

Społeczeństwo ryzyka i zdrowotne implikacje pierwszej fali epidemii COVID-19 w Polsce – wyzwania dla socjologii i promocji zdrowia

ANNA DUDKOWSKI-SADOWSKA

UNIWERSYTET MARII CURIE-SKŁODOWSKIEJ, UNIWERSYTET MEDYCZNY W LUBLINIE

Abstrakt

2020 rok upłynął pod znakiem pandemii COVID-19. Nadzwyczajna sytuacja epidemiczna spowodowała szereg zmian i konsekwencji w życiu społecznym, wpływając na codzienność Polaków, dlatego w artykule podejmę próbę scharakteryzowania polskiej codzienności epidemicznej w społeczeństwie (globalnego) ryzyka w ujęciu Ulricha Becka (2004, 2012). Przedstawię niejednoznaczne implikacje dla zdrowia jednostek i zbiorowości, antycypowane w oparciu o wyniki społecznych badań nad codziennością przeprowadzonych podczas lub w odniesieniu do tzw. pierwszej fali epidemii koronawirusa w Polsce. Uwzględniając zjawisko nierówności w zdrowiu, w dalszej części pracy zastanowię się nad wyzwaniami stojącymi przed promocją zdrowia „w czasach zarazy” oraz możliwościami odzyskania utraconego bezpieczeństwa.

Słowa kluczowe:

społeczeństwo ryzyka, codzienność, zdrowie, pandemia, promocja zdrowia.



Wprowadzenie

2020 rok upłynął pod znakiem pandemii COVID-19. Została ona uznana przez Polaków za wydarzenie najważniejsze dla kraju i świata, przed wyborami prezydenckimi zarówno w Polsce, jak i w Stanach Zjednoczonych (Pankowski, 2021). Nadzwyczajna sytuacja epidemiczna spowodowała szereg zmian i konsekwencji w życiu społecznym, wpływając na codzienność Polaków. Niepewność co do przyszłości, lęk przed utratą zdrowia, zachorowaniem na COVID-19, utratą pracy i biedą, kryzysem gospodarczym i destabilizacją sytuacji w kraju oraz ogólne poczucie nieprzewidywalności i braku bezpieczeństwa składały się na bezpowrotną utratę życia sprzed pandemii (Badora, 2020; Krassowska, 2020) oraz obniżenie samopoczucia Polaków (Scovil, 2021).

Przyjmując, że (...) *głównym intelektualnym i politycznym zadaniem badacza zjawisk społecznych (...) jest obecnie wyjaśnienie czynników, składających się na współczesny niepokój i obojętność* (Mills, 2009, s. 17), w artykule podejmę próbę scharakteryzowania polskiej codzienności epidemicznej w społeczeństwie (globalnego) ryzyka, opisanego przez Ulricha Becka jako zdelokalizowane, niewyliczalne i nienaprawialne (Beck, 2012, s. 82). Wychodząc z założenia, że konsekwencje pandemii COVID-19 powinny być traktowane jak przełomowe wydarzenia XXI wieku (Mansouri i Sefidgarbaei, 2021; Sadati, Lankarani i Lankarani, 2020), postaram się nakreślić implikacje dla zdrowia jednostek i zbiorowości, antycypowane w oparciu o wyniki społecznych badań nad codziennością przeprowadzonych podczas lub w odniesieniu do tzw. pierwszej fali pandemii koronawirusa w Polsce. Konsekwencje te będą wypadkową odgórnie narzuconych rozwiązań prawnych i epidemicznych oraz rosnącej indywidualizacji jednostek, które wobec braku zaufania dla racjonalności ekspertów są zmuszone

nieustannie podejmować „odpowiedzialne” decyzje i dokonywać oceny ryzyka (Beck, 2012, s. 85). Uwzględniając zjawisko nierówności w zdrowiu, w dalszej części pracy zastanowię się nad wyzwaniem stojącym przed promocją zdrowia „w czasach zarazy” – jako działaniami służącymi *poszukiwaniu utraconego bezpieczeństwa* (Beck, 2012) i... zdrowia.

Pandemia COVID-19 w Polsce – uwarunkowania i specyfika

Przebieg oraz najistotniejsze uwarunkowania pierwszej fali pandemii COVID-19 w Polsce zostały ujęte w raporcie *Usługi publiczne w kryzysie: pandemia w ochronie zdrowia* (Żakowiecki i Helak, 2020). Za cezurę czasową przyjęto okres między 4 marca (wykrycie pierwszego udokumentowanego zakażenia) i 30 września 2020 r. Średnia 7-dniowa liczba nowych przypadków zakażeń w kwietniu i maju wynosiła ok. 400, następnie nieco zmalała, by w miesiącach wakacyjnych osiągnąć poziom ok. 700. W ciągu pierwszych 7 miesięcy epidemii zmarło 2512 osób, przy czym większość zgonów była przedstawiana jako wynik współistniejących chorób. Opisując specyfikę pierwszej fali pandemii w Polsce, odnotowano spokojny przebieg (charakterystyczny dla Europy Środkowo-Wschodniej): brak nagłego przyrostu zachorowań i jedną z najniższych w Europie liczbę zakażeń na 100 tys. ludności (Żakowiecki i Helak, 2020, s. 9). Odmiennie od niektórych państw Europy Południowej i Zachodniej (Belgia, Francja, Hiszpania, Wielka Brytania, Włochy) liczba ta miała dopiero wzrosnąć podczas drugiej fali pandemii (The Economist, 2021).

