

nr **21/2021**

ISSN 2300-1690



# **władza** sądzenia

**Codziennosc zdrowotna  
podczas pandemii COVID-19.  
Perspektywa  
spoleczna**



pod redakcją  
**Alicji Łaskiej-Formejster  
i Małgorzaty Synowiec-Piłat**

### redakcja

Redaktor naczelny: **Konrad Kubala**

Redaktorzy prowadzący: **Karolina Messyasz, Marcin Kotras**

Redaktorzy tematyczni: **Danuta Walczak-Duraj, Iza Desperak, Barbara Ober-Domagalska, Alicja Łaska-Formejster, Łukasz Kutuło**

Redaktorzy graficzni: **Tomasz Ferenc, Mariusz Libel**

Redaktor językowy: **Tamara Franiak-Krupińska**

---

### rada naukowa

**Zbigniew Bokszański**, Uniwersytet Łódzki

**Janusz Mariański**, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

**Yali Cong**, Peking University, China

**Kazimierz Kik**, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

**Katarzyna Grzeszkiewicz-Radulska**, Uniwersytet Łódzki

**Andrew McKinnon**, University of Aberdeen, UK

**Tomasz Ferenc**, Uniwersytet Łódzki

**Krzysztof Konecki**, Uniwersytet Łódzki

**David Ost**, Hobart and William Smith Colleges NY

**Mikołaj Cześnik**, ISP PAN

**Anna Horolets**, Uniwersytet Gdański

**Adam Ostolski**, Uniwersytet Warszawski

**Krzysztof Kędziora**, Uniwersytet Łódzki

**Stanisław Kosmynka**, Uniwersytet Łódzki

**Krzysztof Nawrotek**, University of Plymouth, UK

**Guglielmo Meardi**, University of Warwick, UK

**Hasan Hüseyin Akkaş**, Univeristy of Usak, Turkey

**Volodymyr Satsyk**, Kyiv National Economy University

Lista recenzentów umieszczona jest na stronie internetowej

[www.wladzasadzenia.pl](http://www.wladzasadzenia.pl)

---

### kontakt

**Władza Sądzienia**

Katedra Socjologii Polityki i Moralności IS UŁ

ul. Rewolucji 1905 r. 41/43, 90-214 Łódź

e-mail: [wladzasadzenia@gmail.com](mailto:wladzasadzenia@gmail.com)

tel.: +48 42 635 55 33

[www.wladzasadzenia.pl](http://www.wladzasadzenia.pl)

---

### prawa autorskie

Artykuły zamieszczone w naszym czasopiśmie mogą zostać wykorzystane dla celów naukowych, edukacyjnych, poznawczych i niekomercyjnych z podaniem źródła. Pobieranie opłat za dostęp do informacji lub artykułów zawartych we „Władzy sądzienia” lub ograniczanie do niego dostępu jest zabronione. Wykorzystywanie ogólnodostępnych zasobów zawartych we „Władzy sądzienia” dla celów komercyjnych lub marketingowych wymaga uzyskania specjalnej zgody od wydawcy. Odpowiedzialność za uzyskanie zezwoleń na publikowanie materiałów, do których prawa autorskie są w posiadaniu osób trzecich ponosi autor nadesłanej pracy. Logotyp, szata graficzna strony znajdują się w wyłącznym posiadaniu wydawcy. Wszystkie pozostałe obiekty graficzne, znaki handlowe, nazwy czy logotypy zamieszczone na tej stronie stanowią własności ich poszczególnych posiadaczy.

---

### skład, projekt okładki

Piotr Świderek

---

### fotografie

Zdjęcie okładkowe oraz fotografie towarzyszące artykułom: **Tomasz Ferenc**

---

### finansowanie

Czasopismo finansowane ze środków Wydziału Ekonomiczno-Socjologicznego Uniwersytetu Łódzkiego.

# Spis treści

---

## Słowo wstępne 5

ALICJA ŁASKA-FORMEJSTER, MAŁGORZATA SYNOWIEC-PIŁAT

---

## Learning global solidarity in the Covid-19 pandemic? 9

CHRISTOPH REHMANN-SUTTER

---

## The Failure of Schools under Covid-19 Policies in Germany – what it means and how it could happen. A social-hermeneutical ethics perspective 17

OLE DÖRING

---

## The Power of Judgement regarding Covid-19 policies or practices. A reflection from New Zealand 33

BEN GRAY

---

## Niewidzialne miejsca 47

Fotogaleria

MAREK DOMAŃSKI

---

## Społeczeństwo ryzyka i zdrowotne implikacje pierwszej fali epidemii COVID-19 w Polsce – wyzwania dla socjologii i promocji zdrowia 65

ANNA DUDKOWSKI-SADOWSKA

---

## Wybrane aspekty społecznego i zdrowotnego funkcjonowania osób 55+ w pandemii COVID-19 79

AGNIESZKA PAWLAK-KAŁUZIŃSKA, PAWEŁ PRZYŁĘCKI, MAGDALENA WIECZORKOWSKA

---

## Praca zdalna a zdrowie w czasach pandemii na przykładzie podmiotów procesu edukacji 103

NATALIA GŁÓDŹ, MAŁGORZATA H. HERUDZIŃSKA

---

## Zmiany zachowań żywieniowych i wybranych zachowań zdrowotnych w okresie lockdownu podczas pandemii SARS CoV-19 121

ANNA PRZELIORZ-PYSZCZEK

---

## Czekając na... 137

Fotogaleria

BARTOSZ FATEK

---

## „Tożsamościowo mocni” i „zakorzenieni” – elektorat Prawa i Sprawiedliwości 153

MARCIN KOTRAS



# Codziennosc zdrowotna podczas pandemii COVID-19. Perspektywa spoleczna

ALICJA ŁASKA-FORMEJSTER

UNIwersytet Łódzki

MAŁGORZATA SYNOWIEC-PIŁAT

UNIwersytet Medyczny we Wrocławiu

słowo wstępne

**P**andemia COVID-19 zmieniła naszą codzienność, zmieniając także narrację, sposób mówienia o konwencjonalności zdrowotnej, a izolacja nią wywołana ujawniła szereg problemów społecznych, które wcześniej bądź analizowane były w węższym zakresie, bądź w innych kontekstach rzeczywistości społecznej. Przeżycia, doświadczenia związane z codziennością pandemiczną jeszcze mocniej zaświadczenia, że w obliczu kryzysów o globalnym zakresie zamazują się wszelkie granice, a kryzysu doświadcza – w dużym uproszczeniu – niemal każdy z nas – w niemalże identyczny sposób. I choć formy oraz działania instytucjonalne, nieinstytucjonalne, profilaktyczne i wdrażane interwencyjnie, w poszczególnych państwach różnią się w wielu wymiarach, problemy mają charakter uniwersalny, nieprzynależny do żadnego z nich.

Wartość zdrowia zawsze była jedną z cenniejszych, mającą autoteliczny charakter, jednak obecnie zdrowie zyskuje nowe, szersze ramy i w takim ujęciu odgrywa zasadnicze znaczenie na arenach międzynarodowych. To w kontekście globalnych wartości, poszanowania zdrowia i życia społeczeństw, przywódcy 24 krajów wezwali wszystkich do solidarnego działania na rzecz globalnego wyjścia z kryzysu pandemii. Jednak, jak można rozumieć ową

solidarność (czy jest nią jeszcze przymus działania) i czy tak rozumiana powinna obowiązywać wszystkie kraje?..., oraz jakiego znaczenia nabierają słowa: „Nikt nie jest bezpieczny, dopóki wszyscy nie będą bezpieczni” – zastanawia się, a rozważania opisuje w pierwszym artykule Christoph Rehmann-Sutter.

Choć pandemia nie zna granic, w kolejnym artykule poruszone zostały kwestie wartości narodowościowych. Ole Döering opisuje w nim wpływ polityki związanej z COVID-19 na demokratyczną tkankę niemieckiego społeczeństwa, skupiając się na sytuacji dzieci. Stosując metodologię etyki do analizy salutogenezy, opisuje sposób, w jaki polityka i motywy leżące u jej podstaw są zgodne z wdrażaniem właściwych działań z właściwych powodów. Z dyskusji zaś wynika, że kryzys ujawnia poważne i podstawowe wady w strukturze kultury demokratycznej, które mogłyby zostać uzdrowione przez działania mające na celu ożywienie ducha niemieckiej konstytucji.

Na inny, niezwykle ważny wymiar wartości dotyczących zdrowia wskazał Ben Gray, który odwołując się do powszechnego zjawiska wydawania osądów, wyroków zadaje zasadnicze pytania – w imię czyjej korzyści, w oparciu o jakie przesłanki i dane, dokonuje się osądów

oraz co implikuje, upowaznia do owych sadow? Czyze korzyści sa ważne – czy te jednostkowe, lokalne państwowe czy tez międzynarodowe? Doświadczenie kryzysu upowaznia Autora do wniosku, że w przyszłości powinniśmy wypracować inne strategie wydawania wyroków, osądów bez często nieświadomych uprzedzeń.

Sprzyjąc w tym procesie powinna promocja zdrowia, gdyż zdrowotne i społeczne konsekwencje pandemii COVID-19 postawiły nowe wyzwania nie tylko przed nią, ale także przed socjologią zdrowia i medycyną, jako dyscypliną stanowiącą zaplecze teoretyczne i metodologiczne dla podejmowanych w jej ramach działań. Promocja zdrowia, ukierunkowana od drugiej połowy XX w. na przeciwdziałanie chorobom cywilizacyjnym jako największemu problemowi zdrowotnemu, ponownie musi się zmierzyć, i to w globalnym wymiarze, z chorobami zakaźnymi, z którymi wydawałoby się poradzić sobie podczas tzw. „pierwszej rewolucji zdrowotnej”. Walka z pandemią, to także zmagania z potęgującymi się nierównościami w zdrowiu w poszczególnych państwach i pomiędzy nimi, zarówno jeśli chodzi o dostęp do usług świadczonych przez instytucje medyczne, jak i możliwość prowadzenia zdrowego stylu życia. Próby przedstawienia wyzwań, jakie stoją przed promocją zdrowia „w czasach zarazy” podjęła się Anna Dudkowska-Sadowska posiłkując się w swych rozważaniach wynikami badań społecznych nad codziennością, odnoszących się do tzw. pierwszej fali epidemii koronawirusa w Polsce.

Jak zauważyli Autorzy kolejnego z artykułów – Agnieszka Pawlak, Paweł Przyłęcki oraz Magdalena Wieczorkowska – nowej rzeczywistości politycznej, gospodarczej i społecznej, wykreowanej przez koronawirusa SARS-CoV-2, doświadczają wszystkie społeczności. W swych rozważaniach Autorzy skoncentrowali się jednak na sytuacji zdrowotnej i społecznej osób

powyżej 55 roku życia, przedstawiając wyniki badań własnych zrealizowanych w okresie drugiej fali pandemii. W artykule zwrócono, m.in. uwagę na takie kwestie, jak silnie poczucie pogorszenia stanu zdrowia seniorów, wysoki poziom lęku przed zachorowaniem na koronawirusa, czy ograniczenie kontaktów z rodziną, będących ważnym dla seniorów źródłem wsparcia i zabezpieczenia społecznego.

Na ograniczenie bądź zaniechanie zachowań prozdrowotnych w innej grupie – a mianowicie nauczycieli akademickich uwagę zwróciły dwie Autorki: Natalia Głódź oraz Małgorzata H. Herudzińska. Analizując wpływ pracy zdalnej na zdrowie nauczycieli akademickich, potwierdziły, że nauczyciele podczas pandemii, odczuwają pogorszenie kondycji fizycznej i psychicznej, zaś wprowadzony system kształcenia na odległość nie sprzyja podejmowaniu przez nich zachowań prozdrowotnych.

W przedostatnim z prezentowanych w tomie artykułów, Anna Przeliorz-Pyszczek zwróciła uwagę na inny wymiar konsekwencji przedłużającej się pandemii, dotyczący zmian zachowań żywieniowych. Pozostawanie w domach wyzwoliło szereg dwubiegunowych zachowań od tych mających niezwykle destrukcyjny wpływ na zdrowie jednostek, po te inicjujące zdrowe nawyki w zakresie aktywności fizycznej i żywieniowej.

Jak już wspomnieliśmy, konsekwencje pandemii COVID-19 przybierają różne oblicza społeczne, gospodarcze czy polityczne. W konwencji politycznej wyborcy polskich ugrupowań w większości demonstrują krytyczne postawy, jedynie wyborcy Prawa i Sprawiedliwości są elektoratem, który pozytywnie ocenia sposoby radzenia sobie rządu z pandemią koronawirusa. Rozważania dotyczące wyborców PiS i próbę umiejscowienia ich w wybranych klasycznych modelach podziałów społeczno-politycznych

zaprezentował w ostatnim z serii artykułów, Marcin Kotras.

Pandemia COVID-19 to swoisty eksperyment społeczny, który dziejąc się na naszych oczach i z naszym mimowolnym udziałem, wkracza we wszystkie sfery naszego życia, dokonując w nim znaczących zmian. Konsekwencje zdrowotne COVID-19, w postaci zatrważającej i rosnącej liczby zachorowań i zgonów, wzmagają jednocześnie inne problemy zdrowotne populacji, z którymi społeczeństwa nie radziły sobie przed pandemią, spośród których wymienić należy w pierwszej kolejności wzrost zachorowań i zgonów na choroby układu krążenia, choroby nowotworowe oraz zdecydowany wzrost zaburzeń zdrowia psychicznego.

Rozprzestrzenianie się COVID-19 implikuje również szereg problemów o charakterze społecznym. Niewątpliwie, proces zmagania się ze skutkami choroby powinien być rozpatrywany zarówno w perspektywie jednostkowej, jak i w skali mikro – i makrospołecznej oraz globalnej. Autorzy niniejszego tomu, który oddajemy w Państwa ręce, poddając analizie różnorodne i na pozór odległe tematycznie zagadnienia, starają się odpowiedzieć na kluczowe pytanie: Czego nauczyła nas codzienność zdrowotna podczas pandemii COVID-19? Ukazane refleksje teoretyczne oraz dyskusja nad wynikami badań pokazują swoistą mozaikę problemów, przed którymi staje współczesny człowiek, zmagając się z ciągle mutującym wirusem i powodowanymi przez niego konsekwencjami nie tylko o charakterze biologicznym, ale także psychologicznym i społecznym.

Mozaikę tę niezwykle intuicyjnie poprawnie uzupełniają dwie fotogalerie, pierwsza autorstwa Marka Domańskiego, autorem drugiej jest Bartosz Fatek. Autorom wszystkich zdjęć składamy serdeczne podziękowania za wrażliwe uchwycenie codzienności kowidowej w obrazach. 📷



# Learning global solidarity in the Covid-19 pandemic?

CHRISTOPH REHMANN-SUTTER

INSTITUTE FOR HISTORY OF MEDICINE AND SCIENCE STUDIES, UNIVERSITY OF LÜBECK, GERMANY

## Abstract

In a letter published on March 30, 2021, 24 world leaders have called for global solidarity in the fight against the Covid-19 pandemic. This commitment to act in solidarity with low-income countries however was won under duress, and it was in part at least self-serving. Can this still be called solidarity? On the basis of a functional view on solidarity the paper argues that states can indeed act in solidarity, if they accept costs to assist others with whom they recognize similarity in a relevant respect. States can act in solidarity, or they can fail to act in solidarity, also in situations of duress and if solidary acts also serve their own interests. The paper concludes that if this is true for the Covid-19 pandemic it is also true for the climate crisis, where damage of even much bigger dimensions are to be prevented. Also in regard to anthropogenic global heating, nobody is safe until everyone is safe.

## Keywords:

Complexity, Trust, Inequalities, Covid-19, Judgement.

“Nobody is safe until everyone is safe.” – the punchline of a widely publicized letter signed by 24 world leaders on March 30, 2021. In that letter they plea for a joint, broadly international approach to fight the pandemic. The list includes Boris Johnson, Angela Merkel, Emmanuel Macron and Tedros Adhanom Ghebreyesus, director-general of the World Health Organization. A number of heads of state in the Global South are signatories: Macky Sall, president of Senegal, Paul Kagame, president of Rwanda, Uhuru Kenyatta, president of Kenya and more (Johnson et al., 2021). It is obvious, as the authors pronounce, that a pandemic can only be overcome together. For reaching safety in an individual country, solidarity with other countries who might have less power and resources is the most essential requirement. In order to win back normal life all countries need one another.

This rare insight of sitting in the same boat together is however won under duress. And the solidarity is in no way altruistic. From a moral point of view, two key questions must be raised: Is forced and partly self-serving solidarity truly to be called solidarity? A concern is that a forced declaration of global solidarity, which is in the obvious interest of all might be indifferent to the pain and suffering of others and mainly see the advantage for oneself. Another concern is that forced and self-serving solidarity might be short-lived and disappear as soon as the pressure fades.

But is this ideal-world-thinking? We are living in a non-ideal world. Here in this place, forced and partly self-serving solidarity may be the best we can get from politicians. It can be the only form of solidarity a nation-state can realistically develop. States are built by humans with minds, hearts, and souls. And from individuals we may ask a deeper kind of responsibility than only forced self-serving solidarity. In person/person relationships, responsibility is essentially to be explained as

responsivity to the vulnerability of others. As collective political agents however, nations are not engaging in person/person relationships (Kellenberger, 1995) with other states or with other individuals.

In order to tackle problems on a global and structural level we also need to improve institutional relationships. Solidarity between nations on both sides of the so-called 10/90 gap would be a crucial requirement to cope with other, possibly even bigger global challenges (Capron, 2007). The climate crisis, global heating is one of them. It is a threat to the health and to the lives of people already in the present and it will dramatically escalate in the future. Climate change disturbs the dynamic equilibrium of ecosystems worldwide, and it destroys the habitats of animals, plants and humans who depend on them. In regard to the climate crisis nobody is safe until everyone is safe.

I doubt that the first sentence of the letter of the heads of state is true: “The Covid-19 pandemic is the biggest challenge to the global community since the 1940s.” Climate change is and will be a much bigger threat. Can we therefore learn something from the Covid-19 crisis for tackling an even harsher crisis by foresight?

### Can states act in solidarity?

Three times in the letter, ‘solidarity’ is mentioned. The first appearance of the term is in an appeal to the “spirit of solidarity and co-operation” which is necessary to address key challenges of our time, namely peace, prosperity, health and security. Then the authors refer to “our solidarity” in ensuring that the world is better prepared for future pandemics. In the final sentence of the letter, the signatories refer to solidarity as one of a series of values that characterizes good governance: they “must be guided by solidarity, fairness, transparency, inclusiveness and equity.” And the motto

of the letter, saying that nobody is safe until everyone is safe is the expression of an insight into the inevitability of solidarity to establish safety for all people, including the citizens of their own countries.

State representatives are saying that they are committed to act in solidarity. But the question can be raised whether in a non-ideal world they can be truly solidary? Is it possible for institutions as collectivities to act in solidarity? Is solidarity not a name for the ties *within* a society, an institution, or a group that bind people together as ‘one’? In other words, is solidarity bound to a certain group of motives that can only be human motives and not be attributed to an artificial institution of which human actors are only representatives?

In a recent review on the history of the idea of solidarity and on the discussions on solidarity in current sociological and philosophical literature, Barbara Prainsack and Alena Buyx define solidarity “as an enacted commitment to carry the ‘costs’ (financial, social, emotional, and other contributions) of assisting others with whom a person or persons recognise similarity in a relevant respect” (2016, p. 493)<sup>1</sup>. This definition is illuminating because it highlights the function of solidarity, not so much the motives that make somebody solidary. States can carry costs and make contributions (financial, logistical, manpower and other). Solidarity is the action of accepting costs for assisting others. That is what counts. All this is possible for institutions. States in their institutional actions can behave in a way that it fulfills the definition of the term ‘solidarity’.

If this is accepted, the next question can be answered more easily. In Prainsack and Buyx’ (2016) explanation there no reference is made to the absence of pressure and inducement, which could arise from the situation of those acting in solidarity. Solidarity is the ‘enacted

commitment’, i.e., a resulting attitude and practice, which of course answers pressures, tensions, even emergencies in the situation. A situation of famine or an emergency breakdown of an airplane for instance can induce mutual helping in the people affected, which also maximizes everyone’s own chances to survive.

If we adopt this approach to understanding the phenomenon of solidarity, the solidarity declared in the letter by Johnson et al. on March 30 with countries who are less wealthy than the European countries is not to be disavowed for the reason that it (i) emerged under the duress of the pandemic and (ii) is in obvious ways self-serving for all parties. Yes, it may be depending on a stressful situation, be short-lived and it may have a strong self-serving element. Helping Brazil or India in fighting the pandemic is good for fending off the more dangerous new covid variants that thrive in these countries. Helping poor countries who could not have access in time to sufficient doses of Covid-19 vaccines or lack essential medical infrastructure is good for them *and* good for everybody. The functionalist understanding of solidarity, which is underlying Prainsack and Buyx’ (2016) analysis, does not suggest solidarity being a constant element of the character of a person – what we call a ‘virtue’. It is enacted in the assistance given to others who need it and with whom one recognizes similarity and connection. This kind of solidarity is possible to be realized by persons as well as by groups, collectives, and institutions such as states.

If states can act in solidarity, then we need to concede that they can also fail to act in solidarity. “America first”, the hallmark slogan of Trumpism, was policy program that obviously did not show solidarity; European countries pay billions to southern countries to fend off refugees from poor countries in the middle east and from Africa. Whether a politics of ‘fortress Europe’ that forcefully fends off as many

<sup>1</sup> See also Prainsack and Buyx, 2015.

refugees as possible represents solidarity with African refugees is more than questionable. Solidarity would require respecting the diversity of motives, to listen to the stories and to protect human rights of those who need it (Perkowski, 2018). Many of the refugees just die on their journey over the Mediterranean in desperate attempts to escape dire conditions in their home countries and to survive manifold traps on their way. And in the European countries they are often reduced to one single story (Squire et al., 2017). And the actually performed international climate politics, in large parts still represents a similar mode of one's own (short-term) interests first.

The pressure that has led them to this precious expression of solidarity is the pressure from the pandemic, which affects all parties – not everybody in the same way, however everybody in an unpleasant way, costing millions of lives and hampering the health of even more. The pandemic was and is in many ways an amplifier of global inequality. It is a common danger, and 'nobody is safe' from it. This common situation, as the heads of state declare in that letter, creates a perception of commonality. This, I would say, represents the element of 'similarity in a relevant respect' that is required in the explanation of solidarity given above.

*The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response*, established by the World Health Organization (WHO) has issued a high-profile report in May 2021, which essentially substantiates the call for global solidarity in pandemic response, both to the Covid-19 pandemic and to prevent any future pandemics. Avoiding the vocabulary of solidarity it describes concrete measures. They include technology transfer for vaccines from affluent to poor countries, voluntary licensing, and if this does not work, waiving intellectual property rights under international agreements. The first recommendation how to end the

Covid-19 pandemic contains the statement (in the wording of the summary document, p. 4): "High income countries with a vaccine pipeline for adequate coverage should, alongside their own scale up, commit to provide to the 92 low – and middle-income countries of the COVAX Gavi Advance Market Commitment at least one billion vaccine doses no later than 1 September 2021 and more than two billion doses by mid-2022." This, if implemented, unequivocally represents enacted solidarity. It will need substantial funding and other resources from those who have more.

### Pandemics and climate change

The Covid-19 pandemic is not "the biggest challenge to the global community since the 1940s", as the letter states. There are several reasons for this. While the global death toll of the Covid-19 pandemic is huge (more than 3.3 million at the time of writing (May 28, 2021), according to Johns Hopkins University's Covid-19 Dashboard<sup>2</sup>), the fatalities that are to be expected from the effects of global heating are much bigger. A recent modelling study by Ian Hamilton et al. (2021) compares public health effects in nine representative countries (Brazil, China, Germany, India, Indonesia, Nigeria, South Africa, the UK, and the USA) until 2040 between two pathway scenarios: One scenario, they call it the 'current pathways scenario', is based on the nationally determined contributions of these nine countries according to the Paris Agreement. These commitments (if fulfilled, which is only a hope) are however inadequate to achieve the Paris goal of keeping global temperature rise 'well below 2°C'. The other scenario, they call it the 'sustainable pathways scenario', is consistent with that goal of the Paris Agreement. Compared with the current pathways scenario, the sustainable

<sup>2</sup> <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

pathways scenario will result, as the detailed calculations say, in an *annual* reduction of 1.18 million air pollution-related deaths, 5.86 million diet-related deaths, and 1.15 million deaths due to physical inactivity, across the nine countries, by 2040. The corresponding global numbers should of course be assumed to be much bigger. And years add up.

If this prospect is only approximately true, we need to conclude that the impact of climate change on human lives is larger by magnitudes than the death toll of the pandemic. More lives depend on states' actions, and on the corresponding changes in technology use and lifestyle that is necessary to keep the earth system within the range considered by the Paris Agreement as acceptable.

A second reason why we should not believe that the Covid-19 pandemic is the biggest challenge to the global community since the 1940s is the level of change needed to cope with the crisis. While fighting the pandemic implemented pre-established pandemic planning and pandemic preparation laws that existed in most of the countries, no such anticipatory planning exists in regard to the response to the climate crisis. For fighting the pandemic, which is an accepted health issue, a relatively powerful World Health Organization existed and had the capacities to trigger the response internationally. For fighting the climate crisis no similar global organization is existing. For fighting the pandemic, pharmaceutical industry can produce tools such as medication and vaccines. The response in many ways can use the functionalities of the existing socio-economic system. The response to climate change however needs a change of this system because its very functioning is based on an ever-increasing consumption of energy. Powerful industry, including fossil fuel companies, are politically lobbying for obstruction of necessary steps for change – according

to a "denial and delay playbook" (Mann, 2021, p. 2)., as climatologist Michael E. Mann, one of the authors of the last IPCC report, states.

But there are similarities. Both crises can only be overcome in joint international efforts. Both crises are existential for millions of people all over the world. Both crises can cause a dramatic rise in global injustice. Both crises need fast, powerful, and resolute, joint action. This kind of solidarity that world leaders learn in the pandemic and have agreed on in such statements as the letter from which I have quoted, is one of the necessary ingredients for every justifiable plan for international climate action.

Much more is needed, however. The German Constitutional Court recently concluded that the protection of the climate by actions of the state is an obligatory requirement of basic human rights, as they are protected in the German constitution (Bundesverfassungsgericht 2021). The same argument can, in principle, be made in other legislations as well. And change needs to be realized on all levels of society and cultural habits, including companies, institutions and of course the individuals. It can however not be delegated to individual consumers who need to change their behavior. Yes, they need to change their behavior, we all need to. But this will only happen if it is supported and incentivized by political strategies, which necessarily need to be internationally coordinated. Also, here we can learn something from the pandemic.

Learning to act on forced solidarity is not to be ridiculed or dismissed because it is also serving everyone's own interests. If based on well-considered, i.e., not only short-term but also long-term self-interest, and, I would add, if it does not hinder but enable and support empathy and care for the others who need protection, this kind of solidarity is part of a solution. 🙏

## Christoph Rehmann-Sutter

Professor of Theory and Ethics in the Biosciences at the University of Lübeck in Germany and honorary professor of philosophy at the University of Basel, Switzerland. He has widely published in philosophy and ethics of biomedicine and biotechnology. Research interests include philosophical foundations of bioethics and phenomenological philosophy of biology. With a hermeneutic approach to ethics and often with qualitative empirical methods, he has been working about ethical issues of genetic engineering, of prenatal genetics, transplantation, stem cell medicine and palliative care, currently also on the ethics of climate change. Together with Heike Gudat and Kathrin Ohnsorge he edited a volume at Oxford University Press on *The Patient's Wish to Die. Research, Ethics, and Palliative Care* (2015). *Genes in Development. Re-Reading the Molecular Paradigm* (Duke University Press 2006) was edited together with Eva Neumann-Held. His last books are on our views of death and dying: *Was uns der Tod bedeutet* (Berlin: Kadmos 2018) and on the ethics of bone marrow transplantation from children as donors: *Stem cell transplantation between siblings as a social phenomenon: The child's body and family decision-making* (ed. together with Christina Schües, Madeleine Herzog and Martina Jürgensen; Springer 2022).

email: christoph.rehmannsutter@uni-luebeck.de

## References:

- Bundesverfassungsgericht (2021). *Beschluss über Verfassungsbeschwerden zum Klimaschutzgesetz vom 24. März 2021*. Downloaded from: [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2021/03/rs20210324\\_1bvr265618.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2021/03/rs20210324_1bvr265618.html)
- Capron, A. M. (2007). Imagining a New World. Using Internationalism to Overcome the 10/90 Gap in Bioethics. *Bioethics*, 21(8), 409–412.
- Hamilton, I., et al. (2021). The public health implications of the Paris Agreement: A modelling study. *Lancet Planet Health*, 5, e74–83.

