyków 2,4 godziny (odchylenie standardowe 1,29).

Więcej szczegółowych informacji dostarcza analiza wyników badań według rodzaju aktywności fizycznej i frekwencji podejmowanych ćwiczeń. W ankiecie ujęto takie rodzaje aktywności fizycznej jak: spacer, bieganie, jazda na rowerze, joga/pilates, fitness, trening siłowy na siłowni, trening siłowy w domu, pływanie, inne. W każdej z nich wskazano trzy poziomy frekwencji: poziom 1 – wcale lub nie częściej niż raz na dwa tygodnie; poziom 2 – raz na tydzień, maksimum trzy razy w tygodniu; poziom 3 – często, tj. minimum cztery razy w tygodniu. Procentowy rozkład odpowiedzi w każdej pozycji dla badanych grup przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Procentowy rozkład odpowiedzi dla wskazanych aktywności fizycznych

Rodzaj aktywności	Frekwencja	Muzycy	Nie-muzycy
Spacer	Poziom 1 – wcale lub nie częściej niż raz na dwa tygodnie.	14	12
	Poziom 2 – raz na tydzień, maksimum trzy razy w tygodniu.	29	68
	Poziom 3 – często, tj. minimum cztery razy w tygodniu.	57	20
Bieganie	Poziom 1 – wcale lub nie częściej niż raz na dwa tygodnie.	89	92
	Poziom 2 – raz na tydzień, maksimum trzy razy w tygodniu.	11	8
	Poziom 3 – często, tj. minimum cztery razy w tygodniu.	0	0
Jazda na rowerze	Poziom 1 – wcale lub nie częściej niż raz na dwa tygodnie.	54	76
	Poziom 2 – raz na tydzień, maksimum trzy razy w tygodniu.	32	16
	Poziom 3 – często, tj. minimum cztery razy w tygodniu.	14	8
Joga/pilates	Poziom 1 – wcale lub nie częściej niż raz na dwa tygodnie.	71	88
	Poziom 2 – raz na tydzień, maksimum trzy razy w tygodniu.	22	8
	Poziom 3 – często, tj. minimum cztery razy w tygodniu.	7	4
Fitness	Poziom 1 – wcale lub nie częściej niż raz na dwa tygodnie.	78	88
	Poziom 2 – raz na tydzień, maksimum trzy razy w tygodniu.	18	8
	Poziom 3 – często, tj. minimum cztery razy w tygodniu.	4	4
Trening siłowy na siłowni	Poziom 1 – wcale lub nie częściej niż raz na dwa tygodnie.	82	84
	Poziom 2 – raz na tydzień, maksimum trzy razy w tygodniu.	14	8
	Poziom 3 – często, tj. minimum cztery razy w tygodniu.	4	8

Rodzaj aktywności	Frekwencja	Muzycy	Nie-muzycy
Trening siłowy w domu	Poziom 1 – wcale lub nie częściej niż raz na dwa tygodnie.	82	60
	Poziom 2 – raz na tydzień, maksimum trzy razy w tygodniu.	14	36
	Poziom 3 – często, tj. minimum cztery razy w tygodniu.	4	4
Pływanie	Poziom 1 – wcale lub nie częściej niż raz na dwa tygodnie.	89	88
	Poziom 2 – raz na tydzień, maksimum trzy razy w tygodniu.	7	12
	Poziom 3 – często, tj. minimum cztery razy w tygodniu.	4	0
Inne	Poziom 1 – wcale lub nie częściej niż raz na dwa tygodnie.	86	76
	Poziom 2 – raz na tydzień, maksimum trzy razy w tygodniu.	7	16
	Poziom 3 – często, tj. minimum cztery razy w tygodniu.	7	8

Źródło: Badania własne.

Jak widać, rozkład odpowiedzi jest zbliżony, aczkolwiek zawodowi muzycy częściej uprawiają spacer i jazdę na rowerze. Analiza frekwencji odpowiedzi wykazała istotne zróżnicowanie statystyczne jedynie dla spaceru ($\chi^2 = 9,24$, $p = 0,026$). W obydwu grupach znacznie zróżnicowana była intensywność spacerów. Wyniki zbliżone były do siebie na pierwszym poziomie ($M = 14\%$, $NM = 12\%$). W stopniu drugim uzyskano znaczącą różnicę ($M = 29\%$, $NM = 68\%$). W stopniu trzecim wyższy wynik osiągnęła grupa muzyków (57%) niż grupa kontrolna (20%). Analiza frekwencji odpowiedzi w pozostałych dyscyplinach nie wykazała istotnego zróżnicowania statystycznego: Bieganie – $\chi^2 = 0,11$, $p = 0,736$; jazda na rowerze – $\chi^2 = 2,90$, $p = 0,235$; joga/pilates – $\chi^2 = 2,27$, $p = 0,322$; fitness – $\chi^2 = 1,12$, $p = 0,571$; TS na siłowni – $\chi^2 = 0,92$, $p = 0,630$; TS w domu – $\chi^2 = 3,45$, $p = 0,178$; pływanie – $\chi^2 = 1,23$, $p = 0,542$; inne – $\chi^2 = 1,08$, $p = 0,582$.

W dalszej kolejności przedstawione będą wyniki badań testem WHOQOL-Bref²⁵ ujęte w tabeli 2.

²⁵ Kwestionariusz World Health Organization Quality of Life Test-Bref (WHOQOL-BREF) jest stosunkowo nowym narzędziem służącym do badania jakości życia osób zdrowych i chorych, w celach zarówno poznawczych, jak i klinicznych. Zawiera on 26 pytań analizujących cztery dziedziny życia: fizyczną, psychologiczną, społeczną i środowiskową. Kwestionariusz zawiera też dwa pytania analizowane oddzielnie: pytanie 1 dotyczące indywidualnej ogólnej percepcji jakości życia i pytanie 2 dotyczące indywidualnej

Tabela 2. Zestawienie miar średnie, odchylenia standardowe oraz minima i maksima z odpowiedzi na test WHOQOL-Bref

Domena	Miara	Ogółem	Muzycy	Nie-muzycy
Somatyczna	$\bar{x} \pm sd$	20,2 $\pm$ 2,45	21,1 $\pm$ 2,11	19,2 $\pm$ 2,47
	Min–Max	13 – 26	16 – 26	13 – 23
Psychologiczna	$\bar{x} \pm sd$	19 $\pm$ 2,50	20,1 $\pm$ 1,86	17,8 $\pm$ 2,62
	Min–Max	11 – 22	15 – 22	11 – 22
Socjalna	$\bar{x} \pm sd$	10,3 $\pm$ 1,34	10,6 $\pm$ 1,34	9,9 $\pm$ 1,26
	Min–Max	8 – 12	8 – 12	8 – 12
Środowiskowa	$\bar{x} \pm sd$	24,4 $\pm$ 4,58	25,6 $\pm$ 4,51	23 $\pm$ 4,33
	Min–Max	12 – 32	14 – 32	12 – 29
Jakość życia	$\bar{x} \pm sd$	73,9 $\pm$ 7,81	77,5 $\pm$ 6,39	70 $\pm$ 7,44
	Min–Max	54 – 88	66 – 88	54 – 88
Percepcja jakości życia	$\bar{x} \pm sd$	3,7 $\pm$ 0,52	3,8 $\pm$ 0,52	3,6 $\pm$ 0,51
	Min–Max	2 – 4	2 – 4	3 – 4
Percepcja zdrowia	$\bar{x} \pm sd$	3,4 $\pm$ 0,72	3,5 $\pm$ 0,79	3,4 $\pm$ 0,65
	Min–Max	1 – 4	1 – 4	2 – 4

Źródło: Badania własne.

Domena somatyczna zawiera odpowiedzi na siedem pytań: Jak bardzo ból fizyczny przeszkadzał P. w wykonywaniu powinności? W jakim stopniu potrzebuje P. leczenia medycznego do codziennego funkcjonowania? Czy ma P. wystarczająco energii w codziennym życiu? Jak odnajduje się P. w tej sytuacji? Czy zadowolony jest P. ze swego snu? W jakim stopniu jest P. zadowolony ze swojej wydolności w życiu codziennym? W jakim stopniu jest P. zadowolony ze swojej zdolności (gotowości) do pracy? Biorąc pod uwagę punktację odpowiedzi od 1 do 5 i jej pozytywny kierunek, można założyć, że skrajne wartości wyznaczy przedział od 7 (bardzo źle) do 35 (bardzo dobrze). Tymczasem respondenci wskazali w swoich odpowiedziach miary w przedziale od 13 do 26, średnia ocena wyniosła ok. 20 (dostatecznie), przy czym zawodowi muzycy ocenili swoją kondycję fizyczną trochę lepiej niż grupa kontrolna nie-muzyków. Podobną tendencję widać w pozostałych domenach.

Domena psychologiczna zawiera odpowiedzi na sześć pytań: Ile ma P. radości w życiu? W jakim stopniu ocenia P., że P. życie ma sens? Czy jest P. zadowolony z siebie?

percepcji własnego zdrowia. Punktację pytań zawiera się w przedziale od 1 do 5 i ma kierunek pozytywny – im większa liczba punktów, tym lepsza jakość życia. Por. <https://yadda.icm.edu.pl/baztech/element/bwmeta1.element.baztech-38b67b03-94f7-417b-af2c-2a4fb15fc9ab/c/Cieslik.pdf> [dostęp: 06.2015].

Jak dobrze koncentruje P. uwagę? Czy jest P. w stanie zaakceptować swój wygląd (fizyczny)? Jak często doświadcza P. negatywnych uczuć, takich jak przygnębienie, lęk, rozpacz, depresja? Tutaj w założeniach teoretycznych wartość wskazań mieści się w przedziale od 6 do 30, rzeczywiście respondenci uplasowali swoje odpowiedzi w przedziale od 11 do 22, średnia ocena ogółem to $19 \pm 2,5$, czyli odpowiednik oceny plus dostateczny. Różnica ocen w badanych grupach jest większa, zawodowi muzycy ocenili swoją kondycję psychiczną dość dobrze.

Domena socjalna łączy trzy pytania: Czy jest P. zadowolony ze swoich osobistych relacji z ludźmi? Czy jest P. zadowolony ze swego życia intymnego? Czy jest P. zadowolony z oparcia/wsparcia, jakie otrzymuje od swoich przyjaciół? Tutaj rozkład ocen teoretycznie mieści się w przedziale od 3 do 15, rzeczywiste oceny respondentów przyjmowały wartości od 8 do 12, natomiast średnia $10,3 \pm 1,34$ wskazuje ocenę dość dobrą, przy czym podobnie jak w powyższych pozycjach muzycy nieco lepiej oceniali swoje zadowolenie.

Domena środowiskowa zawiera odpowiedzi na osiem pytań: Jak bezpiecznie czuje się P. w swoim życiu codziennym? W jakim stopniu otoczenie sprzyja zdrowiu P.? Czy ma P. wystarczająco dużo pieniędzy na swoje potrzeby? Na ile dostępne są informacje, których potrzebuje P. w życiu codziennym? W jakim zakresie ma P. sposobność realizowania swoich zainteresowań? Jak bardzo jest P. zadowolony ze swoich warunków mieszkaniowych? Jak bardzo jest P. zadowolony z placówek ochrony zdrowia? Jak bardzo jest P. zadowolony z komunikacji (transportu)? Według założeń teoretycznych rozkład miar w odpowiedziach na te pytania mieści się w skali od 8 do 40, natomiast w przeprowadzonych badaniach oceny respondentów przyjęły wartości od 12 do 32, u muzyków od 14 do 32, a w grupie kontrolnej nie-muzyków od 12 do 29. Zatem zawodowi muzycy wykazali tu również większe zadowolenie.

Ogólna ocena jakości życia odzwierciedla wyniki odpowiedzi na wszystkie dwadzieścia cztery pytania ujęte w opisanych domenach. W wynikach własnych grupa zawodowych muzyków osiągnęła znacząco wyższe wyniki ($\bar{x} = 77,46$) niż grupa kontrolna ($\bar{x} = 70$), $p = 0,000$. Bardzo podobne wyniki w ocenie ogólnej jakości życia muzyków osiągnęli też Philippe i wsp., którzy wcześniej przeprowadzili badanie na podstawie tegoż kwestionariusza WHOQOL-Bref. Opisany przez nich wynik osiągnął ponad 70 punktów, wskazując ocenę dostateczną. Niemniej szczegółowy rozkład odpowiedzi w badaniu ukazuje pewne intrygujące różnice między muzykami.

Kolejne pozycje testu WHOQOL-Bref są oddzielnie analizowane na podstawie pojedynczych pytań.

Indywidualna percepcja jakości życia jest odzwierciedlana odpowiedzią na pytanie: Jaka jest P. jakość życia? Zakładane warianty odpowiedzi ujęto w skali od 1 (bardzo

zła) do 5 (bardzo dobra), natomiast faktycznie uzyskane wyniki plasują się pomiędzy 2 a 4, średnia ocen wskazanych przez zawodowych muzyków wyniosła 3,8, a w grupie kontrolnej 3,6.

Indywidualna percepcja własnego zdrowia jest ukazana w odpowiedzi na pytanie: Czy jest P. zadowolony ze swojego zdrowia? Zakładane warianty wskazań mieszczą się w skali od 1 (bardzo niezadowolony) do 5 (bardzo zadowolony). Oceny uzyskane w odpowiedziach respondentów przybrały wartości od 1 do 4, przy czym średnia cen w grupie muzyków wyniosła 3,5 a w grupie kontrolnej nie-muzyków 3,4, a zatem były to oceny zbliżone wskazujące dość dobry stan zdrowia obu grup respondentów.

Podsumowanie

W deklarowanej aktywności fizycznej lepsze wyniki wykazali muzycy, ale porównując wymiar godzin i rodzaj oraz natężenie podejmowanej aktywności między grupami, wyniki nie różniły się w znaczącym stopniu. Być może jest to związane z niższym poziomem świadomości związanej z właściwym postrzeganiem aktywności fizycznej, której intensywność deklarowali badani w sposób subiektywny.

Niezależnie od tego, czy wyniki w pełni odzwierciedlają rzeczywiste zjawiska, warto zachęcać osoby ze środowiska muzycznego do podejmowania regularnej aktywności fizycznej, bo może ona redukować wady postawy oraz potencjalne objawy bólowe wynikające z długotrwałego przebywania w izolowanych, nieergonomicznych pozycjach. Warto rozpocząć ukierunkowaną profilaktykę pod kątem zachowań prozdrowotnych w środowisku muzycznym już od początku edukacji. Środowisko muzyczne jest bardzo wymagające pod kątem fizycznym i psychicznym, dostęp do specjalistów powinien być łatwiejszy i lepiej zorientowany na rehabilitację osób grających na instrumentach muzycznych ze względu na specyficzną pozycję, ruchy oraz wysiłek podczas ćwiczeń na instrumencie.

Analizując wyniki przedstawionych badań w kontekście pandemii COVID-19, trzeba mieć na uwadze fakt, że badanie zostało przeprowadzone podczas pierwszej fali pandemii i narzuconego lockdownu, w tym zakazu organizowania koncertów oraz występów publicznych, co rzeczywiście skutkowało pozbawieniem możliwości wykonywania zawodu muzyka. Wówczas nikt nie spodziewał się kolejnych fal i ograniczeń. Wydawało się, że ta trudna dla wszystkich sytuacja skończy się szybciej, stąd w zachowaniach muzyków poszukiwano schematów na przetrwanie bez pracy i bezpośrednich kontaktów z ludźmi. Podejmowana aktywność fizyczna była jedną z form spędzania zwiększonego czasu wolnego. Jednocześnie też rozwijano kontakty wirtualne w próbach zgrywania się on-line i wspólnego koncertowania w internecie. Doniesienia medialne

o szybkim rozprzestrzenianiu się pandemii i groźnych dla życia skutkach choroby COVID-19 były przygnębiające, siały niepokoje i strach, uzmysławiały ludziom, jak ulotne może być poczucie samozadowolenia ze stanu zdrowia. Wydaje się, że właśnie z tego względu w odpowiedziach na pytania testu WHOQOL-Bref nie stawiano ocen bardzo dobrych.