„Opanowana” sytuacja mogła być wynikiem działań służących ograniczeniu ryzyka przeniesienia epidemii do Polski, choć zdaniem niektórych badaczy były to kroki nieuzasadnione (Sadati i in., 2020): 31 stycznia 2020 r. zawieszono komunikację lotniczą z Pekinem;

7 marca prezydent RP podpisał specustawę „covidową”; 8 marca wprowadzono obowiązek kwarantanny i hospitalizacji dla osób z podejrzeniem zakażenia; 10 marca odwołano imprezy masowe, zaś następnego dnia ogłoszono dwutygodniowy *lockdown*. Nowa rzeczywistość stała się faktem. W kolejnych dniach wprowadzono stan zagrożenia epidemicznego (13 marca, zaś 20 marca – stan epidemii) oraz zakaz wjazdu cudzoziemców na terytorium RP (15 marca); „zamrożono” ochronę zdrowia, zawieszając planowe zabiegi; w drugiej połowie marca pojawiły się też nowe restrykcje (m.in. ograniczenia w przemieszczaniu się, ograniczenia zgromadzeń, ograniczenia dotyczące działalności sklepów i miejsc rozrywki, obowiązek zachowania 2-metrowego dystansu, zamknięcie parków, zamknięcie zakładów fryzjerskich i kosmetycznych) (Kalinowski, 2020; Włodarczyk, 2020; Żakowiecki i Helak, 2020). Obowiązek zasłaniania ust i nosa w miejscach publicznych (także na zewnątrz) wprowadzono 16 kwietnia, tuż przed anulowaniem niektórych wcześniejszych obostrzeń (20 kwietnia zezwolono na korzystanie z lasów i parków w celach rekreacyjnych) (Włodarczyk, 2020; Żakowiecki i Helak, 2020). Stopniowe „odmrażanie” postępowało w maju i czerwcu, przynosząc otwarcie żłobków i przedszkoli (6 maja), zakładów usługowych i restauracji (18 maja), basenów, siłowni, kin i teatrów (6 czerwca). Przykładem „odmrażania” życia społecznego i „powrotu do normalności” była także decyzja o rozpoczęciu nowego roku szkolnego w trybie stacjonarnym, choć już we wrześniu w związku ze zbliżającym się wzrostem zachorowań powrócono do niektórych ograniczeń (Żakowiecki i Helak, 2020).

Pandemia COVID-19 jako ryzyko w ujęciu Ulricha Becka

Jak zauważają Fardin Mansouri i Fatemeh Sefidgarbaei (2021, s. 36; tłum. własne),

(...) *najistotniejszymi nieodłącznymi cechami wszystkich kryzysów pandemicznych, w tym COVID-19, są pojawienie się stresu i niepokoju społecznego z powodu nieznaności i niejednoznaczności zjawiska, zakłócenia porządku i funkcji instytucji oraz ograniczone interakcje społeczne*. Koronawirus może być postrzegany jako *choroba społeczeństwa ryzyka* i fenomen globalizacji (Mansouri & Sefidgarbaei, 2021, s. 36). Ulrich Beck (2004, s. 101) pisze wprost o *społeczeństwie katastrof*, w którym sytuacje wyjątkowe stają się normą oraz o (...) *tendencji do „uprawnionego” totalitaryzmu dla obrony przed niebezpieczeństwami, który wraz z prądem do zapobiegania najgorszemu (...) tworzy coś jeszcze gorszego* (s. 102).

W tym kontekście należy przywołać pojęcie inscenizacji, czyli definiowania, ryzyka: (...) *w ryzykach chodzi o zdarzenia możliwe, które mogą, ale wcale nie muszą wystąpić, cechuje je wysoki stopień irrealności: ryzyka są społecznymi konstrukcjami i definicjami opartymi na odpowiednich stosunkach definiowania. Istnieją w formie (naukowej i alternatywnej wobec niej) wiedzy. W konsekwencji ich „realność” można udratyzować lub minimalizować, zmieniać lub najzwyczajniej negować odpowiednio do norm, zgodnie z którymi rozstrzyga się o wiedzy i niewiedzy* (Beck, 2012, s. 52). W odniesieniu do urzeczywistnionego ryzyka katastrofy epidemicznej COVID-19 warto zapoznać się ze szczegółową analizą tzw. polskiej reakcji (decydentów i urzędników państwowych) na zagrożenie nieznanym wirusem: od wyjściowej negacji przez minimalizowanie znaczenia, wprowadzenie restrykcyjnych i definitywnych przepisów (m.in. *lockdown*), stopniową liberalizację, aż po ogłoszenie *odwrotu wirusa* na początku lipca 2020 r., przy czym zdaniem autora cytowanej pracy większą rolę niż względy merytoryczne i naukowe odegrały społeczne emocje (Włodarczyk, 2020, s. 138). Z kolei społeczne reakcje w tym okresie można uznać za komplementarne wobec stanowiska władz:

zdaniem Sławomira Kalinowskiego (2020, s. 46) w wyniku *przybliżania się i oddalania ryzyka koronawirusa* następowała zmiana postaw i strategii „radzenia sobie” z pandemią, przy czym zmiana dotyczyła przejścia od paniki do negacji lub adaptacji do „nowej rzeczywistości”, a w konsekwencji – spowszednienia koronawirusa po kilku pierwszych miesiącach epidemii (s. 57).

Strategie „radzenia sobie” podczas epidemii COVID-19 w społeczeństwie ryzyka: implikacje dla zdrowia

Społeczne badania nad percepcją pandemicznej codzienności w Polsce prowadzono już w marcu i kwietniu 2020 r. W sondażu CBOS¹ uwzględniono istotne aspekty funkcjonowania jednostek i rodzin, przekładające się na samopoczucie i zdrowie Polaków (Cybulska i Pankowski, 2020c). Okres pandemii pozwolił części respondentów zadbać o dobrostan biospołeczny, umożliwiając wypoczynek i wysypianie się (22%), samodzielne przygotowywanie posiłków (19%), zadbanie o kondycję (9%), a także podejmowanie czynności z szerokiego spektrum zajęć hobbyistycznych (18%) i rekreacyjnych, takich jak pielęgnacja ogrodu czy roślin domowych (20%). Z pewnością nie bez znaczenia dla zdrowia był czas poświęcony na refleksję nad własnym życiem (21%), modlitwę (12%) oraz relacje z partnerem i dziećmi (15–16%).