- Johnson, B., et al. (30 March 2021). No government can address the threat of pandemics alone – we must come together. We must be better prepared to predict, prevent, detect, assess and effectively respond. *The Telegraph*.
- Kellenberger, J. (1995). *Relationship Morality*. University Park: Pennsylvania State University Press.
- Mann, M. E. (2021). *The New Climate Wars. The Fight to Take Back Our Planet*. London: Scribe.
- Perkowski, N. (2018). Frontex and the convergence of humanitarianism, human rights and security. *Security Dialogue*, 49(6), 457–475.
- Prainsack, B., Buyx, A. (2015). *Solidarity in bioethics and beyond*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Prainsack, B., Buyx, A. (2016). Thinking ethical and regulatory frameworks in medicine from the perspective of solidarity on both sides of the Atlantic. *Theor Med Bioeth*, 37, 489–501.
- Squire, V., et al. (2017). *Crossing the Mediterranean Sea by Boat: Mapping and documenting migratory journeys and experiences* [Final project report]. University of Warwick. Downloaded from: [www.warwick.ac.uk/crossingthemed](http://www.warwick.ac.uk/crossingthemed).
- The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. (2021). *Covid-19: Make it the Last Pandemic*. Geneva: WHO. Downloaded from: <https://theindependentpanel.org/mainreport/>





# ***The Failure of Schools under Covid-19 Policies in Germany – what it means and how it could happen. A social-hermeneutical ethics perspective***

OLE DÖRING

HUNAN NORMAL UNIVERSITY, CHANGSHA (CHINA),

INSTITUTE FOR TECHNOLOGY FUTURES, KARLSRUHE INSTITUTE OF TECHNOLOGY, (GERMANY)

## **Abstract**

This essay describes the impact of COVID-19 related policies on the democratic fabric of German society, focusing the situation of children. It applies a methodology of ethics for salutogenesis, exploring, how policies and underlying motifs align with *doing the right things for the right reasons*. Five key areas are analyzed in the social-political specter of power of health-related judgement, connecting psychology, politics, economy, academia and culture. The discussion finds that the crisis reveals grave and basic flaws in the texture of democratic culture that could be healed by serious measures to reinvigorate the spirit of the German Constitution.

## **Keywords:**

[Covid-19](#), [Ethics](#), [Philosophy of Culture](#), [Children's Health](#), [Salutogenesis](#), [Democracy](#).

*Children are not future people,  
because they are people already...  
whose souls contain the seeds  
of all those thoughts  
and emotions that we possess ...  
[and] as [they] develop,  
their growth must be gently directed.*  
Janusz Korczak<sup>1</sup>

## 1 Introduction of methodology and scope

With the pronouncement of a Novel Coronavirus Thread by the ECDC on January 9, 2020, and the WHO declaring the nCoV-2019 outbreak, as a 'public health emergency of international concern' (PHEIC), on January 30, 2020, a cascade of virus – and policy-related events hit societies globally, that is still gathering momentum (CDN 2021). The impact on health characteristics permeates all areas of social life and individual well-being, on global and local levels. Whereas it is far too early for a conclusive analysis of the correlations between interventions and outcomes, in medical, political, economic or cultural terms, the ubiquitous attention to the phenomenon is already exhibiting patterns of evidence, to support hypothetical exploration and preliminary observations.

In this article, the focus is on schools, in their role as social competence building spheres, from the view of the German capital, Berlin. The chosen approach is a social-hermeneutical ethics perspective. This methodology enquires, how to systematically *do the right things for the right reasons* (Döring 2019). Health and dignity are regarded as phenomenal expression and the corresponding transcendental condition,

respectively. They delineate one holistic continuum of reason-based human value deliberation and Covid-19 policies assessment that presents humanity with a universal ethical challenge. *Doing the right thing* engages the proportional evaluation of all relevant facts in light of the *right reasoning*, that is, considering the connectivity of dignity and health. The related operation of practical judgement regarding presumed health measures is the variable that directly depends on education and the sincerity of policies and communication in the public sphere.

Hermeneutics explores the capacities for purpose-building transactions across social systems, including (sub-)cultures, epistemic (sciences) and social practice (governance, discourse). Regarding health events, *ethics demands coherence* in aligning all purpose-driven efforts, which builds its connection with pragmatic rationales, economic incentives and governance measures. The teleologic continuum permeating the subjective and objective quality building process, supporting health potency, that is, salutogenesis (Mittelmark, 2017), can be captured in the descriptive, normative and expressive characteristics, by means of hermeneutics, that exhibits the symbolic forms and languages informing health policies and philosophy as cultural text (Posner 2003, Lorusso 2015), so as to weave them into a coherent holistic methodology for health theory and practice, in the context of Global Health (Bonk 2021, Döring 2020).

In this context, schools can serve as protected root spaces to learn human faculties, for reading, calculating and writing, in a constructive cultural and social sense. This is intrinsically connected with health maturity and workplace quality, pinpointing the ultimate value base of all social goods. As such, schools are tasked to contribute to health literacy and civil responsibility, cultivating individual personalities. Sound reasoning proposes that

coherent national health policies would, first, sustain generous funds for a state-of-art public health infrastructure and, second, implement health literacy as a mandatory baseline for mature citizenship, marking children and work space as primary health objectives and critical units for cultivating social goods. As for Germany, the character of a solidarity based social market economy and healthy democracy approach summarizes the common spirit regarding health policies, until the 1990s.

Since then, three decades of neo-liberal patchworking have left their marks on the health and education sectors in particular, but also on academia, the media and jurisdiction – which notably are expressly privileged in their freedom, by the German Constitution. The impact of the structural revolution can be gathered from random examples, such as the following. The last published brochure on 'In-School Health Education and Promotion' by the Federal Agency for Health Promotion (*Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, BZGA*) dates back to the year 2000 (BZGA 2000). The slim, 36 pages volume has never been updated in response to the ongoing globalization of health issues and in particular the lessons learned from SARS 1, MERS, Ebola etc. The German National Academy of Science, Leopoldina, published their last 'Framework for Health Promotion in Schools' in 2008 (BZGA 2008). Federal structures that would connect regional capacities in the event of crisis or emergency where either degraded or not capacitated. The groundbreaking policy impact of the HIV/AIDS response, in a nutshell, appears as a solitary incident, for all the knowledge it has generated about the dependence of peace, stability, justice and political legitimacy on sound holistic health policy and related education and risk assessment. Initiatives, to address the conceptual, governance and infrastructure building needs for pandemic prevention and intervention across

Eurasia were left unheeded across the board of ministerial compartments (Döring 2020a).

Ad hoc resolutions to fill the gap by spontaneous initiative and alliances operated erratic and below due procedure standards. In early 2021, a set of guidelines, purportedly intended to prevent and control SARS-CoV-2 transmission in schools, was announced by an array of self-appointed interest groups, who mustered support from federal policies, for renouncing public health standards, especially the prospect for healthy normality. The document was published by the German Ministry of Science and Technology, wrongly suggesting a federal mandate (BMBF 2021). The pre-selection of participants had precluded transparency and diversity of critical scientific and social representation. The outcome builds a connection, between the confirmed finding of low or no scientific evidence base supporting the health impact of state-ordained measures, on one hand, and positive recommendations of the same measures that were deemed not evident but still meaningful in some big picture. The BMBF, at the same time, found that children cannot be positively seen as pandemic drivers (BMBF 2021a) This self-contradicting political line was not explained. The (up to now) last school, 'lock-down' was maintained until early June 2021.

Such measures continue a series of premature, implausible and counterproductive communications and policies that inspired Federal Minister of Health, Jens Spahn, as early as in April 2020 to foresee that there was going to be, 'a lot to forgive', considering the mismanagement of the crisis. Health statistician Gerd Antes called, 'the fact that the relevant data needed here for assessment has not been collected (...an...) unbelievable neglect', and demanded immediate action, 'to collect data systematically and really pro-actively' (Deutschlandfunk 2021). The continuing observation of the inadequacy of the authorities

<sup>1</sup> Janusz Korczak (1878–1942), a Polish paediatrician and educator, pen name of Dr Henryk Goldszmit. (Korczak 2018, Molloy 2019).

has gradually affected the public sentiment (Kauermann 2021), which had been tolerant, optimistic and compliant over most of 2020. Increasingly, mainstream media have begun to relieve the small number of critical civil society outlets from their oddity, in 2021, and responsible academics are beginning to organize expression of scientific dissent, to counter the confused narrative and eroded trust for the benefit of wider populations, to criticize and restore the sanity of political, scientific, public and medical elites.

## 2 Social-political specters of power of health-related judgement

The crisis is a symptom of the demise of excellent social medicine, public health and solidarity standards that defined a political consensus of Germany's social market economy until the beginning of the 1990s. The blurring of the conceptual foundations of this model and the physical deterioration of public infrastructures, such as schools and health institutions, owing to public non-investment in the maintenance or modernization and the draining of profits into the private sector, for example through shareholder benefits, since then, has taken its toll. Typically, the onset of the crisis meant that restoring basic sanitary conditions, air filters, communication and documentation technologies, had to compete over resources with the imagined standards of data protection and shareholder interests or life style privileges. The quality of training of teachers and nurses and their respective workplace conditions was favored less than other political priorities. It is common knowledge that performance of digital literacy and technology has not yet entered the public sphere in 21st century Germany, in spite of feasibility, leaving schools ever more disadvantaged. On the other hand the income and education gaps across social strata continue to widen in the private sphere,

leaving disadvantaged populations, especially children, behind and unprotected from the mental health hazards of consumerism, especially when exposed to global digital products. Even in their currently feeble and unequal condition, schools could have offered some degree of human learning, solidarity and awareness building. The closing of schools amounts to a submission of social capacity building for democratic culture to powers with different interests.

On the part of state and political leadership, wrong judgements effected premature, disproportional and counter-effective policies, that came to terms in irrational narratives of fear and warfare instead of reasonable confidence. They are rooted in poor power of quality judgement that may be connected with politicians' biographies lack of world experience, also expressing loss of historical memory and moral compass, and an inability to make sense of the existing good knowledge about public health: society's faculties for health were further underappreciated, marginalized and invalidated. Policy coherence was subverted due to incompetent organization of trans-disciplinary interaction between sectors, departments and disciplines that would otherwise mobilize salutogenesis. Such decisions were made, in spite of the substantial hard knowledge and soft skills available. Late in the crisis, leading politicians discovered the need for integrated knowledge and collaborating capacities they had ignored before (Ärzteblatt 2021).

This description is further corroborated when we look at the schools' officially defined social role. In 2015, the BZGA still confidently set the standard thus, „In schools, students, parents and teachers and other staff enter into a partnership for health and well-being at school. There, they jointly consider what it means, when, how and where health should be promoted at school, and also actively

cooperate in the joint implementation“ (BZGA 2015). The evident rational course of action, when faced with a pandemic development, would have been, to utilize knowledge and skills generated within this potential social salutogenic sphere, effectively and efficiently, and engage schools as a core network of competence centers. This never happened. The public health service doctors and nurses are notoriously under-funded, under-equipped, under-appreciated and overaged. They simply lack the means to be present in schools, and, to communicate empirical health data that routinely inform state policy, such as through the Robert Koch Institute. Very early in the face of the pandemic, health monitoring agencies decidedly hesitated to implement an effective protocol, that would have started with a clear gradation of the pathology of Covid-19 and aligned with the appropriate measures. Rather, testing was refused, medical masks were disputed, data were dispatched erratically, by fax and not over weekends, experts of various provenance entertained a Babylonian cacophony of opinions, interpretations and offered problems instead of orientation. No plausible narrative was formed to guide the discourse and exercise leadership.

One year ago, President of the Bundestag, Wolfgang Schäuble, reminded German society that our constitution demands that the state protect human dignity, while leaving life-related judgements to moral discourse, to no avail. Rationales quoted to explain the inconsistencies within the ‚life-saving‘ frenzy and rhetorics of warfare, were, technical reliability deficits, data protection and saving lives claims. Evidence indicates, however, that poor preparedness, dysfunction of logistics and infrastructures were the actual deciding factors. The commonly established disregard for actual lives owing to the pathology-based health economy design, exemplified in morbidity patterns such as death and disease from tobacco

consumption or harmful diets, indicate the entrenchment of state policies with support for preventable non-communicable morbidities.

Likewise, an example of misjudgment on the scale of grand infrastructures is the case of the incapacitated Federal Office for Civil Protection and Disaster Relief. This office had been set up to respond to major health crisis, to organize crisis management and coordinate disaster relief, through its Joint Reporting and Situation Centre. The tasks included health protection, specifying determination of research needs and development of framework plans, NBC protection and prevention in the scientific – technical and medical field, logistics, infrastructure services such as the design and procurement of supplementary civil protection-related equipment for the federal states, scientific and technical advice, such as by risk analysis. This much needed facility to manage large federal health threats for the entire population was first marginalized and then overruled by informal agents close to political process. Even after its former president was sacked in November 2020, this core institution assumed no visible role.

It is apparent, how Public Health had been politically weakened, from root to the branches, when Covid-19 hit. Then, on Friday, April 13, 2020, the regional and federal education authorities implemented a helter-skelter maize of inadequate measures in the name of pandemic containment, that preliminarily ended on June 9, 2021 (Deutschlandfunk 2021a). This was euphemistically called school-lockdown. Doing wrong things for confused reasons is groundwork for failure.

### **2.1 The psychological specter shows: the acting generation of policy makers are unprepared to face real responsibility on a global scale**

As sketched above, in connection with the Covid-19 crisis, basic rules of good governance were ignored, such as, to regulate only what the authorities are prepared to control. The subsidiarity principle, to delegate responsibility to the lowest competent unit was blurred. In public assertions, state and pundits pretended to be in charge of everything, ranging from morality to health and truth, but neglected the relevant infrastructures and logistics, that would organize relevant soft and hard power skills and transactions, and could implement and monitor the necessary measures. On the other hand, they argued with unclear facts when it suited the need to remain vague and opportunistically avoided commitment to standards for appropriateness (March 2011). Citizens were put into a position, either of obedience or as zealots when they demanded clarification of ill explained or perceived unreasonable measures. Responsibility was then assumed arbitrarily, where state had withdrawn from its social functions, such as in public transportation, informal public gatherings, or at the workplace. This baffling performance of a state disengaging from social service, compromised the thin layer of constitutional patriotism. All sorts of dissenting voices compete for dominion over the disoriented public sphere, while a healthy society demands competence and leadership.

In order to render power of judgement decisive and balance it with the bigger social picture, an adequate understanding of existential suffering and personal maturity is required, as a soft skill foundation. To make it legitimate and not merely legal, this personal real life experience is needed on a higher level

than most acting officers can be expected to have, considering their biographies.

Not only frustration, confusion and quarrels have grown from this grand failure. It also obstructed initiatives and pro-active self management capacities at lower levels. Schools in particular stood stunned and shocked, while their masters awaited senate orders that scarcely brought empowerment, whereas knowledge and engagement among students, parents and staff was not even considered as a resource for collaborative salutogenic strategies. What could have become a model project of disciplined democratic citizen participation was sacrificed at the altar of over-protectionism and blind fear, unequal to a risk-mature society (Beck 1992). Instead of confidently harvesting the fruits of the dividend of three generations of peace and prosperity, honoring the value of underlying knowledge about education, health and economy, compartmentalized timidity ruled the German minds.

The apparent explanation lies in the systematic and ongoing policy of starving social grassroots, public infrastructures and a humanistic discourse, combined with the 'outsourcing' of basic services to the private for-profit sector, while depriving the traditionally strong private non-profit sector of viable business models. This decline of political culture goes hand in hand with an inability to balance the structural costs of abstraction of power and responsibility, by means of credible narratives and leadership. Accountability attached to individuals and the standards for reading normative frameworks, such as the Constitution, according to purpose, are delegated to impersonal agencies or processes. Even the political parties, in their campaigns, have exchanged the crooked timber of human faces for smart advertisement campaigns. Real debate is marked as inconvenient. This is registered with frustration among constituencies.

Not to know what we are doing while being unable to explain the reasons, generates mistrust and irresponsibility. Not to be pro-actively interested in all relevant evidence indicates inconsistent reasoning.

This psychological backdrop helps to contextualise the other three areas of the specter of the crisis of power of judgement in Germany.

### **2.2 The political specter shows: social discourse tends to deteriorated into Twitter-Darwinism, without champions to defend standards and offer wholesome prospect for democratic culture**

It is the primary function of democratic politics, to engender social conditions and conceptual frameworks for trust and cooperation across all groups and strata, so that everyone can reasonably assume their due role in society, respecting others' freedom. Knowledge management is a key factor. Early on in the pandemic, WHO chief Dr. Tedros had warned about the real substantial threat of an 'infodemic', for the management of the crisis. The interface of responsibility, critique (for checks and balances) and authority, that would drive the selection of leaders according to their merits and the release of information according to due process was blurred, because equal freedom to express a considered opinion, was confused with the liberty of anarchic access to public power owing to ownership of information technologies. Basic requirements, to legitimize the actual expression of opinion, where marginalized, trivialized and vulgarized, so that populism and control over algorithms called the shots. Particularism triumphed, as common political language among citizens deteriorated into a Babylonian confusion of sub-cultures, so did coherence of society. The

unwillingness among the public, to continue to justify authority, resulted in an inability to act responsibly, that would infest micro-, meso – and macro-spheres of governance. They are now organized in ways that euphemistically 'socialise' infrastructures of public service, delegating or deferring responsibility, while profits are privatized.

The resulting inconclusiveness proves fatal for the stability of social goods, as a unifying policy objective. It is now getting more difficult to hedge the libertarian comfort zones, to balance, mend and learn from the results of poor judgement. Under the protective umbrella of the Western Allies during the Cold War period, Germany had first benefited from eminent knowledge and experience rooted in the first seven decades of the 20th century. Then, Germany arranged its conscience as an accomplice of the powerful colonial heritage and finally abandoned the domestic means to cultivate lessons learned, to emancipate from 'Uncle Sam's' unilateralism. The latter's monoculture ominously spread in the education sector, disintegrating the holistic culture of knowledge, and discrediting the solidarity core of social economy. (Döring 2018)

In the absence of robust and honest sovereignty, pundits have begun to respond to moderate criticism against state measures indiscriminately, with a strategy of aligning power, morality and truth. The need to repair fundamental political flaws, as it had been moral sense when regarding global justice, for a century, considering unsustainable lifestyles for decades, and considering health and education for over a generation, has not been received with mature deliberation and explorative interest. Rather, opinions are spun like as by spoiled children deprived of their sense of entitlement. Political parties, unions and churches joined the ranks of this privileged reaction, rather than becoming a vanguard of reform. Current leaders and dominant parts

of society nurture the assumption, that we are the good guys“, as a socio-political strategy for accommodation under the economic requirements of consumerism. Arguably, in the absence of open racist chauvinism in Germany, exploitation of the larger parts of global populations, including future generations, works best, under the shared self-image of entitlement, accompanied by symbolic acts of charity or assumed solidarity, when they do not require some sacrifice. Investment in justice-based Global Health (Bonk and Döring 2020) and holistic education, then, might effect disruption instead of complacency.

With no champions to defend standards of reasoning and means to do the right things right, governance cannot support democratic culture.

### **2.3 The economic specter shows: structurally devalued sectors of education and health cannot benefit health resilience or healthy policies**

Economy means proper housekeeping, comprising the organizational and motivational motives of generating and sharing value, material and intangible, while using resources effectively and efficiently. Over 50 years, Germany's model was successfully developed under the frame of a *ordo-liberal* social market economy. Unification after 1989 marked a turning point towards a mix of neo-liberal and commercialism models, carrying the psychological momentum of the 'End of History' as a torch of entitlement and failing to continue disciplined work on the deliberative democracy project. The plea for a stronger entrepreneurial ethos, by Federal President Roman Herzog in 1997, passed unheeded. In 2005, eminent journalist Ulrich Wickert published an essay entitled, 'When honesty is stupid. Losing our value base' (Wickert 2005),

where he expressed a fatalist attitude that was widely spread and would be a wake-up call for democratic conscience, had it survived the news circle. Instead, the 'us below and them above' – outlook gained momentum, in the absence of a social economic culture. Building the re-unified nation, the complicit majority became used to leaving the design with 'them above'. Sophisticated incentives for rational but unhealthy behavior, such as the framing of health services not in terms of medical needs but as business plans, (for example, the 'Diagnosis Related Group' policy standardizing and overruling the individual case in order to weaken the economic self-determination of physicians, Jürges 2013), invited smart schemes, to play the system instead of serving its purpose. Notably this went against the constitutional design of the solidarity-based system, but prevented sanctions because it acquired legal form. On the other side, poor incentives were provided for reasonable, such as healthy, behavior. The pathogenic economy design took over the management of the salutogenic value chain and corrupted the means to achieve social goods. (Unschuld 2009) Earlier cases of large scale mismanagement of public funds that had persuaded society to accept this development since the beginning of the 2000s, now look unsubstantial, in the face of the historic misappropriation of care-giving capacities and of the implementation of aid for economic grassroots arbitrarily deprived of their work.

Substituting constitutionally qualified reasons (such as defining health through dignity) with other goods (such as life or wellness), is not the same as, but a violation of, legitimate purpose and cannot inform doing the economically right thing.

### **2.4 The academic specter shows: science lost her detached authority position**

Structural political decisions that would marginalize the impact of humanistic quality sciences („Geisteswissenschaften“) in favor of the rationality of empirical-metrical research („Naturwissenschaften“) have taken over the structural design of the academia. In the European Union, the Bologna Process, initiated in 1988, gradually got administered in a corporate spirit, working against the cultural core of science in continental Europe, following the Anglo-Saxon 'Two Cultures' doctrine (Baker 2009). After the collapse of the Wall that had protected the cultural bubble over Germany in the 'West', this monoculture proved to be shortsighted. It produced a decline of innovative soft skills and related soft powers, that would have helped to reconfigure the world according to changing global realities.

Namely the sprouts of interpretive faculties of Philosophy, History and Mathematics in Public Health matters were asphyxiated, while the foundational methodology of Hermeneutics was discredited rather than boosted in order to cater for the complex knowledge needs of the 21. Century. The interdisciplinary balance of the interface-connecting Social Sciences was nudged, to tip over toward theoretical or empirical silos. The focus now lies on counting rather than accounting for, on describing rather than contextualizing, on deciphering rather than reading, on publishing rather than writing – on research production rather than understanding knowledge (*Wissenschaft*). Algorithms take over the role of reason. As a consequence, organization and interpretation of relevant knowledge, according to public health purposes, was not improved but skewed. On the other hand, this reductionist twist enabled administrators to put forward their kind of planning economy and allowed

the migration of political, strategic and power rationales into the academic system.

In effect, open discourse beyond the specialties was stymied, so that, for example, virology competed with immunology, instead cooperating with risk communicators and holistic technology assessment experts. This was possible only with the academic bodies accepting their role as accomplices facilitating the power alliances between corporate academics, media and politics. As of today, no comprehensive panel for continuous monitoring of the reasonability of measures and no related infrastructure has been installed that would bring together the relevant scientific excellence effectively (Deutschlandfunk 2021). After an initial call in the Spring of 2020, to mobilize a public discourse over the lessons to be learned from Covid-19 policies in our societies, the National Ethics Council dropped this line of engagement and joined the course of moral opinion making.

From a detached view, the meek, opportunistic and divided position of the academia has undermined the authority of reason. The coherence of science, truth, and individual accountability is substantially damaged, honesty of leaders discredited. Opinion polls and media trends seem to confirm a rising discontent, mistrust and sense of declining freedom in German society, owing to a perceived rule of moral censorship and hegemonism of sub-cultures identifying themselves as vanguard, with the power to express and frame language and ('alternative') facts according to their world view.

Authority in doing the right things for the right reasons in the areas of health and education depends on full economic, administrative and political freedom to gather relevant interdisciplinary knowledge into holistic and sustainable policy perspectives, so as to make it available for trans-disciplinary competence.

## 2.5 The cultural specter shows: an unexplained desire for (perceived) ‚Chineseness‘

The German media stage China's image in a language of drama, oscillating between fascination and fear, with a distinct bias towards US-favoring confrontation. Pragmatic positions among the industry and independent social surveys show a different picture among the population. There it is inclining towards respect and critical open-mindedness. The coincidence of failed Covid-policies and president Trump's disastrous foreign politics made it easy to admire China's comparatively firm, constructive and successful course that applied the conventional basics of traditional Public Health measures, learned from SARS 1, upgrading the means. China took advantage of the lack of leadership in Global Health and the deteriorating role of the USA als paragon for ‚Western values‘. China's image was boosted, as a responsible Public Health actor, with an integrated approach connecting industries, research and technology development, the ‚Belt and Road‘ infrastructures and aid campaigns, focusing on cooperation and connectivity, targeting the Global South.

Several of the above mentioned flaws of German policies are alien to China's political culture, such as the dominance of data protection over people protection instead of integrated strategies, the decoupling of power from quality and office from responsibility. Submission of social goods under individual interests is not an accepted social narrative, nor ‚pro-life‘ over dignity. In spite of pundits' phantasies, however, German society is profoundly conservative, cherishing a relaxed appreciation for traditional values, including family and social stability.

Tentatively, the German public seems set on a combined rational respect and irrational admiration regarding China, as an oddly related

culture. Knowledge of the ancient history and sympathy for China's splendid return as a global player engender a spirit of openness rather than negative prejudice, awe rather than rejection, in the ambiguous German mind. On the other hand, this ambiguity can be interpreted as a disturbed democratic culture that is challenged by opportunism. While the democratic substance dissolves, a strategy of procedural formalism and normative narration is gaining momentum, that confuses lifestyle preferences with free opinion and puts utilitarian calculation in the place of dignity and human rights reasoning. The revival of lifestyle Jacobinism is an expression of the crisis of political orientation and common sense that leaves the vulnerable behind first. (Wagenknecht 2021).

The outcome of such an emerging crisis cannot be predicted. However, here is a plausible scenario. Hypothetically, when confronted with an ultimate decision, between either supporting a decaying trajectory of dignity as a society, declining standards of living, confusion over basic truth and values, or, on the other hand, the promise of stability, security, prosperity and belonging, increases the odds for populism and authoritarianism. This has to do with ‚China‘ only as a mirage. The inability to formulate concepts and strategies for negotiating friendly cohabitation with the most powerful nation of the 21st century manifests a lack of self-confidence and engagement. Fatigue beyond Covid-19 leaves Germany ill prepared for the challenges, to rebuild society and muster the courage to use each individual's reason and solidarity, for the sake of democratic Constitutional Patriotism (Sternberger 1990) as a political project. It might once more appeal to a majority, to elect a path of convenience and to surrender responsibility in the face of confusion.

Doing the right thing in education and health care would depend upon the proper

political reasoning, getting the normative baseline straight.

## 3 Blurred judgement erodes the basic values of a democratic system

The desire to escape the burdens of responsible citizenship is obvious. An example is the immediate response to the ‚regained freedom‘, after – or in between – ‚lock-down‘ measures, in June 2021. Spontaneously crowds set out, not to restore social allegiance, health and education, but flying out to holiday islands or escaping to circus events such as soccer championship. The frenzy of ‚Bread and Games‘ belies the modesty of humanism and decency of cultivation.