Bibliografia

Literatura

- Antonini Philippe R., Güsewell A., *La simulation de concours d'orchestre: analyse qualitative et située de l'activité des musiciens*, „Cah. Soc. Québécoise Rech. Musique” 17, 2016, nr 1, s. 71–82.
- Ascenso S., Perkins R., Williamon A., *Resounding Meaning: a PERMA wellbeing profile of classical musicians*, „Front. Psychol.” 9, 2018.:1895, DOI: [10.3389/fpsyg.2018.01895](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01895).
- Boyce-Tillman J., *Music and wellbeing*, „J. Transdiscipl. Res. S. Afr.” 10, 2014, nr 2, s. 12–33.
- Croom A.M., *Music, neuroscience, and the psychology of wellbeing: a précis*, „Front. Psychol.” 2, 2012.
- Cruder C., Falla D., Mangili F., Azzimonti L., Araújo L., Williamon A., *Profiling the location and extent of musicians' pain using digital pain drawings*, „Pain Pract.” 18, 2018, nr 1, s. 53–66.
- Davidson J.W., *Singing for self-healing, health and wellbeing*, MCA Music Forum 29–33, 2008
- Dickinson S.C., *7 ways music can enhance wellbeing*, „Occupa. Health Wellbeing” 70, 2018, nr 2, s. 20–21.
- Drabik J., Resiak M., *Styl życia w promocji zdrowia*, AWFIS, Gdańsk 2010, s. 29–196.
- Evans P., *Self-determination theory: an approach to motivation in music education*, „Music. Sci.” 19, 2005, nr 1, s. 65–83, DOI: [10.1177/1029864914568044](https://doi.org/10.1177/1029864914568044).
- Fishbein M., Middlestadt S.E., Ottati V., Straus S., Ellis A., *Medical problems among ICSOM musicians: overview of a national survey*, „Med. Probl. Perform. Art.” 3, 1988, s. 1–8.
- Grabowska A., *Stres pod kontrolą*, „Zdrowie” 2011, nr 10.
- Janiszewski M., *Ergonomia zawodu muzyka*, PWN, Warszawa 1992.
- Jethon Z., *Niska aktywność ruchowa a zdrowie*, [w:] J. Karski, Z. Słońska, B. Wasilewski (red.), *Promocja zdrowia*, Sanmedia, Warszawa 1994, s. 219.
- Kenny D.T., *The Psychology of Music Performance Anxiety*, Oxford University Press, Oxford 2011, DOI: [10.93/acprof:oso/9780199586141.001.0001](https://doi.org/10.93/acprof:oso/9780199586141.001.0001).
- Kenny D.T., Ackermann B., *Performance-related musculoskeletal pain, depression and music performance anxiety in professional orchestral musicians: a population study*, „Psychol. Music” 43 43–60, DOI: [10.1177/0305735613493953](https://doi.org/10.1177/0305735613493953), 2015.
- Kenny D. T., Driscoll T., Ackermann B. *Psychological wellbeing in professional orchestral musicians in Australia: a descriptive population study*, „Psychol. Music” 42, 2014, nr 2, s. 210–232, DOI: [10.1177/0305735612463950](https://doi.org/10.1177/0305735612463950).
- Kok L.M., Vlieland T.P.V., Fiocco M., Nelissen R.G., *A comparative study on the prevalence of musculoskeletal complaints among musicians and non-musicians*, „BMC Musculoskelet. Disord.” 14, 2013, nr 1, DOI: [10.1186/1471-2474-14-9](https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-9).

- Kowalska M., *ABC historii muzyki*, Musica Jagellonica, Kraków 2001.
- Leaver R., Harris E.C., Palmer K.T., *Musculoskeletal pain in elite professional musicians from British symphony orchestras*, „Occup. Med.” 61, 2011, nr 8, s. 549–555.
- Nawrocka A., Wołyńska-Ślężyńska A., *Wady postawy u młodych muzyków*, „Fizjoterapia Polska” 8, 2008, nr 4, s. 425–435.
- Osborne M.S., Greene D.J., Immel D.T. *Managing performance anxiety and improving mental skills in conservatoire students through performance psychology training: a pilot study*, „Psychol. Well Being” 4, 2014, nr 1, s. 1–17, DOI: [10.1186/s13612-014-0018-3](https://doi.org/10.1186/s13612-014-0018-3).
- Philippe R.A., Kosirnik C., Vuichoud N., *Understanding Wellbeing Among College Music Students and Amateur Musicians in Western Switzerland*, „Frontiers in Psychology” 10, 2019.
- Seligman M.E., *What is the good life*, „APA Monit.” 29, 1998. s. 1–4.
- Światowy G., *Upodobania muzyczne Dolnoślązaków w świetle badań ankietowych*, „Nauki o zarządzaniu – badania rynkowe” 2011, nr 6, s. 191–201
- Williamon A., *Musical Excellence: Strategies and Techniques to Enhance Performance*, Oxford University Press, Oxford 2004, DOI: [10.1093/acprof:oso/9780198525356.001.0001](https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198525356.001.0001).
- Zaza C., *Playing-related musculoskeletal disorders in musicians: a systematic review of incidence and prevalence*, „Can. Med. Assoc. J.” 158, 1998, nr 8, s. 1019–1025.

Milk and dairy products as a source of antiviral compounds¹

Mleko i produkty mleczne jako źródło związków przeciwwirusowych

Joanna Wajs

Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie

ORCID: [0000-0003-2621-6398](https://orcid.org/0000-0003-2621-6398)

e-mail: joanna.wajs@up.lublin.pl

Karolina Król

e-mail: karak16081999@gmail.com

Aneta Brodziak

Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie

ORCID: [0000-0002-8439-796X](https://orcid.org/0000-0002-8439-796X)

e-mail: aneta.brodziak@up.lublin.pl

Abstract

Milk and dairy products are a source of numerous compounds exhibiting scientifically proven biological activity, including proteins, such as immunoglobulins, lactoferrin, lactoperoxidase and lysozyme. This activity is multifaceted, with antimicrobial (antibacterial, antiviral and antifungal) and immunomodulatory effects. The content of these proteins in the diet is one of the factors determining a normal immune response. Therefore, the aim of the study was to review the literature on this subject and present these properties. Lactoferrin has been found to be the milk protein exhibiting the highest antiviral activity. By binding and sequestering iron, it removes this element from the growth environment of microorganisms. Clinical trials have shown it to be effective in inhibiting infection with the hepatitis B and C viruses (HBV and HCV), herpes simplex virus 1 and 2, human immunodeficiency virus (HIV), human cytomegalovirus, human papilloma virus (HPV), enteroviruses, adenoviruses, influenza viruses, parainfluenza viruses, and rotaviruses, the most important aetiological agent of acute diarrhoeal disease, which is one of the major causes of mortality in infants and young children in developing countries. Furthermore, it has been found to act synergistically with antiviral drugs, including interferon, acyclovir and cidofovir, allowing the doses of drugs with high toxicity to be reduced. Moreover, peptides derived from lactoferrin, such as lactoferrampin and lactoferricin, are used in medicine as protection against viruses. The use of immunoglobulin-based supplements has also been shown to reduce the incidence of diarrhoea induced by rotaviruses in infants and children up to four years of age. In addition, lactoperoxidase inactivates HIV 1 and poliovirus. Recent years have

¹ Project financed under the program of the Minister of Science and Higher Education under the name “Regional Initiative of Excellence” in 2019–2022 project number 029/RID/2018/19 funding amount 11 927 330.00 PLN.

seen a rapid increase in the number of viral infections, which of course is due to the virus SARS-CoV-2. It has been demonstrated that the immunopathology associated with the virus may be inhibited by certain milk proteins and probiotic strains of *Lactobacillus* and *Bifidobacterium*. Trials by the New Zealand pharmaceutical manufacturer Quantec showed that a protein complex containing lactoferrin and lactoperoxidase, obtained from fresh pasteurized cow milk, may protect human cells against COVID-19. The patented defence protein IDP exhibits anti-inflammatory, antioxidant and antimicrobial activity. To conclude, the content of these antiviral proteins in milk and dairy products was assessed in the study. Milk and dairy products are readily available, and the scientifically proven properties of milk proteins should encourage their inclusion in the diet.

Keywords

milk proteins, lactoferrin, lysozyme, immunoglobulins, antiviral activity

Streszczenie

Mleko i produkty mleczne są źródłem wielu związków wykazujących naukowo udowodnioną aktywność biologiczną, w tym białek, takich jak immunoglobuliny, laktoferyna, laktoperoksydaza i lizozym. Ta aktywność jest wielopłaszczyznowa, ma działanie przeciwdrobnoustrojowe (przeciwbakteryjne, przeciwwirusowe, przeciwgrzybicze) i immunomodulujące. Zawartość tych białek w diecie jest jednym z czynników warunkujących prawidłową odpowiedź immunologiczną. Dlatego celem pracy było dokonanie przeglądu literatury przedmiotu i przedstawienie tych właściwości. Stwierdzono, że laktoferyna jest białkiem mleka wykazującym najwyższą aktywność przeciwwirusową. Wiążąc i sekwestrując żelazo, usuwa ten pierwiastek ze środowiska wzrostu mikroorganizmów. Badania kliniczne wykazały, że jest skuteczny w hamowaniu zakażenia wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV), wirusem opryszczki pospolitej 1 i 2, ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), ludzkim wirusem cytomegalii, ludzkim wirusem brodawczaka (HPV), enterowirusami, adenowirusami, wirusem grypy, wirusem paragrypy i rotawirusami, stanowi ponadto ważny czynnik etiologiczny ostrej biegunki, która jest jedną z głównych przyczyn śmiertelności niemowląt i małych dzieci w krajach rozwijających się. Ponadto stwierdzono, że działa synergistycznie z lekami przeciwwirusowymi, w tym interferonem, acyklowirem i cydofowirem, umożliwiając zmniejszenie dawek leków o wysokiej toksyczności. Ponadto peptydy pochodzące z laktoferyny, takie jak laktoferrampina i laktoferry-na, są stosowane w medycynie jako ochrona przed wirusami. Wykazano również, że stosowanie suplementów na bazie immunoglobulin zmniejsza częstość występowania biegunki wywoływanej przez rotawirusy u niemowląt i dzieci w wieku do czterech lat. Ponadto laktoperoksydaza inaktywuje HIV 1 i wirusa polio. W ostatnich latach nastąpił szybki wzrost liczby infekcji wirusowych, co jest oczywiście spowodowane wirusem SARS-CoV-2. Wykazano, że immunopatologia związana z wirusem może być hamowana przez niektóre białka mleka i probiotyczne szczepy *Lactobacillus* i *Bifidobacterium*. Badania nowozelandzkiego producenta farmaceutycznego Quantec wykazały, że kompleks białkowy zawierający laktoferynę i laktoperoksydazę, pozyskiwany ze świeżego pasteryzowanego mleka krowiego, może chronić ludzkie komórki przed COVID-19. Opatentowane białko obronne IDP wykazuje działanie przeciwzapalne, przeciwutleniające i przeciwbakteryjne. Podsumowując, w badaniach oceniano zawartość tych białek przeciwwirusowych w mleku i produktach mlecznych. Mleko i produkty mleczne są łatwo dostępne, a potwierdzone naukowo właściwości białek mleka powinny zachęcać do ich włączenia do diety.

Słowa kluczowe

białka mleka, laktoferyna, lizozym, immunoglobuliny, aktywność przeciwwirusowa

JEL: I110

Introduction

Milk and its products belong to one of the food groups that should be included in the daily diet of every human being. They are a source of many bioactive compounds, including proteins such as immunoglobulins, lactoferrin, lactoperoxidase and lysozyme, with immunomodulating properties^{2,3,4,5,6}. Due to the dynamic turnover of recent medical events, i.e. the emergence of the SARS-CoV-2 virus, a wide group of specialists and scientists from various fields from around the world are seeking an antidote to the coronavirus (COVID-19)⁷. According to the study of Watson *et al.* (2020)⁸, proteins and peptides, including those from milk, aroused the greatest interest among researchers, because of their antiviral properties.

The aim of the study was to review the literature on the antiviral properties of compounds contained in raw milk and dairy products.

Milk proteins

The discussed raw material and its products are a valuable source of proteins and peptides⁹.

Casein fractions constitute as much as 80% of cow's milk proteins. Among them, fractions α (α_1 , α_2), β and κ can be distinguished. Particularly important in the context

² C. Alvarez-Bueno, I. Cavero-Redondo, V. Martinez-Vizcaino, M. Sotos-Prieto, J.R. Ruiz, A. Gil, *Effects of Milk and Dairy Product Consumption on Type 2 Diabetes: Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses*, „Advances in Nutrition” 2019, vol. 10, no. 2, p. S154-S163.

³ S.M. Ulven, K.B. Holven, A. Gil, O.D. Rangel-Huerta, *Rangel-Huerta, Milk and Dairy Product Consumption and Inflammatory Biomarkers: An Updated Systematic Review of Randomized Clinical Trials*, „Advances in Nutrition” 2019, vol. 1, no.10, p. S239-S250.

⁴ X. Zhang, X. Chen, Y. Xu, J. Yang, L. Du, K. Li, Y. Zhou, *Milk consumption and multiple health outcomes: umbrella review of systematic reviews and meta-analyses in humans*, „Nutrition & Metabolism” 2021, vol. 18, no. 7, doi: [10.1186/s12986-020-00527-y](https://doi.org/10.1186/s12986-020-00527-y).

⁵ A. Gil, R.M. Ortega, *Introduction and Executive Summary of the Supplement, Role of Milk and Dairy Products in Health and Prevention of Noncommunicable Chronic Diseases: A Series of Systematic Reviews*, „Advances in Nutrition” 2019, vol. 10, no. 2, p. S67-S73.

⁶ H. Malmir, B. Larijani, A. Esmailzadeh, *Consumption of milk and dairy products and risk of osteoporosis and hip fracture: a systematic review and Meta-analysis*, „Critical Reviews in Food Science and Nutrition” 2020, vol. 60, no. 10, p. 1722-1737.

⁷ F. Potì, C. Pozzoli, M. Adami, E. Poli, L.G. Costa, *Treatments for COVID-19: emerging drugs against the coronavirus*, „Acta bio-medica: Atenei Parmensis” 2020, vol. 91, no. 2, p. 118-136.

⁸ A. Watson, L. Ferreira, P. Hwang, R. Stroud, *Peptide Antidotes to SARS-CoV-2 (COVID-19)*, 2020, www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.08.06.238915v2 [access: 12.05.2021], doi: [10.1101/2020.08.06.238915](https://doi.org/10.1101/2020.08.06.238915).

⁹ V. Valiño, M. Fresnedo San Román, R. Ibañez, I. Ortiz, *Improved separation of bovine serum albumin and lactoferrin mixtures using charged ultrafiltration membranes*, „Separation and Purification Technology” 2014, vol. 125, p. 163-169.

of health is β -casein, which has analgesic properties, but also peptides that prevent hypertension¹⁰. Moreover, casein phosphopeptides have the ability to increase the production of immunoglobulin A and interleukin-6¹¹. Moreover, research in recent years has shown that β -casein micelles have the ability to transport nutraceuticals^{12,13}.