Z drugiej strony konieczność pozostawania w domu (48%), bez możliwości kontaktu z przyrodą (las, park – 45%) oraz brak/niedostatek aktywności fizycznej (29%) wymieniano jako dotkliwe ograniczenia. Pomimo lęku przed zakażeniem koronawirusem, elementy profilaktyki COVID-19: obowiązek zakrywania nosa i ust (44%), noszenie rękawiczek w sklepach (19%), zachowanie dystansu 2 metrów w miejscach publicznych (14%) były uznane za uciążliwe przez znaczną część populacji. Wprowadzone restrykcje skutkowały poczuciem samotności i izolacji (38%) lub przeciwnie: niemożnością odseparowania się od najbliższych (17%) i częstszymi konfliktami (14%), a także wzmożonym objadaniem się (21%) i częstszym spożywaniem alkoholu (8%). Możemy przypuszczać, że tego rodzaju odczucia i sposoby radzenia sobie ze stresem nie pozostały bez wpływu na zdrowie.

Odczucia lęku (50,6%), niepewności (41,5%) i bezsilności (30,9%) odnotowano również w raporcie z badań zrealizowanych przez Zakład Teorii i Badań Praktyk Społecznych Instytutu Socjologii UAM², jednak wśród reakcji respondentów na zmiany wywołane pandemią przeważały postawy konstruktywne: dostosowywanie i rozmawianie (ok. 1/3 badanych), dbanie o siebie (ok. 1/5 badanych) i własne rutyny (1/8) oraz pozyskiwanie nowej wiedzy (1/8) (Drozdowski i in., 2020, s. 55). Na tym tle podenerwowanie i „znieczulanie” się (ok. 1/10 badanych) stanowiły rzadziej spotykane reakcje, jednak należy wziąć je pod uwagę, szczególnie w kontekście alarmujących statystyk

dotyczących spożycia alkoholu w Polsce. W badaniach zrealizowanych przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych we współpracy z Zakładem Psychoprofilaktyki i Psychologii Uzależnień w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego³ wykazano, że w pierwszych tygodniach pandemii 28% Polaków piło w sposób ryzykowny (regularnie, prawie codziennie objętość alkoholu odpowiadającą 3–4 piwom), przy czym zwiększone spożycie odnotowano w przypadku połowy tych osób, które wyróżniało gorsze samopoczucie (zaburzenia depresyjne i funkcjonowania) oraz ryzykowny wzorec konsumpcji alkoholu jeszcze przed pandemią (Murawiec, 2020). Ponadto w badaniach Drozdowskiego i współpracowników, podobnie jak w analizie CBOS, relacjonowano pozytywne aspekty i konsekwencje epidemii, m.in. więcej czasu dla bliskich (ok. 28%), zwolnione tempo życia (ok. 25%), obiecujące nawyki (23%) (Drozdowski i in., 2020, s. 61), skłaniające do niejednoznacznego postrzegania zdrowotnych implikacji. Przytoczone reakcje wpisują się w wachlarz nakreślonych przez Becka (2012, s. 77) reakcji na wszechobecne ryzyko: *odrzućcie, apatię lub przemianę*.

Codziennosc w pandemii COVID-19 – implikacje dla promocji zdrowia adresowanej do poszczególnych kategorii społecznych

Powyższe doświadczenia w zróżnicowanym stopniu dotyczyły poszczególnych kategorii społecznych i wskazują na niejednoznaczne implikacje zdrowotne. Uwzględnienie różnic wynikających z płci i wieku pozwoli na zidentyfikowanie szczególnych potrzeb i problemów,

wynikających z wprowadzonych zasad walki z rozprzestrzenianiem pandemii COVID-19 w Polsce. W przyszłości mogą one stanowić wyznaczniki programów promocji zdrowia przeznaczonych dla zróżnicowanych grup odbiorców – jako działania służące niwelowaniu skutków pandemii bądź jako działania antycypujące kolejne ryzyka.

Analiza pandemicznych doświadczeń kobiet wskazuje, że okres obostrzeń przyniósł pozytywne zmiany: kobiety deklarowały więcej czasu na czytanie książek (28%), wysypianie się (26%), samodzielne przygotowywanie posiłków (24%), dbanie o kondycję (10%), podczas gdy pozytywnymi aspektami zgłaszanymi przez mężczyzn było oglądanie większej liczby filmów (32%), rozwijanie własnej pasji (21%) oraz korzystanie z internetu (20%). Niestety odnotowano także zróżnicowane negatywne reakcje na stres: kobiety częściej sięgały po dodatkowe przekąski, objadając się, natomiast mężczyźni – po alkohol (Cybulska i Pankowski, 2020c).

Na uwagę zasługuje fakt, że domeną kobiet były także remonty i sprzątanie (25%) oraz poświęcanie czasu dzieciom (19%) (Cybulska i Pankowski, 2020c), szczególnie wobec zamknięcia placówek oświatowych, zatem można wnioskować, że podczas pandemii kobiety z jednej strony miały większe możliwości zadbania o zdrowie, z drugiej jednak zostały w większym stopniu obciążone obowiązkami domowymi i opiekuńczymi. Znajduje to także potwierdzenie w wynikach badań opublikowanych w maju 2020 r. przez IRCenter.com: pranie, gotowanie, sprzątanie, zmywanie naczyń, zakupy, zajmowanie się dziećmi, odrabianie z nimi lekcji, dbanie o zwierzęta domowe były realizowane głównie przez kobiety, podczas gdy mężczyźni tylko nieco częściej odpowiadali za płacenie rachunków (IRCenter.com, 2020). Choć podział obowiązków domowych i rodzicielskich przed pandemią był zbliżony (Bożewicz, 2018; Sikorska, 2019), Drozdowski

1 Z uwagi na wprowadzone restrykcje większość badań sondażowych realizowano drogą elektroniczną (CAWI), zatem należy uwzględnić, że prezentowane wnioski nie mogą być uznane za reprezentatywne dla całej populacji, a jedynie dla osób, które mają dostęp do internetu, czyli 90,4% Polaków (Główny Urząd Statystyczny, 2021). Grono osób korzystających z internetu przynajmniej raz w tygodniu jest jeszcze mniejsze – 68% (Feliksiak, 2020a).