Again, we are forgetting about the children. The arguable medical purpose of locking down schools and depriving children of exercise and social contact, forced them to wear unfit masks, isolated and disoriented pupils in Kindergarden and Primary School. Now it is used as a means for social participation, so that large populations of parents contemplate prudential vaccination instead of health. The next challenge is, to protect children and other vulnerable populations from strategic nudging for vaccinations without medical indication. In May 2021, the German Federal Vaccination Commission (STIKO) expressly warned about the high risks and breach of ethics standards in such politics. Only unjust, sick and cruel societies require that social participation depend on non-medical physical intervention under the name of health.

The diagnoses of a systemic governance failure in response to Covid-19 in Germany might be difficult to appreciate for foreign observers, who are used to an image of Germany as an economic and cultural power house. However, there is a pattern. Not only the children and elderly patients are victims of neglect and

incompetence, in the area of health and social security, as well as of failed federal disaster management infrastructures. The systemic dimension is further illustrated, by the ‚Wire Card scandal‘ that shows complicity of monitoring authorities in an international plot, by the refusal to learn from the Western Financial crisis in 2008, the inability to honor the EU's Dublin Regulation of 2013 for an orderly treatment of refugees, or by the intensifying tensions among EU member states. In Germany, just in 2021, federal associations for Childhood Protection and for Agriculture demanded that among the hectic measures against climate change the care for children and the security of food provisions should not be forgotten, since they never made it expressly into the national Constitution. As context, these events illustrate the need for honesty, for a social historical memory, for a renewed democratic agenda and to revive Constitutional Patriotism as the conceptual groundwork for solidarity and responsibility.

Instead of taking on these tasks, we witness an inversion of shame. Formally, it is a truism in a representative democracy, that the people make their politicians and are ultimately responsible for the quality of governments. However, in Germany, representation is in effect organized through the political parties, whose genuine task is thus defined, according to the Constitution, article 21 (1), „The parties participate in the formation of the political will of the people“. In reality, parties have firmly assumed an unquestioned role as major power broker, acting on behalf of the people and controlling parliamentary work as well as government. Meanwhile, those responsible for the deterioration of the social, education and health sector, at the top of the political hierarchy, have suggested there would be much that ‚we‘ shall have to forgive, ‚after‘ the pandemic. This is tantamount to reversing accountability. When it comes to bearing the

material and moral costs, citizens are left to their own devices, to make sense of shame and atonement. Hopefully, next generations will not inherit additional burdens of blame, discord and corruption.

Germany may be measured against the standard of a sovereign, competent and wealthy country, when considering the ability to afford enormous amounts of domestic aid, to subsidize the freezing of economic activities, to impair future generations, to waste material and humanistic resources and forgo soft power investment. However, the Bundestag chose to extend the controversial legal status of an ‘epidemic situation of national scope’, first determined on 25 March 2020, until after the next round of federal elections, to September 30, 2021. The resolution of 11 June 2021 is the fourth extension.

Considering that the Covid-19 outbreak is just one in a plethora of pathogenic conditions caused by human lifestyles on our planet, it is clear how great the need for better, more precise, intelligent faculties for management of risks (Gigerenzer 2020) in all areas of global human activity has become. Ironically, our policies make it even more difficult to get back onto the right footing, because they impair children, childhood and education, that is, our hopes for future learning.

#### 4 Conclusion

In July 2021, the president of Germany’s child protection agency called the impact of Covid measures on children a tragedy (*Trauerspiel*), just after a teachers’ association had criticized Covid-19 school policy as a tragic. The philologists’ association in Rhineland-Palatinate criticized the state government’s handling of the corona crisis with regard to schools as, ‘essentially a tragedy’, adding that the ‘demonstrably wrong Corona school policy’ has fatal consequences for the health of teachers, students and families (PHV 2021). Damage assessment

remains difficult for the time being, yet the dimensions are clear.

The Covid-19 crisis for the first time exposes unified Germany’s neglect of salutogenic capabilities, the poor resilience and vulnerability beyond medical health threats, adversely affecting the democratic solidarity culture. Instead of preparing for global responsibility by building a good example, Germany was busy surrendering to short-sighted commercialism, partisan politics, unsustainable lifestyles and unjust economics. Competence for reasonable attitudes and coherent policies towards health under conditions of globalized modern risk-societies has been defined clearly but was not utilized. The potency of Germany’s holistic science and education system could not take effect.

The blatant failures and misjudgments apparent in Covid-19 politics indicate the need for German society to arrive at a decision: make serious policy changes, to turn soft power of social virtues into soft capital for social well-being and dignity, in order to resist both, authoritarian temptations and the sell-out of humanity for commodification.

The ways in which we capacitate schools to create salutogenic citizenship will provide the objective answer, not political framing of narratives. This litmus test will mark the resilience of democratic culture in Germany, for the next global challenges, in and beyond health. 👁

**Prof. Dr. Ole Doering**, is a German Philosopher and Sinologist, with special expertise in Applied Hermeneutics, Philosophy of Culture and Technology and Health Ethics. He has been working between China and Germany since 1995. He organized scientific networks in inter-disciplinary areas of ethics and new technologies between Europe and China, such as KBE, BIONET and SIGENET. Currently he is Full Professor in Comparative Culture Studies at the Foreign Studies College of Hunan Shifan

University, Changsha, China, Associate Professor in Philosophie at Institute for Technology Futures of KIT. Moreover, he is founder and Co-Chair of Berlin Institute for Global Health, an academic think-tank for policy advice.

He received numerous honorary scientific appointments and awards, including 2020: elected member, Steering Committee, Global Health Hub Germany (2020), invited member, International Independent Advisory Board, International Conference on Genomics (ICG-15, Wuhan, 2020), Associate Professor, Peking University, Department for Global Health (2019), distinguished Guest Professor, Changchun University, Department for Cyber-Culture Studies (2019); Series Editor: ‘Chinese Perspectives: Philosophy’ at *ibidem* (Hannover) and Social Sciences Academic Press (Beijing), starting 2018, and the William Evans Fellow for Bioethics, Bioethics Center, University of Otago, New Zealand (2017). In 2009, he received the Outstanding Contributions Award in Medical Ethics, by Chinese *Yixue yu zhexue* (‘Medicine and Philosophy’) Journal.

His various publications include 11 books, 50 book chapters, 26 journal articles. He is a regular writer for German and Chinese media. Besides his vast academic work, he serves as policy adviser and holds a company offering business consulting. email: oledoering@googlemail.com

#### References

- Ärztblatt (2021). Coronapandemie rückt Gesundheitspolitik in den Fokus. URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/120265/Coronapandemie-rueckt-Gesundheitspolitik-in-den-Fokus>. 20. Januar 2021.
- Baker, J. (2009). Snow’s portrait of science in politics. *NATURE*. 459: 36–39.
- Beck U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage Publications.
- BMBF (2021). URL: [https://www.bmbf.de/files/027-076k\\_Praevention\\_und\\_Kontrolle\\_SARS-CoV-2-Uebertragung\\_in\\_Schulen\\_2021-02.pdf](https://www.bmbf.de/files/027-076k_Praevention_und_Kontrolle_SARS-CoV-2-Uebertragung_in_Schulen_2021-02.pdf).
- BMBF (2021a). Kinder sind Teil der Pandemie, aber keine Treiber. URL: <https://www.bmbf.de/de/kinder-sind-teil-der-pandemie-aber-keine-treiber-14451.html>
- Bonk M. and Döring O. (2021). ‘A New Approach to Global Health’. *Internationale Politik Special 2/2021*. Covid-19: Global Impacts: 57–63.
- BZGA (2000). URL: <https://www.bzga.de/infoma-terialien/fachpublikationen/fachpublikationen/band-2-schulische-gesundheitserziehung-und-foerderung/>
- BZGA (2008). URL: [https://www.bzga.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/themenschwerpunkte/schule/referenzrahmen\\_april\\_08--f0880f33590587ccd9388a8d44e663b.pdf](https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/themenschwerpunkte/schule/referenzrahmen_april_08--f0880f33590587ccd9388a8d44e663b.pdf)
- BZGA (2015). URL: <https://www.grundgesund.bzga.de/gesundheitsfoerderung-in-der-schule/schule-als-gesundheitsfoerderer/>.
- CDN (2021). URL: [https://cdn.knightlab.com/libs/timeline3/latest/embed/index.html?source=1JplnWBhopsqH40JLp1mppywwgAZAZgohFy7aELWaSPg&font=Default&lang=en&initial\\_zoom=2&height=650](https://cdn.knightlab.com/libs/timeline3/latest/embed/index.html?source=1JplnWBhopsqH40JLp1mppywwgAZAZgohFy7aELWaSPg&font=Default&lang=en&initial_zoom=2&height=650).
- Deutschlandfunk (2021). Medizinstatistiker kritisieren schlechte Datenlage in Deutschland. URL: [https://www.deutschlandfunk.de/wirksamkeit-von-corona-massnahmen-medizinstatistiker.694.de.html?dram:article\\_id=497281](https://www.deutschlandfunk.de/wirksamkeit-von-corona-massnahmen-medizinstatistiker.694.de.html?dram:article_id=497281).
- Deutschlandfunk (2021a). URL: [https://www.deutschlandfunk.de/rueckblick-2020-chronologie-eines-schuljahrs-in-der.680.de.html?dram:article\\_id=489919](https://www.deutschlandfunk.de/rueckblick-2020-chronologie-eines-schuljahrs-in-der.680.de.html?dram:article_id=489919).
- Döring O. (2019). *Das Luther-Gen. Zur Position der Integrität in der Welt. Ein politisch-philosophischer Essay*, Hannover: *ibidem*.
- Döring O. (2020). Ethik. *Lehrbuch Global Health – Eine Einführung in die Globale Gesundheit*. Bonk M. and Ulrichs T. (eds.). Berlin: De Gruyter.
- Döring O. (2020a). What Happened to the Foundations of Eurasian Health Governance? Research Initiatives for Health Security Capacity Building. Mihr A. (ed.). *Transformation and Development in the OSCE Region*. Zurich: Springer: 139–146.

- Gigerenzer G. (2020). Why What Does Not Kill Us Makes Us Panic. URL: <https://www.project-syndicate.org/commentary/greater-risk-literacy-can-reduce-coronavirus-fearby-gerd-gigerenzer-2020-03> .
- Jürges H., Köberlein J. (2013). First do no harm. Then do not cheat: DRG upcoding in German neonatology, *DIW Discussion Papers*, No. 1314, Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW). URL: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/79257/1/757114490.pdf> .
- Kauermann G., Küchenhoff H., Berger U. (2021). CODAG Bericht Nr. 16. URL: [https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag\\_bericht\\_16.pdf](https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag_bericht_16.pdf)
- Korczak J. (2018). *How to Love a Child: And Other Selected Works*. Vol. 1. Herts: Vallentine Mitchell.
- Lorusso A.M. (2015). *Cultural Semiotics For a Cultural Perspective in Semiotics*. Zurich: Springer.
- March J.G., Olsen J.P. (2011). "The Logic of Appropriateness". In Goodin, R.E. (ed.). *The Oxford Handbook of Political Science*. Oxford: University Press. URL: <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199604456.001.0001/oxfordhb-9780199604456-e-024?print=pdf>
- Mittelmark M.B., Sagy S., Eriksson M., Bauer G.F., Pelikan J.M., Lindström B., Espnes G.A. (Eds.) (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Zurich: Springer.
- Molloy, E.J. (2019). Dr Janusz Korczak: paediatrician, children's advocate and hero. *Pediatr Res* 86, 783–784 (2019).
- PHV (2021). Nachhaltiger Vertrauensverlust gegenüber Bildungsministerium – Die Wut in den rheinland-pfälzischen Lehrerzimmern ist groß. Philologenverband Rheinland-Pfalz fordert ein Ende der erwiesenermaßen falschen Corona-Schulpolitik! URL: [http://www.philologenverband.de/diverses/texte/news/nachhaltiger-vertrauensverlust-gegenueber-bildungsministerium-die-wut-in-den-rheinland-pfaelzischen.html?tx\\_news\\_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx\\_news\\_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=a9a1b4239cc93495690a8b901a1ff998](http://www.philologenverband.de/diverses/texte/news/nachhaltiger-vertrauensverlust-gegenueber-bildungsministerium-die-wut-in-den-rheinland-pfaelzischen.html?tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=a9a1b4239cc93495690a8b901a1ff998) .
- Posner R., Robering K., Sebeok T.A. (eds.) (1997–2003). *Semiotik. Ein Handbuch zu den zeichentheoretischen Grundlagen von Natur und Kultur*. Berlin / New York: Walter de Gruyter.
- Sternberger D. (1990). *Verfassungspatriotismus*. Frankfurt: Insel.
- Unschuld P.U. (2009). *Ware Gesundheit: das Ende der klassischen Medizin*. München: Beck.
- Wagenknecht S. (2021). *Die Selbstgerechten: Mein Gegenprogramm – für Gemeinsinn und Zusammenhalt*. Frankfurt: Campus.
- Wickert U. (2005). *Der Ehrliche ist der Dumme: über den Verlust der Werte*. München: Heyne.





# ***The Power of Judgement regarding Covid-19 policies or practices. A reflection from New Zealand***

**BEN GRAY**

DEPARTMENT OF PRIMARY HEALTH CARE AND GENERAL PRACTICE  
AT THE UNIVERSITY OF OTAGO WELLINGTON

## **Abstract**

Judgements are made when problems are complex and there is insufficient information or too many competing factors for a protocol or guideline to be helpful. Judgements inevitably reflect values and beliefs of what is good. They are based on an ethical foundation. A particular ethical issue relevant to Covid-19 is inequality of health outcomes. Making a judgement is of little moment if the person making the judgement is not trusted by anyone else. An understanding of trust is important. Many judgements that impacted on the outcome of Covid-19 were made in the years before the pandemic. Judgements on the science underlying decisions should be made by the specialists in that area of science. It is important to be clear for whose benefit a judgement is made. Is it for the individual, for a particular community, a particular country or for the whole world? In the case of Covid-19 a decision made that did not at least consider the impact on the rest of the world was likely to be flawed, given that the pandemic is a global problem needing a global approach. Judgements during a novel pandemic are by definition made on insufficient information. To mitigate this, they need to be made transparently, clearly enunciating the reasons for the judgement, based on as much consultation as possible and trying to avoid unconscious bias. This has been an existential crisis for us all. We need to make judgements differently in the future or we risk this disaster being repeated.

## **Keywords:**

[Complexity](#), [Trust](#), [Inequalities](#), [Covid-19](#), [Judgement](#).

## Introduction

I will discuss the power of judgement regarding Covid-19 policies comparing our experience in New Zealand with other countries. I will start by looking at some of the principles worth considering. I will then look at judgments made prior to the pandemic, judgments in relation to the science, and the level at which judgments are made.

## Complexity Theory

Complexity theory helps us to understand how decisions are made, both within general management (Snowden & Boone, 2007) and within healthcare (Gray, 2017). Problems can be divided into four categories; Simple, Complicated, Complex and Chaotic.

Decisions for simple problems are easy. The level of evidence for good management is very high and widely known, there is such a thing as best practice. The process is one of following the recipe or protocol and a good outcome is almost certain. An example would be the use of personal protective equipment to prevent nursing staff from catching Covid-19 from infected patients. There is very high-level evidence that used according to protocol, it can prevent transmission. There is no judgement to be made, just follow the protocol.

Complicated problems require more information, there may be more than one way to reach a good outcome, and the knowledge required may be less readily available. In the hands of a specialist in the area a good outcome is probable. An example of this would be decisions on how to design and run managed isolation and quarantine (MIQ) facilities. To be successful this requires not only an understanding of infectious diseases, but also of building ventilation, behavioural psychology and people management, involving a team of experts. Since New Zealand set up MIQ

facilities there has been close monitoring of any breach of the system and iterative improvement. This has involved:

1. Early on deciding that private security firms were unable to maintain the discipline and follow protocol successfully, so the task was given to the Defence Force to manage.
2. When spread within the facilities was noted a problem that was identified was the quality of the ventilation system, particularly the ventilation of the shared hallways, and these were upgraded. Where upgrade was not possible, the facility was no longer used for MIQ
3. Early on a family broke out of MIQ to attend a family funeral. Providing mental health support for those vulnerable people in MIQ to help them manage their stay helped to mitigate this risk.

For simple and complicated categories of problems decisions are largely based on a good grasp of the available evidence, there is limited need for judgements.

Complex problems are characterised by incomplete information and uncertainty. There is no protocol guiding how to manage them, and judgements are required, based on best guesses and using trial and error.

In March 2020 NZ mandated a hard lockdown requiring everyone except people providing essential services to remain at home with exceptions for basic necessities (to buy food, go to the doctor, exercise). Whilst the advice from the infectious diseases and public health experts was very strongly in favour of lockdown to control Covid-19, consideration had to be given to the wider consequences of going into lockdown particularly the effect on the economy. Advice on the economic issues were provided by specialists in that area. However, it was the politicians who had to make a judgement. At the time Sweden was pursuing the course of keeping the economy

running, having no lockdown and relying on social distancing and a presumption that eventually the community would become immune. In retrospect that was not a good strategy. Sweden has fared worse than the other Nordic countries in terms of infection rate and deaths ("Worldometer Coronavirus," 2021). Again in retrospect it has been shown that countries that pursued an elimination strategy also had a better economic outcome (Philippe C, April 2021.). An important part of the judgement that the government made was to introduce substantial subsidies to support wages and businesses during the lockdown, to mitigate the economic effects. The result to date has been that despite initial estimates that unemployment would rise, New Zealand currently has an unemployment rate of 4%. The rate has not been that low since June 2008 (Statistics New Zealand, 2021). Whilst these were two of the main features there were many others; effect on education, effect on essential migrant workers, effects on mental health for example, all of which required assessing and mitigating.

Chaotic problems are where action is needed to try to gain enough control of the problem to be able to do future planning. The best example of this were the issues that Italy faced at the beginning of the outbreak. There was a rapid rise in cases and the health system was overwhelmed.

*Our world was completely subverted by the emergency. No plans or protocols had the time to be tested and verified, at least on a large scale. The rapidity of the evolving scenario made it necessary to adopt easy and pragmatic solutions even for critical and delicate matters. (Cesari & Proietti, 2020)*

The pragmatic solution that they adopted to manage the overwhelming number of patients presenting to ICU was to exclude older people and Cesari (Cesari & Proietti, 2020) at

the time bemoaned this response as being ageist and reprehensible. In retrospect that decision has been shown to be a defensible one. A large study, data matching patients with Covid-19 and their primary care records looked at what risk factors people had and what predictive value these had for mortality (Williamson et al., 2020). The clear finding was that advancing age was far and away the most important factor with 80+ yrs. olds having a 12 times greater likelihood of dying.

The final element of this complexity model is the zone of disorder. When a problem appears, it is in this zone and a judgement needs to be made as to what sort of problem it is, and who is best to manage the problem. The skills of addressing the different problems vary considerably. Nurses are very good at following protocols, important for managing simple problems. It is a central part of their training. Specialist Physicians tend to see every presentation as a solvable problem and order lots of investigations. They are good at complicated problems. General Practitioners often do not have access to much information on the first presentation of a problem and will often engage in trial and error with safety netting "I think this problem may be X and if it is it will get better with Y. If it does not get better come back and we will review." An approach to complex problems. Much of medicine is seen as simple or complicated and there are protocols and guidelines for most conditions. This helps to simplify practice and avoid all doctors having to know all the literature, but a significant problem is that hidden in these guidelines and protocols are value judgements; ethical choices. The most common one is when assessing the value of a treatment what is more important; length of life or quality of life, but there are many more.

Problems can consist of elements that are "Simple" alongside complicated or complex elements. An important skill is to separate these

problems out so that we follow protocols for the simple problems (wear PPE properly), use experts for the complicated problems (design of MIQ facilities), and use politicians to make judgements on the remaining complex elements.

## Ethics

Complex problems that involve judgements are inevitably based on particular values and beliefs, either of the individual making the judgement, or more importantly when governments make judgements based on what they understand to be the values and beliefs of the population they are responsible for.

An important problem when considering ethical decisions is that of unconscious bias. A middle-class house owning, Information Technology employed person might see a lockdown as a simple thing to do, some even reported enjoying it. For people living in crowded rental accommodation, or who are homeless, who cannot afford to stockpile food, it is much harder. The risk is that decisions about lockdown are made without considering the circumstances of all people, on the assumption that everyone is like "me".

Unconscious bias has been shown to have a significant impact on outcomes for bowel cancer at all levels of the journey from diagnosis to final treatment (Hill et al., 2010). The indigenous Māori population have poorer access to primary care, are less trusting of the health system, are likely to present when their cancer is further advanced and will take longer to reach the specialist. The health system is designed to give good outcomes for the majority population, it does not achieve good outcomes for Māori.

Concern about equity of health outcomes was an important factor in New Zealand's decision making in relation to Covid-19. At the time of the lockdown it was already apparent that if the infection became endemic that it

would disproportionately affect poorer and minority ethnic populations particularly Māori.

In a non-pandemic environment this has been a political issue but the urgency with which it has been addressed has been woeful. In a pandemic setting such inequalities can completely undermine the national response. An earlier outbreak in Auckland was worse because initially there was little contact tracing capacity with tracers fluent in Samoan (Perrott, 2020). Vaccination rates for Māori are currently (October 4th 2021) significantly less than European or Other (Maori 28.8% European Other 45.8% fully vaccinated) (Singh, 2021). This highlights an important biomedical ethics difference that has appeared because of the pandemic. In the past inequality of care had minimal impact on those who got good care. In a pandemic we thrive or fall as a whole. If Māori do not have equal access to primary care and do not trust the health system, then as a country we cannot adequately do contact tracing and we cannot achieve high enough vaccination levels to be able to open up as much as we would like.

By comparison Singapore's most affected population group has been its migrant workers. Whilst Singapore has been able to return closer to normal and is 18th and has previously been much higher on Bloomberg's ranking of Covid resilience (Bloomberg, 2021) (New Zealand number 38), it has been at the expense of its migrant workers. They have been living in lockdown for many months and under much greater restrictions than other people living in Singapore. The vast majority of all the cases in Singapore are migrant workers (Tan, 2021). Concern for these workers has not been as big a political issue in Singapore.

A consequence of the elimination approach has been very limited ability for New Zealanders overseas returning home to New Zealand because of the limited availability of MIQ spaces. There are estimated to be

around 1 million New Zealanders outside of the country. Many New Zealanders have family and friends living overseas and these people have had a very difficult time (Grounded Kiwis, 2021). The best way to protect Māori is to have a conservative policy on border control, but this is at the expense of these Kiwis overseas.

New Zealand was fortunate in that it had done planning on Pandemic Ethics after the SARS outbreak in 2007 and produced a document "Getting through Together" (National Ethics Advisory Committee, 2007). This was the result of significant consultation and was explicitly trying to describe what NZ'ers thought was right. I have argued elsewhere that the principles in this document were closely followed by the government and that this was a significant reason for population compliance with Government mandates (Gray, 2020).

The pandemic threw up some specific ethical challenges. One which received considerable coverage in the ethics literature was the allocation of ICU beds. This highlighted the way in which ethics is culture bound; enacted and espoused ethical decisions reflect the culture of the country. In the USA with the emphasis on the individual, making triaging decisions in ICU could be problematic.

*In theory, clinicians who withhold or withdraw ventilators without patients' consent become exposed to risks of criminal and civil liability. The odds that such liability will materialize in any given instance are likely low, especially if clinicians follow recommended guidelines and strategies when allocating ventilators. But the risk of liability is not zero, especially in the case of withdrawal of a ventilator, a scenario that may occur during the COVID-19 pandemic under existing triage protocols (Cohen, Crespo, & White, 2020).*

By contrast in New Zealand there is no ability to sue doctors and triaging is an

accepted practice. The National Ethics Advisory Committee argued that achieving equity was the foremost principle in allocating beds (National Ethics Advisory Committee, 2021). This comparison is an interesting confirmation of Fischer's (Fischer, 2012) hypothesis in his book "Fairness and Freedom" where he writes a combined history of the USA and New Zealand based around the idea that "Fairness" is the central New Zealand valued and "Freedom" is the central USA value.

This debate highlighted the difficulty of debating an issue with considerable uncertainty. Much of the debate was predicated on being able to predict the outcome for any particular patient. Admitting a patient to ICU who would inevitably die would gain little support, as would admitting a patient who would survive without ICU care. The Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) (Iba et al., 2019; Karakike et al., 2019; Tee et al., 2018) score was developed for triaging patients in ICU and shown to be discriminatory for a number of conditions, so it was used for triaging Covid-19 patients (Truog, Mitchell, & Daley, 2020). Unfortunately on later analysis it was shown that it discriminated very poorly and that age alone was a better predictor of outcome (Raschke, Agarwal, Rangan, Heise, & Curry, 2021).

Vaccine availability is an important ethical issue. The head of the World Health Organisation described the manner of distribution of vaccines as a "Catastrophic Moral Failure" (Ghebreyesus, 2021) Even now 10 months after vaccination started whilst many First World countries have achieved levels 60% and above, all of Africa has only reached 6.6% partially vaccinated (Our World In Data, 2021). Not only is it immoral that the poorest countries continue to suffer high infection and death rates, but as a result of not trying to vaccinate the whole world, it is inevitable that new strains will develop in those places where the disease is endemic, possibly undermining

the efficacy of current vaccines (del Rio, Malani, & Omer, 2021).

## Trust

Onora O'Neill in her Reith lectures (Onora O'Neill, 2002) argued that without trust we cannot stand.

*Nearly all of us drink water provided by water companies and eat food sold in supermarkets and produced by ordinary farming practices. Nearly all of us use the roads (and, even more rationally, the trains!). Nearly all of us listen to the news and buy newspapers. Even if we have some misgivings, we go on placing trust in medicines produced by the pharmaceutical industry, in operations performed in NHS hospitals, in the delivery of letters by the post office, and in roads that we share with many notably imperfect drivers. We constantly place active trust in many others.*

The pandemic has highlighted the importance of trust, most clearly its absence in those in our community who don't believe that vaccines work, that masking is necessary or worse still that the whole pandemic is a conspiracy. If a government declared that there would be a hard lockdown based on the advice of specialists, then there are three broad possibilities. The first is the Chinese option. They have a considerable capacity to enforce government edicts against a population who may disagree. This is seen as problematic in the West but there is no doubting that few other countries could have successfully shut down a city of 11 million people for 76 days (Burki, 2021). The second is the New Zealand option. New Zealand has high levels of trust in scientists, government and each other (Algan, Cohen, Davoine, Foucault, & Stantcheva, 2021) and achieved a very hard lockdown to initially eliminate Covid-19 with very little in the way of enforcement needed (Gray, 2020). The

third option is the USA option where control of the pandemic was not achieved as a result of the numbers in the population not willing to abide by control measures. By comparison with New Zealand trust levels are low (Algan et al., 2021) The failure of trust is particularly problematic in the USA where despite having commenced vaccination early, it has only been able to reach 65% (Cook & Newton, 2021) partially vaccinated. All the other countries in the G7 are higher with Spain and Portugal above 80%. New Zealand did not start vaccinating widely until late July 2021 (Cook & Newton, 2021) and whilst the rate of vaccinating went very high like other countries it is now declining, we have as of September 28th 2021 reached 64% partially vaccinated (Cook & Newton, 2021).

## Judgements

I will now discuss particular areas of judgement in relation to Covid-19; Judgements made before the pandemic arrived, Judgements made on the science of Covid-19 and the level at which Judgments are made, local, national and international.

### **Judgements pre-pandemic.**

The fact that a pandemic happened was no surprise. There have been twelve different panels or reports to the World Health Organization since 2011 discussing the risks of pandemics (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, 2021, p.13). We knew how to contain outbreaks of new infections and stop this developing into a pandemic but failed to act. The USA in particular was judged in 2019 to be the best prepared to respond to a pandemic (Nuzzo, Bell, & Cameron, 2020), but has failed abysmally.

Taiwan's experience is instructive (Summers et al., 2020). They were the closest country to the original outbreak in Wuhan China. The first reported case was in January 2020. As a result

of experience with the SARS outbreak, Taiwan put in place a comprehensive response plan that was activated by screening all passengers from Wuhan and later from all destinations. They restricted entry to non-Taiwanese residents by March and required close contacts to quarantine at home for 14 days. The legislative framework to achieve this was all in place and the response was carried out by "the experts" Taiwan Centre for Disease Control and the Central Epidemic Command Centre, with an established mandate to act. This was clearly assisted by the fact that the vice president was a Johns Hopkins trained epidemiologist (Hernandez & Horton, 2020). By contrast New Zealand was ill prepared, did not have an adequate legislative framework in place, had a completely inadequate contact tracing system and unlike Taiwan no dedicated public sector body to oversee the response (Summers et al., 2020, p3). Taiwan were able to eliminate the virus without having to resort to lock downs. New Zealand used hard lockdowns and had to scramble to build the legislative framework and public health infrastructure to be able to maintain an effective response.