The main components of whey proteins include α -lactalbumin, β -lactoglobulin, bovine serum albumin, lactoferrin, immunoglobulins, lactoperoxidase, glycomacropptides and lysozyme^{14,15}. They are a source of bioactive peptides easily accessible to the body, thus the body can easily acquire them from dairy products during digestion through enzymatic hydrolysis, but also from the products of fermentation processes¹⁶.

Antiviral properties of milk proteins and peptides

Milk and dairy products are among foods, whose main components are compounds showing, i.a. antiviral effects. Among milk proteins, casein, whey proteins and individual peptides derived from them are responsible for the immune response of the body^{17,18,19}.

Most milk proteins, especially lactoferrin and certain peptides, exhibit antiviral properties (Table 1). They have the ability to bind to the surface of the virus, inhibit

¹⁰ Z. Atamer, K. Thienel, A. Holder, T. Schubert, R. Boom, J. Hinrich, *Isolation of casein protein fractions*, „Advances in Food Science and Human Nutrition” 2017, vol. 1, no. 1, doi: [10.23977/afshn.2017.11001](https://doi.org/10.23977/afshn.2017.11001).

¹¹ N. Lebetwa, T. Mitani, S. Nakamura, S. Katayama, *Role of phosphate groups on antiviral activity of casein phosphopeptide against feline calicivirus as a surrogate for norovirus*, „Journal of the Science of Food and Agriculture” 2017, vol. 97, no. 6, p. 1939-1944.

¹² D.R. Perinelli, G. Bonacucina, M. Cespi, F. Bonazza, G.F. Palmieri, S. Pucciarelli, V. Polzonetti, L. Attarian, P. Polidori, S. Vincenzetti, *A comparison among β -caseins purified from milk of different species: Self-assembling behaviour and immunogenicity potential*, „Colloids and Surfaces B: Biointerfaces” 2019, vol. 173, p. 210-216.

¹³ F. Kimpel, J.J. Schmitt, *Review: Milk Proteins as Nanocarrier Systems for Hydrophobic Nutraceuticals*, „Journal of Food Science” 2015, vol. 88, no. 11, p. R2361-R2366.

¹⁴ A. Brodziak, J. Król, A. Litwińczuk, A. Wolanciuk, *Korelacje między zawartością wybranych białek serwatkowych w mleku krów*, „Roczniki Naukowe Polskiego Towarzystwa Zootechnicznego” 2017, vol. 13, no. 1, p. 33-45.

¹⁵ D. Bouglé, S. Bouhallab, *Dietary bioactive peptides: Human studies*, „Critical Reviews in Food Science and Nutrition” 2017, vol. 57, no. 2.

¹⁶ T. Kleekayai, M. Cermeño, R.J. FitzGerald, *The Production of Bioactive Peptides from Milk Proteins*, [In:] Kelly A.L., Larsen L.B. (eds), *Agents of Change*, Food Engineering Series, Springer, Cham, doi: [10.1007/978-3-030-55482-8_18](https://doi.org/10.1007/978-3-030-55482-8_18).

¹⁷ Ch. Gupta, D. Prakash, *Therapeutic Potential of Milk Whey*, „Beverages” 2017, vol. 3, no. 3, p. 31.

¹⁸ J. Barłowska, M. Florek, Z. Litwińczuk, *Mleko i mięso zwierząt przeżuwających jako źródło substancji biologicznie czynnych*, „Przegląd Hodowlany” 2016, vol. 2.

¹⁹ M. Guetouache, B. Guessas, S. Medjekal, *Composition and nutritional value of raw milk*, „Issues in Biological Sciences and Pharmaceutical Research” 2014, vol. 2, no. 10.

replication of its genome or protein synthesis. Binding of milk proteins to the structure of the virus inhibits its division, which is a protective element for the human system^{20,21}.

Table 1. Antiviral properties of milk and dairy products^{22,23,24}

Milk proteins or their peptides	Virus type	Protein function
Lactoferrin, lactoperoxidase	Herpes simplex virus	Binding to the cellular receptor (heparan sulfate) of the virus, preventing its further divisions
Lactoferrin	Human hepatitis C virus	Binding of milk protein to the virus envelope protein
Lactoferrin, lactoferricin	Human cytomegalovirus	Antiviral activity against pathogens through the process of cellular interference
Lactoferrin, lactoperoxidase	Human immunodeficiency virus	Impaired absorption and multiplication of the virus
Lactoferrin, κ-casein fraction	Influenza virus	Binding to virus surface spike proteins
Lactoferrin	Hantavirus	Limiting virus replication
Lactoferrin	Human papillomavirus	Heparan sulfate binding
Lactoferrin, human lactadherin, mucin	Rotavirus	Preventing erythrocyte aggregation
Lactoferrin	Vesicular stomatitis virus	Stimulation of interferons to inhibit viral division
Lactoferrin	Coxsackie virus	Competing with the virus for membrane receptors
β-lactoglobulin, α-lactalbumin	Adenovirus	Competing for membrane receptor binding sites

²⁰ Z. Zhivij, T.P. Ivanovska, L. Petrusevska Tozi, *The relevance of nutrition as a step forward to combat COVID-19*, „Macedonian Pharmaceutical Bulletin” 2020, vol. 66, no. 2.

²¹ A. Pietrantoni, C. Fortuna, M.E. Remoli, M.G. Ciufolini, F. Superti, *Bovine lactoferrin inhibits Toscana virus infection by binding to heparan sulphate*, „Viruses” 2015, vol. 7, p. 480–495.

²² H. Sun, H. Jenssen, *Milk Derived Peptides with Immune Stimulating Antiviral Properties*, „Milk Proteins” 2012, doi: [10.5772/50158](https://doi.org/10.5772/50158).

²³ T.B. Ng, R.Ch.F. Cheung, J.H. Wong, Y. Wang, D.T.M. Ip, D.Ch.Ch. Wan, J. Xia, *Antiviral activities of whey proteins*, „Applied Microbiology and Biotechnology” 2015, vol. 99, no. 17, p. 6997–7008.

²⁴ Sinevici N., Harte N., O’Grady I., Xie Y., Min S., Mok K.H., O’Sullivan J., *The novel therapeutic potential of bovine α-lactalbumin made lethal to tumour cells (BALMET) and oleic acid in oral squamous cell carcinoma (OSCC)*, „European Journal of Cancer Prevention: the Official Journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)” 2021, vol. 30, no. 2.

B-lactoglobulin accounts for more than half of all whey proteins. It has the ability to bind vitamin A and modulate lymphatic response²⁵. In addition, this protein is resistant to hydrochloric acid which allows to use it in drug envelopes, including antiviral ones²⁶.

A-lactalbumin constitutes the second largest amount of whey protein. It has antioxidant and antiradical properties, i.e. it reduces iron (FRAP) and chelates iron (FCA)²⁷. A-La exhibits antibacterial and antifungal²⁸ activity, and inhibits proteases and integrases of HIV-1, as well as its methylated form of herpes simplex virus (HSV)²⁹.

Bovine serum albumin (BSA) is an excellent ligand carrier. It is presumed that due to its drug-albumin binding capacity, BSA can form complexes with HIV protease inhibitors, which in turn will affect the bioavailability of the target drug in the body^{30,31}.

Bovine lactoferrin (bLf), also known as lactotransferrin, is the key whey protein in terms of antiviral activity³². It is a glycoprotein with outstanding iron-binding capacity. Due to the presence of trypsin and similar enzymes, lactoferrin exhibits incredible degradation resistance depending on the degree of iron saturation³³. Lactoferrin exhibits immunostimulatory and anti-inflammatory properties thanks to the inhibition of free iron utilization by bacteria³⁴. Compounds such as lactoferrin, lactadherin and glycomacropeptide interfere with the multiplication of some viruses by binding to viral receptor

²⁵ R. Tsutsumi, Y.M. Tsutsumi, *Peptides and Proteins in Whey and Their Benefits for Human Health*, „Austin Journal of Nutrition and Food Sciences” 2014, vol. 1, no. 1, p. 1002.

²⁶ M.H. Mehraban, R. Yousefi, A. Taheri-Kafrani, F. Panahi, A. Khalafi-Nezhad, *Binding study of novel anti-diabetic pyrimidine fused heterocycles to β -lactoglobulin as a carrier protein*, „Colloids and Surfaces B: Biointerfaces” 2013, vol. 112, p. 374-379.

²⁷ N. Bichitra Nayak, R.B. Singh, H.S. Buttar, *Role of Tryptophan in Health and Disease: Systematic Review of the Anti-Oxidant, Anti-Inflammation, and Nutritional Aspects of Tryptophan and Its Metabolites*, „World Heart Journal” 2019, vol. 11, no. 2, p. 161-178.

²⁸ R. Lajnaf, H. Gharsallah, M. Jridi, H. Attia, M.A. Ayadi, *Antioxidant and antibacterial activities, interfacial and emulsifying properties of the apo and holo forms of purified camel and bovine α -lactalbumin*, „International Journal of Biological Macromolecules” 2020, vol. 165, p. 205-213.

²⁹ T.B. Ng, R.Ch.F. Cheung, J.H. Wong, Y. Wang, D.T.M. Ip, D.Ch.Ch. Wan, J. Xia, *op. cit.*, p. 6997-7008.

³⁰ J.H. Shi, K.L. Zhou, Y.Y. Lou, D.Q. Pan, *Multi-spectroscopic and molecular modeling approaches to elucidate the binding interaction between bovine serum albumin and darunavir, a HIV protease inhibitor*, „Spectrochimica Acta Part A: Molecular and Biomolecular Spectroscopy” 2018, vol. 188, p. 362-371.

³¹ L. Lazo Delgado, J. Gassman, M.A. Masuelli, *Bovine serum albumin. Properties and applications*, „Bovine Serum Albumin: Properties and Applications” 2020. Wyd. Nova Science Publishers, ISBN: 978-1-53616-787-0.

³² H. Flores-Villaseñor, A. Canizalez-Román, M. Reyes-Lopez, K. Nazmi, M. de la Garza, J. Zazuea-Beltrán, N. Leon-Sicaños, J.G.M. Bolscher, *Bactericidal effect of bovine lactoferrin, LFcin, LFampin and LFchimera on antibiotic-resistant Staphylococcus aureus and Escherichia coli*, „Biometals” 2010, vol. 23, no. 3.

³³ B. Özer, *Natural anti-microbial systems – Lactoperoxidase and Lactoferrin*, „Encyclopedia of Food Microbiology (Second Edition)” 2014, p. 930-935.

³⁴ M. Zimecki, J.K. Aktor, M.L. Kruzel, *The potential for Lactoferrin to reduce SARS-CoV-2 induced cytokine storm*, „International Immunopharmacology” 2021, vol. 91, doi: [10.1016/j.intimp.2021.107571](https://doi.org/10.1016/j.intimp.2021.107571).

sites *in vitro* by attaching directly to viral particles or blocking viral receptors³⁵. Furthermore, Lf regulates humoral and cellular immune responses. It promotes the transformation of precursor T cells into T helper lymphocytes and influences the B cell maturation. Additionally, Lf helps regulate cell growth and differentiation and shows antioxidant properties³⁶. Due to these abilities, bLf shows protective properties for the organism against many viruses. One of them is the acquired immunodeficiency virus (HIV) – Table 1. Lf inhibits the activity of reverse transcriptase, protease and integrase, HIV-1 enzymes which allow its replication in the cell³⁷. Human papillomavirus (HPV) is another virus that is counteracted by lactoferrin. This virus can use heparan sulfate on the surface of a target cell as a receptor that Lf blocks by binding to it. Hadidi *et al.* (2018)³⁸ showed that transferosomal bLf may be an innovative and non-invasive method of treating HPV infections. Research proves that lactoferrin prevents infection with human hepatitis C (HCV) and human hepatitis B³⁹. Recently, there have also been many reports regarding human noroviruses (HuNoVs). Studies have indicated that bovine lactoferrin inhibits viral replication *in vitro* and induces an innate human interferon response⁴⁰. Cytomegalovirus is a β -herpes virus that has a limited species range and a slow replication cycle. Research has indicated that lactoferrin blocks the virus from attaching to the host cell, thereby inhibiting its multiplication⁴¹. Recent studies have shown that lactoferrin also shows protective properties against influenza A infection. It interacts with influenza A hemagglutinin, thereby preventing infection by different H1 and H3 virus subtypes⁴². Over the last year, there have also been many scientific reports regarding the

³⁵ F. Superti, *Lactoferrin from bovine milk: A protective companion for life*, „Nutrients” 2020, vol. 12, no. 9, p. 2562.

³⁶ N. Bruni, M.T. Capucchio, E. Biasibetti, E. Pessione, S. Cirrincione, L. Giraudo, A. Corona, F. Dosio, *Antimicrobial activity of lactoferrin-related peptides and applications in human and veterinary medicine*, „Molecules” 2016, vol. 21, no. 6, p. 752.

³⁷ J. Senapathi, A. Bommakanti, S. Mallepalli, S. Mukhopadhyay, A.K. Kondapi, *Sulfonate modified Lactoferrin nanoparticles as drug carriers with dual activity against HIV-1*, *Colloids and Surfaces B*, „Bio-interfaces” 2020, vol. 191.

³⁸ N. Hadidi, M. Saffari, M. Faizi, *Optimized Transferosomal Bovine Lactoferrin (BLF) as a promising novel non-invasive topical treatment for genital warts caused by human papilloma virus (HPV)*, „Iranian Journal of Pharmaceutical Research” 2018, vol. 17, no. 2, p. 12-23.

³⁹ R. Mancinelli, L. Rosa, A. Cutone, M.S. Lepanto, A. Franchitto, P. Onori, E. Gaudio, P. Valenti, *Viral Hepatitis and Iron Dysregulation: Molecular Pathways and the Role of Lactoferrin*, „Molecules” 2020, vol. 25, no. 8, p. 1997.

⁴⁰ O. Hirotsugu, A.O. Kolawole, C. Mirabelli, H. Wakabayashi, M. Tanaka, K. Yamauchi, F. Abe, Ch.E. Wobus, *Antiviral effects of bovine lactoferrin on human norovirus*, „Biochemistry and Cell Biology” 2020, doi: [10.1139/bcb-2020-0035](https://doi.org/10.1139/bcb-2020-0035).

⁴¹ J. Artym, M. Zimecki, *Laktoferyna w profilaktyce i leczeniu zakażeń*, „Zakażenia XXI wieku” 2018, vol. 1.

⁴² F. Superti, M. Agamennone, A. Pietrantoni, M.G. Ammendolia, *Bovine Lactoferrin Prevents Influenza A Virus Infection by Interfering with the Fusogenic Function of Viral Hemagglutinin*, „Viruses” 2019, vol. 11, no. 1, p. 51.

possible beneficial effect of lactoferrin on inhibiting the development of coronaviruses, including SARS-CoV-2⁴³. The consequences of SARS-CoV-2 infection are long-term changes in the neurological, digestive, respiratory, immune and blood systems^{44,45,46}. Recently, SARS-CoV-2 has been shown to have a high affinity for ACE2 and heparan sulfate proteoglycan (HSPG), serving as a connection factor with host cells^{47,48}. Research by the New Zealand pharmaceutical manufacturer Quantec demonstrated that a protein complex containing lactoferrin and lactoperoxidase, obtained from fresh pasteurized cow's milk, could protect human cells against COVID-19.