2 Badania w ramach projektu *Życie codzienne w czasach pandemii* przeprowadzono z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety dystrybuowanego przez internet, zatem nie może ono zostać uznane za reprezentatywne, choć jego walorem jest zestaw pytań, w większości otwartych, umożliwiających respondentom swobodny opis codziennych doświadczeń pandemicznych. Więcej o projekcie: <http://socjologia.amu.edu.pl/aktualnosci/socjologia/485-zycie-codzienne-w-czasach-pandemii-raport-cz2>

3 Badania przeprowadzono przez internet w kwietniu 2020 r. metodą kuli śnieżnej na próbie 443 respondentów.

i współpracownicy (2020, s. 31–32) piszą wprost o *resecie równouprawnienia*: (...) Koszty pandemii są w dużej mierze ponoszone przez kobiety. To one zostały obciążone obowiązkiem reprodukcji i podtrzymywania codzienności. Jak wynika z naszych badań, to właśnie kobiety czują się odpowiedzialne za administrowanie sferą rodzinną i domową w kryzysie. To one są animatorkami czasu wolnego, dbają o domową atmosferę, sprawują opiekę nad osobami zależnymi (dzieci, osoby starsze). To one częściej deklarują brak czasu czy problem pojawienia się nowych obowiązków. To one też wskazują na to, iż brakuje im wolności i swobody. (...) Koszty pandemii ponoszone przez kobiety to więc nie tylko większe zaangażowanie w reprodukcję domowej codzienności, ale też głębsze wyrzeczenia, jakie trzeba poczynić, by było to możliwe. Nie dziwi zatem gorsze samopoczucie kobiet: samotność i izolacja z powodu pozostawania w domu (43%) oraz brak możliwości odseparowania się od pozostałych członków rodziny (19%) (Cybulska i Pankowski, 2020c). Niestety ostatni problem może być interpretowany nie tylko w kontekście higieny psychicznej, ale także zwiększonego ryzyka przemocy wobec kobiet (World Health Organization, 2020b, 2020a). Z kolei konsekwencje zdrowotne, w tym zwiększone ryzyko infekcji COVID-19, zostało przedstawione w raporcie OECD, w którym wskazuje się, że kobiety stanowią prawie 70% pracowników służby zdrowia; są narażone na większe ryzyko zwolnienia, utratę dochodów oraz przemoc, wyzysk, nadużycia lub nękanie w czasie kwarantanny (OECD, 2020).

Niepokojące doniesienia dotyczą także osób w najmłodszej kategorii wiekowej (18–24 lata). Osoby w tym wieku najczęściej uskarżały się na nudę (66%), ograniczenia w przemieszczaniu się i konieczność pozostawania w domu (58%), samotność (53%), niedostatek aktywności fizycznej (44%), zamknięcie szkół i uczelni (41%), ograniczenia dla życia towarzyskiego (29%) i częstsze konflikty domowe

(19%) (Cybulska i Pankowski, 2020c). W efekcie w stosunku do 2019 r. odnotowano blisko trzykrotny wzrost młodych osób deklarujących częste i bardzo częste odczuwanie bezradności (44%), blisko dwukrotny – poczucie znużenia i zniechęcenia (47%), zaś blisko jedna trzecia respondentów przyznała się do depresji i bycia nieszczęśliwym (32%, wzrost o 5 p. proc.) (Scovil, 2021).

Obniżenie nastroju, rozdrażnienie i agresywne zachowania u uczniów (42%) zostały także dostrzeżone przez rodziców dzieci w wieku szkolnym, choć większą trudność upatrywano w ograniczeniu kontaktów z kolegami (83%), zbyt dużej ilości czasu spędzonego w internecie (82%) i ograniczonej aktywności fizycznej, które także nie pozostają obojętne dla zdrowia najmłodszych (Omyła-Rudzka, 2021). Nie mniej niepokojące wnioski płyną z raportu *Edukacja zdalna w czasie pandemii*, przygotowanego w oparciu o badania ilościowo-jakościowe prowadzone wśród nauczycieli szkół podstawowych i średnich (Buchner i Wierzbicka, 2020). Wynika z niego, że część nauczycieli we własnym zakresie, po lekcjach prowadzonych zdalnie, podejmowała próby kontaktu z uczniami w celu upewnienia się, że *wszystko jest ok*. W szczególnie trudnej sytuacji były dzieci z najmłodszych klas szkół podstawowych, które nie miały możliwości kontaktu z rówieśnikami (ze względu na brak dostępu do komunikatora lub brak umiejętności pisania) oraz dzieci pracowników służby zdrowia lub miejsc użyteczności publicznej (np. sklepy), które obawiały się o zdrowie bliskich.