### **Judgements and the Science of Covid-19**

A particularly egregious episode during the pandemic was the controversy over the use of Hydroxychloroquine in the treatment of acute Covid-19. A study published in July 2020 initially on You tube and 4 days later as a preprint found that:

*hydroxychloroquine treatment is significantly associated with viral load reduction/disappearance in COVID-19 patients and its effect is reinforced by azithromycin (Gautret et al., 2020).*

The first point is that it is surprising that a study of such low standard was even published. This was an open label,

non-randomised trial of 42 patients (26 received the treatment and 16 were controls) and 6 of the treated patients were lost to follow up. However it was made worse by the politicisation achieved when President Trump;

*"speaking on gut instinct," promoted the drug as a potential treatment and authorized the US government to purchase and stockpile 29 million pills of hydroxychloroquine for use by patients with COVID-19 (Saag, 2020).*

*Of note, no health official in the US government endorsed use of hydroxychloroquine owing to the absence of robust data and concern about adverse effects. Nonetheless, use of hydroxychloroquine increased substantially, and the US Food and Drug Administration had issued an Early Use Authorization for the use of hydroxychloroquine as treatment for COVID-19 on March 28, 2020, which was later revoked on June 15, 2020, following further examination of preliminary data (Saag, 2020).*

Multiple subsequent studies established that it was not an effective treatment (Self et al., 2020).

As discussed earlier the issue of trust is important, and in particular trust in scientists. We know that levels of trust in scientists and in government in the US are low (Algan et al., 2021). This episode is a good example of why. The decision as to whether a drug should be approved for treatment of a condition is almost exclusively a specialist decision, it is a complicated problem. Until there is clear evidence of benefit, and evidence that any benefit is not outweighed by harm, drugs should not be approved. This treatment was promoted based on a gut feeling of the President and the Federal Drug Administration provided approval despite the lack of robust evidence.

Unfortunately, the USA has a long history of the Pharmaceutical Industry manipulating decision making by influencing government regulators. The worst example is the prescription opioid epidemic. This has resulted in at least 400,000 deaths as a result of fraudulent marketing of Oxycontin by Purdue Pharmaceuticals, that was enabled by their ability to influence multiple arms of government and drug supply (Marks, 2020). At the height of the epidemic in 2012 the rate of prescribing opioids in the USA was 81 prescriptions per hundred people (9 states more than 107.1) (Centers for Disease Control and Prevention, 2021) compared to 1.5 per hundred in New Zealand (Health Quality and Safety Commission of New Zealand, 2021).

### **Judgements; Individual, local national and international.**

#### **Individual**

Judgements are made with the intention of leading to benefit. An important question is benefit to who? Restriction of travel is a good example to illustrate this. In New Zealand at the time of the lockdown travel outside of the local area was prohibited. At the time the number of cases in the community per capita was low and the risk to any particular individual was small, so from an individual perspective a decision to travel to see an elderly relative needing support was very unlikely to lead to harm to that individual and could be seen as a good judgement.

#### **Local**

At the local level in New Zealand there was dispute over how vigorously these regulations would be enforced. Māori in three different parts of the country set up road checkpoints to try to prevent the movement of anyone into their area (Coster, 2020). These were all rural parts of the country with a high proportion

of Māori, that were accessed by a limited number of roads. The point that they made was that whilst the Government did not feel that strict enforcement was needed for the whole country, Māori were of the view that in the event Covid-19 spread it would affect their community more severely. In particular because of the lower life expectancy of Māori compared to the general population their elders who are highly valued, are more vulnerable. Strictly speaking without police present at their checkpoints they did not have the authority to prevent people travelling on the state highway. An important part of the debate around Covid-19 in New Zealand has been criticism of the Government's "one size fits all" approach by Māori. Māori have argued that because they face a greater risk of harm (as happened in the 1918 influenza epidemic (New Zealand History, 2020)) then policies for managing Covid-19 should be calibrated to preference Māori.

#### **National**

At the National level tight travel restrictions combined with contact tracing and isolation, were the only way to achieve elimination. This was a classical example of conflict between the principles of autonomy and the wellbeing of the collective, which the Prime Minister dubbed the "Team of 5 million" However the rigour of the restrictions was insufficient for many Māori as noted above, and this plan significantly downplayed the effect on the other one million New Zealanders overseas...the team of "6 Million".

More widely most countries have approached vaccine provision on a nationalistic basis. It is clearly unfair that some countries are considering offering booster vaccines to some of their population, with probably only marginal benefit, at a time when many poor countries have not been able to vaccinate at all. Politically this is probably inevitable in that

it is the people of the country who vote, so appearing to provide less care for the voters in order to prioritise other countries would in many countries be a political liability.

There has been criticism of China delaying announcing the emergence of the new infection. The details of the debate are not important here, but the point I would make is that for any country to make such an announcement would immediately have a dramatic effect on their economy. It could be predicted that any country might well delay making such an announcement, if they were able to, until they were sure that the infection was of a degree of concern that justified the consequences to their country. We might like to think we would be more global minded/altruistic that that, but would we? In the case of Covid-19 this was exacerbated by the level of political tension at the time of its emergence, epitomised by President Trump referring to the virus as the Chinese Virus. Good judgements at the national level are dependent on having good national governance. The Covid-19 pandemic has highlighted this particularly in the response in Brazil and the USA where a coherent response was unable to mounted resulting in a much worse outcome than might have been if there had been better governance.

#### **International**

Short of complete isolation from the rest of the world, pandemics are unable to be controlled by national actions. In this connected world they are a world problem. There is no World government so there is no body that has authority to make judgements for addressing complex problems. However, we have developed a significant consultative structure that has proved to be very effective at addressing complicated problems. There are well functioning systems for international air traffic control, postage, law of the sea, and alignment

of weights and measures and time among many others. The World Health Organisation has the structure to respond to the complicated elements pandemic infections but in this instance failed to intervene effectively

An independent panel chaired by former NZ Prime Minister Helen Clark and past President of Liberia Ellen Johnson Sirleaf reported on the WHO response to the pandemic. They concluded that whilst some progress had been made in pandemic preparedness this was found to be completely inadequate. They outlined the many ways in which things need to change if we are not to have a repeat event.

- ▶ *The pandemic response has deepened inequalities.*
- ▶ *The global pandemic alert system is not fit for purpose.*
- ▶ *There has been a failure to take seriously the already known existential risks posed by pandemic threat.*
- ▶ *The World Health Organization has been underpowered to do the job expected of it.*
- ▶ *The Panel believes that the COVID-19 pandemic must be a catalyst for fundamental and systemic change in preparedness for future such events, from the local community right through to the highest international levels (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response, 2021).*

As the panel note this is was an existential risk and has become an existential crisis. Unless we make significant changes, it is very likely to happen again. International collaboration is the only option, so it was particularly disturbing that President Trump threatened to remove funding from the WHO (Chappell, 2020).

Particularly difficult problems that need addressing are those of inequality and armed conflict. As noted above world inequalities were deepened during the pandemic. Poor countries do not have the resources to even

have a public health workforce. The Ebola epidemic in Liberia highlighted this:

*Investment is needed in surveillance, laboratory strengthening, emergency operations center support, epidemiology expertise, outbreak response capacity (including risk communication and health promotion), and the ability to base decisions on data (35,36). In retrospect, it was lack of such public health systems that enabled the Ebola epidemic to grow in West Africa with such devastating consequences (Nyenswah et al., 2016).*

We were fortunate that the Covid-19 pandemic developed and initially spread in a country that had the infrastructure to detect, isolate and genome sequence the offending organism very rapidly. Had this pandemic started and spread widely in a country like Liberia it could have spread much more widely before being effectively described. If it had started in Afghanistan, Yemen, Syria, Ethiopia or Sudan (to name a few war zones) control of local spread would have been impossible.

## Conclusion

Judgements can only be as good as the information that they are based on. By definition, with a novel infection that information is limited. New Zealand to date has made judgements that on balance appear to have been good.

On the plus side, we have had very limited time in lockdown. We have had many months of being able to live relatively freely. We have had very few cases or deaths and our economy has kept going not too badly. On the negative side, like others we have suffered all the consequences of lockdowns on mental health, ability to grieve loss, and the other effects of relative isolation. Care for all the other health conditions has been impacted such that surgical waiting lists are longer, timely cancer care

has been impacted and an already stressed health system has been further stretched. The impact on international travel has been very large affecting the New Zealand diaspora. New Zealand has in recent times relied on importing workers for many sectors; hospitality, fruit and vegetable harvesting, health professionals, shearers, and many others. The closed borders have led to skill shortages. Our response has exacerbated existing problems of inequality in health outcomes. It has combined with a housing shortage to create increasing inequality of wealth.

CGP Gray has done a very helpful Youtube video (Grey, 2020) on Lockdown that summarises a number of these issues

*There are no solutions only trade-offs and the fog of the future hides vital information. This point might sound obvious but it is often forgotten when looking back at decisions you have already made, giving a distorted perspective that decisions were clearer than they really were.*

*With a potential new Global Pandemic out in the fog there are a lot of normal seeming things that might turn out to be quite deadly. Unfortunately, the information you need about them is also out in the fog of the future. Then when infection vectors and transmission rates and lethality and long-term complications are known, the decision will have been easy, and you won't have under – or over-reacted. But it is now, and you don't know.*

Currently New Zealand's largest city has been in lockdown since August 19th because of an outbreak of the Delta variant. The infection has spread into the most alienated and disadvantaged part of the population. It is much harder doing contact tracing and achieving isolation for an infected homeless person, or a member of a gang. Only when

the fog of the future clears will we be able to decide whether we made the best call (in retrospect). It is possible that the New Zealand response will go really badly; tolerance of lockdown will be overwhelmed, it will spread widely in the community, the health system will be overwhelmed, and we will regret that we did not get our vaccination rates higher earlier. It is also possible that we could manage to control this outbreak and be able to do a planned transition to opening up the borders with manageable numbers of infections.

Judgement has power for good or bad. Good judgements need to be clear as to who the judgements are for, and ideally the judgement should include everyone who might be affected by the judgement. Care needs to be exercised in recognising unconscious bias in decision makers, and consulting as widely as is practicable. Judgements need to be transparent and explained as to the reasons they were made, and continually evaluated as the fog of the future clears. As new information comes to light judgements may need to change. If judgements are made by consensus then the decision is much more likely to be implemented. If it is made by dictat implementation may only be achieved by the use of force.

As the Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response noted this is an existential crisis. If we are to avoid a repeat episode, we will have to make some significant changes. These will determine whether the power of judgement is for good or bad. 🗨️

**Dr Ben Gray** is Associate Professor in the Department of Primary Health Care and General Practice at the University of Otago Wellington. He has recently retired from a 37yr long career as a General Practitioner, caring for underserved populations, particularly Māori, Pacific Islanders and people from a refugee background. He has a masters in Bioethics and Health Law and has convened the undergraduate medical course in

Professional Development and Ethics at University of Otago Wellington for the past 15 years. He has particular interests in cross cultural consultations, working with interpreters and cross cultural ethics. email: ben.gray@otago.ac.nz

## References

- Algan, Y., Cohen, D., Davoine, E., Foucault, M., & Stantcheva, S. (2021). Trust in scientists in times of pandemic: Panel evidence from 12 countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(40), e2108576118. doi:10.1073/pnas.2108576118
- Bloomberg. (2021). The best and worst places to be as we learn to live with delta. Retrieved from [https://www.bloomberg.com/graphics/covid-resilience-ranking/?cmpid=BB092821\\_CORONAVIRUS&utm\\_medium=email&utm\\_source=newsletter&utm\\_term=210928&utm\\_campaign=coronavirus&fbclid=IwAR01oohnPCLSKiH2R8IRj6dN6tWmpsFoW9hV0Dte7tKc1IRLRW0rKm1lw44](https://www.bloomberg.com/graphics/covid-resilience-ranking/?cmpid=BB092821_CORONAVIRUS&utm_medium=email&utm_source=newsletter&utm_term=210928&utm_campaign=coronavirus&fbclid=IwAR01oohnPCLSKiH2R8IRj6dN6tWmpsFoW9hV0Dte7tKc1IRLRW0rKm1lw44)
- Burki, T. (2021). Journey to Wuhan during its lockdown. *The Lancet infectious diseases*, 21(5), 613–613. doi:10.1016/S1473-3099(21)00166-3
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). US Opioid Dispensing Maps. Retrieved from <https://www.cdc.gov/drugoverdose/rxrate-maps/index.html>
- Cesari, M., & Proietti, M. (2020). COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(5), 576–577. doi:10.1016/j.jamda.2020.03.025
- Chappell, B. (2020). Trump says funding cuts will be permanent if WHO does not commit to 'major' changes. Retrieved from <https://www.npr.org/sections/coronavirus-live-updates/2020/05/19/858579903/trump-says-cuts-to-who-funding-will-be-final-if-it-doesnt-commit-to-major-change?t=1632989094209>
- Cohen, I. G., Crespo, A. M., & White, D. B. (2020). Potential Legal Liability for Withdrawing or

- Withholding Ventilators During COVID-19: Assessing the Risks and Identifying Needed Reforms. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2020.5442
- Cook, H., & Newton, K. (2021). Covid-19: New Zealand's vaccine rollout explained in 13 charts. Retrieved from <https://www.stuff.co.nz/national/politics/300418994/covid19-new-zealands-vaccine-rollout-explained-in-13-charts-as-demand-starts-to-drop>
- Coster, A. (2020). Coronavirus: Iwi checkpoints were about safety and discretion. Retrieved from <https://www.stuff.co.nz/national/health/coronavirus/121400826/coronavirus-iwi-checkpoints-were-about-safety-and-discretion>
- del Rio, C., Malani, P. N., & Omer, S. B. (2021). Confronting the Delta Variant of SARS-CoV-2, Summer 2021. *JAMA*, 326(11), 1001–1002. doi:10.1001/jama.2021.14811
- Fischer, D. H. (2012). *Fairness and freedom : a history of two open societies : New Zealand and the United States*. Oxford New York: Oxford University Press.
- Gautret, P., Lagier, J.-C., Parola, P., Hoang, V. T., Meddeb, L., Mailhe, M., ... Raoult, D. (2020). Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 56(1), 105949. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105949>
- Ghebreyesus, T. A. (2021, 18/1/21). WHO chief warns against 'catastrophic moral failure' in COVID-19 vaccine access *UN News*. Retrieved from <https://news.un.org/en/story/2021/01/1082362>
- Gray, B. (2017). The Cynefin framework: applying an understanding of complexity to medicine. *Journal of Primary Health Care*, 9(4), 258–261.
- Gray, B. (2020). COVID-19 from Wellington New Zealand. *Journal of Bioethical Inquiry*, 1–6. doi:10.1007/s11673-020-10038-3
- Grey, C. (2020). Thinking about lockdowns. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=SVmEXdGqO-s>
- Grounded Kiwis. (2021). MIQ is broken. Help Kiwis get home. Retrieved from <https://www.groundedkiwis.com/>
- Health Quality and Safety Commission of New Zealand. (2021). Atlas of Healthcare Variation Opioids. Retrieved from <https://www.hqsc.govt.nz/our-programmes/health-quality-evaluation/projects/atlas-of-healthcare-variation/opioids/>
- Hernandez, J., & Horton, C. (2020). Taiwan's weapon against coronavirus: an epidemiologist as vice president. Retrieved from <https://www.nytimes.com/2020/05/09/world/asia/taiwan-vice-president-coronavirus.html>
- Hill, S., Sarfati, D., Blakely, T., Robson, B., Purdie, G., Dennett, E., ... Kawachi, I. (2010). Ethnicity and management of colon cancer in New Zealand. *Cancer*, 116(13), 3205–3214. doi:10.1002/cncr.25127
- Iba, T., Arakawa, M., Mochizuki, K., Nishida, O., Wada, H., & Levy, J. H. (2019). Usefulness of measuring changes in SOFA score for the prediction of 28-day mortality in patients with sepsis-associated disseminated intravascular coagulation. *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, 25, 1076029618824044.
- Karakike, E., Kyriazopoulou, E., Tsangaris, I., Routsis, C., Vincent, J.-L., & Giamarellos-Bourboulis, E. J. (2019). The early change of SOFA score as a prognostic marker of 28-day sepsis mortality: analysis through a derivation and a validation cohort. *Critical Care*, 23(1), 1–8.
- Marks, J. H. (2020). Lessons from Corporate Influence in the Opioid Epidemic: Toward a Norm of Separation. *Journal of Bioethical Inquiry*, 17(2), 173–189. doi:10.1007/s11673-020-09982-x
- National Ethics Advisory Committee. (2007). Getting Through Together: Ethical values for a pandemic. *Ministry of Health, Wellington New Zealand*. Retrieved from <http://neac.health.govt.nz/system/files/documents/publications/getting-through-together-jul07.pdf>
- National Ethics Advisory Committee. (2021). Ethics and Equity: Resource Allocation and COVID-19. Retrieved from <https://neac.health.govt.nz/publications-and-resources/neac-publications/ethics-and-equity-resource-allocation-and-covid-19>
- New Zealand History. (2020). Māori and the flu 1918–19. Retrieved from <https://nzhistory.govt.nz/culture/influenza-pandemic-1918/maori-and-the-flu>
- Nuzzo, J. B., Bell, J. A., & Cameron, E. E. (2020). Suboptimal US Response to COVID-19 Despite Robust Capabilities and Resources. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2020.17395
- Nyenswah, T. G., Kateh, F., Bawo, L., Massaquoi, M., Gbanyan, M., Fallah, M., ... De Cock, K. M. (2016). Ebola and Its Control in Liberia, 2014–2015. *Emerging infectious diseases*, 22(2), 169–177. doi:10.3201/eid2202.151456
- Onora O'Neill. (2002). Reith Lecture 'Without Trust We Cannot Stand'. Retrieved from <http://www.bbc.co.uk/radio4/reith2002/lecture1.shtml>
- Our World In Data. (2021). Share of People Vaccinated against Covid-19 Sep 28,2021. Retrieved from <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>
- Perrott, A. (2020). Language skills vital if contact tracing is to work Retrieved from <https://www.nzdoctor.co.nz/article/news/language-skills-vital-if-contact-tracing-work>
- Philippe C, M. N. P.-B. I. É. M. ( April 2021.). The Zero Covid strategy protects people and economies more effectively. . Retrieved from <https://www.institutmolinari.org/2021/04/03/the-zero-covid-strategy-protects-people-and-economies-more-effectively/>.
- Raschke, R. A., Agarwal, S., Rangan, P., Heise, C. W., & Curry, S. C. (2021). Discriminant Accuracy of the SOFA Score for Determining the Probable Mortality of Patients With COVID-19 Pneumonia Requiring Mechanical Ventilation. *JAMA*. doi:10.1001/jama.2021.1545
- Saag, M. S. (2020). Misguided Use of Hydroxychloroquine for COVID-19: The Infusion of Politics Into Science. *JAMA*, 324(21), 2161–2162. doi:10.1001/jama.2020.22389
- Self, W. H., Semler, M. W., Leither, L. M., Casey, J. D., Angus, D. C., Brower, R. G., ... Network, B. I. P. C. T. (2020). Effect of Hydroxychloroquine on Clinical Status at 14 Days in Hospitalized Patients With COVID-19: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 324(21), 2165–2176. doi:10.1001/jama.2020.22240
- Singh, H. (2021). The Spinoff Covid Tracker. *The Spinoff*. Retrieved from <https://thespinoff.co.nz/society/04-10-2021/the-spinoff-covid-tracker/>
- Snowden, D. J., & Boone, M. E. (2007). A leader's framework for decision making. *Harvard Bus Rev*, 85(11), 68.
- Statistics New Zealand. (2021). Unemployment Rate. Retrieved from <https://www.stats.govt.nz/indicators/unemployment-rate>
- Summers, J., Cheng, H.-Y., Lin, H.-H., Barnard, L. T., Kvalsvig, A., Wilson, N., & Baker, M. G. (2020). Potential lessons from the Taiwan and New Zealand health responses to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Regional Health-Western Pacific*, 100044.
- Tan, Y. (2021). Covid-19 a pandemic of inequality exposed. Retrieved from <https://www.bbc.com/news/world-asia-54082861>
- Tee, Y.-S., Fang, H.-Y., Kuo, I.-M., Lin, Y.-S., Huang, S.-F., & Yu, M.-C. (2018). Serial evaluation of the SOFA score is reliable for predicting mortality in acute severe pancreatitis. *Medicine*, 97(7).
- The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response. (2021). Second Report on Progress. Retrieved from [https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/01/Independent-Panel\\_Second-Report-on-Progress\\_Final-15-Jan-2021.pdf](https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/01/Independent-Panel_Second-Report-on-Progress_Final-15-Jan-2021.pdf)
- Truog, R. D., Mitchell, C., & Daley, G. Q. (2020). The Toughest Triage — Allocating Ventilators in a Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 382(21), 1973–1975. doi:10.1056/NEJMp2005689
- Williamson, E. J., Walker, A. J., Bhaskaran, K., Bacon, S., Bates, C., Morton, C. E., ... Inglesby, P. (2020). Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature*, 584(7821), 430–436.
- Worldometer Coronavirus. (2021). *Worldometer*. Retrieved from <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

# Niewidzialne miejsca

MAREK DOMAŃSKI

fotogaleria

TU  
MOŻNA  
USIAŚĆ





„Świat hipernowoczesności, nie jest dokład-  
nie tym, w którym wydaje nam się, że żyjemy,  
ponieważ żyjemy w świecie, którego jeszcze  
nie nauczyliśmy się oglądać. Powinniśmy  
od nowa nauczyć się myśleć o przestrzeni.”<sup>1</sup>

Przytoczone powyżej stwierdzenie Marca Augé w okresie pandemii nabrało nieoczekiwanie inspirującego, nowego znaczenia. Był to czas różnego rodzaju zakazów i nowych zjawisk w wizualnym doświadczaniu miasta, które niosły ze sobą poczucie niepewności i zagrożenia. O osamotnieniu w nie-miejscach wszyscy wiemy sporo z własnego doświadczenia, oraz z literatury. Nowa sytuacja spowodowała konieczność postawienia pytań: jakie afekty i emocje pojawiają się kiedy te z natury otwarte, tranzytowe przestrzenie stają się niedostępne, oraz jak zmieniła się nasza percepcja nie-miejsc, kiedy ich podstawowe funkcje zostały zawieszane? Fizycznie istniały nadal, ale można je było fotografować tylko z zewnątrz. Przechodząc przez pustą galerię handlową, mijając zamknięty park lub poczekalnię, czuliśmy się wykluczeni z normalności.

Nie-miejsca według Marca Augé są czymś zupełnie innym niż miejsce, które rozumiemy jako byt przestrzenny i wytwór kultury. Jedną z istotnych cech miejsca jest jego rola dla wspólnoty, która dzięki niemu może manifestować swoją tożsamość. W „swoim miejscu” czujemy się bezpieczni, ponieważ rozumiemy przestrzeń, znam zakodowaną w nim historię i potrafimy się w nim poruszać, również w przestrzeni symbolicznej. Przybysz w takich miejscach czuje się zwykle nieco wyobcowany, podejmuje próby oswojenia, na przykład fotografując.

Zupełnie inaczej jest w nie-miejscach, które pozbawione są narracji i nie są wyrazem jakiegóś

wspólnoty – są symulacją miejsca. Przestrzenie do konsumpcji, dają wszystkim jednakowe poczucie bezpieczeństwa. W hotelach globalnych sieci, supermarketach, lub restauracjach czujemy się „u siebie” bez względu na to ile metrów lub tysięcy kilometrów dzieli nas od domu. Niekiedy może skutkować to wrażeniem *deja vu* i zakłopotaniem. Przestrzenie tranzytu są jednakowo otwarte dla wszystkich, którzy znają reguły nimi rządzące. Zwykle są one wyraźnie podawane w formie komunikatów wizualnych lub audialnych (lotniska, dworce), lub są tak powszechnie znane i akceptowane, że wydają nam się oczywiste. Augé wyróżnia w nie-miejscach „dwie komplementarne, ale odrębne rzeczywistości: przestrzenie ustanowione w relacji do celów (tranzyt, handel, wypoczynek) i relacje, które jednostki utrzymują z tymi przestrzeniami”.<sup>2</sup> Relacja z nie-miejscem definiuje użytkownika.

Refleksja na temat nie-miejsc ma już dobrze ugruntowaną pozycję w dyskursach socjologicznych i antropologicznych. Jednak kiedy ich podstawowe funkcje zostały wykluczone, co wizualnie sygnalizowała wisząca biało-czerwona taśma, zaczęły nabierać nowych znaczeń. Fizycznie istniały nadal ale stały się niedostępne. Generowało to niepokój, pojawiający się zaraz po uświadomieniu sobie potencjalnego zagrożenia. Ich nagła i niespodziewana zauważalność, jako swego rodzaju reliktyw normalności, sama w sobie była niepokojąca. Można było odnieść wrażenie, że zaczęły znaczyć, co prowokowało „ciągłe i nigdy nie zaspokojone dążenie do interpretacji”.<sup>3</sup> Nie-miejsca ujawniły swoją obecność przez zakaz. Zwykle przemierzane jak portal prowadzący od jednego punktu na mapie do drugiego, nabrały cech miejsca. Stały się bardziej *czymś tu i teraz niż gdzieś pomiędzy*. Nagle przestaliśmy

być anonimowymi użytkownikami nie-miejsc a staliśmy się globalną wspólnotą dotkniętych izolacją, odczuwaną jako wykluczenie, nieoczekiwane w bardzo krótkim czasie straciłmy coś pozornie oczywistego. Staliśmy się tymi, którzy nie mogą bezpiecznie wtopić się w tłum w przeznaczonej do tego przestrzeni. Nie-miejsca, będące przeciwieństwem miejsc antropologicznych, zyskały nowe właściwości i zaczęły domagać się uwagi. Samotność ludzi w nie-miejscach, zyskała nowy wymiar. 🧐

1 M. Augé Nie-miejsca. Wprowadzenie do antropologii hipernowoczesności, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2010, s. 21.

2 Ibidem, s. 64.

3 S. Sontag, Przeciw interpretacji, literatura na świecie, 1979, nr 9, s. 294.



  
Zarząd Miejski  
w Kłodzku

Informujemy, że decyzją Prezesa Rady  
Ministrów z dnia 31.03.2020 r. obiekt  
został zamknięty  
**do odwołania.**








НЕ ЗАПОМНИЛ  
РУКИ МОИ

НЕ ЗАПОМНИЛ  
РУКИ МОИ







  
Zarząd Sanitarno-Epidemiologiczny  
w Łodzi

Informujemy, że decyzją Wojewódzkiej  
Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej  
w Łodzi, obiekt został zamknięty  
do odwołania.





# ***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 nieznanego 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 udratyczniać 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 rzeczywistego 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 CBOS<sup>1</sup> 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 naturą (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 UAM<sup>2</sup>, 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 Łódzkiego<sup>3</sup> 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 nakreślony 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 pozostawiania 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 pozostawiania 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 zdrowia<sup>4</sup>. Z kolei różnice strukturalne i społeczno-ekonomiczne powodujące nierównomierne obciążenie skutkami COVID-19 zidentyfikowane przez kanadyjskich badaczy obejmowały m.in. ludność autochtoniczną,

mniejści 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; Feliksiak, 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](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](http://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](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-spoleczenstwo-informacyjne/spoleczenstwo-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](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.