Bovine immunoglobulins (bIg), mainly the IgG isotope, two subclasses – IgG1 and IgG2, have the ability to recognize and eliminate foreign pathogens. Due to the specificity of these proteins, the first reports of their antiviral properties appeared in the 1970s⁴⁹. Moreover, bIg was shown to inhibit the multiplication of enteropathogens in the gastrointestinal tract, reduce the risk of bacterial infections and autoimmune diseases⁵⁰.

Lactoperoxidases (LPOs) are another equally important milk component. The main task of these catalysts is to decompose certain halides (bromine, iodine), consequently producing products that inhibit or inactivate bacteria. Their biological role is to protect the body against microorganisms such as viruses and to protect cells against hydrogen peroxide⁵¹.

⁴³ D.B. Kell, E.L. Heyden, E. Pretorius, *The Biology of Lactoferrin, an Iron-Binding Protein That Can Help Defend Against Viruses and Bacteria*, „Frontiers in Immunology” 2020, vol. 11, p. 1221, doi: [10.3389/fimmu.2020.01221](https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.01221).

⁴⁴ Ch. Wang, J. Xie, L. Zhao, X. Fei, H. Zhang, Y. Tan, X. Nie, L. Zhou, Z. Liu, Y. Ren, L. Yuan, Y. Zhang, J. Zhang, L. Liang, X. Chen, X. Liu, P. Wang, X. Han, X.W. Bian, *Alveolar macrophage dysfunction and cytokine storm in the pathogenesis of two severe COVID-19 patients*, „EBioMedicine” 2020, vol. 57.

⁴⁵ M. Merad, J.C. Martin, *Pathological inflammation in patients with COVID-19: a key role for monocytes and macrophages*, „Nature Reviews Immunology” 2020, vol. 20, 355-362, doi: [10.1038/s41577-020-0331-4](https://doi.org/10.1038/s41577-020-0331-4).

⁴⁶ C. Arrabal-Gómez, F. Rodríguez de Fonseca, *Impact of SARS-CoV-2 infection on neurodegenerative and neuropsychiatric diseases: A delayed pandemic? Influencia de la infección SARS-CoV-2 sobre enfermedades neurodegenerativas y neuropsiquiátricas: ¿una pandemia demorada?*, „Neurología” 2020, vol. 35, no. 4.

⁴⁷ K.G. Andersen, A. Rambaut, W.I. Lipkin, E.C. Holmes, R.F. Garry, *The proximal origin of SARS-CoV-2*, „Nature Medicine” 2020, vol. 26, p. 450–452.

⁴⁸ Y. Hu, X. Meng, F. Zhang, Y. Xiang, J. Wang, *The in vitro antiviral activity of lactoferrin against common human coronaviruses and SARS-CoV-2 is mediated by targeting the heparan sulfate co-receptor*, „Emerging Microbes & Infections” 2021, vol. 10, no. 1, p. 317-330.

⁴⁹ D.J. Ellens, P.W. de Leeuw, P.J. Straver, *The Detection of Rotavirus Specific Antibody in Colostrum and Milk by Elisa*, „Annales de Recherches Vétérinaires. INRA Editions” 1978, vol. 9, no. 2, p. 337-342.

⁵⁰ P.O. Odong, P.J. Angwech, J. Obol, J. Kuule, C.H. Florén, *Management of HIV in Children Using a Bovine Colostrum-Based Food Product – An Observational Field Study*, „World Journal of AIDS” 2015, vol. 5, no. 2, p. 4, doi: [10.4236/wja.2015.52012](https://doi.org/10.4236/wja.2015.52012).

⁵¹ J. Król, A. Brodziak, *Białka mleka o właściwościach antybakteryjnych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2015, vol. 96, no. 2, p. 399-405.

In turn, lysozyme has antiviral, antibacterial and analgesic properties^{52,53}. It is produced by neutrophils and macrophages and has the ability to break down murein in the cell wall of pathogens, which makes it an antimicrobial enzyme⁵⁴. Moreover, lysozyme can regulate immune function through direct or indirect modulation of the complement system and enhance the function and proliferation of polymorphonuclear neutrophils and phagocytes^{55,56}.

The antimicrobial properties are also exhibited by individual milk peptides, i.e. casecidin from casein, lactoferrampin and lactoferrin or antibacterial peptides: LDT1, LDT2 S-S and LDC S-S isolated from α -lactalbumin^{57,58}.

Conclusions

Milk and dairy products are a valuable source of compounds with antiviral properties, mainly lactoferrin, lysozyme and lactoperoxidase, as evidenced by numerous scientific studies in this field. In the last year, it has been reported that SARS-CoV-2 virus-related immunopathology can be inhibited by milk proteins and peptides, mainly based on lactoferrin. Opportunities are seen not only in the action of single proteins, but mainly the protein complex and milk peptides. However, this requires further research.

Literature

Alvarez-Bueno C., Cavero-Redondo I., Martinez-Vizcaino V., Sotos-Prieto M., Ruiz J.R., Gil A., *Effects of Milk and Dairy Product Consumption on Type 2 Diabetes: Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses*, „Advances in Nutrition” 2019, vol. 10, no. 2.

Andersen K.G., Rambaut A., Lipkin W.I., Holmes E.C., Garry R.F., *The proximal origin of SARS-CoV-2*, „Nature Medicine” 2020, vol. 26.

⁵² S. Sarkar, K. Gulati, A. Mishra, K.M. Poluri, *Protein nanocomposites: Special inferences to lysozyme based nanomaterials*, „International Journal of Biological Macromolecules” 2020, vol. 151, p. 467-482.

⁵³ J. Wessely-Szponder, R. Bobowiec, *Neutrofilowe obronne białka i peptydy w leczeniu zwierząt i ludzi*, „Życie Weterynaryjne” 2011, vol. 86, no. 4.

⁵⁴ S.A. Ragland, A.K. Criss, *From bacterial killing to immune modulation: Recent insights into the functions of lysozyme*, „PLOS Pathogens” 2017, vol. 13, no. 9.

⁵⁵ G. Huang, X. Li, D. Lu, *Lysozyme improves gut performance and protects against enterotoxigenic Escherichia coli infection in neonatal piglets*, „Veterinary Research” 2018, vol. 49, p. 20.

⁵⁶ S.A. Ragland, A.K. Criss, *op. cit.*

⁵⁷ M. Darewicz, J. Barowska, P. Minkiewicz, A. Iwaniak, P. Starowicz, *Biologicznie aktywne peptydy uwalniane z białek żywności*, „Żywność. Nauka. Technologia. Jakość” 2015, vol. 3, no. 100, p. 26-41.

⁵⁸ C. Jinyang, L. Xin, D. Hongming, J. Chengfei, X. Siliang, C. Yan, *Immunomodulatory significance of natural peptides in mammals: Promising agents for medical application*, „Immunobiology” 2020, vol. 225, no. 3, doi: [10.1016/j.imbio.2020.151936](https://doi.org/10.1016/j.imbio.2020.151936)

- Arrabal-Gómez C., Rodríguez de Fonseca F., *Impact of SARS-CoV-2 infection on neurodegenerative and neuropsychiatric diseases: A delayed pandemic? Influencia de la infección SARS-CoV-2 sobre enfermedades neurodegenerativas y neuropsiquiátricas: ¿una pandemia demorada?*, „Neurología” 2020, vol. 35, no. 4.
- Artym J., Zimecki M., *Laktoferyna w profilaktyce i leczeniu zakażeń*, „Zakażenia XXI wieku” 2018, vol. 1, no. 1.
- Atamer Z., Thienel K., Holder A., Schubert T., Boom R., Hinrichs J., *Isolation of casein protein fractions*, „Advances in Food Science and Human Nutrition” 2017, vol. 1, no. 1, doi: [10.23977/afshn.2017.11001](https://doi.org/10.23977/afshn.2017.11001).
- Barłowska J., Florek M., Litwińczuk Z., *Mleko i mięso zwierząt przeżywających jako źródło substancji biologicznie czynnych*, „Przegląd Hodowlany” 2016, vol. 2.
- Bouglé D., Bouhallab S., *Dietary bioactive peptides: Human studies*, „Critical Reviews in Food Science and Nutrition” 2017, vol. 57, no. 2.
- Brodziak A., Król J., Litwińczuk A., Wolanciuk A., *Korelacje między zawartością wybranych białek serwatkowych w mleku krów*, „Roczniki Naukowe Polskiego Towarzystwa Zootechnicznego” 2017, vol. 13, no. 1.
- Bruni N., Capucchio M.T., Biasibetti E., Pessione E., Cirrincione S., Giraudo L., Corona A., Dosio F., *Antimicrobial Activity of Lactoferrin-Related Peptides and Applications in Human and Veterinary Medicine*, „Molecules” 2016, vol. 21, no. 6.
- Darewicz M., Barowska J., Minkiewicz P., Iwaniak A., Starowicz P., *Biologicznie aktywne peptydy uwalniane z białek żywności*, „Żywność. Nauka. Technologia. Jakość” 2015, vol. 3, no. 100.
- Ellens D.J., de Leeuw P.W., Straver P.J., *The detection of Rotavirus Specific Antibody in Colostrum and Milk by Elisa*, „Annales de Recherches Vétérinaires. INRA Editions” 1978, vol. 9, no. 2.
- Flores-Villaseñor H., Canizalez-Román A., Reyes-Lopez M., Nazmi K., de la Garza M., Zazueta-Beltrán J., Leon-Sicairos N., Bolscher J.G.M., *Bactericidal effect of bovine lactoferrin, LFcin, LFampin and LFchimera on antibiotic-resistant Staphylococcus aureus and Escherichia coli*, „Biomaterials” 2010, vol. 23, no. 3.
- Gil A., Ortega R.M., *Introduction and executive summary of the supplement, role of milk and dairy products in health and prevention of noncommunicable chronic diseases: A series of systematic reviews*, „Advances in Nutrition” 2019, vol. 10, no. 2.
- Guetouache M., Guessas B., Medjekal S., *Composition and nutritional value of raw milk*, „Issues in Biological Sciences and Pharmaceutical Research” 2014, vol. 2, no. 10.
- Gupta Ch., Prakash D., *Therapeutic Potential of Milk Whey*, „Beverages” 2017, vol. 3, no. 3.
- Hadidi N., Saffari M., Faizi M., *Optimized Transfersomal Bovine Lactoferrin (BLF) as a Promising Novel Non-Invasive Topical Treatment for Genital Warts Caused by Human Papilloma Virus (HPV)*, „Iranian Journal of Pharmaceutical Research” 2018, vol. 17, no. 2.
- Hirotsugu O., Kolawole A.O., Mirabelli C., Wakabayashi H., Tanaka M., Yamauchi K., Abe F., Wobus Ch.E., *Antiviral effects of bovine lactoferrin on human norovirus*, „Biochemistry and Cell Biology” 2020, doi: [10.1139/bcb-2020-0035](https://doi.org/10.1139/bcb-2020-0035).
- Hu Y., Meng X., Zhang F., Xiang Y., Wang J., *The in vitro antiviral activity of lactoferrin against common human coronaviruses and SARS-CoV-2 is mediated by targeting the heparan sulfate co-receptor*, „Emerging Microbes & Infections” 2021, vol. 10, no. 1.

- Huang G., Li X., Lu D., *Lysozyme improves gut performance and protects against enterotoxigenic Escherichia coli* infection in neonatal piglets, „Veterinary Research” 2018, vol. 49.
- Jinyang C., Xin L., Hongming D., Chengfei J., Siliang X., Yan C., *Immunomodulatory significance of natural peptides in mammals: Promising agents for medical application*, „Immunobiology” 2020, vol. 225, no. 3, doi: [10.1016/j.imbio.2020.151936](https://doi.org/10.1016/j.imbio.2020.151936).
- Kell D.B., Heyden, E.L., Pretorius, *The Biology of Lactoferrin, an Iron-Binding Protein That Can Help Defend Against Viruses and Bacteria*, „Frontiers in Immunology” 2020, vol. 11, doi: [10.3389/fimmu.2020.01221](https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.01221).
- Kimpel F., Schmitt J.J., *Review: Milk Proteins as Nanocarrier Systems for Hydrophobic Nutraceuticals*, „Journal of Food Science” 2015, vol. 88, no. 11.
- Kleekayai T., Cermeño M., R.J. FitzGerald, *The Production of Bioactive Peptides from Milk Proteins*, [In:] Kelly A.L., Larsen L.B. (eds) *Agents of Change. Food Engineering Series*. Springer, Cham, doi: [10.1007/978-3-030-55482-8_18](https://doi.org/10.1007/978-3-030-55482-8_18).
- Król J., Brodziak A., *Białka mleka o właściwościach antybakteryjnych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2015, vol. 96, no. 2.
- Lajnaf R., Gharsallah H., Jridi M., Attia H., Ayadi M.A., *Antioxidant and antibacterial activities, interfacial and emulsifying properties of the apo and holo forms of purified camel and bovine α -lactalbumin*, „International Journal of Biological Macromolecules” 2020, vol. 165.
- Lazo Delgado L., Gassman J., Masuelli M.A., *Bovine serum albumin. Properties and applications*, „Bovine Serum Albumin: Properties and Applications” 2020.
- Lebetwa N., Mitani T., Nakamura S., Katayama S., *Role of phosphate groups on antiviral activity of casein phosphopeptide against feline calicivirus as a surrogate for norovirus*, „Journal of the Science of Food and Agriculture” 2017, vol. 97, no. 6.
- Malmir H., Larijani B., Esmailzadeh A., *Consumption of milk and dairy products and risk of osteoporosis and hip fracture: a systematic review and Meta-analysis*, „Critical Reviews in Food Science and Nutrition” 2020, vol. 60, no. 10.
- Mancinelli R., Rosa L., Cutone A., Lepanto M.S., Franchitto A., Onori P., Gaudio E., Valenti P., *Viral Hepatitis and Iron Dysregulation: Molecular Pathways and the Role of Lactoferrin*, „Molecules” 2020, vol. 25, no. 8.
- Mehraban M.H., Yousefi R., Taheri-Kafrani A., Panahi F., Khalafi-Nezhad A., *Binding study of novel anti-diabetic pyrimidine fused heterocycles to β -lactoglobulin as a carrier protein*, „Colloids and Surfaces B: Biointerfaces” 2013, vol. 112.
- Merad M., Martin J.C., *Pathological inflammation in patients with COVID-19: a key role for monocytes and macrophages*, „Nature Reviews Immunology” 2020, vol. 1, doi: [10.1038/s41577-020-0331-4](https://doi.org/10.1038/s41577-020-0331-4).
- Nayak N.B., Singh R.B., Buttar H.S., *Role of Tryptophan in Health and Disease: Systematic Review of the Anti-Oxidant, Anti-Inflammation, and Nutritional Aspects of Tryptophan and Its Metabolites*, „World Heart Journal” 2019, vol. 11, no. 2.
- Ng T.B., Cheung R.Ch.F., Wong J.H., Wang Y., Ig D.T.M., Wan D.Ch.Ch., Xia J., *Antiviral activities of whey proteins*, „Applied Microbiology and Biotechnology” 2015, vol. 99.
- Odong P.O., Angwech P.J., Obol J., Kuule J., Florén C.H., *Management of HIV in Children Using a Bovine Colostrum-Based Food Product – An Observational Field Study*, „World Journal of AIDS” 2015, vol. 05, no. 02, p. 4, doi: [10.4236/wja.2015.52012](https://doi.org/10.4236/wja.2015.52012).