Należy przy tym zauważyć, że w porównaniu z okresem sprzed pandemii problemy dotyczące samopoczucia dotyczyły dzieci z różnych, nie tylko dysfunkcyjnych środowisk (Buchner i Wierzbicka, 2020, s. 68–69). Jednocześnie wśród dzieci i młodzieży, które wcześniej borykały się z problemami zdrowia psychicznego, odcięcie od rówieśników oraz ograniczone możliwości kontynuacji terapii

doprowadzały do pogłębienia istniejących kłopotów. Tym samym wzrosła rola nauczycieli podejmujących interwencje w ramach godziny wychowawczej, konsultacji z pedagogiem; z własnej inicjatywy i w czasie wolnym, szczególnie w sytuacji braku psychologa szkolnego (Buchner i Wierzbicka, 2020, s. 69–71). Znaczenie szkoły w podtrzymaniu zdrowia psychicznego uczniów dostrzegł Rzecznik Praw Obywatelskich, zwracając się do Ministra Edukacji z zapytaniem o (...) *postęp prac nad wyższą jakością oddziaływań placówek systemu oświaty w kwestii opieki zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży oraz (...) ocenę jakości opieki psychologiczno-pedagogicznej, realizowanej w warunkach pandemii COVID-19* (Biuletyn Informacji Publicznej RPO, b.d.). W wystąpieniu z 15 kwietnia 2020 r. RPO podniósł palącą kwestię odciążenia części uczniów od pomocy psychologicznej i pedagogicznej po 12 marca – w związku z zamknięciem placówek oświatowych (Biuletyn Informacji Publicznej RPO, b.d.; Żakowiecki i Helak, 2020, s. 22). Wydaje się, że epidemia COVID-19 uwypukliła znaczenie i praktyczny wymiar koncepcji Szkoły Promującej Zdrowie. Jak zauważyła Olga Wyźga (2020, s. 208; tłum. własne): *kompetencje wychowawcze (dydaktyczne i pedagogiczne) powinny pomóc nauczycielom w poznaniu zespołu klasowego i poszczególnych uczniów pod kątem ich sytuacji osobistej i rodzinnej, co znacząco wpływa na stan zdrowia młodego człowieka. Choroba lub utrata pracy członka rodziny niewątpliwie powodują dyskomfort psychiczny, który zagraża zdrowiu i wymaga stosowania odpowiednich metod i form pracy z takim uczniem w celu kreowania wzorców zachowań, tworzenia zdrowego środowiska i otwartości na potrzeby innych*.

Jak na tym tle jawi się sytuacja seniorów? Prawdopodobnie ze względu na wiek i problemy zdrowotne dotkliwiej odczuwali konieczność noszenia maseczek ochronnych (48%). Osoby starsze ubolewały także nad

ograniczeniami: w realizacji podróży (27%), uczestnictwie w szeroko rozumianej kulturze (20%), a także w korzystaniu z usług osobistych, np. fryzjera (47%) (Cybulska i Pankowski, 2020c). Wydaje się, że te ostatnie aspekty codzienności stanowiły istotny element podtrzymania aktywności społecznej seniorów, przyczyniając się do większego poczucia sprawstwa i przynależności. Nie należy także ulegać złudzeniu, że przymusowa izolacja osób starszych jako środek zapobiegający rozprzestrzenianiu się epidemii pozostała bez wpływu na ich bieżące samopoczucie i zdrowie. Warto odnotować, że aktywność fizyczna podnosi odporność immunologiczną, zaś jej ograniczenie może doprowadzić do utraty sił, osłabienia mięśni i ogólnej sprawności, co z kolei pogłębia zależność seniorów od pomocy osób bliskich i instytucji opiekuńczych/medycznych (Aung i in., 2020). W tym kontekście na uwagę zasługują wszystkie działania podejmowane w trakcie pandemii na rzecz osób starszych przez organizacje pozarządowe, służące ochronie zdrowia i życia, np. poprzez dostarczanie zakupów i/lub gotowych posiłków, a także podtrzymanie dobrego samopoczucia psychicznego i budowanie kapitału społecznego (przez wolontariuszy; w ramach telefonów zaufania, np. *Telefon Pogadania* uruchomiony przez Fundację Otwarte Idee) (Stawasz i Sikora-Fernandez, 2020; Wilk, 2020).

Nierówności w zdrowiu (i pandemii) wyzwaniem dla promocji zdrowia

Z uwagi na bogactwo wątków wcześniej nie odniosłam się w wyczerpujący sposób do istotnej kwestii różnic wynikających ze statusu społeczno-ekonomicznego, poziomu wykształcenia oraz miejsca zamieszkania, a tym samym – nierówności w zdrowiu. Przyjmując za Światową Organizacją Zdrowia, że promocja zdrowia umożliwia ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem, obejmując

szeroki wachlarz interwencji społecznych i środowiskowych, zaś jednym z jej filarów jest zwiększanie świadomości zdrowotnej (*health literacy*) (*World Health Organisation: Health promotion*, b.d.), należy zauważyć, że sytuacja pandemii stanowi kolejne wyzwanie dla równości w zdrowiu (*health equity*), prowadząc do pogłębienia istniejących dysproporcji. W książce *Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej rzeczywistości* Beck (2004, s. 48) deklaruje demokratyczny charakter ryzyka modernizacyjnego, które miało dotyczyć osoby o różnym położeniu społecznym, jednak w innym miejscu odnotował istnienie beneficjentów i poszkodowanych (Beck, 2012, s. 62), co zdaniem Piotra Stankiewicza (2008, s. 129) przeczy wcześniejszemu założeniu. W podobny sposób, pisząc o nierównościach w zdrowiu blisko dekadę przed wybuchem epidemii COVID-19, interpretowali stanowisko Becka Zofia Słońska i Jacek Koziarek (2011). Także Maria Libura z Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego ds. Zdrowia, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, wskazuje, że osoby z ograniczonymi zasobami finansowymi w sytuacji pandemii są zmuszone podejmować większe ryzyko w związku z kontynuacją zatrudnienia wymagającego bezpośrednich kontaktów z innymi ludźmi (w porównaniu z osobami z tzw. klasy średniej, które częściej były delegowane do pracy zdalnej). Co więcej, osoby z większą świadomością zdrowotną, z wyższym wykształceniem, z większych ośrodków lepiej odnajdują się w sytuacji „zamrożenia” systemu ochrony zdrowia⁴. Z kolei różnice strukturalne i społeczno-ekonomiczne powodujące nierównomierne obciążenie skutkami COVID-19 zidentyfikowane przez kanadyjskich badaczy obejmowały m.in. ludność autochtoniczną,

mniejsości rasowe, kobiety, pracowników prekaryjnych, osoby zagrożone bezdomnością i ograniczonym dostępem do żywienia, niepełnosprawnych (Ndumbe-Eyoh, Muzumdar, Betker i Oickle, 2021). Niemieckie opracowanie wskazywało na ciężarne kobiety, rodziny z dziećmi, osoby niepełnosprawne, seniorów i osoby o ograniczonych zasobach finansowych jako *populacje wrażliwe* (*vulnerable societies*) (Marshall i in., 2020). Wydaje się, że wyżej wymienione kategorie społeczne mogą być zagrożone również w Polsce.