# Wybrane aspekty społecznego i zdrowotnego funkcjonowania osób 55+ w pandemii COVID-19

AGNIESZKA PAWLAK-KAŁUZIŃSKA, PAWEŁ PRZYŁĘCKI, MAGDALENA WIECZORKOWSKA  
UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

## Abstrakt

Od marca 2020 roku w związku z pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 mamy do czynienia z nową rzeczywistością polityczną, gospodarczą i społeczną. Zmiany spowodowane pandemią i związaną z nią fizyczną izolacją nie ominęły żadnej części społeczeństwa. Artykuł koncentruje się na wpływie koronawirusa na zdrowie osób 55+, ich relacje rodzinne i towarzyskie oraz odczuwaną samotność. Zostały w nim przedstawione wybrane wyniki badań dotyczące życia i funkcjonowania osób powyżej 55. roku życia w okresie pandemii. Badanie zostało przeprowadzone w drugiej połowie 2020 roku, tj. w okresie, gdy w Polsce wystąpiła druga fala pandemii.

## Słowa kluczowe:

osoby starsze, pandemia, COVID-19, zdrowie, samotność, osamotnienie.



## Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 wywołała wiele zmian w codziennym funkcjonowaniu każdego z nas, zmuszając do zaprzestania lub modyfikacji dotychczasowych aktywności oraz do podjęcia zupełnie nowych. Człowiek jako istota społeczna dotkliwie odczuwa każdą formę ograniczenia jego kontaktów i funkcjonowania w grupach. Izolacja i nakładane przez rząd obostrzenia w związku z rozprzestrzenianiem się koronawirusa wywołały szereg konsekwencji w sferze gospodarki, kultury, zdrowia, edukacji, a także w codziennym funkcjonowaniu obywateli. Zamrożenie gospodarki i kultury spowodowało wzrost bezrobocia, a to z kolei przełożyło się na budżety domowe (Cybulska i Pankowski, 2020a). Doszło do zmian w sposobie wykonywania pracy (praca zdalna) oraz uczenia się (szkoły i uniwersytety online), co z kolei przekłada się na efektywność i wydajność tego typu aktywności. Izolacja w połączeniu z dodatkowymi czynnikami, jak: lęk przed chorobą, utrata pracy, brak pomocy w codziennych czynnościach, brak wsparcia emocjonalnego czy przeciążenie fizyczną obecnością członków rodziny wywołuje wiele negatywnych konsekwencji w sferze zdrowia psychicznego, może być przyczyną depresji, zachowań agresywnych lub autoagresywnych oraz sięgania po używki (Cybulska i Pankowski, 2020b). Ograniczenie kontaktów społecznych powoduje poczucie osamotnienia, może prowadzić do utraty sensu życia, poczucia bycia niepotrzebnym, trudności w codziennym funkcjonowaniu, a w przypadku dzieci i młodzieży może zaburzać rozwój umiejętności interpersonalnych. Napływające z mediów informacje eskalują lęk o zdrowie własne i najbliższych, a także zwiększają lęk przed kontaktami społecznymi. To tylko niektóre konsekwencje izolacji potwierdzone w badaniach prowadzonych w Polsce (Cybulska i Pankowski, 2020b, 2020a; Długosz, 2020; Maj i Skarżyńska, 2020).

Pandemia i związane z nią skutki nie ominęły także osób starszych. Seniorzy, jako najbardziej narażeni na ciężki przebieg choroby, stali się grupą chronioną przez państwo i obywateli. Podejmowane wobec nich działania oraz towarzyszący im *lockdown* spotęgowały izolację osób starszych. Wielu seniorów z dnia na dzień utraciło możliwość uczestnictwa w aktywności społecznej – zajęciach sportowych, rekreacyjnych, kursach, zajęciach na Uniwersytetach Trzeciego Wieku. Tym samym odebrano im nie tylko możliwość podnoszenia kompetencji, lecz izolacja spowodowała także utratę kontaktów społeczno-towarzyskich. Izolacja od bliskich powodowana troską o najbardziej narażonych na zachorowanie i ciężki przebieg choroby może potęgować poczucie osamotnienia, co z kolei negatywnie wpływa na zdrowie psychiczne, a także fizyczne seniorów. Koncentracja systemu ochrony zdrowia na walce z pandemią spowodowała dodatkowo, że wiele osób starszych zostało pozbawionych opieki specjalistycznej lub została ona mocno ograniczona.

Celem zrealizowanego badania było sprawdzenie, jak *lockdown* ogłoszony w marcu 2020 roku w związku z rozprzestrzenianiem się SARS-CoV-2 wpłynął na życie społeczne i towarzyskie, zdrowie psychiczne oraz fizyczne osób powyżej 55. roku życia. Projektowane badanie początkowo miało dotyczyć jedynie osób powyżej 60. roku życia, jednak zespół badawczy postanowił włączyć do niego osoby, które w świetle definicji osoby starszej<sup>1</sup> jeszcze nimi nie są, znajdują się natomiast na tzw. przedpolu starości (osoby w wieku 55–59 lat) (Szatur-Jaworska, Błędowski i Dziegielewska, 2020, s. 47). Decyzja o uwzględnieniu tej grupy wiekowej w badaniu wynikała z kilku powodów. Po pierwsze, osoby te narażone są na działania dyskryminujące w niektórych

<sup>1</sup> W Polsce osobą starszą jest taka, która ukończyła 60 lat.

dziedzinach życia, jak na przykład miejsce pracy (Sobolewska-Poniedziałek i Niewiadomska, 2016; *The Workforce View in Europe*, 2018). Są zatem grupą narażoną na ageizm, podobnie jak osoby 60+. Pandemia spowodowała konieczność redukcji etatów w wielu firmach i przedsiębiorstwach, co skutkowało zwolnieniami i mogło stać się doświadczeniem osób będących na przedpolu starości. Po drugie, zgodnie ze strategiami europejskimi<sup>2</sup> osoby znajdujące się na przedpolu starości powinny być obejmowane inicjatywami zachęcającymi do jak najdłuższego pozostawania aktywnymi zarówno w sferze zawodowej, jak i społecznej. Po trzecie zaś, to, jak osoby 55+ funkcjonują obecnie, będzie miało znaczący wpływ na ich style życia oraz stan zdrowia w okresie starości i późnej starości. Zasadne zatem było włączenie tej grupy wiekowej do prowadzonych badań.

Badanie było realizowane z wykorzystaniem podejścia partycypacyjnego, które umożliwiła włączenie osób będących adresatami badania w tworzenie narzędzia badawczego oraz daje możliwość zaprojektowania i wdrożenia interwencji wśród uczestników badania. W niniejszym artykule prezentowana jest jedynie część wyników zrealizowanego projektu – skoncentrowano się na omówieniu konsekwencji w odniesieniu do zdrowia badanej grupy oraz zmian w relacjach rodzinnych i towarzyskich spowodowanych izolacją. Celem artykułu jest

<sup>2</sup> Są to m.in.: 2002 – *Międzynarodowa Strategia Działania w Kwestii Starzenia się Społeczeństw* określana także jako *Plan Madrycki*; dokumenty strategiczne z lat 2006–2009: *Demograficzna przyszłość Europy — przekształcić wyzwania w nowe możliwości*, *Promowanie solidarności między pokoleniami*, *Możliwości i wyzwania związane ze zmianami demograficznymi w Europie: wkład osób starszych w rozwój gospodarczy i społeczny*, *Sprostanie wyzwaniom związanym ze skutkami starzenia się społeczeństwa w UE*, *Sprawozdanie na temat starzenia się społeczeństwa*; 2011 – *Europejskie partnerstwo innowacyjne na rzecz aktywnego i zdrowego starzenia się*; 2017 – *Europejski Filar Praw Socjalnych*; *Strategia Europa 2020*.

ukazanie zmian w życiu rodzinnym i towarzyskim oraz w stanie zdrowia wśród osób poddanych badaniu. Wyniki te mogą być potraktowane w kategoriach diagnozy o ograniczonym zasięgu i wykorzystane w odniesieniu do osób badanych do zaprojektowania w przyszłości działań niwelujących negatywne skutki izolacji wywołanej nieprzewidywanymi wydarzeniami.

## Zdrowie osób starszych

Zdrowie to jedna z fundamentalnych kwestii w wieku senioralnym, determinująca jakość i zadowolenie z życia. Jak wynika z badań, osoby 55+ nie cieszą się dobrym zdrowiem, często chorują na choroby przewlekłe i często dotyka ich wielochorobowość, przy czym warto brać pod uwagę nie tylko obiektywny stan zdrowia, ale również subiektywne jego odczucie. Z danych przedstawionych przez GUS w roku poprzedzającym pandemię wynika, że w grupie wiekowej 50–59 lat 48,9% osób miało poczucie dobrego lub bardzo dobrego stanu zdrowia, w grupie wiekowej 60–69 lat zaznaczyły tak już tylko – 34,9% osób, a w grupie wiekowej 70–79 lat – 21,7% osób. W najstarszej grupie badanych, czyli w wieku co najmniej 80 lat było to jedynie 15,7% osób. Do najczęstszych chorób występujących u osób w wieku 50–59 lat zaliczają się problemy z kręgosłupem i wysokim ciśnieniem krwi. Z kolei wśród osób w wieku co najmniej 60 lat najczęściej występowały problemy z nadciśnieniem. Ponadto co najmniej 1/4 osób w wieku 70 lat lub starszych zapadła na przynajmniej jedną z chorób: cukrzycę lub chorobę wieńcową, a niespełna 1/3 mężczyzn na choroby prostaty. Jeśli chodzi o kondycję psychiczną, to wśród osób w wieku 60–69 lat 20,0% wspominało o objawach mogących świadczyć o depresji, 30,9% wśród osób w wieku 70–79 lat i 47,3% osób w wieku co najmniej 80 lat. Ponadto na objawy mogące wskazywać na depresję skarżyło się 36,1% osób z ograniczeniami w wykonywaniu

codziennych czynności, 23,2% chorujących przewlekłe i 56,4% osób, które oceniły swoje zdrowie źle lub bardzo źle (*Stan zdrowia ludności Polski w 2019*, s. 1–13). Seniorzy uczestniczący w badaniu przeprowadzonym przez Urszulę Kempieńską w większości określili swój stan zdrowia jako średni lub zły, a tylko 2 osoby na 40 badanych nie narzekały na zdrowie. O zdrowie znacznie częściej dbają kobiety niż mężczyźni. Co trzecia kobieta regularnie uczęszczała na badania profilaktyczne, a co piąta uprawiała sport (Kempieńska, 2015, s. 89).

Kwestia zdrowia nabrała jeszcze większego znaczenia wraz z pojawieniem się w Polsce wirusa SARS-CoV-2. Podczas pierwszej fali pandemii pojawiło się wiele informacji, że wirus ten jest szczególnie niebezpieczny dla starszych osób, dlatego też istotne było, aby to one w szczególności zadbały o to, żeby uniknąć zarażenia. W praktyce często oznaczało to ograniczenie kontaktów społecznych do minimum. W tym kontekście warto zaznaczyć, że okres pandemii przyniósł kluczowe, niespotykane dotąd zmiany w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, polegające na wprowadzeniu dużych utrudnień w dostępie do niej. W pierwszym okresie restrykcji związanych z funkcjonowaniem społecznym w okresie marzec–maj 2020 dostęp do różnych specjalistów opieki medycznej był bardzo utrudniony. Przede wszystkim zamknięte zostały oddziały rehabilitacji dziennej i gabinety fizjoterapeutyczne, znacznie ograniczono dostęp do szpitali na zabiegi planowe, wprowadzono teleporady z lekarzem pierwszego kontaktu. Ponad rok po wprowadzeniu tych ograniczeń większość z nich jest aktualna, jedynie prywatne gabinety fizjoterapeutyczne i lekarskie pracują w podobnym zakresie, jak przed okresem pandemii. Jak podkreślają specjaliści różnych dziedzin medycyny, działania systemu opieki medycznej zostały skupione przede wszystkim na walce z koronawirusem, przez co zepchnięto na margines leczenie

innych, często śmiertelnych chorób. Zjawisko to jest szczególnie niebezpieczne w przypadku osób z chorobami przewlekłymi i osób starszych.

W pierwszych tygodniach pandemii zaczęto przeprowadzać badania społeczne odnośnie do różnych skutków związanych z zaistnieniem pandemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2, w tym m.in. skutków zdrowotnych. Przedstawione poniżej wyniki badań odnoszą się jedynie do grupy respondentów w wieku 55 lat i więcej. Jedno z takich badań przeprowadził CBOS w pierwszych dniach pandemii, w marcu 2020 roku. Badanie zostało przeprowadzone na reprezentatywnej próbie losowej liczącej 875 dorosłych osób. Na pytanie o skłonność zmodyfikowania codziennych zachowań w związku z niebezpieczeństwem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 aż 69% badanych w wieku 65 lat i więcej odpowiedziało, że nie zamierza niczego zmieniać w codziennych przyzwyczajeniach. Osoby, które postanowiły zmienić codzienne zwyczaje w związku z pandemią, najczęściej deklarowały częstsze mycie rąk i pilnowanie innych domowników w tej kwestii, unikanie ludzi zakatarzonych, kaszlących lub kichających w miejscach publicznych, w tym w środkach transportu publicznego oraz unikanie dotykania okolic ust, oczu i nosa w miejscach publicznych. Część osób zaczęła unikać podróżowania czy przebywania w miejscach publicznych. Na zmianę stylu życia w związku z pandemią częściej decydowały się kobiety (Pankowski, 2020a). W innym badaniu CBOS, które zostało przeprowadzone w podobnym czasie i dotyczyło poczucia zagrożenia u prognozy epidemii koronawirusa, wzięło udział również 875 osób. Z zebranych danych wynika, że 75% respondentów w wieku powyżej 65 lat bało się zakażenia koronawirusem. Częściej takie obawy zgłaszały mieszkańcy dużych miast niż mieszkańcy małych miasteczek i wsi. Warto odnotować, że co drugi badany w wieku senioralnym uznał,

iż służba zdrowia jest dobrze przygotowana na walkę z wirusem SARS-CoV-2 (Pankowski, 2020b).

Na początku pandemii również Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej przeprowadził badania na temat zdrowia polskich seniorów w czasie pandemii. W badaniu wzięło udział 1118 osób w wieku 60 lat i więcej. Niemal 80% badanych stanowiły kobiety. Wnioski z przeprowadzonych badań są następujące:

- ▶ seniorzy nie posiadają rzetelnej wiedzy na temat pandemii COVID-19;
- ▶ 67% badanych miało problem z dostępem do opieki medycznej, głównie z dostaniem się do specjalistów, a 1/3 ankietowanych przerwała dotychczasowe leczenie (*Zdrowie polskich seniorów w czasie pandemii*, 2020, s. 1–25).

### Rola kontaktów rodzinnych i towarzyskich w życiu osób starszych

Starzenie się społeczeństw i spadek liczby narodzin doprowadziły do upowszechnienia się „tyczkowatej” struktury rodziny, w której przeważają relacje pionowe (między bliskimi krewnymi z kolejnych pokoleń) nad relacjami poziomymi (rówieśniczymi) (Błachnio i Maliszewski, 2015, s. 181). Nie zmieniło się natomiast to, że dla ludzi niemal w każdym wieku rodzina stanowi najważniejszy punkt odniesienia, daje gwarancję bezpieczeństwa, opieki i akceptacji. Jeśli chodzi o opiekę, wsparcie czy zaspokajanie najważniejszych potrzeb, nie stworzono dotychczas żadnych wystarczająco skutecznych podmiotów zastępczych, a te, które istnieją, spełniają raczej funkcje interwencyjne, naprawcze lub kompensacyjne (Książopolska, 2015, s. 574).

Międzypokoleniowy transfer wzajemnych usług materialnych, emocjonalnych oraz rzeczowych może przyjmować postać: przepływu

wzajemnego (prowadzenie gospodarstw domowych, wsparcie emocjonalne), działań rodziny na rzecz osoby starszej (opieka, pomoc, wsparcie w chorobie i/lub niepełnosprawności) lub działań osób starszych na rzecz rodziny (pomoc materialna, opieka nad dziećmi i wnuczkami) (Książopolska, 2015, s. 575). Szczególnie rolę babci i dziadka w wielu polskich rodzinach są istotnym elementem ich niezakłóconego funkcjonowania. Pandemia i związana z nią izolacja spowodowała ograniczenie w ich pełnieniu.

Jakość życia ludzi w starszym wieku w Polsce w dużej mierze zależy od pozycji zajmowanej w rodzinie, relacji z członkami rodziny, częstotliwości kontaktów rodzinnych oraz poziomu akceptacji z ich strony (Książopolska, 2015, s. 575). Do potrzeb seniorów, które może zaspokoić rodzina, należą: potrzeba przynależności (niezaspokojona może prowadzić do poczucia osamotnienia), bezpieczeństwa, kontaktu emocjonalnego (ludzie starsi ograniczają swoje kontakty do kilku osób, głównie z bliskiej rodziny), poczucia użyteczności i przydatności, potrzeba uznania (Kempieńska, 2015, s. 87).

Z badań panelowych przeprowadzonych przez Joannę Borowik w latach 1999–2000 i w latach 2007–2010 w grupie 300 badanych (w II turze uczestniczyło 231 osób) w wieku powyżej 65 lat wynika, że większość seniorów (w dwóch gminach ponad 80%, w jednej z gmin – ponad 46%) było zadowolonych ze swojej sytuacji rodzinnej. Większość badanych seniorów nadal postrzegala siebie w roli głowy rodziny, w jednej z badanych gmin co drugi senior widział w tej roli swojego syna. Warto dodać, że badanie zostało przeprowadzone w trzech zróżnicowanych etnicznie gminach na terenie województwa podlaskiego (Borowik, 2015, s. 141–144). Wyniki tego badania zdają się potwierdzać, że w tym regionie Polski nadal często spotykanym modelem rodziny jest patriarchalna rodzina wielopokoleniowa, w której

ważną rolę odgrywają jej najstarsi członkowie. Badani seniorzy utrzymują częste i bardzo częste kontakty z innymi członkami rodziny, co najmniej kilka razy w roku w sytuacji osobnego zamieszkiwania dorosłych dzieci z rodzinami. Ponadto badani deklarowali, że najczęstszą formą pomocy, którą uzyskują od najmłodszych członków rodziny, jest pomoc w pracach domowych. Transfer usług w drugą stronę również ma miejsce – seniorzy najczęściej opiekują się wnukami i pomagają finansowo. Warto podkreślić, że pomimo stosunkowo częstych kontaktów rodzinnych, ponad jedna trzecia badanych w jednej z gmin czuje się osamotniona zawsze lub prawie zawsze. Na stan ten narzekają częściej kobiety, czego powodem może być wysoki odsetek wdowieństwa (Borowik, 2015, s. 144–146).

Z kolei we wspomnianym już badaniu U. Kempieńskiej wszystkie kobiety i pięciu mężczyzn zadeklarowało, że bierze czynny udział w opiece i wychowywaniu wnucząt. Połowa z tych kobiet całkowicie przejęła obowiązki wobec wnuków z uwagi na samotne rodzicielstwo córek (Kempińska, 2015, s. 92).

Wystąpienie pandemii SARS-CoV-2 spowodowało, że pełnienie roli babci i dziadka musiało zostać ograniczone, zmodyfikowane lub całkowicie zaprzestano pełnienia tych ról w związku z ograniczeniem lub nawet zawieszeniem kontaktów rodzinnych. Pandemia wpłynęła na życie wielu rodzin, zwłaszcza tych, których codzienne funkcjonowanie było uzależnione od pomocy ze strony dziadków. Jeśli transfer usług międzypokoleniowych następował w drugą stronę i polegał na świadczeniu seniorom pomocy w codziennych aktywnościach, to również tego rodzaju pomoc musiała ulec zmianie. Co więcej, ograniczenie kontaktów spowodowało zwiększoną izolację i poczucie osamotnienia, co w przypadku osób starszych ma ogromne znaczenie nie tylko dla ich funkcjonowania społecznego, ale także dla zdrowia psychicznego i fizycznego.

## Samotność i osamotnienie wśród seniorów

Samotność jest rozumiana jako obiektywny stan braku kontaktu z drugą osobą (*isolation*), podczas gdy osamotnienie to stan subiektywny oznaczający poczucie bycia wyizolowanym, pozbawionym kontaktów, niezależnie od rzeczywistych kontaktów z drugą osobą (*loneliness*). Problem samotności i osamotnienia dotyczył osoby starsze na długo przed pandemią, która jedynie pogłębiła ten stan rzeczy. Dane demograficzne dla Polski pokazują, że postępuje singularyzacja gospodarstw domowych (czyli coraz więcej jest gospodarstw jednoosobowych), zaś liczba takich gospodarstw wzrasta z wiekiem osób je prowadzących. Według badań Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) z 2019 roku 22% Polaków po 60. roku życia mieszkało w pojedynkę. Wśród osób w wieku 60–64 lata było to 15%, zaś wśród osób 75+ aż 34% (Kucharczyk, 2019). Rozpad rodzin wielopokoleniowych, mobilność młodszych osób i wykluczenie społeczne osób starszych powodują, że uczucia samotności i osamotnienia nasilają się z wiekiem i częściej dotyczą kobiet (Girzelska i in., 2018).

Samotność zwiększa ryzyko śmierci wśród osób starszych, wpływa na pogłębianie ograniczeń funkcjonalnych oraz zwiększa ryzyko depresji (Luo, Hawkey, Waite i Cacioppo, 2012). Samotność i osamotnienie wiążą się z nadużywaniem alkoholu, paleniem tytoniu, obniżeniem poziomu aktywności fizycznej, nieprawidłowym odżywianiem oraz spadkiem jakości snu wśród seniorów, a także zwiększają ryzyko przedwczesnej śmierci. Doświadczanie izolacji powoduje także wzrost ciśnienia krwi, prowadzi do zespołów otępiennych oraz udarów, nowotworów, cukrzycy, infekcji i niedożywienia (Girzelska i in., 2018).

Pandemia i związana z nią przymusowa izolacja zwiększają ryzyko wystąpienia przywoływanych stanów. Osoby starsze, doświadczając

pogłębionego uczucia osamotnienia związanego z *lockdownem* i ograniczeniem kontaktów, są narażone na stany otępienne, obniżoną odporność, zaburzenia snu, pamięci, choroby psychiczne, choroby serca (Guner, Erdogan i Demir, 2021). Częściowym rozwiązaniem problemu jest zapewnienie seniorom dostępu do usług i kontaktów rodzinno-towarzyskich online. Niestety cyfrowe wykluczenie osób starszych w Polsce (*digital divide*) powoduje, że niewielu z nich odnalazło się w nowej rzeczywistości w świecie wirtualnym.

Według badań Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, wprowadzenie restrykcji związanych z pandemią koronawirusa i ograniczeń z tego wynikających sprawiło, że 47,8% badanych przyznało się do odczuwania samotności (*Zdrowie polskich seniorów w czasie pandemii*, 2020). Wzrost poczucia osamotnienia był jednym z trzech najczęściej wskazywanych problemów związanych z pandemią. Wprawdzie osoby starsze mogą liczyć na wsparcie bliskich, ale czują się samotne i brakuje im dotychczasowych spotkań z innymi ludźmi (ponad 66% odpowiedzi „zdecydowanie tak” i „raczej tak”). Jednak tylko 14% respondentów zadeklarowało potrzebę otrzymania wsparcia psychologicznego (*Zdrowie polskich seniorów w czasie pandemii*, 2020, s. 1–25).

Osobnym problemem związanym z przymusową izolacją jest pogorszenie się stanu zdrowia w związku z niemożnością pójścia do lekarza. Samotność i osamotnienie stają się w takiej sytuacji katalizatorami negatywnych zmian, przyspieszając chorobę, która nieleczona i niekontrolowana przez specjalistów może przyczynić się nawet do śmierci pacjenta.

Izolacja i osamotnienie powodują utratę poczucia kontroli nad życiem i jego sensu oraz zawieszenie dotychczasowych ról społecznych, co staje się szczególnie dotkliwie wśród osób aktywnych.

## Materiał i metody

Badanie dotyczące życia osób 55+ w okresie pandemii COVID-19 przeprowadzone zostało w drugiej połowie 2020 roku, tj. w okresie, gdy wystąpiła tzw. druga fala pandemii. W związku z istniejącymi w kraju ograniczeniami dotyczącymi kontaktu z osobami obcymi oraz ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne grupy najbardziej narażonej, badanie osób 55+ było realizowane jedynie w formie ogólnodostępnej ankiety internetowej. Zastosowano dobór metodą kuli śnieżnej. Do badania zapraszane były w pierwszej kolejności osoby współpracujące z działającymi na terenie Łodzi organizacjami pozarządowymi, zajmującymi się realizacją projektów na rzecz osób 55+. W badaniu ostatecznie wzięło udział 105 osób. Jednym z głównych ograniczeń udziału w nim mogły być kompetencje cyfrowe osób 55+ oraz dostęp do sprzętu komputerowego. Tym samym badanie należy uznać za pogładowe, a nie reprezentatywne w kwestii tego, jak pandemia COVID-19 wpłynęła na wybrane aspekty życia społecznego osób badanych w tym okresie.

## Pytania badawcze i hipotezy

Jak wcześniej wspomniano, zrealizowane badanie obejmowało szerszą problematykę, zaś w artykule prezentowana jest tylko część uzyskanych wyników. W odniesieniu do tej części, w toku przygotowywania projektu badań postawiono następujące pytania badawcze i hipotezy:

### Pytania badawcze:

1. Czy badani zaobserwowali zmiany stanu zdrowia w związku z izolacją?
2. Jeśli tak, to czym one były spowodowane?
3. Czy badani mieli problem z dostępem do usług medycznych w związku z pandemią SARS-CoV-2?

4. Jeśli tak, to do jakich usług mieli utrudniony dostęp?
5. Czy badani odczuwali lęk przed wizytą u lekarza/zabiegiem w związku z pandemią SARS-CoV-2?
6. Jeśli tak, to czym był spowodowany?
7. Jak wyglądała częstość kontaktów towarzyskich badanych przed pandemią? Czy w czasie pandemii uległa ona zmianie?
8. Jak wyglądała częstość kontaktów rodzinnych badanych przed pandemią? Czy w czasie pandemii uległa ona zmianie?

#### Hipotezy:

1. Izolacja spowodowała pogorszenie fizycznego stanu zdrowia badanych.
2. Pandemia spowodowała trudności w dostępie do opieki medycznej.
3. Pandemia wywołała lęk przed wizytami u lekarzy oraz zabiegami, co spowodowało, że badani zrezygnowali z planowanych wizyt i zabiegów.
4. Izolacja wywołana pandemią spowodowała znaczące obniżenie częstości kontaktów towarzyskich wśród osób badanych.
5. Izolacja wywołana pandemią spowodowała znaczące obniżenie częstości kontaktów rodzinnych wśród osób badanych.

#### Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej grupy

Wśród badanych przeważały kobiety (83,8%) w stosunku do mężczyzn (16,2%) (tabela 1). Jednocześnie najliczniejszą grupą były osoby w przedziale wiekowym 70–79 lat (53,3%) oraz 60–69 lat (38,1%). Badani pochodzili głównie z Łodzi, aż 62,9% wskazało zamieszkanie w dużym mieście powyżej 500 tysięcy mieszkańców. W mniejszych miastach mieszkała ponad jedna czwarta badanych, a tylko co dziesiąta osoba pochodziła ze wsi. Ponad połowa badanych (ok. 54 %) była w związku małżeńskim lub partnerskim, przy czym aż 48,6% badanych zadeklarowało, że żyje samotnie. Badani to w przeważającej liczbie osoby posiadające uprawnienia emerytalne (ok. 87,6%), w tym jednak część osób pozostawała nadal aktywna na rynku pracy (13,3%). Pozostali badani nie posiadali jeszcze uprawnień emerytalnych. Badani w przeważającej większości identyfikowali się jako osoby wierzące (ok. 83% ogółu badanych).