- Özer B., *Natural anti-microbial system, lactoperoxidase and lactoferrin*, „Encyclopedia of Food Microbiology (Second Edition)” 2014.
- Pedrozo R.C., Antonio E., Maissar N.M., Mainardes R.M., *Bovine serum albumin-based nanoparticles containing the flavonoid rutin produced by nano spray drying*, „Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences” 2020, vol. 56.
- Perinelli D.R., Bonacucina G., Cespi M., Bonazza F., Palmieri G.F., Pucciarelli S., Polzonetti V., Attarian L., Polidori P., Vincenzetti S., *A comparison among β -caseins purified from milk of different species: Self-assembling behaviour and immunogenicity potential*, „Colloids and Surfaces B: Biointerfaces” 2019, vol. 17.
- Pietrantoni A., Fortuna C., Remoli M.E., Ciufolini M.G., Superti F., *Bovine lactoferrin inhibits Toscana virus infection by binding to heparan sulphate*, „Viruses” 2015, vol. 7, no. 2.
- Poti F., Pozzoli C., Adami M., Poli E., Costa L.G., *Treatments for COVID-19: emerging drugs against the coronavirus*, „Acta bio-medica: Atenei Parmensis” 2020, vol. 91, no. 2.
- Ragland S.A., Criss A.K., *From bacterial killing to immune modulation: Recent insights into the functions of lysozyme*, „PLOS Pathogens” 2017, vol. 13.
- Sarkar S., Gulati, K., Mishra A., Poluri K.M., *Protein nanocomposites: Special inferences to lysozyme based nanomaterials*, „International Journal of Biological Macromolecules” 2020, vol. 151, p. 467-482.
- Senapathi J., Bommakanti A., Mallepalli S., Mukhopadhyay S., Kondapi A.K., *Sulfonate modified Lactoferrin nanoparticles as drug carriers with dual activity against HIV-1*, *Colloids and Surfaces B, „Bio-interfaces”* 2020, vol. 191.
- Sinevici N., Harte N., O’Grady I., Xie Y., Min S., Mok K.H., O’Sullivan J., *The novel therapeutic potential of bovine α -lactalbumin made lethal to tumour cells (BALMET) and oleic acid in oral squamous cell carcinoma (OSCC)*, „European Journal of Cancer Prevention: the Official Journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)” 2021, vol. 30, no. 2.
- Sun H., Jenssen H., *Milk Derived Peptides with Immune Stimulating Antiviral Properties*, „Milk Proteins” 2012, doi: [10.5772/50158](https://doi.org/10.5772/50158).
- Superti F., *Lactoferrin from Bovine Milk: A Protective Companion for Life*, „Nutrients” 2020, vol. 12, no. 9.
- Superti F., Agamennone M., Pietrantoni A., Ammendolia M.G., *Bovine Lactoferrin Prevents Influenza A Virus Infection by Interfering with the Fusogenic Function of Viral Hemagglutinin*, „Viruses” 2019, vol. 11, no. 1.
- Superti F., De Seta F., *Warding Off Recurrent Yeast and Bacterial Vaginal Infections: Lactoferrin and Lactobacilli*, „Microorganisms” 2020, vol. 8, no. 130.
- Szuster-Ciesielska A., *Zagrożenia zakażeniami wirusowymi*, „Zakażenia” 2013, vol. 13, no. 2.
- Tsutsumi R., Tsutsumi Y.M., *Peptides and Proteins in Whey and Their Benefits for Human Health*, „Austin Journal of Nutrition and Food Sciences” 2014, vol. 1, no. 1.
- Ulven S.M., Holven K.B., A. Gil, O.D. Rangel-Huerta, *Milk and Dairy Product Consumption and Inflammatory Biomarkers: An Updated Systematic Review of Randomized Clinical Trials*, „Advances in Nutrition” 2019, vol. 1, no. 10.
- Valiño V., San Román M.F., Ibañez R., Ortiz I., *Improved separation of bovine serum albumin and lactoferrin mixtures using charged ultrafiltration membranes*, „Separation and Purification Technology” 2014, vol. 14.

- Wang Ch., Xie J., Zhao L., Fei X., Zhang H., Tan Y., Nie X., Zhou L., Liu Z., Ren Y., Yuan L., Zhang Y., Zhang J., Liang L., Chen X., Liu X., Wang P., Han X., Bian X.W., *Alveolar macrophage dysfunction and cytokine storm in the pathogenesis of two severe COVID-19 patients*, „EBioMedicine” 2020, vol. 57.
- Watson A., Ferreira L., Hwang P., Stroud R., *Peptide Antidotes to SARS-CoV-2 (COVID-19)*, www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.08.06.238915v2 [access: 12.05.2021], doi: [10.1101/2020.08.06.238915](https://doi.org/10.1101/2020.08.06.238915).
- Wessely-Szponder J., Bobowiec R., *Neutrofilowe obronne białka i peptydy w leczeniu zwierząt i ludzi*, „Życie Weterynaryjne” 2011, vol. 86, no. 4.
- Zhang X., Chen X., Xu Y., Yang J., Du L., Li K., Zhou Y., *Milk consumption and multiple health outcomes: umbrella review of systematic reviews and meta-analyses in humans*, „Nutrition & Metabolism” 2021, vol. 18, no. 7. doi: [10.1186/s12986-020-00527-y](https://doi.org/10.1186/s12986-020-00527-y).
- Zhivij Z., Ivanovska T.P., Petrusevska Tozi L., *The relevance of nutrition as a step forward to combat COVID-19*, „Macedonian Pharmaceutical Bulletin” 2020, vol. 66, no. 2.

Postrzeganie wegańskiej oferty rynkowej przez konsumentów w Polsce w świetle badań ankietowych

Consumer perception of vegan offer in Poland in the light of survey research

Alicja Mocarska

Uniwersytet Wrocławski
Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii
ORCID: 0000-0001-8186-7025
e-mail: alicjamocarska1@gmail.com

Streszczenie

Hodowla przemysłowa uznawana jest za główną przyczynę pogarszającego się stanu środowiska naturalnego (zwłaszcza emisji gazów cieplarnianych), cierpienia zwierząt i problemów zdrowotnych, takich jak otyłość i rak jelita grubego. W związku z powyższym rośnie liczba ludzi na świecie, która całkowicie wyklucza spożycie produktów pochodzenia zwierzęcego. Ten rosnący w skali globalnej trend, jakim jest weganizm, jest również obecny wśród Polaków. Producenci żywności – zarówno nowi, jak i ci z wieloletnim doświadczeniem na rynku – nie pozostali bierni na kwestię popularności produktów pochodzenia roślinnego. Dlatego na półkach sklepowych można zobaczyć szeroko rozpowszechniony asortyment wegański wprowadzony do dystrybucji nie tylko w sklepach specjalistycznych, lecz także w znanych dyskontach. Głównym celem artykułu jest przedstawienie raportu z badań własnych, dzięki któremu przeanalizowano postrzeganie oferty rynku wegańskiego przez konsumentów w Polsce. Do pierwotnego zbierania danych wykorzystano kwestionariusze internetowe zamieszczone na platformie społecznościowej Facebook w grupach zrzeszających wegan, co zaowocowało celowym doбором badanej próby. Badanie przeprowadzono w marcu 2021 r. Liczba respondentów wyniosła 1581 osób. Głównymi odbiorcami produktów wegańskich w Polsce okazały się osoby z dwóch grup wiekowych: 18–24 i 25–30 lat, pochodzące z dużych miast, z wyższym wykształceniem, ze zdecydowaną przewagą kobiet nad mężczyznami. Wyniki wskazują, że głównym motywem spożywania wegańskich produktów spożywczych wśród Polaków jest troska o dobrostan zwierząt. Zdecydowana większość zgodziła się, że w sklepach najbardziej brakuje produktów takich jak wegańskie substytuty serów, słodczy, lodów i jogurtów. Analiza przeprowadzonych badań pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków: badana grupa jest zgodna co do tego, że oferta produktów roślinnych w Polsce jest na dobrym poziomie. Uzyskane wyniki potwierdziły również tezę, że młodzi ludzie są bardziej świadomi negatywnych skutków spożywania produktów pochodzenia zwierzęcego.

Słowa kluczowe

weganizm, produkty wegańskie, zachowania konsumentów

Abstract

Industrial livestock farming is recognized as the main cause of the deteriorating state of the natural environment (especially greenhouse gas emissions), animal suffering and health problems such as obesity and colorectal cancer. In view of the above, the number of people in the world, which completely excludes the consumption of animal products is increasing. This growing trend on a global scale, which is veganism, is also present among Poles. Food manufacturers – both new and those with many years of market experience – did not remain passive about the popularity of plant-based products. Therefore, on store shelves, you can see a widespread vegan assortment introduced for distribution not only in specialist stores, but also in popular discount stores. The main purpose of this article is to present the one's own research report, thanks to which the perception of vegan market offer by consumers in Poland was analyzed. In the primary data collection, online questionnaires posted on the Facebook social platform in vegan groups were used, which resulted in the deliberate sampling selection. The research was carried out in March 2021. The number of respondents amounted to 1,581 people. The main buyers of vegan products in Poland turned out to be people from two age groups: 18–24 and 25–30, coming from large cities, with higher education and with a significant majority of women over men. Findings suggest that the main motive for the consumption of vegan food products among Poles is concern for animal welfare. The vast majority agreed that products such as vegan substitutes for cheese, sweets, ice cream and yoghurts are lacking the most in stores. The analysis of the conducted research allowed for the formulation of the following conclusions: the surveyed group overall agrees that the offer of plant – based products in Poland is at a good level. The obtained results also confirmed the thesis that young people are more aware of the negative effects coming from consumption of animal products.

Keywords

veganism, plant – based products, consumer behaviour

JEL: D11, D12, E20

Wstęp

Spodziewany wzrost popytu na żywność budzi obawy o ekspansję gruntów rolnych na całym świecie. Aby tego uniknąć, należy skupić się na zwiększaniu produktywności ziemi, zmniejszaniu ilości odpadów i zmianie diety człowieka¹.

Spożywana przez ludzi żywność znacząco wpływa na stan środowiska przyrodniczego, zdrowie oraz dobrostan zwierząt. Istnieje wiele diet, które różnią się nie tylko konsumowanymi produktami, lecz także oddziaływaniem na wcześniej wymienione aspekty. Systemy żywieniowe oparte na spożywaniu mięsa oraz produktów pochodzenia zwierzęcego uznaje się za nieetyczne oraz przynoszące najbardziej negatywne skutki dla środowiska naturalnego. Dlatego w ciągu ostatnich lat zauważa się nowy trend, jakim są diety wykluczające produkty odzwierzęce. Mowa przede wszystkim o wegetarianizmie oraz weganizmie. Ich rosnąca popularność warunkowana jest zwiększającą się świadomością

¹ H.R. van Kernebeek, S.J. Oosting, M.K. van Ittersum, P. Bikker, I.J. de Boer, *Saving land to feed a growing population: consequences for consumption of crop and livestock products*, „The International Journal of Life Cycle Assessment” 21, 2015, nr 5, s. 677.

konsumentów co do negatywnych skutków stosowania tradycyjnej diety opartej na białku zwierzęcym².

Diety bazujące na roślinach stają się popularne na całym świecie – również w Polsce. Głównym powodem tego jest postępująca globalizacja, negatywne zmiany klimatyczne oraz czerpanie bardziej etycznych i proekologicznych wzorców konsumpcyjnych z wysokorozwiniętych państw. Nie bez znaczenia pozostaje także moda na ekologię, która w pewien sposób pozwala wyróżnić się jednostkom. Jest ona kojarzona z coraz większym prestiżem bycia zatroskanym o środowisko, a to przekłada się na sięganie po roślinne produkty, które postrzegane są jako ekologiczne³.

W związku z tym, że weganizm jest nie tylko dietą, ale też stylem życia oraz filozofią, wielu naukowców ze względu na jego złożoność przez dziesięciolecia starało się go zrozumieć. Producenci żywności w odpowiedzi na rosnący popyt na roślinną żywność wprowadzają na polski rynek coraz więcej nowych produktów odpowiednich dla wegan oraz vegetarian. Zatem ważne jest, aby zbadać oraz ocenić wpływ, jaki wywiera ta nowa rutyna na kupujących i sprzedających⁴.

Definicja produktów wegańskich

Weganizm bywa nierzadko mylony z vegetarianizmem. Niepoprawne jest stosowanie tych dwóch pojęć zamiennie. Vegetarianizm jest dietą, w której nie spożywa się przede wszystkim mięsa, ryb oraz owoców morza. Istnieje jednak wiele jego rodzajów, np. rzadziej stosowany owowegetarianizm, w którym dodatkowo nie spożywa się nabiału. Weganizm to najbardziej rygorystyczna gałąź vegetarianizmu, ponieważ wyklucza spożycie jakichkolwiek produktów pochodzenia zwierzęcego⁵. Ponadto określany jest jako styl życia, filozofia, a także świadomy wybór⁶. Osoby stosujące się do zasad weganizmu są zaznajomione z obawami wynikającymi ze spożycia mięsa, które dotyczą wielu aspektów, takich jak zdrowie, życie społeczne, zachowania żywieniowe, dobrostan zwierząt, eksploatacja zasobów naturalnych⁷.

² A.U. Saari, C. Herstatt, R. Tiwari, O. Dedehayir, J.S. Mäkinen, *The vegan trend and the microfoundations of institutional change: A commentary on food producers' sustainable innovation journeys in Europe*, „Trends in Food Science & Technology” 107, 2021, s. 161.

³ L. Witek, *Idea konsumpcji ekologicznej wśród kobiet*, „Studia Ekonomiczne” 2017, nr 337, s. 196.

⁴ I. Miguel, A. Coelho, C.M. Bairrada, *Modeling Attitude towards Consumption of Vegan Products*, Sustainability 2021, s. 1–2.

⁵ E.S. Mann, *More Than Just A Diet: An Inquiry into Veganism*, Anthropology Senior Theses, 2014, s. 4–7.

⁶ E. Batt, *Why Veganism*, American Vegan Society, 1964, s. 2.

⁷ V. Beck, B. Ladwig, *Ethical Consumerism: Veganism*, „WIREs Climate Change” 12, 2020, s. 3–4.

Definicja produktów wegańskich zalecona przez 12. konferencję ministrów w zakresie ochrony konsumentów (22 kwietnia 2016 r.):

„Jako wegańskie określa się artykuły spożywcze niebędące produktami pochodzenia zwierzęcego oraz takie, w przypadku których na żadnym z etapów produkcji i przetwarzania nie są dodawane ani stosowane w postaci przetworzonej bądź nieprzetworzonej mające pochodzenie zwierzęce:

- składniki (włącznie z dodatkami, nośnikami, aromatami oraz enzymami),
- pomocnicze substancje modyfikujące,
- dodatki niespożywcze stosowane w ten sam sposób i do tego samego celu co pomocnicze substancje modyfikujące”⁸.

Zatem produkty wegańskie są wyprodukowane wyłącznie z surowców pochodzących z roślinnych źródeł bez udziału zwierząt – chodzi zarówno o testowanie na zwierzętach, jak i ich wykorzystywanie w procesie wytwórczym.

Zdecydowanym ułatwieniem dla konsumentów są certyfikaty, którymi oznacza się artykuły spożywcze zapewniające o roślinnym składzie. Są one gwarancją jakości i skracają czas wyboru produktu. Osoby kupujące wegańskie produkty w Polsce mogą najczęściej spotkać się z etykietą V – Label, Znakiem V oraz znakiem przyznawanym przez Towarzystwo Wegan.