W kontekście nierówności w zdrowiu epidemia wirusa COVID-19 odgrywa różne funkcje, ujęte metaforycznie: 1. funkcję naświetlającą istniejące bariery i niesprawiedliwości (*a flashlight*); 2. funkcję pogłębiającą (*a hammer*) oraz 3. funkcję prognostyczną (*a crystal ball*) (Ndumbe-Eyoh i in., 2021). W oparciu o przeprowadzoną analizę autorzy podkreślają potrzebę kształtowania bardziej sprawiedliwego i równego społeczeństwa po pandemii, postulując „powrót do lepszego” (*back to better*) zamiast „powrotu do normalności” (*back to normal*).

Nie bez znaczenia pozostaje również kwestia zmieniających się postaw wobec COVID-19 i dostosowania do wprowadzonych nakazów/ograniczeń służących powstrzymaniu wirusa, np. konieczności noszenia maseczek bądź ograniczania kontaktów (Cybulska i Pankowski, 2020b, 2020c; Feliński, 2020b). W obliczu koronaseptycyzmu (Cybulska i Pankowski, 2020a) oraz teorii spiskowych dotyczących źródeł epidemii prowadzenie rzetelnych i reprezentatywnych badań nad tymi zjawiskami jako faktami społecznymi (Czech i Ścigaj, 2020) umożliwi wypromowanie rzetelnej i naukowej wiedzy o zdrowiu i profilaktyce. Jak piszą Abel i McQueen (2020, s. 1612; tłum. własne): *żyjemy w czasach, w których oczekiwania dotyczące opanowania zdrowia – a tutaj oznacza to w szczególności kontrolowanie ryzyka śmiertelnej choroby zakaźnej – są wyższe niż kiedykolwiek.*

Te zaawansowane oczekiwania spotykają się z innym wyjątkowym warunkiem: nigdy w historii ludzkości nie było takiej obfitości informacji o zdrowiu dostępnych z wielu mniej lub bardziej wiarygodnych źródeł. Postulowana krytyczna świadomość zdrowotna (*critical health literacy*) ma umożliwić jednostkom ocenę dostępnych informacji na temat zdrowia, a przede wszystkim promować, wzmacniać i zachęcać do adekwatnych zachowań zdrowotnych (Abel i McQueen, 2020, s. 1613). Ograniczanie społecznej paranoi za sprawą badań nad percepcją zagrożeń i komunikacją jest szczególnie istotne w społeczeństwie ryzyka i wymaga znacznych inwestycji (Sadati i in., 2020).

Podobne wyzwania dla promocji zdrowia w czasach kryzysu nakreśla Stephan Van den Broucke (2020), dodając konieczność wzmocnienia organizacji i społeczności oraz wyciągnięcie „lekcji z kryzysu”: odnotowanie, że COVID-19 jako choroba zakaźna pochodząca od zwierząt miała doskonałe warunki do rozprzestrzeniania się dzięki *zglobalizowanemu systemowi gospodarczemu charakteryzującemu się wysokim poziomem wzajemnych powiązań i mobilności*, a w konsekwencji w poważny sposób zagrożona zdrowiu publicznemu. Uniknięcie dalszych strat wymaga podjęcia natychmiastowych działań, a tym samym okres pandemii może okazać się punktem zwrotnym dla promocji zdrowia jako dyscypliny naukowej służącej budowaniu zaufania społecznego w czasach kryzysu.

Socjologia i promocja zdrowia wobec pandemii COVID-19 – próba podsumowania

Dzięki badaniom prowadzonym przez socjologów zyskujemy szansę świadomego „ulożenia się” w otaczającą rzeczywistość (Mills, 2009). Zyskujemy nową perspektywę w postrzeganiu „prywatnych trosk”, które w okresie epidemii stały się problemami publicznymi.

Realizuje się obietnica socjologii, że (...) *ludzie mają obecnie szansę uchwycenia istoty tego, co dzieje się w świecie i zrozumienia tego, co dzieje się z nimi samymi, jako drobnymi punktami, znajdującymi się w społeczeństwie na przecięciu biografii i historii* (Mills, 2009, s. 13–14). Tym samym najważniejszy cel (i zarazem obietnica) socjologii w komplementarny sposób uzupełnia główny priorytet promocji zdrowia, czyli zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem. Socjologia i promocja zdrowia w działaniu są nierozłącznymi partnerami.