Tabela 1. Struktura grupy badanej

Cecha		Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
		N	%	N	%	N	%
Płeć		105	100	88	83,8	17	16,2
Wiek	55–59 lat	6	5,7	5	4,8	1	1,0
	60–69 lat	40	38,1	35	33,2	5	4,8
	70–79 lat	56	53,3	45	42,9	11	10,4
	80 i więcej	2	1,9	2	1,9	-	-
	Brak danych	1	1,0	1	1,0	-	-
Stan cywilny	zamężna/y	50	47,6	36	34,3	14	13,2
	panna/kawaler	10	9,5	9	8,6	1	1,0
	wdowa/wdowiec	19	18,1	19	18,1	-	-
	rozwidzona/y	19	18,1	18	17,1	1	1,0
	w związku partnerskim	7	6,7	6	5,7	1	1,0
Wykształcenie	wyższe	68	64,7	60	57,1	8	7,6
	średnie	30	28,6	23	21,9	7	6,7
	zasadnicze	5	4,8	3	2,9	2	1,9
	podstawowe	2	1,9	2	1,9	-	-
Sytuacja zawodowa	emeryt	78	74,3	70	66,6	8	7,5
	emeryt aktywny zawodowo	14	13,3	9	8,6	5	4,8
	osoba pracująca	12	11,4	9	8,6	3	2,9
	bezrobotny	1	1,0	-	-	1	1,0
Miejsce zamieszkania	miasto powyżej 500 tys.	66	62,9	53	50,5	13	12,3
	miasto od 101 do 500 tys.	5	4,8	5	4,8	-	-
	miasto od 51 do 100 tys.	16	15,2	13	12,4	3	2,9
	miasto do 50 tys.	8	7,6	8	7,5	-	-
	wieś	10	9,5	9	8,6	1	1,0
Stosunek do religii	osoba wierząca praktykująca systematycznie	14	13,3	13	12,4	1	1,0
	osoba wierząca praktykująca niesystematycznie	17	16,3	14	13,3	3	2,9
	osoba wierząca praktykująca sporadycznie	19	18,1	16	15,2	3	2,9
	osoba wierząca niepraktykująca	37	35,2	30	28,6	7	6,5
	osoba niewierząca	18	17,1	15	14,3	3	2,9

Źródło: Opracowanie własne.

## Wyniki

### Zdrowie osób starszych

W tej części zostaną zaprezentowane wyniki badania dotyczące samooceny stanu zdrowia badanych osób w wieku 55+ w okresie pandemii COVID-19 i wpływu ograniczeń związanych z izolacją na ich zdrowie. Badani zostali zapytani o stan zdrowia oraz o to, jak okres izolacji i ograniczeń wpływa na niego. W tej części badania wzięło udział 99 osób w wieku 55+. Większość badanych, bo aż 78 osób potwierdziła występowanie u siebie chorób przewlekłych. Do najczęściej wskazywanych przez osoby w wieku 55+ chorób przewlekłych należały: problemy z kręgosłupem, choroby układu krążenia, nadciśnienie tętnicze, problemy gastryczne, astma, alergia, choroby tarczycy.

Jednocześnie zapytano badanych o to, czy okres izolacji wpłynął na poprawę lub

pogorszenie ich stanu zdrowia. Wyniki te zostały zaprezentowane na wykresie 1 z podziałem na pacjentów, u których występują i nie występują choroby przewlekłe. W przypadku większości pacjentów w obu grupach stan zdrowia pozostał na podobnym poziomie – ani się nie pogorszył, ani nie poprawił. Zauważalny jest jednak dość duży procent odpowiedzi w grupie osób z chorobami przewlekłymi, które zauważyły pogorszenie stanu zdrowia (32 osoby). Pacjenci ci stwierdzili (wykres 2), że w ich odczuciu jedną z głównych przyczyn pogorszenia stanu ich zdrowia jest brak możliwości skorzystania z wizyty u lekarza specjalisty (27 wskazań), u lekarza pierwszego kontaktu (20 wskazań) oraz trudności w dostępie do rehabilitacji (19 wskazań). Inne podane przyczyny to brak możliwości wykonania badań (15 wskazań), niemożliwość wyjazdu do sanatorium (10 wskazań) oraz odwołanie zaplanowanego zabiegu (3 wskazania).

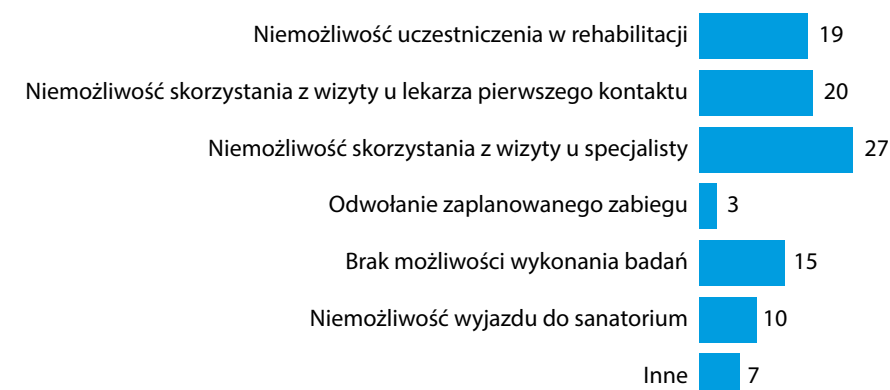
Wykres 1. Wpływ izolacji w okresie pandemii COVID-19 na stan zdrowia badanych osób (N=99)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

\* W sytuacji, gdy liczba odpowiedzi jest mniejsza niż 100, dane podano w liczbach bezwzględnych. W pozostałych przypadkach dane prezentowane są w procentach.

Wykres 2. Przyczyny pogorszenia stanu zdrowia badanych w okresie pandemii COVID-19 (N=36)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

\* Badani mieli możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi.

Wszystkie te ograniczenia w dostępie do opieki medycznej, a niewykluczone, że również stres, przyczyniły się do wystąpienia w badanej grupie takich negatywnych skutków o charakterze zdrowotnym, jak: pogorszenie nastroju (68 odpowiedzi), przyrost masy ciała (43 odpowiedzi), stany lękowe (34 odpowiedzi) i bezsenność (31 odpowiedzi). Co ciekawe, depresja występowała w mniejszym stopniu i wskazało na nią 12 badanych.

Wykres 3. Skutki zdrowotne izolacji zaobserwowane przez badanych (N=99)

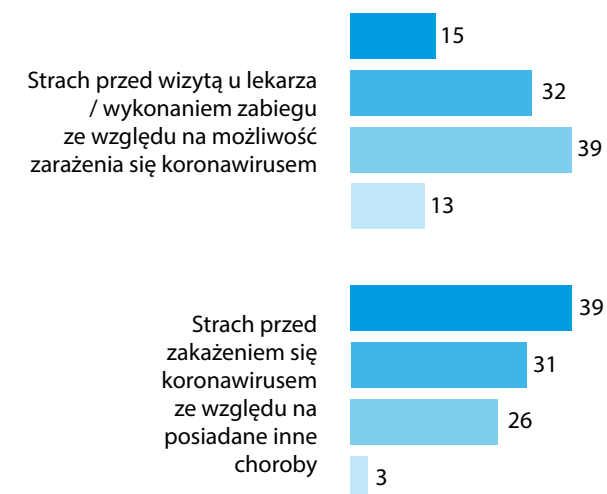


Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

\* Respondenci mieli możliwość wyboru więcej niż jednej odpowiedzi.

Mając na uwadze zagrożenia dla zdrowia i życia wynikające z zarażenia się koronawirusem oraz ciągłe doniesienia medialne o negatywnych skutkach choroby, badani zostali zapytani o odczuwany przez nich strach w związku z sytuacją, w której się znaleźli. Na wykresie 4 zestawiono odpowiedzi osób badanych dla dwóch pytań, tj. ogólnie strachu przed zakażeniem koronawirusem ze względu na współistniejące choroby oraz strachu przed wizytą u lekarza lub wykonaniem zabiegu medycznego w związku z możliwością zarażenia się koronawirusem. Aż 80 badanych stwierdziło, że boi się zarażenia koronawirusem ze względu na posiadane choroby, a 29 osób stwierdziło, iż nie boi się tego. Gdy jednak podobne pytanie zostało zadane w stosunku do możliwości zarażenia się podczas wizyty u lekarza czy wykonania zabiegu, to taką obawę odczuwało już znacznie mniej badanych, bo 47 osób w stosunku do 52 badanych.

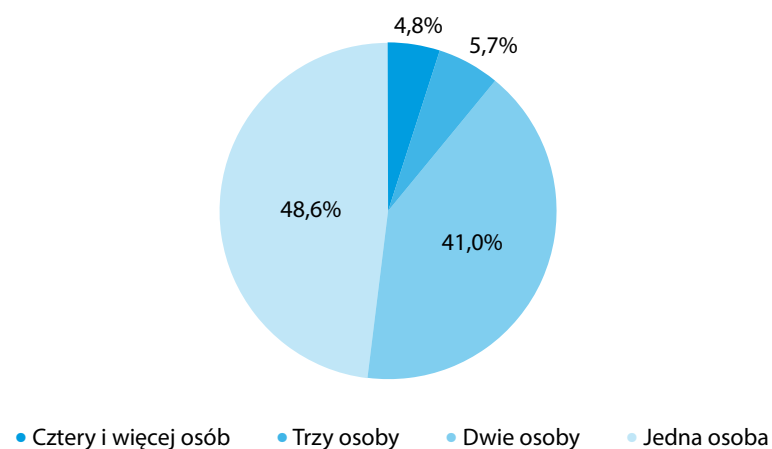
Wykres 4. Strach przed zakażeniem COVID-19 ze względu na stan zdrowia (N=99)



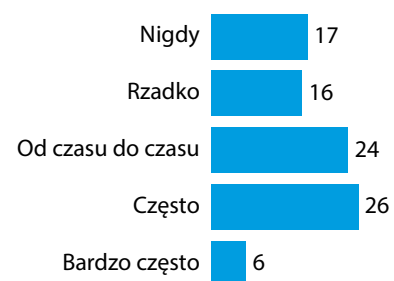
Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

### Rola kontaktów rodzinnych i towarzyskich w życiu osób starszych

Okres izolacji w okresie pandemii był szczególnie dotkliwy dla wielu osób w wieku 55+, zwłaszcza tych, które prowadziły jednoosobowe gospodarstwo domowe, a była to niemalże połowa badanych (wykres 5). Tym samym szczególnie dla tych osób możliwość utrzymywania kontaktów rodzinnych czy towarzyskich wydaje się bardzo ważna, zwłaszcza że w odpowiedzi na pytanie o to, jak okres izolacji wpłynął na ich nastrój, ponad 1/3 badanych przyznała, że odczuwała osamotnienie (wykres 6). Osamotnienie odczuwały przede wszystkim osoby mieszkające w pojedynkę.

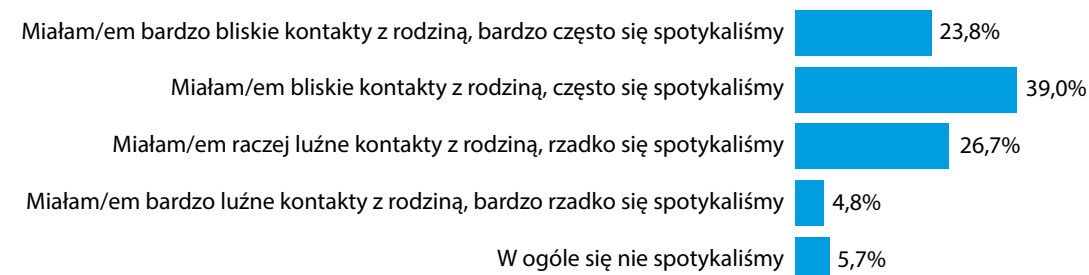
**Wykres 5.** Liczba osób przebywających łącznie w gospodarstwie domowym (N=105)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

**Wykres 6.** Częstotliwość odczuwania osamotnienia przez badanych (N=89)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

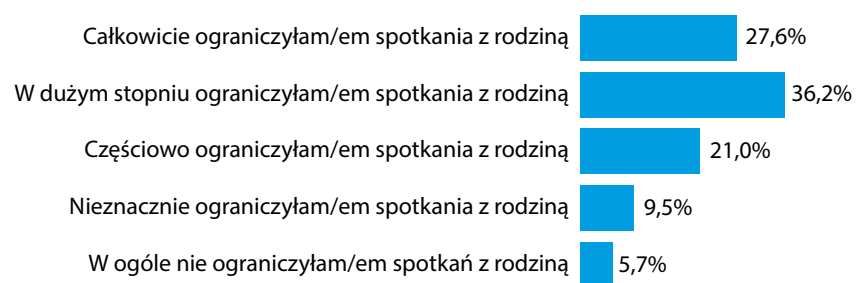
W tej części przyjrzymy się bliżej temu, jak okres izolacji wpłynął na kontakty rodzinne i koleżeńskie osób 55+, z których znaczna część, bo ponad 60%, utrzymywała przed wystąpieniem pandemii regularne bliskie kontakty z rodziną. Pozostała grupa miała te kontakty dość luźne lub kilka osób (5,7%) w ogóle takich kontaktów nie utrzymywało (wykres 7).

**Wykres 7.** Kontakty rodzinne osób 55+ przed okresem pandemii COVID-19 (N=105)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Okres pandemii przyczynił się do znaczącego ograniczenia kontaktów rodzinnych, które w wielu przypadkach można określić jako kontakty konieczne, związane na przykład z koniecznością pielęgnacji chorych lub zakupem podstawowych produktów spożywczych i chemicznych. W wypadku 27,6% badanych osób doszło do całkowitego ograniczenia, a w wypadku 36,2% osób do znacznego ograniczenia kontaktów rodzinnych. Pozostali badani również ograniczyli kontakty z rodziną, aczkolwiek w mniejszym stopniu. Jedynie w przypadku 5,7% badanych nie doszło do ograniczenia takich relacji z rodziną (wykres 8).

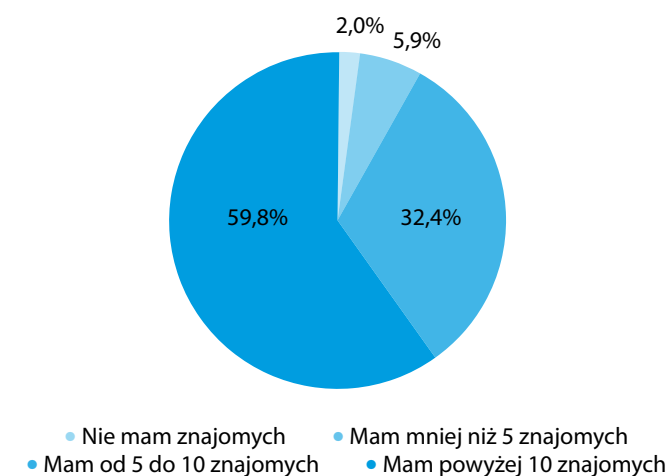
**Wykres 8.** Zmiany w zakresie kontaktów z rodziną w okresie pandemii COVID-19 (N=105)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Podobnie jak w przypadku relacji rodzinnych, badani zostali zapytani o wpływ pandemii COVID-19 na ich relacje towarzyskie, które mogą być szczególnie istotne, jak się wydaje, dla osób prowadzących jednoosobowe gospodarstwo domowe. Jak wynika z uzyskanych danych, badani nie mogli narzekać na brak takich kontaktów przed okresem pandemii. W badanej grupie jedynie 2 osoby stwierdziły, że nie posiadają znajomych, tymczasem najwięcej osób, bo aż ok. 60%, wskazało na posiadanie bardzo licznych grona znajomych, bo ponad 10 osób (wykres 9).

**Wykres 9.** Deklarowane przez badanych posiadane grono znajomych (N=105)

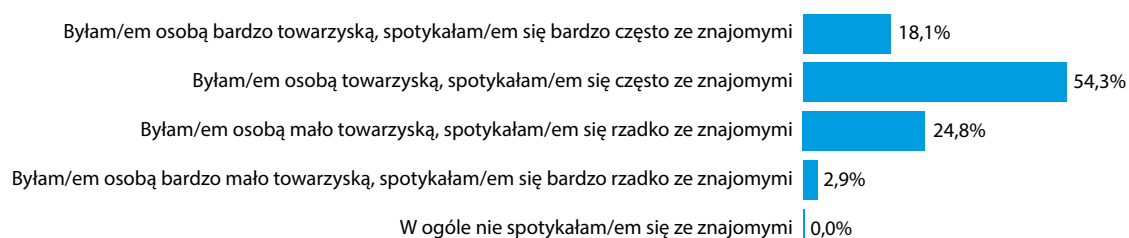


Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.



Liczba posiadanych znajomych przekładała się na kontakty towarzyskie, które były przed pandemią na ogół bardzo ożywione. W badanej grupie około 3/4 badanych określiło siebie jako osoby towarzyskie, nikt natomiast nie wskazał jakiegokolwiek braku kontaktu z innymi osobami (wykres 10).

**Wykres 10.** Ocena częstotliwości własnych kontaktów towarzyskich przed okresem pandemii (N=105)

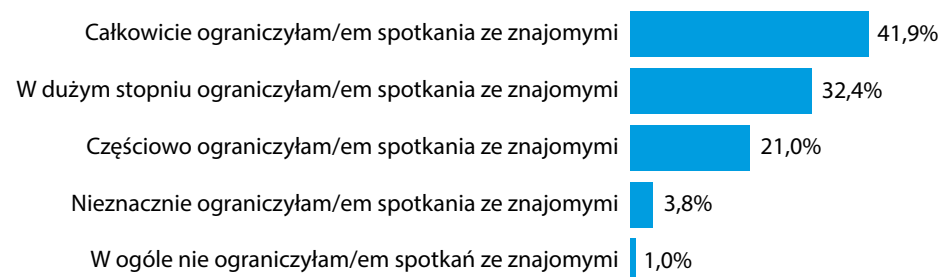


Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Podobnie jak w przypadku spotkań rodzinnych, również spotkania towarzyskie zostały przez osoby 55+ ograniczone, w tym ok. 3/4 badanych znacząco lub całkowicie ograniczyło takie kontakty, a 21% ograniczyło je częściowo. Jedynie bardzo mała grupa, tj. ok. 5% badanych, w niewielkim stopniu lub w ogóle takich kontaktów nie ograniczyło (wykres 11). Dane

te pokazują, że pandemia COVID-19 w ogromnym stopniu wpłynęła na życie codzienne osób 55+, na ich aktywności społeczne, relacje z bliskimi i znajomymi, co w dłuższej perspektywie może przynieść bardzo negatywne skutki natury fizycznej i przede wszystkim psychicznej.

**Wykres 11.** Wpływ pandemii COVID-19 na częstotliwość kontaktów towarzyskich osób 55+ (N=105)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Na kontakty rodzinne i koleżeńskie warto jednak spojrzeć z jeszcze innej perspektywy, a mianowicie jako na kapitał społeczny, który może być wykorzystany w sytuacjach szczególnie trudnych, jak na przykład choroba, która tym bardziej wydaje się dotkliwa w okresie pandemii COVID-19. Dodatkowo, jeśli przyczyną choroby byłoby zakażenie koronawirusem, wówczas zwłaszcza starsze osoby potrzebują pomocy osób z zewnątrz ze względu na przymusową izolację. W wypadku badanej grupy jedynie 18 osób zadeklarowało, że potrzebowało pomocy innych osób w okresie izolacji, z czego 17 osób taką pomoc uzyskało, a tylko 1 osoba jej nie otrzymała. Osobami, które udzieliły tej pomocy, byli niemalże zawsze członkowie rodzin, czasami natomiast sąsiedzi. W wypadku jednej osoby był to znajomy, a innej – wolontariusz.

### Weryfikacja hipotez

Badanie zweryfikowało postawione hipotezy:

1. Izolacja spowodowała pogorszenie fizycznego stanu zdrowia badanych – hipoteza potwierdzona częściowo; ok. 1/3 osób, które zadeklarowały występowanie u nich chorób przewlekłych, przyznała, że w czasie pandemii pogorszył się ich stan zdrowia.
2. Pandemia spowodowała trudności w dostępie do opieki medycznej – hipoteza potwierdzona; wśród trudności wymieniano: brak możliwości skorzystania z wizyty u lekarza specjalisty (27 wskazań), u lekarza pierwszego kontaktu (20 wskazań), trudności w dostępie do rehabilitacji (19 wskazań), brak możliwości wykonania badań (15 wskazań), niemożliwość wyjazdu do sanatorium (10 wskazań) oraz odwołanie zaplanowanego zabiegu (3 wskazania).
3. Pandemia wywołała lęk przed wizytami u lekarzy oraz zabiegami, co spowodowało, że badani zrezygnowali z planowanych wizyt i zabiegów – hipoteza nie została potwierdzona; 47 osób zadeklarowało ten

rodzaj lęku, zaś 52 badanych zaprzeczyło, że u nich wystąpił.

4. Izolacja wywołana pandemią spowodowała znaczące obniżenie częstości kontaktów towarzyskich wśród osób badanych – hipoteza potwierdzona; w tym 42% badanych całkowicie ograniczyło takie kontakty, 32,4% ograniczyło je znacząco, zaś 21% badanych ograniczyło je częściowo.
5. Izolacja wywołana pandemią spowodowała znaczące obniżenie częstości kontaktów rodzinnych wśród osób badanych – hipoteza potwierdzona; 27,6% badanych całkowicie ograniczyło, a 36,2% znacznie ograniczyło kontakty rodzinne.

### Ograniczenia badania

Badanie było przeprowadzone z wykorzystaniem ankiety internetowej, zatem jego zasięg był znacznie ograniczony. Biorąc pod uwagę ograniczenia w dostępie do internetu wśród osób starszych oraz ich relatywnie niski poziom kompetencji cyfrowych, badanie odznacza się nadreprezentacją osób z wysokimi kompetencjami w zakresie posługiwania się internetem i urządzeniami elektronicznymi. Może to zniekształcać wyniki, gdyż mimo izolacji osoby te nie odczuły tak bardzo ograniczeń spowodowanych pandemią ze względu na dostęp do internetu i możliwość korzystania z zajęć i spotkań online. Wykorzystanie ankiety internetowej w połączeniu z doborem próby opartym na metodzie kuli śnieżnej powoduje, że badania nie mają charakteru reprezentatywnego. Wyniki badania mogą być odnoszone jedynie do osób, które wzięły w nim udział.

### Dyskusja i wnioski końcowe

Z zebranych danych odnośnie do zdrowia badanych wynika, że niemal 80% z nich cierpi na choroby przewlekłe. W badaniu GUS mniej niż połowa badanych miała poczucie dobrego lub bardzo dobrego stanu zdrowia. W badaniu U. Kempieńskiej większość seniorów określiła

swój stan zdrowia jako średni lub zły. W cytowanych badaniach własnych ponad jedna trzecia respondentów odczuła pogorszenie stanu zdrowia podczas pandemii. W przekonaniu tych badanych główną przyczyną pogorszenia stanu ich zdrowia był brak możliwości skorzystania z wizyty u lekarza specjalisty. Część wskazała również brak możliwości wizyty u lekarza pierwszego kontaktu oraz trudności w dostępie do rehabilitacji. W badaniu przeprowadzonym przez Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej 67% respondentów miało problem z dostępem do opieki medycznej, głównie z dostaniem się do specjalistów.

Jeśli chodzi o zagrożenia związane z pandemią, to ok. 70% respondentów zaznaczyło, że obawia się zakażenia koronawirusem, co przekłada się na strach przed wizytą u lekarza czy wykonaniem zabiegu medycznego. Podobne dane uzyskano w badaniach CBOS z początku pandemii, w których strach przed zarażeniem się nowym wirusem zadeklarowało 75% respondentów powyżej 65. roku życia.


Pandemia spowodowała również u badanych skutki w zakresie zdrowia psychicznego. Prawie 69% z nich odczuło pogorszenie nastroju. Na stany lękowe i bezsenność skarżyła się ponad jedna trzecia respondentów. Zaawansowany wiek w połączeniu z wielochorobowością i/lub niepełnosprawnością sprzyja występowaniu depresji i stanów lękowych. Z danych GUS wynika, że co piąty badany w wieku ponad 60 lat, ponad jedna trzecia badanych w wieku ponad 70 lat i niemal połowa osób w wieku ponad 80 lat zauważyła u siebie objawy mogące świadczyć o depresji. Pandemia i związana z nią izolacja społeczna z pewnością pogłębiły problemy psychiczne dotyczące seniorów.

Z badań własnych wynika, że ponad 60% badanych przed pandemią utrzymywało regularne i bliskie kontakty z rodziną. Podobne dane uzyskała J. Borowik w swoich badaniach. Badani przez nią seniorzy utrzymują częste

i bardzo częste kontakty z innymi członkami rodziny, co przekłada się też na dwustronny transfer usług – od seniora dla rodziny i od rodziny dla seniora. Z kolei w badaniach U. Kempieńskiej wszystkie kobiety i 5 mężczyzn zadeklarowały czynny udział w opiece i wychowaniu wnuków. Tak więc rodzina w Polsce stanowi dla osób starszych ważne źródło wsparcia i zaspokajania potrzeb, nie tylko potrzeby opieki, ale i potrzeby bycia użytecznym. Zebrane dane potwierdzają, że pandemia znacznie ograniczyła możliwość kontaktów z rodziną.

Z badań wynika, że prawie 28% respondentów ograniczyło całkowicie kontakty rodzinne, a ponad 36% znacznie je ograniczyło. Jeśli chodzi o kontakty towarzyskie, to niemal 42% ograniczyło je całkowicie, zaś ponad 32% w znacznym stopniu. Jednocześnie prawie 36% przyznało, że w okresie *lockdownu* odczuwało samotność. Wyniki badań Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej są jeszcze bardziej niepokojące, gdyż w ich świetle 47,8% badanych przyznało się do odczuwania samotności, a wzrost jej odczuwania był jednym z trzech najczęściej wskazywanych problemów związanych z pandemią (*Zdrowie polskich seniorów w czasie pandemii*, 2020).

Ograniczenie kontaktów rodzinnych i towarzyskich w znacznym stopniu przyczynia się do izolacji oraz osamotnienia, które może być kompensowane jedynie w ograniczonym stopniu. W znacznie lepszej sytuacji są osoby posiadające kompetencje cyfrowe, gdyż mogą one podtrzymywać relacje z otoczeniem za pomocą internetu i telefonów komórkowych. Izolacja i związana z nią samotność stanowią poważny problem dla zdrowia psychicznego – badani deklarowali pogorszenie nastroju (68,7%) i stany lękowe (34,3%). 12,1% przyznała się do depresji. Samotność i osamotnienie zwiększają ryzyko śmierci wśród osób starszych, wpływają na pogłębianie ograniczeń funkcjonalnych oraz zwiększają ryzyko

depresji (Luo i in., 2012), wiążą się z nadużywaniem alkoholu, paleniem tytoniu, obniżeniem poziomu aktywności fizycznej, nieprawidłowym odżywianiem oraz spadkiem jakości snu w tej grupie, mogą powodować wzrost ciśnienia krwi, prowadzić do zespołów otępiennych oraz udarów, nowotworów, cukrzycy, infekcji i niedożywienia (Girzelska i in., 2018). 