Motywy stosowania wegańskiej diety

Badania empiryczne wskazują pobudki moralne oraz etykę (troskę o zwierzęta) za główne powody wybierania alternatywnej diety, jaką jest weganizm. W tym kontekście stosowanie takiego rodzaju stylu życia można interpretować szerzej niż tylko wybór sposobu żywienia⁹. Jest to w pewnym sensie zobowiązanie oraz zaangażowanie. Weganie kierujący się względami moralnymi oraz etyką charakteryzują się silniejszą wolą od wegan, którzy kierują się np. zdrowiem. Ponadto własny interes, a zatem i konsumpcję traktują jako kwestie etyczne¹⁰.

Dla wegan ekologia oraz etyka są ze sobą ściśle skorelowane, ponieważ hodowla zwierząt w sposób znaczący obciąża środowisko. Argumenty za weganizmem nakierowane na ekologię można rozpatrywać przez skutki antropocentryczne lub przez etyczne znaczenie dla gatunków lub ekosystemów. Punktem wyjścia takich rozważań jest idea, że dieta roślinna oraz weganizm wymagają znacznie mniej ziemi uprawnej niż dieta

⁸ http://www.vegepolska.pl/wp-content/uploads/2016/07/Przewodnik_V-Label.pdf [dostęp: 28.05.2021].

⁹ I. Miguel, A. Coelho, C.M. Bairrada, *op. cit.*, s. 3–4.

¹⁰ T. McPherson, *The ethical basis for veganism*, Oxford University Press, Oxford 2018, s. 5.

konwencjonalna¹¹. Hodowla zwierząt wywiera wpływ na coraz bardziej ograniczone i wrażliwe grunty uprawne oraz zasoby wodne. Ponadto stale obecna presja ekonomiczna na produkty pochodzenia zwierzęcego doprowadziła do szybkiego uprzemysłowienia praktyk rolniczych, a to z kolei tylko zwiększyło ilość toksyn generowanych przez rolnictwo¹². Zapewnianie o ekologicznej hodowli zwierząt nie oznacza, że będą one dobrze traktowane (np. kastrowane bez znieczulenia) i nie trafią do rzeźni, w której spotka ich bolesna śmierć¹³.

Innym często wskazywanym motywem prowadzenia wegańskiego stylu życia oraz diety jest zdrowie. Wielu naukowców dowiodło, że konsumpcja roślinnej żywności pozytywnie wpływa na zdrowie. Natomiast spożycie przetworzonego mięsa jest oprócz spożycia alkoholu oraz palenia tytoniu jedną z przyczyn powstawania raka jelita grubego. Jest on drugim najczęściej występującym nowotworem u kobiet, a trzecim u mężczyzn. Co więcej, IARC (Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem) przedstawiła raport, w którym uznano przetworzone mięso za rakotwórcze. Czerwone mięso na podstawie badań nad rakiem jelita grubego sklasyfikowano jako prawdopodobnie powodujące nowotwór¹⁴. Do innych negatywnych skutków konsumpcji mięsa zalicza się ryzyko wystąpienia otyłości, cukrzycy czy chorób układu krążenia¹⁵.

Metodyka badań własnych i charakterystyka próby badawczej

Głównym celem badań własnych przeprowadzonych w okresie od 10 do 21 marca 2021 r. była ocena postrzegania wegańskiej oferty rynkowej przez konsumentów w Polsce. Sformułowano hipotezę badawczą – asortyment roślinnej żywności dostępnej w Polsce jest postrzegany pozytywnie przez konsumentów. Badana próba wyniosła 1581 osób. Skonstruowano pytanie kwalifikujące, którego zadaniem było wyłonienie spośród ankietowych wyłącznie konsumentów produktów wegańskich. Ostatecznie przeprowadzono analizę na podstawie 1555 odpowiedzi. Przy zbiorze danych pierwotnych posłużono się anonimowymi kwestionariuszami internetowymi, które zostały umieszczone na platformie społecznościowej Facebook w grupach zrzeszających wegan. Sondaż składał się z 20 pytań jednokrotnego oraz wielokrotnego wyboru. Zdecydowana większość z nich

¹¹ V. Beck, B. Ladwig, *op. cit.*, s. 4.

¹² T. McPherson, *op. cit.*, s. 5.

¹³ V. Beck, B. Ladwig, *op. cit.*, s. 4.

¹⁴ B. Lauby-Secretan, N. Vilahur, F. Bianchini, N. Guha, K. Straif, *The IARC perspective on colorectal cancer screening*, „New England Journal of Medicine” 378, 2018, nr 18, s. 1734.

¹⁵ H.Ch.J. Goldfray, P. Aveyard, T. Garnett, J.W. Hall, T.J. Key, J. Lorimer, R.T. Pierrehumbert, P. Scarborough, *Meat consumption, health and the environment*, „Science” 361, 2018, s. 2–3.

miała formę zamkniętą, natomiast do niektórych punktów przewidziano możliwość dopisania innej odpowiedzi. Ostatnie pięć pytań ankiety wykorzystano do metryczki.

Na podstawie metryczki sporządzono charakterystykę próby badawczej (tabela 1). Spośród 1555 badanych osób dominującą płcią okazały się kobiety (93,7%). Biorąc pod uwagę wiek respondentów, najliczniejszą grupę stanowiły osoby młode mające od 18 do 24 lat (prawie połowa respondentów – 47,46%) oraz od 25 do 30 lat (25,14%). Ankietowanych w wieku 31–40 lat było 15,95%, natomiast w wieku 41–50 lat tylko 6,24%. Ponad połowa respondentów ukończyła studia wyższe (56,19%), a 37,36% posiadało wykształcenie średnie. Dominująca liczba badanych mieszka w mieście (88,7%), z czego ponad połowa (55%) to mieszkańcy miast powyżej 250 tys. osób. Respondenci byli głównie osobami pracującymi (54,9%) oraz uczącymi się (40,1%).

Tabela 1. Charakterystyka próby badawczej

Wyszczególnienie	Odsetek respondentów
Płeć	
Kobiety	93,7%
Mężczyźni	5,5%
Inna	0,8%
Wiek	
<18	3,28%
18–24	47,46%
25–30	25,14%
31–40	15,95%
41–50	6,24%
51+	1,93%
Poziom wykształcenia	
Wyższe	56,19%
Średnie	37,36%
Zasadnicze zawodowe	2,97%
Gimnazjalne	0,88%
Miejsce zamieszkania	
Miasto	88,7%
Wieś	11,3%

Wyszczególnienie	Odsetek respondentów
Sytuacja zawodowa	
Osoby uczące się	40,1%
Osoby pracujące	54,9%
Osoby bezrobotne	4,5%
Emeryci	0,5%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych.

Analiza wyników badań

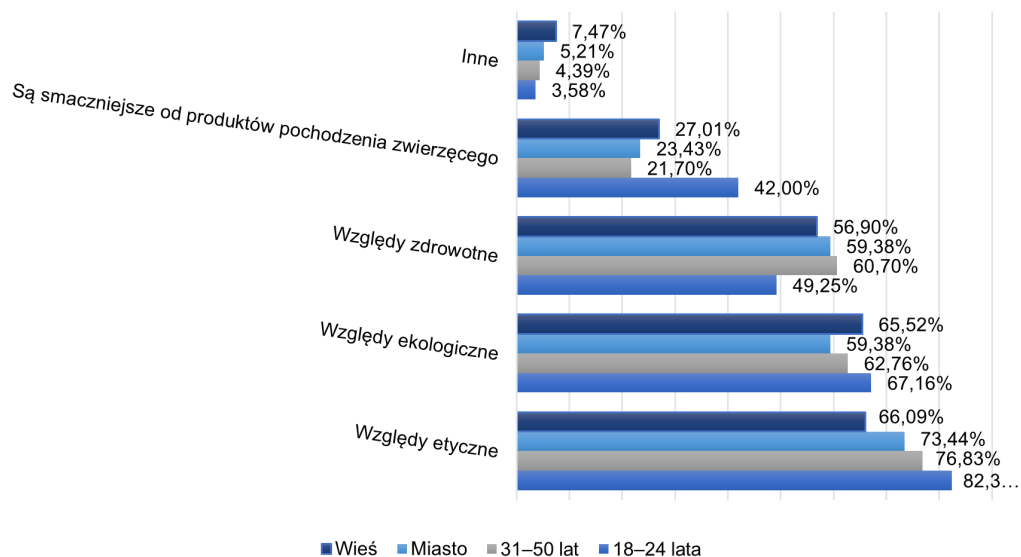
Badana grupa zapytana o powody konsumpcji roślinnej żywności wskazała jej trzy główne motywy: etykę (82,3%), ekologię (67,25) i zdrowie (56,4%).

Wykres 1 przedstawia odpowiedzi z podziałem na miejsce zamieszkania oraz wiek. Powody konsumpcji wegańskich produktów mieszkańców miast oraz wsi nieznacznie się różnią. Względy etyczne, jak pokazują odpowiedzi, są najważniejszym motywem dla obu grup. Należy zaznaczyć, że osoby zamieszkałe na terenach miejskich (73,4%) wskazywały troskę o dobrostan zwierząt o 7,3% częściej od osób mieszkających na wsi (66,1%). Względy ekologiczne okazały się ważniejsze dla mieszkańców wsi (65,5%) o 6,1% w porównaniu z osobami pochodzącymi z miast (59,4%).

Respondentów podzielono także na dwie grupy wiekowe, 18–24 lata (pokolenie Z) oraz 31–50 lat (pokolenie X oraz Y). Troska o dobrostan zwierząt jest najważniejszym motywem w obu grupach (pokolenie Z – 82,4%; pokolenie X oraz Y – 76,8%). Względy etyczne oraz ekologiczne (67,2%) były wskazywane odpowiednio o 5,6% i 4,4% częściej przez młodszą generację. Dla obu grup wiekowych troska o swoje zdrowie jest równie ważna, jednak dla starszego pokolenia (60,7%) szczególnie. Generacja X oraz Y wskazywała zdrowie jako główny motyw konsumpcji roślinnej żywności o 11,4% częściej niż generacja Z (49,3%). Największą różnicę w głosach dostrzeżono przy odpowiedziach, w których deklarowano lepszy smak produktów roślinnych w porównaniu do tych pochodzenia zwierzęcego. Dla osób z przedziału wiekowego 18–24 lat (42%) był to czynnik o 20,3% ważniejszy niż dla osób z przedziału 31–50 lat (21,7%).

Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ badana grupa miała możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi.

Wykres 1. Powody, dla których ankietowani konsumują produkty wegańskie (według wieku oraz miejsca zamieszkania)



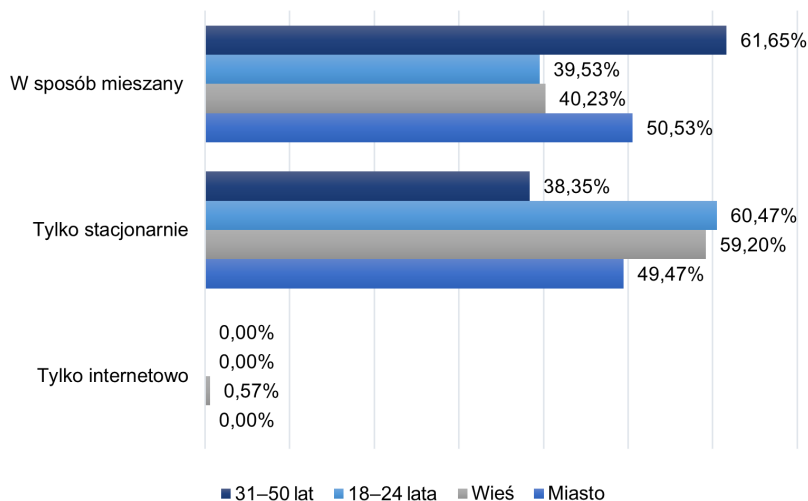
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych.

Kolejne pytanie dotyczyło sposobu zakupu wegańskich produktów. Ponad połowa respondentów (55%) robi to stacjonarnie, a pozostały odsetek (45%) – internetowo.

Na wykresie 2 przedstawiono kształtowanie się odpowiedzi według podziału na miejsce zamieszkania oraz wiek. Osoby mieszkające na wsi (59,2%) preferują zakup roślinnej żywności wyłącznie stacjonarnie oraz w sposób mieszany (40,2%), natomiast niecały procent z nich (0,57%) robi to tylko internetowo. Podobnie sytuacja przedstawia się w przypadku ankietowanych, którzy mieszkają w miastach. Prawie taki sam odsetek robi zakupy tylko stacjonarnie (49,47%) oraz w sposób mieszany (50,53%).

Istotna różnica w sposobie zakupu roślinnej żywności ma miejsce pomiędzy pokoleniem Z a X i Y. Zdecydowana większość osób młodych (60,47%) robi to tylko stacjonarnie, a pozostała część robi to w sposób mieszany (39,53%). Porównując odpowiedzi generacji Z do starszych pokoleń, można dostrzec, że sytuacja wygląda odwrotnie. Osoby z przedziału wiekowego 31–50 lat zdecydowanie wolą mieszany sposób zakupów roślinnej żywności (61,65%) od zakupów robionych tylko stacjonarnie (38,35%). Taki rozkład odpowiedzi może sugerować, iż osoby z pokolenia X i Y – najczęściej pracujące – ze względu na wygodę i często brak czasu decydują się na zakupy przez internet.

Wykres 2. Sposób zakupu roślinnej żywności przez ankietowanych z podziałem na wiek oraz miejsce zamieszkania



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych.

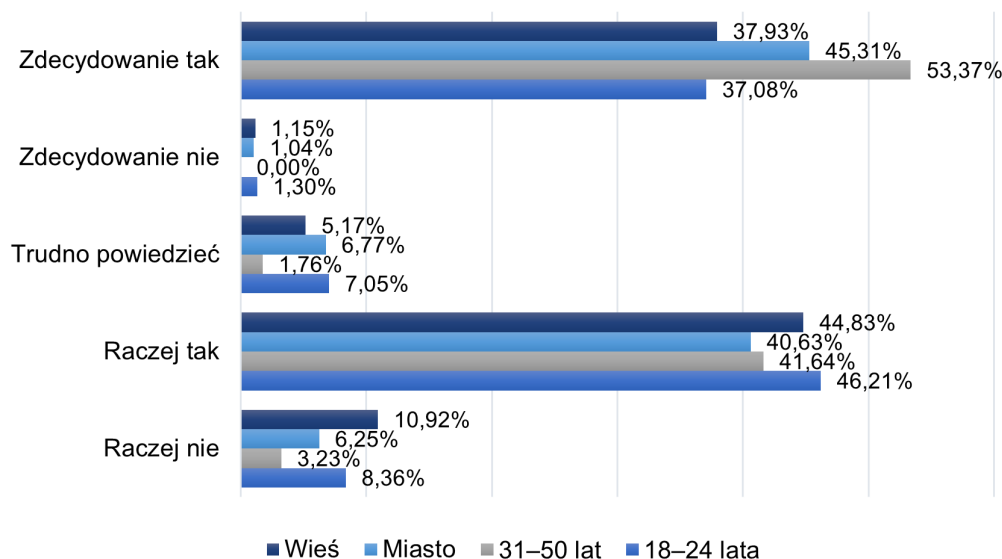
Respondenci zostali również zapytani, czy sprawdzają składki roślinnych produktów podczas ich zakupu. Ponad 80% ankietowanych (85,6%) przeważnie analizuje etykiety wegańskiej żywności, a 9,4% z nich przeciwnie. Tylko 5% respondentów nie mogło udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

Na wykresie 3 zaprezentowano odpowiedzi na powyższe pytanie według podziału na miejsce zamieszkania oraz wiek ankietowanych. Odsetek badanych zamieszkających na wsi, który zadeklarował, że zdecydowanie oraz raczej sprawdza składki roślinnej żywności wyniósł odpowiednio 37,93% oraz 44,83% (razem 82,76%). Natomiast 12,07% z nich nie analizuje etykiet produktów wegańskich podczas ich zakupu (raczej nie – 10,92%, zdecydowanie nie – 1,15%). Mieszkańców miast, którzy odpowiadali twierdząco było 85,94% (zdecydowanie tak – 45,31%, raczej tak – 40,63%). Tylko 7,29% z nich nie sprawdza składków wegańskich produktów (raczej nie – 6,25%, zdecydowanie nie – 1,04%).