Czy można odzyskać utracone bezpieczeństwo i zniwelować skutki pandemii? Odpowiedź na to pytanie w świetle koncepcji U. Becka jest niejednoznaczna, podobnie jak zdrowotne implikacje codzienności poddanej restrykcjom epidemicznym. Istniejące nierówności w zdrowiu z dużym prawdopodobieństwem ulegną pogłębieniu, stawiając kolejne wyzwania dla promocji zdrowia, przede wszystkim w odniesieniu do tzw. wrażliwych populacji (*vulnerable populations*), np. kobiet, seniorów, osób niepełnosprawnych. Należy zadać pytanie, czy wprowadzone restrykcje i ograniczenia służące zwalczaniu koronawirusa w społeczeństwie ryzyka nie przyczyniły się do pogłębienia innych zagrożeń i stworzenia nowych problemów zdrowotnych (efekty długotrwałego stresu, konsekwencje utraty wsparcia społecznego, brak dostępu do adekwatnej opieki medycznej i profilaktyki, wzrost uzależnień, wzrost przemocy). Z drugiej strony zdaniem Drozdowskiego i współpracowników (2020, s. 65) epidemia COVID-19 przyniesie jednak pozytywne rezultaty: zmianę wartości i podejścia do życia, poprawę relacji międzyludzkich oraz zdrowie i higienę. Pozostaje mieć nadzieję, że w umiejętny sposób uwzględnimy wnioski płynące z pandemicznych badań w projektowaniu interwencji i programów na rzecz zdrowia, aby powrót do rzeczywistości po epidemii w istocie okazał się powrotem do jej lepszej wersji. ☺

⁴ Rozmowa z Marią Liburą (Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego ds. Zdrowia, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta), *Czy koronawirus pogłębia nierówności w zdrowiu?*, dostępna na: https://www.youtube.com/watch?v=mPOLOy3_kQU

Anna Dudkowski-Sadowska –

mgr, asystent, 1. Katedra Społecznych Problemów Zdrowotności, Instytut Socjologii, Wydział Filozofii i Socjologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej; 2. Katedra i Zakład Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej, Międzywydziałowe Centrum Dydaktyczne, Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Adres do korespondencji: Instytut Socjologii, Wydział Filozofii i Socjologii, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Pl. M. Curie-Skłodowskiej 4, 20-031 Lublin, anna.dudkowski-sadowska@mail.umcs.pl

Zainteresowania badawcze: socjologia zdrowia, choroby i medycyny; promocja zdrowia; gerontologia.

Afiliacja:

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
Wydział Filozofii i Socjologii
Instytut Socjologii
Katedra Społecznych Problemów Zdrowotności
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Katedra i Zakład Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej
Międzywydziałowe Centrum Dydaktyczne
e-mail: a.h.sadowska@gmail.com

Bibliografia

- Abel, T., & McQueen, D. (2020). Critical health literacy and the COVID-19 crisis. Letter to the Editor. *Health Promotion International*, 35(6), 1612–1613. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa040>
- Aung, M. N., Yuasa, M., Koyanagi, Y., Aung, T. N. N., Moolphate, S., Matsumoto, H., & Yoshioka, T. (2020). Sustainable health promotion for the seniors during COVID-19 outbreak: A lesson from Tokyo. *Journal of Infection in Developing Countries*, 14(4), 328–331. <https://doi.org/10.3855/JIDC.12684>
- Badora, B. (2020). *Obawy Polaków w czasach pandemii. Komunikat z badań CBOS nr 155/2020.*
- Beck, U. (2004). *Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności.* Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Beck, U. (2012). *Społeczeństwo światowego ryzyka: w poszukiwaniu utraconego bezpieczeństwa.* Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Biuletyn Informacji Publicznej RPO. (b.d.). *RPO do Ministra Edukacji w sprawie pomocy psychologicznej dla uczniów – w epidemii i poza nią | Rzecznik Praw Obywatelskich.* Pobrano 30 sierpień 2021, z <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-do-men-pomoc-psychologiczna-dla-uczniow-w-epidemii-i-pozajnia>
- Bożewicz, M. (2018). *Kobiety i mężczyźni w domu. Komunikat z badań CBOS nr 127/2018.*
- Buchner, A., & Wierzbicka, M. (2020). *Edukacja zdalna w czasie pandemii. Raport z badań. Edycja II.*
- Cybulska, A., & Pankowski, K. (2020a). *Koronasceptycyzm, czyli kto nie wierzy w zagrożenie epidemią. Komunikat z badań CBOS nr 158/2020.*
- Cybulska, A., & Pankowski, K. (2020b). *Zmiany w zachowaniach przeciwepidemicznych Polaków. Komunikat z badań CBOS nr 116/2020.*
- Cybulska, A., & Pankowski, K. (2020c). *Życie codzienne w czasach zarazy. Komunikat z badań CBOS nr 60/2020.*
- Czech, F., & Ścigaj, P. (2020). *Popularność narracji spiskowych w Polsce czasu pandemii COVID-19. Raport z reprezentatywnych badań sondażowych.* <http://www.ism.uj.edu.pl/wp-content/uploads/2020/07/covid-narracje-spiskowe.pdf>
- Drozdowski, R., Frąckowiak, M., Krajewski, M., Kubacka, M., Modrzyk, A., Rogowski, Ł., Rura, P., & Stamm, A. (2020). *Życie codzienne w czasach pandemii. Raport z drugiego etapu badań. Wersja skrócona.* socjologia.amu.edu.pl/images/pliki/dokumenty/Do_pobrania/Zycie_codzienne_w_czasach_pandemii_Raport_z_drugiego_etapu_badan_wersja_skrcona.pdf
- Feliksiak, M. (2020a). *Korzystanie z Internetu. Komunikat z badań CBOS nr 85/2020.* http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_081_12.PDF
- Feliksiak, M. (2020b). *Opinie o epidemii koronawirusa i związanych z nią restrykcjach. Komunikat z badań CBOS nr 58/2020.*
- Główny Urząd Statystyczny. (2021). *Jak korzystamy z Internetu? 2020.* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/nauka-i-technika-spoleszenstwo-informacyjne/spoleszenstwo-informacyjne/jak-korzystamy-z-internetu-2020,5,11.html>
- IRCenter.com. (2020). *Obowiązki w domu w czasie koronawirusa. Raport.*
- Kalinowski, S. (2020). Od paniki do negacji: zmiana postaw wobec COVID-19. *Więś i Rolnictwo*, 3 (188), 45–65. <https://doi.org/10.53098/wir032020/03>
- Krassowska, U. (KANTAR). (2020). *Wpływ epidemii koronawirusa na życie Polaków.*
- Mansouri, F., & Sefidgarbaei, F. (2021). Risk society and COVID-19. *Canadian Journal of Public Health*, 112(1), 36–37. <https://doi.org/10.17269/s41997-021-00473-z>
- Marshall, J., Wiltshire, J., Delva, J., Bello, T., & Masys, A. J. (2020). Natural and Manmade Disasters: Vulnerable Populations. W A. Masys, R. Izurieta, & M. Reina Ortiz (Red.), *Global Health Security. Advanced Sciences and Technologies for Security Applications* (ss. 143–161). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-23491-1_7
- Mills, C. W. (2009). Obietnica. W P. Sztompka & M. Kucia (Red.), *Socjologia: lektury* (ss. 11–17). Wydawnictwo Znak.
- Murawiec, J. (2020, maj 28). COVID-19 a uzależnienia: jak epidemia wpłynęła na spożycie alkoholu? *Puls Medycyny.* <https://pulsmedycyny.pl/covid-19-a-uzaleznienia-jak-epidemia-wplynela-na-spozycie-alkoholu-992302>
- Ndumbe-Eyoh, S., Muzumdar, P., Betker, C., & Oickle, D. (2021). 'Back to better': amplifying health equity, and determinants of health perspectives during the COVID-19 pandemic. *Global Health Promotion*, 0(0), 1–10. <https://doi.org/10.1177/17579759211000975>
- OECD. (2020). Women at the core of the fight against COVID-19 crisis. *Organisation for Economic Cooperation and Development*, 30. <https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/>
- who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers_92c0ef68-en%0Ahttps://doi.org/10.1787/92c0ef68-en.
- Omyła-Rudzka, M. (2021). *Edukacja zdalna – doświadczenia i oceny. Komunikat z badań CBOS nr 19/2021.*
- Pankowski, K. (2021). *Rok 2020 pod znakiem pandemii. Komunikat z badań CBOS nr 15/2021.*
- Sadati, A. K., Lankarani, M. H. B., & Lankarani, K. B. (2020). Risk Society, Global Vulnerability and Fragile Resilience; Sociological View on the Coronavirus Outbreak. *Shiraz E-Medical Journal*, 21(4 e102263), 1–2. <https://doi.org/10.5812/SEMJ.102263>
- Scovil, J. (2021). *Samopoczucie Polaków w roku 2020. Komunikat z badań CBOS nr 1/2021.*
- Sikorska, M. (2019). *Praktyki rodzinne i rodzicielskie we współczesnej Polsce – rekonstrukcja codzienności.* Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Słońska, Z., & Koziarek, J. (2011). Społeczne nierówności w zdrowiu – efekt medykalizacji promocji zdrowia? *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 9(2), 64–75. <https://doi.org/10.4467/20842627OZ.11.018.0555>
- Stankiewicz, P. (2008). W świecie ryzyka. Niekończąca się opowieść Ulricha Becka. *Studia Socjologiczne*, 3(190), 117–134.
- Stawasz, D., & Sikora-Fernandez, D. (2020). Kapitał społeczny oraz organizacje pozarządowe wobec negatywnych skutków pandemii COVID-19. W M. Ćwikliński & K. Sienkiewicz-Małyjurek (Red.), *Ekonomia Społeczna. Przedsiębiorczość społeczna w czasie kryzysu* (ss. 64–77). Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. <https://doi.org/10.15678/es.2020.2.06>
- The Economist. (2021). *Tracking covid-19 excess deaths across countries.* The Economist. <https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker>
- van den Broucke, S. (2020). Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. Editorial. *Health Promotion International*, 35, 181–186. <https://doi.org/10.1093/HEAPRO/DAAA042>
- Wilk, M. (2020). Działalność organizacji pozarządowych w okresie pandemii koronawirusa.