### **Agnieszka Pawlak-Kałużyńska**

dr n. hum., socjolog, adiunkt w Zakładzie Socjologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Autorka publikacji (artykułów naukowych, rozdziałów w monografiach, współredaktorka monografii) z zakresu socjologii rodziny, socjologii migracji, socjologii zdrowia, choroby i medycyny oraz komunikacji społecznej. Recenzentka w krajowych czasopismach naukowych. Członkini Sekcji Socjologia Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Jej główne zainteresowania koncentrują się wokół takich zagadnień jak: wpływ migracji zarobkowej na życie rodzinne i zdrowie, profesjonalna komunikacja z różnymi grupami pacjentów i ich rodzinami oraz nauczanie kompetencji komunikacyjnych na kierunkach medycznych.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3450-5387>

#### **Afiliacja:**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
Katedra Nauk Humanistycznych  
Zakład Socjologii  
e-mail: [agnieszka.pawlak@umed.lodz.pl](mailto:agnieszka.pawlak@umed.lodz.pl)

**Paweł Przyłęcki** – dr n. hum., socjolog, historyk, adiunkt w Zakładzie Socjologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Autor publikacji z zakresu socjologii polityki, socjologii medycyny oraz kompetencji kulturowych. Członek Sekcji Socjologia Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Ewaluacyjnego. Recenzent w krajowych czasopismach socjologicznych.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9734-8518>

#### **Afiliacja:**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
Katedra Nauk Humanistycznych  
Zakład Socjologii  
e-mail: [pawel.przylecki@umed.lodz.pl](mailto:pawel.przylecki@umed.lodz.pl)

### **Magdalena Wieczorkowska**

dr n. hum. socjolog, kierownik Zakładu Socjologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Autorka publikacji (artykułów naukowych, rozdziałów w monografiach, współredaktorka monografii) z zakresu socjologii zdrowia i medycyny oraz socjologii ciała. Recenzent w krajowych i zagranicznych czasopismach. Jej główne zainteresowania koncentrują się wokół procesów medykalizacji, społecznego konstruowania ciała oraz starzenia się społeczeństwa.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5484-889X>

#### **Afiliacja:**

Uniwersytet Medyczny w Łodzi  
Katedra Nauk Humanistycznych  
Zakład Socjologii  
e-mail: [magdalena.wieczorkowska@umed.lodz.pl](mailto:magdalena.wieczorkowska@umed.lodz.pl)

### **Bibliografia**

- Błachnio, A., & Maliszewski, W. J. (2015). Przygotowanie do starości w rodzinie. *Wychowanie w Rodzinie*, XI(1), 179–190. <https://doi.org/10.23734/www20151.179.190>
- Borowik, J. (2015). Znaczenie relacji rodzinnych w życiu osób starszych. W: I. Taranowicz & S. Grotowska (red.), *Rodzina wobec wyzwań współczesności* (s. 139–150). Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Cybulska, A., & Pankowski, K. (2020a). *Skutki epidemii koronawirusa w życiu zawodowym i budżetach domowych. Komunikat z badań CBOS, 56/2020*. Pobrano z: [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K\\_056\\_20.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_056_20.PDF)
- Cybulska, A., & Pankowski, K. (2020b). *Życie codzienne w czasach zarazy. Komunikat z badań CBOS, 60/2020*. Pobrano z: [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K\\_060\\_20.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_060_20.PDF)

- Długosz, P. (2020). *Spoleczne skutki pandemii COVID-19 wśród Polaków*. Kraków. Pobrano z: [https://ifis.up.krakow.pl/wp-content/uploads/sites/9/2020/10/Spo%C5%82eczne-skutki-pandemii-w%C5%9Br%C3%B3d-Polak%C3%B3w\\_raport1.pdf](https://ifis.up.krakow.pl/wp-content/uploads/sites/9/2020/10/Spo%C5%82eczne-skutki-pandemii-w%C5%9Br%C3%B3d-Polak%C3%B3w_raport1.pdf)
- Girzelska, J., Głowacka, M., Wilk-Jeziorska, D., Malikowska, A., Dzięwulska, J., & Jasiówka, A. (2018). Prevention of loneliness and social isolation as a factor determining the health of a senior. *Pielęgniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century*, 17(4), 41–46. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2018-0030>
- Guner, T. A., Erdogan, Z., & Demir, I. (2021). The Effect of Loneliness on Death Anxiety in the Elderly During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Death and Dying*, 0(0), 1–21. <https://doi.org/10.1177/00302228211010587>
- Kempińska, U. (2015). Rola seniorów w rodzinie. *Pedagogika Społeczna*, XIV(4), 81–96.
- Księżopolska, K. (2015). W kierunku aktywizacji. O roli rodziny w życiu osoby w wieku senioralnym. W: J. Zimny (red.), *Rodzina. Fundamenty i pedagogia* (s. 571–579). Stalowa Wola: Katolicki Uniwersytet Lubelski.
- Kucharczyk, M. (2019). *Sytuacja społeczno-ekonomiczna seniorów. Komunikat z badań CBOS 129/2019*. Pobrano z: website: [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K\\_129\\_19.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_129_19.PDF)
- Luo, Y., Hawkey, L. C., Waite, L. J., & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 74(6), 907–914. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.028>
- Maj, K., & Skarżyńska, K. (2020). *Spoleczeństwo wobec epidemii*. Warszawa: Fundacja im. Stefana Batorego.
- Pankowski, K. (2020a). *Jak się chroniliśmy – zachowania Polaków w pierwszych dniach epidemii. Komunikat z badań CBOS, 42/2020*. Pobrano z: [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K\\_042\\_20.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_042_20.PDF)
- Pankowski, K. (2020b). *Poczucie zagrożenia u progu epidemii koronawirusa. Komunikat z badań CBOS, 40/2020*. Pobrano z: [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K\\_040\\_20.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_040_20.PDF)
- Sobolewska-Poniedziałek, E., & Niewiadomska, A. (2016). Dyskryminacja osób starszych na polskim rynku pracy – wyniki badań. *Problemy Zarządzania*, 14(2), t. 1: 73–92. DOI: 10.7172/1644-9584.59.5
- Stan zdrowia ludności Polski w 2019*. Warszawa: GUS. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,26,1.html>
- Szatur-Jaworska, B., Błędowski, P., & Dzięgielewska, M. (2010). *Podstawy gerontologii społecznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
- The workforce view in Europe 2018. (2018). ADP. Pobrano z: <https://www.adp.pl/assets/vfs/Domain-3/Workforce-View-2018/PL/ADP-Workforce-View-2018-PL.pdf>
- Zdrowie polskich seniorów w czasie pandemii*. (2020). Warszawa: Krajowy Instytut Gospodarki Senioralnej.

## **Selected aspects of the social and health functioning of people aged 55+ during the COVID-19 pandemic**

### **Abstract**

Since March 2020, due to the COVID-19 pandemic, we have faced a new political, economic and social reality. The changes caused by the pandemic and physical isolation did not bypass any part of society. The article focuses on the influence of coronavirus on the health of people aged 55 and older, their family and social relations, and the feeling of loneliness. It presents the results of a study concerning the everyday life of that group during the pandemic. The study was conducted in the second part of 2020, i.e., during the second wave of COVID-19 in Poland.

**Keywords:** older adults, pandemic, COVID-19, health, isolation, loneliness.



# ***Praca zdalna a zdrowie w czasach pandemii na przykładzie podmiotów procesu edukacji***

NATALIA GŁÓDŹ

UNIwersytet w Białymstoku

Małgorzata H. Herudzińska

Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie

## **Abstrakt**

Pandemia COVID-19, ogłoszona przez WHO 11 marca 2020 roku, wywarła wpływ na wszystkie obszary życia społecznego. Edukacja nie jest wyjątkiem: nagle i niespodziewanie proces kształcenia został przeniesiony na platformy wirtualne, co zrodziło wiele wyzwań i problemów dotyczących wszystkich jego uczestników (nauczycieli, uczniów i rodziców). Wśród problemów, które przyniosła nauczycielom zmiana funkcjonowania systemu edukacji, należy wymienić (choć nie jest to pełna lista): stres i zmęczenie związane ze zdalnym nauczaniem, zwiększenie czasu przeznaczanego na pracę zawodową, wydłużenie czasu spędzanego przed komputerem, nadmierną konsolidację życia zawodowego i osobistego (praca w domu), pogorszenie kondycji fizycznej i psychicznej. Czas pandemii zazwyczaj nie sprzyja ani kontynuacji, ani podejmowaniu przez nauczycieli zachowań prozdrowotnych.

## **Słowa kluczowe:**

pandemia, edukacja zdalna, zachowania zdrowotne, nauczyciel, uczeń, student.

## Wprowadzenie

Podawanie ręki przy powitaniu, przemieszczanie się komunikacją miejską, spotkanie się ze znajomymi, częste wychodzenie z domu, częste przemieszczanie się pieszo, dotykanie powierzchni w miejscach publicznych, częstotliwość mycia rąk, częstotliwość używania środków dezynfekujących, częstotliwość śledzenia bieżących informacji w mediach – to zachowania Polaków, które – jak czytamy w pierwszej części raportu *Życie codzienne w czasach pandemii* (Drozdowski, Frąckowiak, Krajewski, Kubacka, Modrzyk, Rogowski, Rurai Stamm, 2020, s. 15–16) – uległy zmianom wraz z ogłoszeniem w dniu 20 marca 2020 roku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii. Pandemia zakaźnej choroby COVID-19 wywołanej przez koronawirusa SARS-CoV-2 to dla wszystkich ludzi na świecie traumatyczne doświadczenie; stanowi ona także największe od wielu lat wyzwanie dla systemu służby zdrowia (Deloitte, 2020). Rok 2020 był przełomowy w wielu wymiarach życia społecznego; stał się źródłem licznych wyzwań, problemów, niepewności i trosk. Ponad połowa Polaków (59%) miała wówczas poczucie, że pandemia jest czymś bezprecedensowym (CBOS, 2020a, s. 1). Trudno w zwięzły sposób scharakteryzować minione miesiące. Wiązą się one np. z ograniczonym dostępem do służby zdrowia; zamknięciem szkół, uczelni, infrastruktury sportowej, galerii handlowych czy restauracji, kin i teatrów, a także hoteli; śmiercią; noszeniem maseczek; smogiem informacyjnym; w zależności od sytuacji epidemicznej: wprowadzaniem przez polski rząd kolejnych obostrzeń, łagodzeniem wybranych obostrzeń, ponownym ich wprowadzaniem...

W tym czasie zmienił się m.in. sposób wykonywania pracy przez Polaków (Drozdowski i in., 2020, s. 14). Jednym z przekształceń w sferze pracy jest jej świadczenie z domu, co charakteryzowało ponad jedną piątą osób pracujących

1 marca 2020 r. Sytuacja ta dotyczyła przede wszystkim pracowników wykształconych, zajmujących raczej kierownicze lub specjalistyczne stanowiska oraz niektórych zawodów i miejsc pracy (CBOS, 2020b, s. 7). Wśród przedstawicieli tych zawodów są nauczyciele. Anthony Giddens (2012, s. 874) pisał, że (...) *Tylko niewielu pedagogów uznaje technologię informacyjną za środek, który mógłby zastąpić naukę w szkole i obcowanie z żywym nauczycielem. Przed nauczycielami stoi wyzwanie polegające na włączeniu nowych technik informacyjnych w proces edukacyjny w sensowny i kształcący sposób*. Tymczasem niespodziewanie – z dnia na dzień – w marcu 2020 z powodu pandemii koronawirusa nauczanie zdalne stało się udziałem wszystkich podmiotów procesu edukacji, w tym: nauczycieli (zatrudnionych w systemie oświaty i akademickich), uczniów i studentów; od samego początku towarzyszyło mu doświadczenie **społecznej izolacji**<sup>1</sup>. Nowy rok szkolny, a także rok akademicki 2020/2021 w zasadzie również upłynęły pod znakiem edukacji zdalnej<sup>2</sup>. Pandemia nie

1 W bardzo dużym skrócie: pierwsze obostrzenia polski rząd wprowadził już 10 marca 2020. Od 20 kwietnia do 30 maja 2020, w czterech etapach, znoszono wybrane ograniczenia, w dniu 25 marca 2021 – w związku z III falą pandemii – rząd polski ponownie wprowadził obostrzenia. W całym wspomnianym powyżej okresie nauczyciele – w zależności od miejsca pracy (szkoła podstawowa, ponadpodstawowa, uczelnia wyższa) wykonywali obowiązki zdalnie lub częściowo w tej formie. Informacje dotyczące działań podejmowanych przez rząd polski w walce z koronawirusem są dostępne np. w serwisie Rzeczypospolitej Polskiej: <https://www.gov.pl/web/koronawirus/kolejne-kroki>. Inne źródła: [https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/kalendarium-2020\\_18032021-do-publ.pdf](https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/kalendarium-2020_18032021-do-publ.pdf)

2 1 września 2020 r. nowy rok szkolny rozpoczął się tradycyjnie (stacjonarnie) i w reżimie sanitarnym. Jednak większość uczniów uczęszczała do szkół nie dłużej niż dwa miesiące. W listopadzie 2020 premier Mateusz Morawiecki ogłosił decyzję o zamknięciu wszystkich szkół.

Od 4 maja 2021 uczniowie stopniowo wracali do szkół (edukacja w trybie stacjonarnym została

doprowadziła do przerwania procesu kształcenia w Polsce. Nauczyciele (...) *Pomimo poczucia braku przygotowania i braku zorganizowanego wsparcia administracyjnego, (...) poradzili sobie z zachowaniem ciągłości nauczania na miarę dostępnych możliwości, przenosząc edukację do świata cyfrowego* (Plebańska, Szyller i Sieńczewska, 2020, s. 13–14). Dodajmy, że od dawna wyniki badań potwierdzają, iż pracę nauczyciela cechuje duże obciążenie stresowe (Marten, 2007; Garbarcik, 2018), a pandemia i jej pokłosie (nie tylko w sferze zawodowej) obciążenie to może czynić – pośrednio czy bezpośrednio – jeszcze większym.

Rodzi się zatem niezwykle istotne pytanie o to, jakie konsekwencje dla podmiotów procesu edukacji (nauczycieli, uczniów i studentów) zrodziły i rodzą nakreślone powyżej warunki pracy oraz nauki. W niniejszym artykule uwagę skupiliśmy na tych, które związane są ze sferą zdrowia. Jak wykazały badania ogólnopolskie, to właśnie zdrowie jest tym obszarem, wokół którego najczęściej (obok lęku przed destabilizacją sytuacji

przywrócona w pierwszej kolejności dla najmłodszych uczniów, od 17 maja uczniowie klas 4–8 szkoły podstawowej oraz uczniowie szkół ponadpodstawowych rozpoczęli naukę w trybie hybrydowym, a od 31 maja wszyscy uczniowie wrócili do nauki w trybie stacjonarnym), natomiast większość zajęć dla studentów uczelni wyższych od 19 października 2020 odbywała się nieprzerwanie w trybie zdalnym; na mocy rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki w okresie od 27 lutego 2021 r. do 30 września 2021 r., funkcjonowanie uczelni i podmiotów prowadzących kształcenie doktorantów podlegało nadal ograniczeniu. Por.: <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/harmonogram-powrotu-uczniow-do-stacjonarnej-nauki-w-szkolach-i-placowkach>; <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/ograniczenie-prowadzenia-zajec-w-siedzibie-uczelni-od-19-pazdziernika-w-zwiazku-z-covid-19>; <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/nowe-rozporzadzenie-ministra-edukacji-i-nauki-w-sprawie-czasowego-ograniczenia-funkcjonowania-niektorych-podmiotow-systemu-szkolnictwa-wyzszego-i-nauki-w-zwiazku-z-zapobieganiem-przeciwdzialaniem-i-zwalczaniem-covid-19>

własnej, najbliższych, kraju oraz przed ograniczeniami różnych wolności) koncentrują się obawy Polaków (CBOS, 2020c). Wykazały także, że epidemia poważnie wpłynęła na podejście obywateli naszego kraju do zdrowia, bowiem ponad połowa badanych (53,3%) przyznała, że dba o nie bardziej niż w analogicznym okresie poprzedniego roku, nieco rzadziej (44%) – że dba o zdrowie tak samo jak przed rokiem, a najrzadziej (1,8%) – że trochę mniej lub o wiele mniej (IBRiS, 2020).

Według WHO zdrowie to pełen dobrostan fizyczny, psychiczny oraz społeczny, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawności. W literaturze przedmiotu wspomina się o dwóch podstawowych dziś modelach zdrowia: biomedycznym oraz holistycznym (por. np. Piontek i Macha, 2016, s. 231–232). Ocenia się, że drugi z wymienionych uzyskuje dominującą pozycję; definiuje on zdrowie w następujących obszarach: fizycznym (biologiczne funkcjonowanie organizmu), psychicznym (poznawcze i emocjonalne funkcjonowanie organizmu), społecznym (zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji międzyludzkich) oraz duchowym (związanym z osobistymi przekonaniami, wierzeniami, praktykami religijnymi) (Ostrzyżek, Marcinkowski, 2012, za: Piontek i Macha, 2016, s. 232). (...) *Dobre zdrowie – zasadnicze dla rozwoju zarówno społecznego, jak i ekonomicznego – jest żywotną, konieczną i niezbędną sprawą dla każdej osoby, rodziny i społeczności. Słabe zdrowie to utrata potencjalnych możliwości, co powoduje zwątpienie i brak nadziei, a także ogranicza zasoby innych sektorów życia społecznego. Umożliwianie ludziom zwiększania kontroli nad własnym zdrowiem, a także jego determinantami, umacnia społeczności i poprawia jakość życia. Końcowe efekty zależą jednak w znacznym stopniu od aktywności własnej ludzi* (Opolski i Wysocki, 2013, s. 88–89). Dziś słowa te nabierają szczególnego znaczenia, bowiem od momentu, w którym ogromnej zmianie uległa nasza codzienność – minęło

już ponad półtora roku i nie ogłoszono jeszcze końca pandemii. Specjaliści uważają, że stan zdrowia człowieka w znacznym stopniu zależy od preferowanych zachowań w obszarze zdrowia, a w literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji zachowań zdrowotnych (Słopecka i Cieślík, 2011). Przykładowo (...) *wszelkie zachowania lub ich brak, które mają związek ze zdrowiem i samopoczuciem człowieka* (Gruszczyńska, Bąk-Sosnowskai Plinta, 2015, s. 559), definiuje się jako zachowania zdrowotne. W ich ramach wyróżnia się zachowania prozdrowotne oraz antyzdrowotne. Pierwsze (...) *służą wspieraniu zdrowia, zapobieganiu chorobom oraz wspomagananiu powrotu do zdrowia*, a drugie (...) *przyczyniają się do powstania zaburzeń stanu zdrowia, negatywnych oddziaływań w sferze emocjonalnej, fizycznej i psychospołecznej* (Gruszczyńska i in., 2015, s. 558). Na użytek prezentowanej publikacji przyjęliśmy, że przejawem zachowań prozdrowotnych jest, po pierwsze, racjonalne odżywianie się, czyli: odpowiednia liczba spożywanych posiłków, która w przypadku osób dorosłych powinna wynosić 3 dziennie (Gruszczyńska i in., 2015, s. 561); unikanie jedzenia tuż przed snem; dbanie o jakość spożywanych produktów – unikanie spożywania tzw. fast foodów oraz słodzonych napojów gazowanych. Po drugie, są to pozytywne praktyki zdrowotne: uprawianie sportu, ćwiczeń fizycznych i innych aktywności, w tym (obok biegania, pływania, jazdy na rowerze, gier zespołowych etc.) także spacerowanie co najmniej godzinę dziennie. Po trzecie, są to zachowania związane z działalnością prewencyjną: wykonywanie profilaktycznych badań lekarskich i profilaktyczne wizyty u stomatologa, zażywanie wzmacniających preparatów witaminowych, ziołowych. Po czwarte, jest to unikanie używek: kawy, alkoholu, palenia tytoniu. Po piąte, jest to odpowiednia liczba godzin snu, która dla dorosłego człowieka powinna wynosić 7–8 godzin dziennie (Gruszczyńska i in., 2015, s. 561).

Po szóste, jest to unikanie sytuacji stresowych. Przejawami zachowań antyzdrowotnych jest postępowanie przeciwne do wyżej wymienionych wyznaczników aktywności służących zdrowiu. Warto w tym miejscu dodać, że (...) *W kwestii barier w utrzymaniu zdrowia ustalono pewną „trwałą” (stałą) listę zachowań, głównie o charakterze negatywnym, uznana za istotną dla zdrowia. Zaliczono do nich: niewłaściwe odżywianie się, niewystarczającą aktywność fizyczną, nadmierną konsumpcję używek, niewłaściwe zachowanie w sytuacjach stresowych* (Słopecka i Cieślík, 2011, s. 79).

Podjmiemy próbę udzielenia odpowiedzi na ogólne pytanie o to, jakie konsekwencje zdrowotne dla podmiotów procesu edukacji (nauczycieli, uczniów i studentów) rodzą – wskutek pandemii – zmiany w systemie edukacji, a przede wszystkim raptowne przeniesienie edukacji na platformy wirtualne. Artykuł składa się z dwóch części. W pierwszej, opierając się na danych zastanych, zastanowimy się nad zaletami, wadami i ograniczeniami nauczania zdalnego w czasach pandemii oraz jego konsekwencjami zdrowotnymi dla podmiotów procesu edukacji. W drugiej, wykorzystując dane wywołane, udzielimy odpowiedzi na ogólne pytanie o to, jakie konsekwencje dla zdrowia nauczycieli akademickich rodzi – wskutek pandemii – zmiana funkcjonowania uczelni wyższych. Listę pytań szczegółowych współtworzą następujące: Czy (przedłużający się) stan pandemii sprzyja podejmowaniu (lub kontynuacji) indywidualnych działań służących zdrowiu, czyli działań prozdrowotnych? A może – przeciwnie – skłania do podejmowania działań antyzdrowotnych? Jak nauczyciele akademicki oceniają swój stan zdrowia, kondycję psychiczną i fizyczną w porównaniu z czasem sprzed pandemii? Jak oceniają obecne warunki pracy zawodowej? Jakie uczucia towarzyszą badanym w związku z ich zmianą? Jak oceniają swoje relacje z innymi ludźmi? Czego im najbardziej brakuje?

## Edukacja zdalna w czasach pandemii i jej konsekwencje zdrowotne dla nauczycieli, uczniów i studentów

Nauczanie zdalne towarzyszy procesowi edukacji nie od dziś, ma niewątpliwe zalety, a także wady, o których mówi się od wielu lat (por. np. Nycz i Smok, 2004; Smal, 2009). Ocenia się, że (spowodowana wybuchem pandemii) nagła zmiana formy nauczania – z tradycyjnej na zdalną – przyniosła korzyści, ale ich lista nie jest długa. (...) *Zaliczyć do nich można chociażby brak konieczności dojazdu do szkoły czy uczelni, które w małych miejscowościach są istotną barierą uczestnictwa w nauce. (...) Niewątpliwym pozytywem jest także to, że wielu nauczycieli, zarówno szkolnych, jak i akademickich, w sposób wymuszony przez sytuację szybko musiało opanować nowoczesne technologie* (Jemieliński, 2020, s. 34). Raport z badań ogólnopolskich wykazuje, że co czwarty rodzic dostrzega pozytywne aspekty edukacji zdalnej dla swoich dzieci-uczniów, przy czym najczęściej jest to rozwój umiejętności informatycznych, ale podkreślić trzeba, iż jedynie 2% rodziców nie widzi jej negatywnych konsekwencji (CBOŚ, 2021b, s. 10).

Dosyć szybko okazało się, że pomimo ogromnych możliwości dla przebiegu edukacji zdalnej (duży wybór narzędzi cyfrowych służących do prowadzenia zajęć online, platform e-learningowych, cyfrowych zasobów edukacyjnych) stała się ona wyzwaniem i dla instytucji zajmujących się nauczaniem, i dla nauczycieli czy uczniów (Plebańska i in., 2020, s. 3; Pikuła, Jagielska i Łukasik, 2020). Do czynników determinujących tę sytuację można zaliczyć przede wszystkim szereg kwestii społecznych związanych z edukacją na odległość, a także: wyposażenie placówek pod względem technicznym, dostęp do sprzętu oraz Internetu w gospodarstwach domowych, poziom kompetencji cyfrowych nauczycieli

i uczniów, dostępność cyfrowych materiałów dydaktycznych czy metodykę nauczania online (Plebańska i in. 2020, s. 3; Pikuła i in., 2020; Centrum Cyfrowe, 2020). Również rodzice, jak już powyżej sygnalizowano, dostrzegają trudności związane z nauczaniem zdalnym. Dodać można, że: łatwość rozluźnienia kontaktu między nauczycielem i uczniem z przyczyn technologicznych, syndrom samotności w sieci, odpersonalizowanie kształcenia (brak bezpośredniego kontaktu fizycznego między uczniem a nauczycielem), brak możliwości stosowania technik bezpośredniego przymusu (motywacji) ze strony nauczyciela – to przykłady wad, które już wcześniej przypisywano wszechobecnemu dziś kształceniu na odległość, wykorzystującemu nowoczesne technologie informatyczne (Jakubczak, 2008, s. 406).

(...) *Wiele osób wyobraża sobie, że praca zdalna to czysta przyjemność – pisanie na laptopie na plaży na Bahamach przy rześkiej bryzie. W rzeczywistości praca zdalna wymusiła gwałtowne zerwanie bariery praca-dom, pogłębiła lukę cyfrową i nierówność, a także uprzytomniła, że wcale nie jest łatwo osiem godzin pracować przy komputerze, kiedy trzeba jednocześnie ugotować obiad, zrobić pranie i pomóc znudzonemu dziecku w zajęciu się sobą* (Jemieliński, 2020, s. 35). Wskazuje się, że zjawiska związane z rozwojem technologii informacyjno-komunikacyjnych, takie jak dominująca dziś w pracy nauczycieli praca zdalna czy komunikowanie się za pomocą narzędzi ekranowych, powodują m.in. zaciernie się granicy między pracą zawodową a życiem prywatnym, wydłużanie się czasu, który spędzany jest przed ekranem, co w konsekwencji może prowadzić do uzależnienia od komputera i Internetu czy rodzić problemy z utrzymaniem cyfrowej higieny (Ptaszek, Stunża, Pyżalski, Dębski i Bigaj, 2020a, s. 76–77). Nieutrzymywanie odpowiedniego poziomu tej higieny rodzi wiele konsekwencji, które przede wszystkim dotyczą zdrowia psychicznego, a także zdrowia somatycznego,

w przypadku którego wskazuje się na: bóle kręgosłupa, zespół powtarzających się urazów wynikających z przewlekłego przeciążenia układu mięśniowo-stawowego (bóle ramion, przedramion, nadgarstków, dłoni), szum w uszach, wysychanie gałek ocznych, problemy ze snem (Ptaszek i in., 2020a, s. 79).

Diagnozy dotyczące funkcjonowania systemu edukacji w czasie epidemii budzą niepokój. Ukazują one m.in., że chociaż dzieci i młodzież są tą grupą, która jest stosunkowo najmniej zagrożona ciężkim przebiegiem koronawirusa, to jednocześnie mocno dotyka ją konsekwencje psychiczne, emocjonalne oraz rozwojowe przedłużającej się pandemii, co potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych przez Instytut Profilaktyki Zintegrowanej (wśród uczniów, nauczycieli i rodziców w roku 2020 i 2021) na zlecenie Ministerstwa Edukacji i Nauki (Grzelak i Żyro, 2021). Tymczasem, jak piszą autorzy raportu ze wspomnianych badań, wypełnianie roli wychowawczej przez rodziców i nauczycieli jest w czasie epidemii znacznie utrudnione. Wynika to z tego, że oni również znajdują się w sytuacji kryzysowej, której źródłem są: zagrożenia epidemiczne, izolacja, zdalne nauczanie i praca zdalna (Grzelak i Żyro, 2021, s. 9). Główna rekomendacja, którą zawarto w tym sprawozdaniu, wskazuje na to, że priorytetem systemu edukacji powinny stać się działania wychowawcze, profilaktyczne i pomocowe na rzecz wsparcia psychicznego dzieci i młodzieży nie tylko w obecnej fazie trwania pandemii, ale również po jej wygaśnięciu (Grzelak i Żyro, 2021, s. 10). W marcu 2021 roku Minister Edukacji i Nauki Przemysław Czarnek zapowiedział uruchomienie „Programu wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniów i nauczycieli”<sup>3</sup>.