Ponad połowa osób w wieku od 31 do 50 lat zdecydowanie sprawdza składki wegańskich produktów (53,37%), a 41,64% raczej je sprawdza (razem 95,01%). Tylko 3,23% z nich raczej nie sprawdza etykiet roślinnej żywności przed jej zakupem. Odsetek osób w wieku od 18 do 24 lat, który sprawdza składki wegańskich produktów, wyniósł 83,29% (zdecydowanie tak – 37,08%, raczej tak – 46,21%). Negatywnej odpowiedzi udzieliło 9,66% badanych z tej grupy wiekowej (raczej nie 8,36%, zdecydowanie nie – 1,3%).

Odpowiedzi wskazują, iż wegańscy nabywcy artykułów spożywczych świadomie dokonują zakupu tych produktów.

Wykres 3. Sprawdzanie składów produktów roślinnych przy ich zakupie przez respondentów (według wieku oraz miejsca zamieszkania)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych.

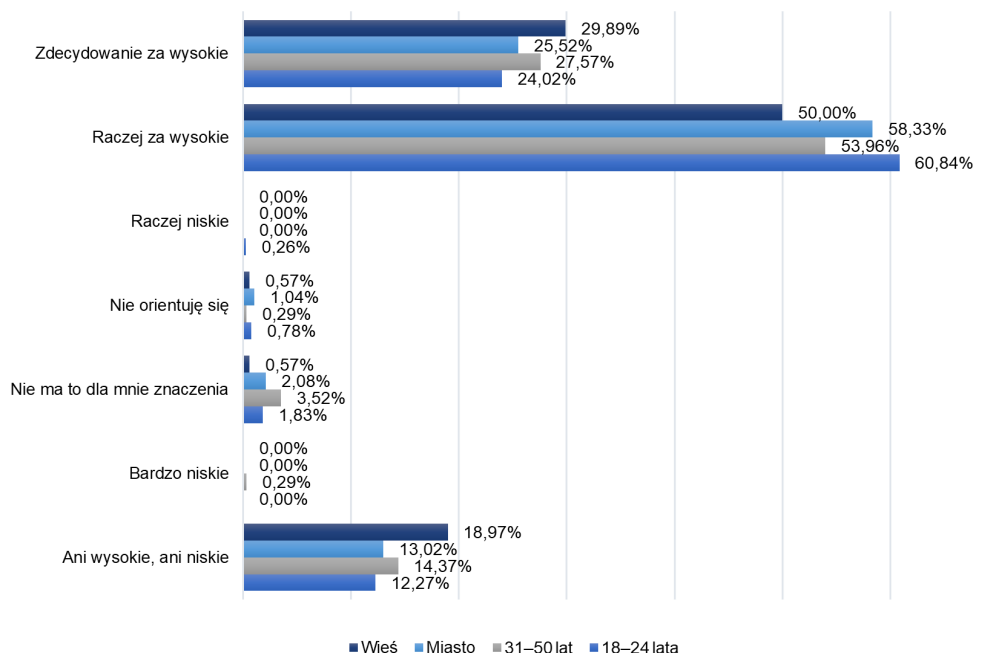
Według przeważającej części respondentów (81,9%) ceny wegańskiej żywności są za wysokie. Dla 15% nie są one ani wysokie, ani niskie. Tylko 2,3% ankietowanych uważa, że ceny nie mają dla nich znaczenia.

Wykres 4 przedstawia rozkład odpowiedzi według miejsca zamieszkania oraz wieku. Zarówno dla mieszkańców wsi oraz miast ceny są za wysokie (odpowiednio 79% i 83,85%). O 5,95% więcej osób zamieszkujących tereny wiejskie (18,97%) od osób pochodzących z terenów miejskich (13,02%) sądzi, iż ceny nie są ani wysokie, ani niskie.

Zarówno osoby z grupy wiekowej 18–24 lata oraz 31–50 lat uważają, że ceny roślinnej żywności są za wysokie (odpowiednio 84,86% i 81,5%). Podobny odsetek ankietowanych młodych i starszych uważa, że ceny nie są ani wysokie, ani niskie – 14,37% i 12,27%.

Odpowiedzi sugerują, że badana grupa jest zgodna co do polityki cenowej producentów wegańskiej żywności. Według nich ceny są za wysokie, co stanowi znaczną barierę zakupową w tym segmencie. Co więcej, może ona skutecznie zniechęcać potencjalnych nabywców, którzy są ciekawi nowych smaków, lub fleksitarian, którzy starają się ograniczać mięso.

Wykres 4. Postrzeganie cen wegańskich produktów żywnościowych przez ankietowanych (według miejsca zamieszkania oraz wieku)



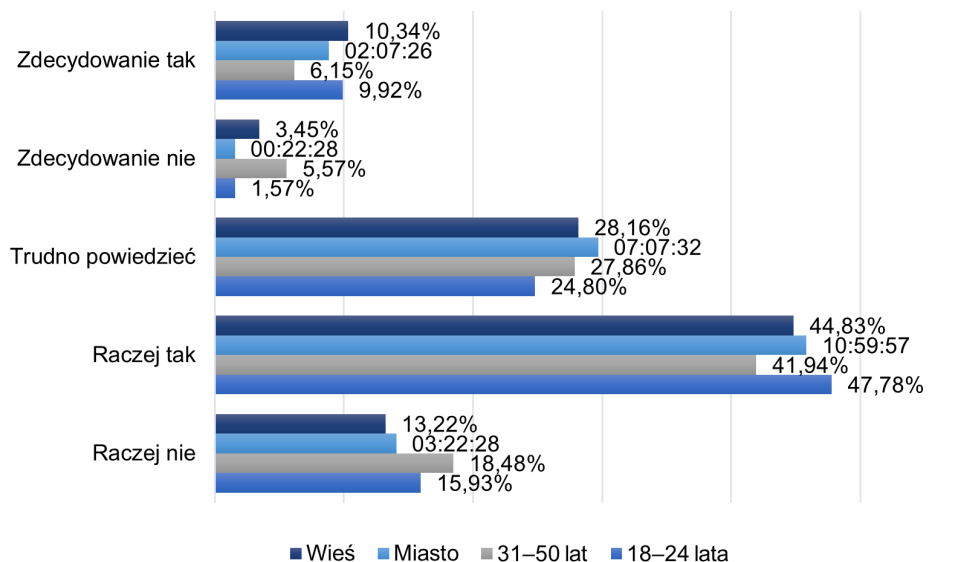
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych.

Na pytanie dotyczące akceptacji rodzaju opakowań roślinnej żywności 45,1% ankietowanych odpowiedziało, że raczej go akceptuje, a 8,75% – zdecydowanie go akceptuje. Odsetek badanych z mniej pozytywnym nastawieniem wyniósł 19,3% (raczej nie – 16,7%; zdecydowanie nie – 2,6%).

Na wykresie 5 przedstawiono odpowiedzi na to samo pytanie z podziałem na miejsce zamieszkania oraz wiek. Mieszkańcy miast oraz wsi odpowiadali podobnie. Około 45% osób zamieszkałych na terenach miejskich (45,83%) oraz wiejskich (44,83%) raczej akceptuje rodzaj opakowań wegańskich produktów. Jedynie 13,22% mieszkańców wsi oraz 14,06% mieszkańców miast go nie akceptuje. Dla dużej grupy ankietowanych trudno było wyrazić opinię na ten temat (wieś – 28,16%; miasto – 29,69%).

O 5,84% więcej osób z grupy wiekowej 18–24 lata (47,78%) raczej akceptuje rodzaj opakowań produktów roślinnych. Pokolenie X oraz Y wykazuje się nieznacznie bardziej negatywnym nastawieniem. Odsetek osób z grupy wiekowej 31–50 lat wynoszący 24,05% przeważnie nie akceptuje rodzaju opakowań wegańskich produktów (6,55% więcej niż pokolenie Z).

Wykres 5. Odsetek ankietowanych akceptujących rodzaj opakowań wegańskich produktów (według miejsca zamieszkania oraz wieku)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych.

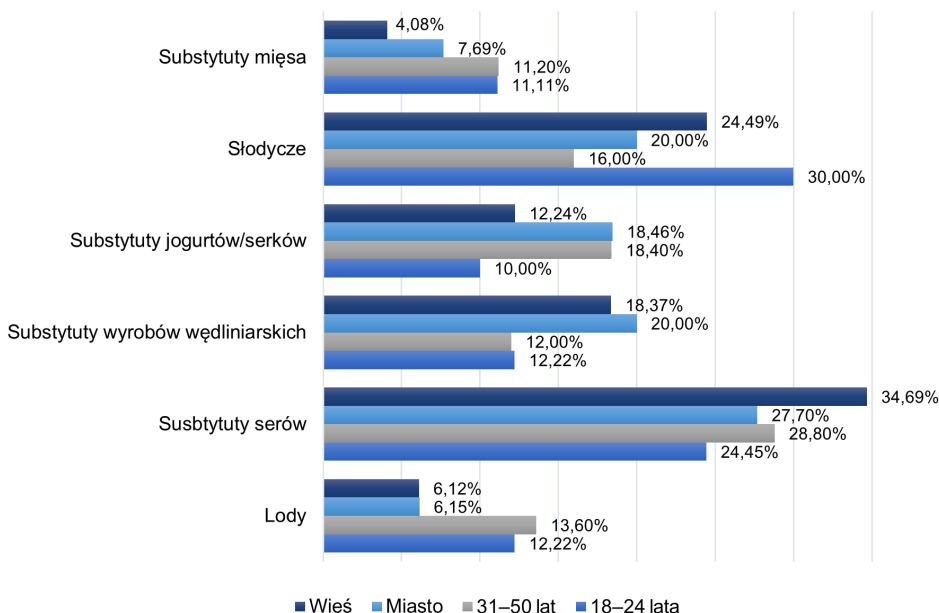
Polakom konsumującym produkty wegańskie najbardziej brakuje: słodczy (44,1%), substytutów sera (41,4%), substytutów jogurtów/serków (37,9%), wegańskich lodów (33,2%). Jedynie 4,6% ankietowanych uważa, że na rynku nie ma wystarczającej liczby rodzajów mleka roślinnego.

Na wykresie 6 zaprezentowano rozkład odpowiedzi ankietowanych, których zapytano o rodzaj roślinnej żywności, której według nich wciąż brakuje w sklepach. Największy odsetek mieszkańców wsi (34,69%) oraz miast (27,70%) sądzi, że tymi produktami są substytuty serów. Dla osób zamieszkujących tereny wiejskie wciąż brakuje wegańskich słodczy (24,49%) oraz substytutów wegańskich wyrobów wędliniarskich (18,37%). Podobnie sytuacja wygląda w przypadku mieszkańców miast (wegańskie słodczy oraz substytuty wyrobów wędliniarskich – po 20%).

W przypadku obu grup wiekowych można dostrzec istotne różnice w odpowiedziach. Młodemu pokoleniu najbardziej brakuje wegańskich słodczy (30%) oraz substytutów sera (24,45%). Generacja X oraz Y twierdzi, iż w sklepach powinno być więcej substytutów sera (28,8%) oraz substytutów jogurtów/serków (18,4%).

Odpowiedzi nie sumują się do 100%, ponieważ badana grupa miała możliwość zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi.

Wykres 6. Rodzaj wegańskiej żywności, której najbardziej brakuje w sklepach w opinii ankietowanych (według miejsca zamieszkania oraz wieku)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych.

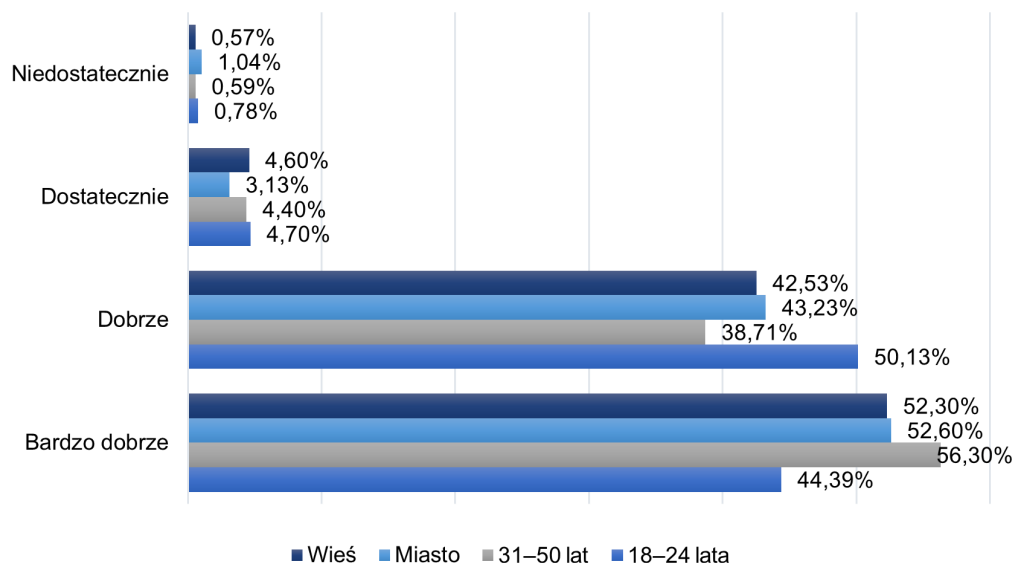
Duża część ankietowanych odpowiedziała, że dieta wegańska wpływa bardzo dobrze (50,2%) oraz dobrze (44,9%) na ich zdrowie. Tylko 0,6% respondentów jest zdania, że roślinna dieta nie wpływa w sposób istotny na ich stan fizjologiczny.

Na wykresie 7 pokazany jest rozkład odpowiedzi na powyższe pytanie według miejsca zamieszkania oraz wieku. Mieszkańcy wsi oraz miast odpowiadali zgodnie. Ponad połowa osób z obu grup twierdzi, że roślinna dieta wpływa bardzo dobrze na ich zdrowie (wieś – 52,3%; miasto – 52,6%). Co więcej, podobny odsetek osób zamieszkających w miastach (43,23%) oraz na wsi (42,53%) zadeklarował, że spożycie wegańskiej żywności dobrze działa na ich stan fizjologiczny.

Obie grupy wiekowe nie są do końca zgodne co do wpływu roślinnej diety na ich zdrowie. Osoby od 31 do 50 lat o 11,91% częściej niż osoby od 18 do 24 lat odpowiadały, że konsumpcja wegańskiej żywności działa bardzo dobrze na ich stan fizjologiczny. Natomiast pokolenie Z częściej o 11,42% niż pokolenie X i Y twierdziło, że dieta roślinna wpływa dobrze na ich zdrowie.