W K. Marcinkiewicz, P. Nowak, D. Popielec, & M. Wilk (Red.), *Koronawirus wyzwaniem współczesnego społeczeństwa: media i komunikacja społeczna* (ss. 185–198). Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego; Polskie Towarzystwo Komunikacji Społecznej.

Włodarczyk, W. C. (2020). Uwagi o pandemii COVID-19 w Polsce. Perspektywa polityki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 18(2), 126–148. <https://doi.org/10.4467/20842627oz.20.013.12766>

World Health Organisation: Health promotion. (b.d.). Pobrano 22 czerwiec 2021, z <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/health-promotion>

World Health Organization. (2020a). COVID-19 and Violence Against Women: What the Health Sector/System Can Do. W *Who/Srh/20.04* (Numer March). <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274324/retrieve>

World Health Organization. (2020b). *The Impact of COVID-19 on Women* (Numer kwiecień). <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=en&vs=1406>

Wyżga, O. (2020). Health Promotion and Health Education at School during COVID19 Pandemic. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia ad Didacticam Biologiae Pertinentia*, 10, 201–210. <https://doi.org/10.24917/20837276.10.20>

Żakowiecki, P., & Helak, M. (2020). Usługi publiczne w kryzysie: pandemia w ochronie zdrowia. W *Raport Polityka Insight*.

Risk society and the health implications of the first wave of the COVID-19 pandemic in Poland – challenges for sociology and health promotion

Abstract

There is no doubt that 2020 was marked by the COVID-19 pandemic. The extraordinary pandemic situation caused a number of changes and consequences in social life, influencing the everyday life of Poles. Therefore, in this article, I will attempt to characterize Polish everyday life during the pandemic in the society of (global) risk, according to Ulrich Beck (2004, 2012). I will present ambiguous implications for the health of individuals and communities, anticipated based on the results of social research on everyday life carried out during or in relation to the first wave of the COVID-19 pandemic in Poland. Taking into account the health inequalities, I will also consider the challenges facing health promotion "in times of a plague" and the possibilities of regaining lost safety.

Keywords: risk society, everyday life, health, pandemic, health promotion.