Respondenci w zdecydowanej większości (ponad 95%) mają pozytywne odczucia co do wpływu spożywanej roślinnej żywności na ich zdrowie. Może to świadczyć o prozdrowotnych właściwościach takiego stylu żywienia. Wskazuje na to także duży odsetek ankietowanych (ponad 55%), który zadeklarował motyw zdrowotny jako czynnik warunkujący spożycie roślinnych produktów.

Wykres 7. Ocena wpływu konsumpcji wegańskich produktów spożywczych na zdrowie ankietowanych (według miejsca zamieszkania oraz wieku)



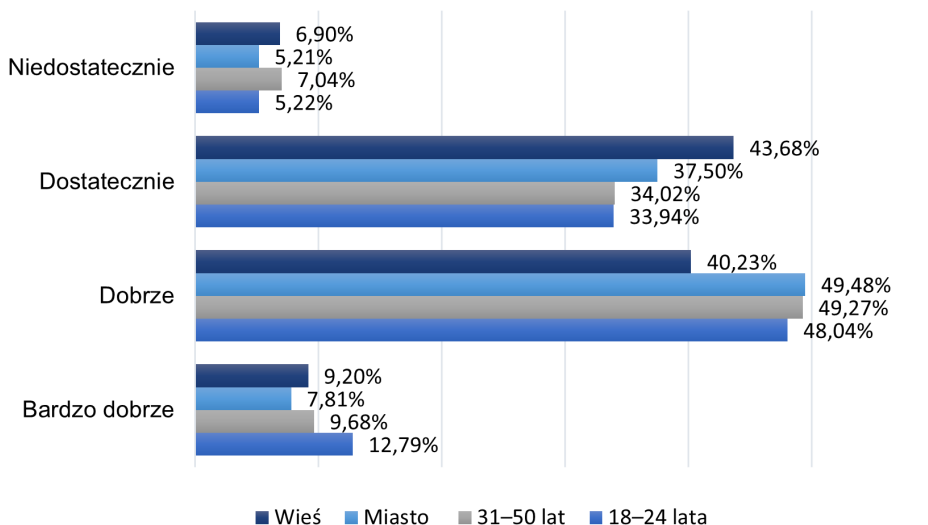
Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych.

Na pytanie dotyczące oceny wegańskiej oferty spożywczej ankietowani odpowiadali następująco: prawie połowa badanej grupy (46,9%) uważa, że dostępna roślinna żywność jest na dobrym poziomie; nieco mniej osób (36,4%) ocenia go dostatecznie, a 11,4% – bardzo dobrze. Jedynie 5,3% respondentów postrzega wegańską ofertę rynkową w Polsce niedostatecznie.

Na wykresie 8 pokazany jest rozkład odpowiedzi na pytanie dotyczące oceny wegańskiej oferty. Zarówno mieszkańcy miast, jak i wsi oceniają dostępny w Polsce roślinny asortyment pozytywnie. Prawie połowa osób zamieszkująca tereny miejskie uważa, że oferta wegańskiej żywności jest dobra (o 9,25% więcej niż osoby mieszkające na wsi), a 37,5% z nich sądzi, że jest ona dostateczna (o 6,18% mniej niż mieszkańcy wsi).

Pokolenia Z oraz X i Y miały bardzo zbliżone do siebie odpowiedzi. Prawie taki sam odsetek osób w wieku 18–24 lat oraz 31–50 lat odpowiedział, że oferta roślinnej żywności w Polsce jest dobra (odpowiednio: 48,04% i 49,27%) oraz dostateczna (odpowiednio 33,94% i 34,02%).

Wykres 8. Ocena wegańskiej oferty rynkowej przez ankietowanych (według miejsca zamieszkania oraz wieku)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań ankietowych.

Powyższe odpowiedzi badanej grupy co do satysfakcji z wegańskiej oferty w Polsce mogą zaskakiwać. Powodem tego jest istniejąca nisza rynkowa i względnie krótki okres rozwoju tego segmentu. Tymczasem coraz większy zgłaszany popyt na roślinną żywność wśród Polaków spowodował wzrost liczby producentów na rynku, a to z kolei doprowadziło do znacznego zróżnicowania oferty.

Podsumowanie i wnioski

Łączenie diety opartej na spożyciu mięsa oraz produktów pochodzenia zwierzęcego z pogarszającym się stanem środowiska naturalnego, cierpieniem zwierząt oraz zdrowiem ludzi spowodowała popularyzację alternatywnych sposobów żywienia. Jednostki decydują się na weganizm, kierując się m.in. takimi zasadami jak etyka i środowisko, a następnie dostosowują swój styl życia, ponieważ troszczą się o dobrostan innych. W związku z tym mają predyspozycje do zmiany swoich potrzeb i zachowań. Tę względnie nową tendencję ukierunkowaną na zrównoważony rozwój powinni w szczególności analizować przedsiębiorcy, ponieważ przewiduje się jej dalszy wzrost w kolejnych latach.

Analiza przeprowadzanych badań własnych wykazała, że konsumentami wegańskich produktów w Polsce są młode kobiety w wieku od 18 do 24 lat, mieszkające w miastach i posiadające wykształcenie wyższe. Głównym motywem zakupu roślinnych produktów okazała się etyka, pobudki ekologiczne oraz troska o zdrowie. Tym samym

potwierdza się fakt, iż kobiety oraz osoby młode są wrażliwsze oraz bardziej świadome negatywnych skutków spożywania artykułów spożywczych pochodzenia zwierzęcego. Polskich wegan głównie cechuje konsumencka świadomość. Poświadczają to wyniki ankiety, w której aż 85,6% osób ankietowanych przeważnie dokonuje zakupu, uprzednio analizując skład potencjalnego produktu. Wegańscy konsumenci wykazują również prozdrowotne zachowania, o czym świadczy wybór roślinnej diety ze względów zdrowotnych u ponad 56,4%. Z kolei to przekłada się na deklarowany dobry wpływ wegańskich produktów na stan zdrowia badanej grupy. Największą barierą rozwoju rynku wegańskiego zdaje się cena artykułów spożywczych. Zgromadzone wyniki badania potwierdziły hipotezę badawczą o pozytywnym postrzeganiu wegańskiej oferty w Polsce przez jej konsumentów.

Bibliografia

Literatura

- Batt E., *Why Veganism*, American Vegan Society, 1964.
- Beck V., Ladwig B., *Ethical Consumerism: Veganism*, „WIREs Climate Change” 12, 2020.
- Goldfray H.Ch.J., Aveyard P., Garnett T., Hall J.W., Key T.J., Lorimer J., Pierrehumbert R.T, Scarborough P., *Meat consumption, health and the environment*, „Science” 361, 2018.
- Kernebeek van H.R., Oosting S.J., Ittersum van M.K., Bikker P., Boer de I.J., *Saving land to feed a growing population: consequences for consumption of crop and livestock products*, „The International Journal of Life Cycle Assessment” 21, 2016, nr 5.
- Lauby-Secretan B., Vilahur N., Bianchini F., Guha N., Straif K., *The IARC perspective on colorectal cancer screening*, „New England Journal of Medicine” 378, 2018, nr 18.
- Mann E.S., *More Than Just A Diet: An Inquiry into Veganism*, Anthropology Senior Theses, 2014.
- McPherson T., *The ethical basis for veganism*, Oxford University Press, Oxford 2018.
- Miguel I., Coelho A., Bairrada C.M., *Modeling Attitude towards Consumption of Vegan Products*, Sustainability 2021.
- Saari A. U., Herstatt C., Tiwari R., Dedehayir O., Mäkinen J.S., *The vegan trend and the microfoundations of institutional change: A commentary on food producers' sustainable innovation journeys in Europe*, „Trends in Food Science & Technology” 107, 2021.
- Witek L., *Idea konsumpcji ekologicznej wśród kobiet*, „Studia Ekonomiczne” 2017, nr 337.

Internet

http://www.vegepolska.pl/wp-content/uploads/2016/07/Przewodnik_V-Label.pdf [dostęp: 28.05.2021].

Publikacje z dyscypliny ekonomia i finanse, które ukazały się w e-Wydawnictwie WPAE UWr

Sebastian Jakubowski, *Prawno-ekonomiczne aspekty gromadzenia i lokowania środków przez otwarty fundusz emerytalny*, Wrocław 2013

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/41350>

Edyta Kowalczyk, *Poglądy ekonomiczne i polityczne Wincentego Stysia*, Wrocław 2013

Dostęp online: <https://www.bibliotekacyfrowa.pl/dlibra/publication/41538/edition/42804>

Daria Kostecka-Jurczyk, *Porozumienia kooperacyjne w polskim i europejskim prawie konkurencji*, Wrocław 2014

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/53673>

Slalom podatkowy przedsiębiorcy, red. Paweł Borszowski, Andrzej Huchla, seria „Studia Finansowoprawne” nr 3, Wrocław 2014

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/44254>

Regulacja MIFID – skutki prawne dla funkcjonowania rynku finansowego, red. Edyta Rutkowska-Tomaszewska, seria „Studia Finansowoprawne” nr 4, Wrocław 2014

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/46684>

Joanna Helios, Wioletta Jedlecka, *Podstawowe pojęcia prawa i prawoznawstwa dla ekonomistów*, Wrocław 2015

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/67006>

Aktualne i wybrane problemy z zakresu bankowości, podatków i rachunkowości, red. Anna Ćwiąkała-Małys, Edyta Rutkowska-Tomaszewska, seria „Finanse i Rachunkowość” nr 1, Wrocław 2015

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/79911>

Sytuacja przedsiębiorcy w warunkach pokryzysowych, red. Anna Ćwiąkała-Małys, Edyta Rutkowska-Tomaszewska, seria „Finanse i Rachunkowość” nr 2, Wrocław 2016

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/80599>

Finanse wybranych jednostek organizacyjnych, red. Anna Ćwiąkała-Małys, Edyta Rutkowska-Tomaszewska, Marzena Karpińska, seria „Finanse i Rachunkowość” nr 3, Wrocław 2017

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/94981>

Joanna Helios, Wioletta Jedlecka, *Podstawy prawoznawstwa dla ekonomistów. Materiały do ćwiczeń*, Wrocław 2017

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/82253>

Własność w prawie i gospodarce, red. Urszula Kalina-Prasznic, Wrocław 2017

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/83823>

Prawno-finansowe systemy funkcjonowania wybranych jednostek organizacyjnych, red. Anna Ćwiąkała-Małys, Marzena Karpińska, seria „Finanse i Rachunkowość” nr 4, Wrocław 2018

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/99310>

Wyzwania współczesnych finansów – wybrane problemy, red. Anna Ćwiąkała-Małys, Marzena Karpińska, seria „Finanse i Rachunkowość” nr 5, Wrocław 2018

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/101224>

Gospodarka światowa po kryzysie 2008 r., red. Jarosław Kundera, Wrocław 2018

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/95558>

Małgorzata Niklewicz-Pijaczyńska, *System patentowy w gospodarowaniu wiedzą. Ekonomia wiedzy technicznej skodyfikowanej*, Wrocław 2019

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/102011>

Zdrowie i style życia. Wyzwania ekonomiczne i społeczne, red. Wioletta Nowak, Katarzyna Szalonka, Wrocław 2019

Dostęp online: <https://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/107876>

Mateusz Machaj, *Esej o teorii firmy*, Wrocław 2019

Dostęp online: <https://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/113873>

Anna Ćwiąkała-Małys, Małgorzata Durbajło-Mrowiec, Paweł Łagowski, *Diagnostyka efektywności wykorzystania zasobów lecznictwa szpitalnego*, Wrocław 2020

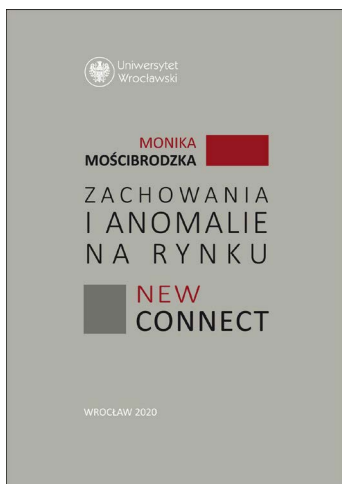
Dostęp online: <https://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/116241>

Zdrowie i style życia. Determinanty długości życia, red. Wioletta Nowak, Katarzyna Szalonka, Wrocław 2020

Dostęp online: <https://www.bibliotekacyfrowa.pl/dlibra/publication/128103>

Mateusz Machaj, *Stopa procentowa a struktura produkcji*, Wrocław 2020

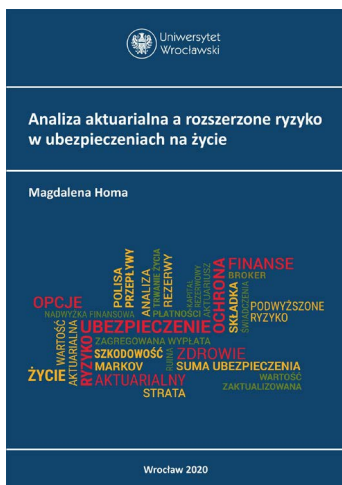
Dostęp online: <https://www.bibliotekacyfrowa.pl/dlibra/publication/129478>



Monika Mościbrodzka, *Zachowania i anomalie na rynku*
NewConnect, Wrocław 2020

Dostęp online:

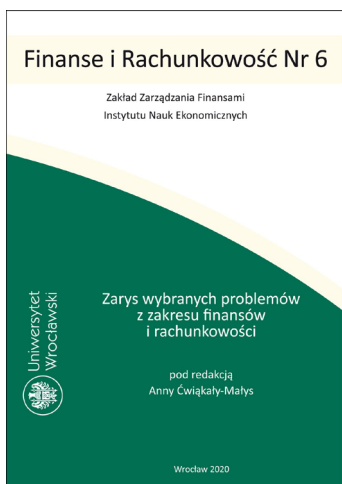
<https://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/134276>



Magdalena Homa, *Analiza aktuarialna a rozszerzone ryzyko w ubezpieczeniach na życie*, Wrocław 2020

Dostęp online:

<https://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/135576>



Zarys wybranych problemów z zakresu finansów i rachunkowości, pod redakcją Anny Ćwiąkały-Małys, Wrocław 2020

Dostęp online:

<https://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/128082>

W monografii zawarto wyniki badań dotyczących ekonomicznych, społecznych i zdrowotnych skutków pandemii COVID-19. Przedstawiono zmiany zachodzące w polskiej gospodarce pod wpływem pandemii oraz zidentyfikowano przyczyny i skutki wzrostu cen dóbr konsumpcyjnych. Szczególną uwagę zwrócono na zakłócenia występujące w branżach usługowych. Pokazano główne wyzwania dla dostawców usług w sytuacji epidemicznej oraz zmiany w zachowaniach konsumentów na rynku usług. Ponadto, przedstawiono kierunki rozwoju sektora e-usług w Polsce, w tym ważne rozwiązania z zakresu e-zdrowia.

Monografia zawiera także rozważania na temat przyczyn nadumieralności w Polsce oraz destrukcyjnego działania koronawirusa i izolacji społecznej na zdrowie fizyczne i psychiczne człowieka. Pokazano w niej również, jak pandemia rzutuje na jakość życia Polaków oraz jakie powoduje zmiany w formach spędzania wolnego czasu. Opis doświadczeń czasu pandemii został wzbogacony o biblijne ujęcie zarazy i ludzkiego cierpienia.

Wioletta Nowak i Katarzyna Szalonka



ISBN 978-83-66601-61-1 (druk)

ISBN 978-83-66601-62-8 (online)