3 Szczegółowe informacje są dostępne na stronie: <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/program-wsparcia-psychologiczno-pedagogicznego-dla-uczniow-i-nauczycieli>

W odniesieniu do uczelni wyższych i instytucji naukowych odpowiedzią na sytuację, w której znalazły się one wskutek pandemii, były tarcze antykryzysowe (obejmujące rozwiązania dla całej polskiej gospodarki): Tarcza 1.0, Tarcza 2.0, Tarcza 3.0 oraz Tarcza 4.0<sup>4</sup>. Należy podkreślić, że wiele uczelni wyższych oferuje wsparcie psychologiczne dla swojej społeczności (Bojarska, Chabko, Gadomska, Grochowski, Iwaniec, Kubacka, Sobolewska i Waleczko, 2020), a w związku z obecną i trwającą już ponad półtora roku sytuacją uruchamiane są dodatkowe porady psychologiczne i psychiatryczne, w tym pomoc psychologiczna online. Wskazuje się, że pandemia jest doświadczeniem szczególnie trudnym dla studentów a zarazem jak twierdzi Agata Igielska z Poradni Rozwoju Osobistego na Uniwersytecie Przyrodniczym we Wrocławiu: (...) *Znacznie trudniejszym niż dla kadry akademickiej czy pracowników administracji uczelni*<sup>5</sup>. Opinię tę potwierdzają wyniki badań ogólnopolskich, które nie napawają optymizmem: samopoczucie Polaków w 2020 roku uległo, w porównaniu do roku 2019, wyraźnemu pogorszeniu,

cieli-w-pandemii?fbclid=IwAR0SeToTvRQAVu\_ eff8YSVH9FCALcNScxXsJaqP6G3Yn4izkcKfpuDlwbS0

4 Szczegółowe informacje są dostępne na stronie: <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/tarcze-dla-srodowiska-naukowego-i-akademickiego-podsumowanie-zmian>

5 <https://upwr.edu.pl/aktualnosci/psycholog-i-covid--jak-pomoc-studentowi-w-kryzysie-3387.html>  
Badania internetowe przeprowadzone przez Katarzynę Jach i Annę Borkowską, dotyczące strategii studentów w radzeniu sobie podczas edukacji zdalnej oraz oceny przygotowania i skuteczności uczelni w edukacji online (objęły one 5% społeczności studenckiej na Politechnice Wrocławskiej) ukazały, że poważnym problemem jest stan emocjonalny studentów spowodowany zarówno epidemią, jak i negatywnymi doświadczeniami, dystansem społecznym, poczuciem samotności, znużenia i wyczerpania. W ocenie studentów obecna oferta pomocy psychologicznej jest niewystarczająca i trudno dostępna. Por. <https://pwr.edu.pl/uczelnia/aktualnosci/nauka-w-czasach-pandemii-11718.html>

a szczególną uwagę zwracają osoby najmłodsze – w wieku 18–24 lat: poczucie bezradności, depresji, zniechęcenia i znużenia to emocje, których ta właśnie grupa doświadczała wyraźnie częściej niż pozostali respondenci, przy czym częstość odczuwania depresji, bezradności i znużenia osiągnęła wśród nich najwyższy poziom na przestrzeni ostatnich dwóch dekad (CBOS, 2021a).

Problemem nauczycieli w czasie pandemii jest stres i zmęczenie związane ze zdalnym nauczaniem – potwierdzają to na przykład badania opublikowane przez Centrum Cyfrowe (Buchner i Wierzbicka, 2020). Wśród dostępnych, aktualnych publikacji dotyczących edukacji zdalnej w obecnych, specyficznych uwarunkowaniach i odsłaniających jej negatywne konsekwencje dla nauczycieli, warto przywołać także tę, która przedstawia wyniki badań przeprowadzonych w roku 2020 w 34 szkołach podstawowych i ponadpodstawowych z całej Polski – badaniami objęto 671 nauczycieli, 1284 uczniów i 979 rodziców (Ptaszek i in., 2020a; Ptaszek, Bigaj, Dębski, Pyżalski i Stunża, 2020b). Ukazały one m.in., że prawie co trzeci nauczyciel musiał, w związku z edukacją zdalną, zakupić nowy sprzęt oraz dodatkowy transfer danych internetowych; że edukacja zdalna, w porównaniu z edukacją stacjonarną, to dla przeważającej liczby nauczycieli: większa ilość czasu poświęcanego na przygotowanie się do prowadzonych lekcji; zmiana sposobu planowania czasu na przygotowanie się do zajęć; duże koszty psychiczne i emocjonalne związane z adaptacją do nowej sytuacji. Nauczyciele raczej nie cieszyli się z tego, że mogą prowadzić zajęcia online. Najczęściej doświadczanym przez nich stanem było zdenerwowanie, ale zdarzało się (w przypadku 3–6% badanych), że towarzyszyło im także uczucie smutku, przygnębienia, samotności czy chęci płaczu. Należy podkreślić, że obniżenie samopoczucia psychicznego oraz fizycznego dotyka przede wszystkim

nauczycieli: 65,3% deklarowało, że czuje się psychicznie dużo gorzej lub trochę gorzej w porównaniu do czasu sprzed zamknięcia szkół, a 67,7% – że czuje się gorzej fizycznie. W ciągu ostatnich 30 dni prawie co piąty z nich (16%) więcej niż kilkanaście razy odczuwał brak energii do działania, a 13% było przygnębionych oraz pozostawało w złym nastroju, miało trudności w zasypianiu (74%). Badani często lub bardzo często odczuwali rozdrażnienie z powodu ciągłego używania komputera (67%) czy potrzebę bycia niedostępnym dla nikogo w sieci (59%). To nauczycieli, w porównaniu z uczniami, dotyczył wyższy poziom braku higieny cyfrowej. Dla wielu z nich czas pandemii wiązał się ze znaczącym pogorszeniem istotnych relacji w zespołach pracowniczych. Wielu badanych odczuwało także pogorszenie jakości relacji domowych (aczkolwiek nie było ono powszechne), które ściśle wiązało się z istotnymi wskaźnikami zdrowia psychicznego (dostrzegały je osoby czujące się gorzej emocjonalnie i doświadczające większej liczby zaburzeń somatycznych). Nauczyciele w okresie pandemii więcej czasu poświęcali na te aktywności, które zakłócają dobrostan – np. siedzenie do późna w nocy (40%) czy kłótnie z rodziną (10%), spory odsetek rzadziej podejmował te aktywności, które ów dobrostan wspierają, bowiem np. 38% badanych poświęcało mniej czasu na wspólne działania z rodziną, a 55% mniej czasu na uprawianie sportu. Należy w tym miejscu podkreślić, że brak ruchu (obok wielu innych czynników) nie sprzyja dobremu zdrowiu. Aktywność ruchowa jest drogą do zrównoważonego, wszechstronnego rozwoju człowieka, (...) *kształtuje organizm ludzki i jest najbardziej kompleksowym czynnikiem warunkującym zdrowie i prawidłowy rozwój* (Kozłowska, Sokołowska i Ryszkowski, 2017, s. 5).

Dostępne wyniki badań nie są źródłem pełnej odpowiedzi na pytanie o to, jakie zachowania mające na celu ochronę własnego

zdrowia podejmują (bądź nie) nauczyciele w czasach zmiany funkcjonowania systemu edukacji. Dlatego zagadnienie to objęły zrealizowane przez nas badania empiryczne, które przeprowadzono wśród nauczycieli akademickich. Wybór tej kategorii społecznej wynikał z obserwacji wielu niepokojących zjawisk związanych ze zmianą funkcjonowania uczelni wyższych w Polsce z powodu pandemii, w tym tych dotyczących samopoczucia osób z grupy zawodowej, do której także należą autorki niniejszego artykułu. Ze względu na deficyt aktualnych i dostępnych badań zrealizowanych wśród nauczycieli akademickich w obszarze badawczym zbliżonym do wybranego przez nas, poniższe opracowanie ma charakter eksploracyjno-opisowy.

### Założenia metodologiczne i realizacja badań własnych. Charakterystyka badanej próby. Wyniki badań

Badania własne zostały przeprowadzone w sieci na przełomie kwietnia i maja 2021 roku. Dobór próby w ramach badań miał charakter celowy: wzięli w nich udział nauczyciele akademicy, którzy pozytywnie odpowiedzieli na zaproszenie do wypełnienia kwestionariusza ankiety online. Do jego utworzenia wykorzystano Formularz Google, natomiast kwestionariusz składał się z siedmiu pytań, obejmujących następujące zagadnienia: sytuacja zawodowa (miejsce pracy, dziedzina nauki, stanowisko, pełnione funkcje, staż pracy, czas pracy, tryb pracy, ocena warunków pracy); subiektywna ocena zdrowia, kondycji fizycznej i psychicznej przed pandemią i w czasie pandemii; wzory zachowań zdrowotnych przed pandemią i w czasie pandemii; subiektywna ocena relacji z innymi ludźmi (rodzina, znajomi); najistotniejsze potrzeby nauczycieli w obecnych warunkach pracy zdalnej. Całość zamykała metryczka. W narzędziu badawczym,

w części dotyczącej zachowań zdrowotnych, wykorzystano pytania CBOS (2016, s. 11–12). Przypuszczamy, że czas pandemii był czynnikiem, który w znacznym stopniu przyczynił się do niewielkiej liczby uzyskanych odpowiedzi, która wyniosła 109 (wszystkie zostały zakwalifikowane do dalszej analizy). Uzyskane wyniki badań wydają się w pewnej mierze potwierdzać tę tezę, bowiem np. respondenci oceniają, że w związku z pandemią nie tylko mają mniej wolnego czasu, ale także wzrosła liczba godzin przeznaczanych na pracę zawodową.

Spółeczno-demograficzna charakterystyka uczestników badania. Wśród respondentów dominowały kobiety (80 osób), a także: mieszkańcy środowisk miejskich (104 osoby), badani żyjący w związkach (87 osób, w tym najczęściej w związkach małżeńskich – 78, znacznie rzadziej partnerskich – 9), osoby posiadające dzieci (70 przypadków), osoby w wieku 40–49 lat, osoby prowadzące wieloosobowe gospodarstwa domowe. Dodać należy, że w nielicznych przypadkach (16) respondenci mieszkają z kimś, kto wymaga ich stałej opieki (np. osoba starsza, osoba z niepełnosprawnością).

Sytuacja zawodowa. Niemal wszyscy badani (108 osób) to pracownicy uczelni państwowych, najczęściej: przedstawiciele dziedziny nauk społecznych (70 osób; zaznaczmy, że w badaniach brali udział reprezentanci wszystkich dziedzin nauki), zatrudnieni na stanowisku adiunkta. Ponad jedna trzecia badanych (38 osób) pełni określone funkcje na uczelni<sup>6</sup>. Średnia stażu pracy w zawodzie

6 Zgodnie z udzielonymi odpowiedziami: dyrektora danej jednostki, zastępcy dyrektora, prodziekana, dziekana, kierownika katedry, kierownika pracowni, przewodniczącego komisji wydziałowych, pełnomocnika dziekana, członka senatu, członka komisji senackiej, członka rady dyscypliny, zastępcy przewodniczącego rady naukowej dyscypliny, koordynatora wydziału np. do spraw współpracy międzynarodowej czy praktyk studenckich, członka wydziałowej komisji do spraw promocji lub innych komisji, opiekuna koła, pełnomocnika instytutu do

nauczyciela akademickiego wyniosła 17,1 lat. Więcej niż połowa ankietowanych prowadzi zajęcia dydaktyczne ponad pensum wyznaczone w danej grupie pracowników (56 osób), ponad jedna trzecia (46) – w wymiarze zgodnym z pensum, a jedynie 5 respondentów ma je obniżone ze względu na pełnione funkcje. Niemal trzy czwarte badanych (80 osób) wykonuje obowiązki zawodowe i w dni powszednie, i w czasie weekendów. Ponad trzy czwarte prowadzi zajęcia dydaktyczne w formie zdalnej (80 osób), pozostali – w formie hybrydowej.

Dom jest miejscem wykonywania obowiązków zawodowych (dydaktycznych, naukowych i organizacyjnych) dla niemal wszystkich badanych, przy czym najwięcej nauczycieli (42) wykonuje obowiązki zawodowe tylko w domu, mniej – zarówno w domu, jak i na uczelni (28), jeszcze mniej – przeważnie w domu (24), a najmniej – przeważnie na terenie uczelni (10). Trzy czwarte badanych (82 osoby) ocenia, że warunki mieszkaniowe pozwalają im na ich wykonywanie, a nieco mniej (77), że pozwala na to sytuacja rodzinna. Dodajmy, że ponad połowa (53 osoby) czuje się bardziej, niż przed pandemią, obciążona obowiązkami zawodowymi. W przypadku dwóch trzecich respondentów (73) w domu, oprócz nich samych, również inne osoby wykonują swoje obowiązki (zawodowe, szkolne) w formie zdalnej. Zdecydowana większość nauczycieli (80 osób) ocenia, że w czasie pandemii wzrosła liczba godzin przeznaczanych na pracę zawodową. Dodać należy – co ma związek z ustosunkowaniem się badanych do powyższej kwestii – że większość z nich (70 osób) nie zgadza się ze stwierdzeniem, iż obecnie dysponuje większą liczbą godzin czasu wolnego niż przed pandemią. Należy także wspomnieć, że w ocenie zdecydowanej większości badanych (85)

spraw ECTS, członka zespołów roboczych, członka zespołu zadaniowego do spraw zapewnienia jakości kształcenia, redaktora czasopisma naukowego.

w czasie pandemii wzrósł czas korzystania przez nich z Internetu niezwiązany z pracą oraz rozmów prowadzonych przez telefon komórkowy (86). Zdecydowana większość (91 osób) ocenia, że w porównaniu do czasu sprzed pandemii czuje się bardziej zmęczona wykonywaniem obowiązków zawodowych. Respondenci bardzo rzadko, w porównaniu do okresu przed pandemią, są zadowoleni ze swojej pracy zawodowej. Większość uważa, że ich motywacja do pracy nie zwiększyła się (86 osób).

Samocena stanu zdrowia, kondycji fizycznej i psychicznej przed pandemią i w czasie pandemii. Porównując czas pandemii z okresem przed pandemią mniejszość badanych (30 osób) uważa, że ogólny stan ich zdrowia uległ osłabieniu. Jednocześnie ponad trzy czwarte ocenia, że w tym okresie pogorszyła się ich kondycja fizyczna (74 wskazania), a trzy czwarte, że pogorszyła się ich kondycja psychiczna (69 osób). W samoocenach pierwszej, jak i drugiej kondycji dominują przeciętne noty. Dodać należy także, że niemal wszyscy nauczyciele (99 osób) nie czują większego przyływu siły i energii.

Zachowania zdrowotne. W pierwszej kolejności podkreślmy, że zdecydowana większość badanych (93) uważa się za osoby dbające o zdrowie. Co więcej – większość (68 osób) ocenia, że w porównaniu z czasem przed pandemią obecnie bardziej dba o zdrowie. Choć z analizy wyników badań wynika, że respondenci częściej deklarują większą troskę o kondycję psychiczną niż o kondycję fizyczną, to jednocześnie rozkład tych odpowiedzi ukazuje, że większość ocenia, iż w porównaniu do okresu sprzed pandemii ich indywidualne wysiłki w czasie pandemii, mające na celu poprawę tych sfer, nie zwiększyły się. Dodajmy również, że niemal wszystkie badane osoby uważają, że (w porównaniu do czasu sprzed pandemii) wzrosła liczba godzin, którą spędzają przy komputerze. Również zdecydowana



większość (94 osoby) uważa, że „więcej siedzi niż się porusza”.

Racjonalne odżywianie się. Wyniki badań ukazały, że niecała połowa badanych przed pandemią jadła (45 osób) i je w czasie pandemii (50) co najmniej trzy posiłki na dobę, pozostałym zdarzało się i zdarza nie przestrzegać tej reguły, przy czym niespecjalnie zmieniła się liczba osób, które ją naruszały (8) i nadal naruszają (9). Niespecjalnie zmieniła się także liczba osób, które nie jedzą tuż przed snem (przed pandemią – 33, w czasie pandemii – 35). Nieznacznie zwiększyła się natomiast liczba osób, które nie piją napojów słodzonych gazowanych (przed pandemią: 43 osoby, w czasie pandemii: 48) – i wyraźnie zwiększyła się liczba osób, które nie żywią się w barach i restauracjach szybkiej obsługi typu McDonald's, KFC (przed pandemią: 30 osób, w czasie pandemii: 52).

Pozytywne praktyki zdrowotne. Ponad połowa respondentów (55 osób) przed pandemią nie uprawiała żadnego sportu w sposób profesjonalny, a w czasie pandemii grupa ta powiększyła się o dwadzieścia osób. Podobnie stało się w przypadku uprawiania ćwiczeń fizycznych (np. gimnastyka, aerobik): zwiększyła się liczba osób, które w czasie pandemii przestały podejmować tego typu aktywność (18 osób przed pandemią vs 48 osób w czasie pandemii). Analogiczna tendencja dotyczy kolejnych aktywności, takich jak: bieganie, pływanie, jazda na rowerze, gry zespołowe itp. Zwiększyła się również liczba osób, które nie spacerują co najmniej godzinę dziennie.

Działalność prewencyjna. Zwiększyła się liczba nauczycieli, którzy nie wykonują profilaktycznych badań lekarskich, takich jak np. morfologia, USG, EKG (przed pandemią ich liczba wynosiła 4, w czasie pandemii: 21) i tych, którzy nie chodzą profilaktycznie do dentysty (przed pandemią ich liczba wynosiła 3, w czasie pandemii: 29). Nieznacznie zmieniła się natomiast liczba osób zażywających

wzmacniające preparaty witaminowe czy ziołowe: przybyło osób postępujących w ten sposób co najmniej raz dziennie (przed pandemią ich liczba wynosiła 31, w czasie pandemii: 36); osób, które tego nie robiły i nie robią, jest prawie tyle samo (przed pandemią ich liczba wynosiła 30, w czasie pandemii: 31).

Użytki. Zdecydowana większość badanych codziennie pije kawę (84 osoby) – i nawyk ten w zasadzie nie uległ zmianie w odniesieniu do czasu sprzed pandemii, nie zmieniła się także liczba osób jej niepijących. Zdecydowana większość nie pali (86 osób) i nie paliła papierosów przed pandemią (84), a liczba respondentów codziennie palących papierosy w porównywanym okresie jest podobna. Zmianie nie uległy zwyczaje dotyczące picia alkoholu: liczba osób codziennie pijących alkohol była i jest niewielka, jest także – biorąc pod uwagę interesujący nas okres czasu – podobna<sup>7</sup>.

Dbalność o prawidłowy sen. Większość badanych nauczycieli (84) śpi krócej niż 6 godzin na dobę. Zwyczaj ten, w związku z pandemią, uległ niewielkim zmianom: nieznacznie przybyło nauczycieli, którym nigdy nie zdarza się skrócić czasu nocnego odpoczynku poniżej sześciu godzin.

Unikanie sytuacji stresowych. Zdecydowana większość badanych była i jest narażona na stres i choć ich liczba nie uległa zmianie (przed pandemią: 106 osób, w czasie pandemii: 106), to wzrosła liczba tych nauczycieli, którzy doświadczają sytuacji stresowych co najmniej raz dziennie (przed pandemią 22 osoby, w czasie pandemii 39).

Deficyty w obecnych warunkach pracy zawodowej. Na otwarte pytanie, które brzmiało „Czego najbardziej brakuje Pani(u)

<sup>7</sup> Przed pandemią były to 4 osoby, w czasie pandemii 5; tyle samo osób wcale nie piło i nie pije alkoholu (27), pozostali używają go okazjonalnie, choć z różną częstotliwością.

w obecnych warunkach pracy zawodowej?”, większość badanych (89 osób) odpowiedziała, że bezpośredniego kontaktu z ludźmi/spotkań *face to face*, a najczęściej wskazywano na brak bezpośredniego kontaktu (obok kolegów z pracy, znajomych, przyjaciół) ze studentami/możliwośći prowadzenia z nimi zajęć (38 przypadków): *Kontaktu na żywo z dużą grupą naraz, gwaru, żartów, śmiechu – słowem brak młodzieży na żywo*. Bardzo rzadko (kilkakrotnie w każdym z wypadków) wspomniano w tym kontekście o: braku zaangażowania studentów; braku ruchu/aktywności; braku wyjazdów (turystycznych, na konferencje i staże zagraniczne); brakach związanych z zapleczem pracy: (...) *narzędzi do pracy; pracownicy w mojej jednostce muszą samodzielnie zapewnić sobie urządzenia do pracy zdalnej; braku nieformalnych rozmów; braku współpracy z innymi pracownikami w ramach projektów, braku czasu wolnego/urlopu czy braku swobody przemieszczania się*. Sporadycznie (pojedyncze wskazania) mowa była też o braku: poczucia wolności, dobrego zdrowia, ciszy, spokoju, energii, normalności, czasu, zajęć warsztatowych, wsparcia zwierzchników (mentalnego, psychicznego, fizycznego), plotek w sekretariacie, złagodzenia wymogów wobec nauczycieli akademickich, ograniczenia formalności/biurokracji, normalności charakterystycznej dla czasu przed pandemią, życzliwości i empatii, zaufania ze strony władz uczelni w zakresie uczciwego wykonywania obowiązków zawodowych, poprawnej sytuacji politycznej. Dodać też wypada, że kilkunastu respondentów wymieniło więcej niż jedną potrzebę, a przykładem takiej wypowiedzi jest następująca: (...) *Bezpośredniego kontaktu ze współpracownikami, studentami, możliwości poprowadzenia zajęć warsztatowo, motywacji studentów do pracy. Zrozumienia całej tej sytuacji i złagodzenia oczekiwań (presja punktów, publikacje, tzw. punktoza), np. poprzez wydłużenie czasu oceny pracownika lub zmniejszenie wymaganych*

*słotów. Taka presja potęguje stres i pogarsza samopoczucie psychiczne. Czasami czuję się, jakbym pracowała w korporacji, tylko zarobki nie są adekwatne do trudu i zaangażowania.*

Wreszcie, wyniki naszego badania świadczą także o tym, że mniej niż połowa badanych uznała pandemię za czas poprawy relacji z rodziną (40 osób). Również mniej niż połowa (43 osoby) czuła się, w porównaniu z czasem przed pandemią, bardziej samotna.

Podsumowując przedstawione wyżej wyniki, można powiedzieć, że obecna, spowodowana pandemią sytuacja zawodowa respondentów (obok uwarunkowań zewnętrznych, takich jak utrudniony dostęp do służby zdrowia czy zamknięcie infrastruktury sportowej) raczej nie stanowi optymalnych warunków do podejmowania szerokiego spektrum zachowań mających związek z ich zdrowiem i dobrym samopoczuciem. Jak się bowiem okazuje, edukacja zdalna jest doświadczeniem wszystkich objętych badaniem nauczycieli akademickich i zdecydowana większość z nich prowadzi zajęcia dydaktyczne tylko w tej formie; zdecydowana większość wykonuje obowiązki i w dni powszednie, i w czasie weekendów; ponad połowa realizuje ponadwymiarowe godziny zajęć. Miejscem pracy dla niemal wszystkich badanych nauczycieli są ich domy, przy czym w przypadku dwóch trzecich są one również miejscem pracy/nauki dla innych osób wchodzących w skład gospodarstwa domowego. Badani zazwyczaj odczuwają, że: wzrosła liczba godzin przeznaczanych na pracę zawodową; wzrosła także liczba godzin spędzanych przy komputerze – i w konsekwencji tego stanu rzeczy towarzyszy im poczucie, że „więcej siedzą niż się poruszają”. Wzrósł także czas korzystania przez nich z Internetu niezwiązany z pracą zawodową oraz rozmów prowadzonych przez telefon komórkowy; zmniejszyła się z kolei pula czasu wolnego i zwiększyło się poczucie braku czasu. Uczestnicy badania nie odczuwają wzrostu motywacji do pracy, ale

odczuwają: zmęczenie wykonywaniem obowiązków zawodowych, pogorszenie kondycji fizycznej i psychicznej. Pandemia, w wymiarze zawodowym, to głównie brak kontaktów z ludźmi – przede wszystkim czas tęsknoty za tradycyjnymi zajęciami ze studentami.

Zdecydowana większość badanych uważa się za osoby dbające o zdrowie, lecz wypowiedź Henryka Domańskiego, w której podkreśla on, że: (...) *pandemia jest związana z zachowaniami prozdrowotnymi. A im ludzie wyżej lokują się w hierarchii społecznej, tym bardziej dbają o zdrowie. Nie tylko dlatego, że ich na to stać, ale i dlatego, że dbałość o zdrowie traktują jako inwestycję, która się opłaca i powinna się zwrócić*<sup>8</sup>, nie do końca wpisuje się w obraz zachowań zdrowotnych uzyskany na podstawie przeprowadzonych badań. Ich wyniki świadczą raczej o tym, że pandemia nie sprzyja podejmowaniu przez badanych zachowań prozdrowotnych. Wśród tych, które zmieniły się na niekorzyść w porównaniu z okresem przed pandemią, należy wymienić przede wszystkim: spadek aktywności fizycznej, spadek działań prewencyjnych (takich jak wykonywanie profilaktycznych badań lekarskich i profilaktycznych wizyt u stomatologa) oraz wzrost doświadczania sytuacji stresowych. Natomiast wśród tych, które również przed pandemią nie służyły zdrowiu badanych nauczycieli (ponieważ większość ich nie przestrzegają) i nie uległy w ciągu minionego roku spektakularnym, pozytywnym zmianom, można wskazać: dbałość o prawidłowy sen, niejedzenie przed snem, unikanie słodzonych napojów gazowanych, dbałość o spożywanie co najmniej trzech posiłków w ciągu doby. Z drugiej strony zgromadzone przez nas dane świadczą o tym, że pandemia może wyraźnie ograniczać podejmowanie zachowań

antyzdrowotnych – w przypadku badanej zbiorowości egzemplifikuje tę refleksję spadek spożywania fast foodów.

## Wnioski

Zmiany spowodowane ogłoszoną w Polsce w dniu 20 marca 2020 pandemią nie ominęły systemu edukacji. Ogromnym wyzwaniem okazało się nagłe przejście – z dnia na dzień – na nauczanie zdalne, które odbywało się w warunkach społecznej izolacji. Choć ta metoda kształcenia jest znana od dosyć dawna i posiada wiele zalet, a w czasie pandemii, dzięki pracy wielu osób, w tym przede wszystkim nauczycieli zatrudnionych w systemie oświaty oraz nauczycieli akademickich, pozwoliła na utrzymanie ciągłości nauki w szkołach i na uczelniach wyższych – zrodziła wiele wyzwań i problemów. Jednym z nich jest kwestia stanu zdrowia tych, którzy współtworzą środowisko edukacyjne. W naszym artykule, obok uczniów i studentów, dużo uwagi skupiliśmy na nauczycielach, bowiem podkreśla się, że w odniesieniu np. do nauczycieli zatrudnionych w systemie oświaty, (...) *Od ich dobrostanu i samopoczucia zależy (...) to, jak bardzo będą potrafili wesprzeć uczniów i ich rodziny, realizując edukację zdalną* (Ptaszek i in., 2020a, s. 186).

Wyniki badań własnych (choć niereprezentatywne, to jednak stanowiące, naszym zdaniem, istotną informację o konsekwencjach zdrowotnych, których źródłem jest wykonywanie, przez nauczycieli akademickich, obowiązków zawodowych w formie zdalnej) oraz innych badaczy ukazują, że: czas pandemii jest doświadczeniem szczególnie trudnym dla osób uczących się – o wiele trudniejszym niż dla nauczycieli; że dosyć często tym ostatnim w czasie pracy „na odległość” towarzyszyły stres i zmęczenie, zwiększenie puli czasu niezbędnego do wykonywania obowiązków zawodowych; że nauczyciele nierzadko odczuwają pogorszenie kondycji fizycznej oraz

psychicznej, a pandemia i kształcenie na odległość nie sprzyjają podejmowaniu przez nich zachowań prozdrowotnych. Dodajmy do tej listy jeszcze większą ilość czasu przeznaczanego na korzystanie z Internetu już bez związku z wykonywaniem obowiązków zawodowych, wydłużenie czasu spędzanego przed komputerem, brak lub znaczne obniżenie aktywności fizycznej... Tymczasem naukowcy ostrzegają, że sedenteryjny tryb życia ma negatywny wpływ na funkcjonowanie człowieka i może być pośrednią lub bezpośrednią przyczyną zgonów, co (...) *Potwierdzają (...) m.in. badania przeprowadzone w Kanadzie na grupie ponad 17 tys. osób w wieku 18–90 lat. W badaniach udowodniono wzrost ryzyka wystąpienia zgonu, wraz ze zwiększającą się ilością czasu spędzanego w pozycji siedzącej. Niedostatek ruchu niesie za sobą negatywne skutki nie tylko w sferze fizycznej, ale także ma duży wpływ na samopoczucie psychiczne* (Gruszczyńska i in., 2015, s. 561). A zatem, o czym piszą również inni badacze zajmujący się szeroko rozumianą problematyką edukacji zdalnej w czasach pandemii, potrzeba wsparcia nauczycieli jest konieczna (Ptaszek i in., 2020a, s. 185–186).

Do czynników stojących na przeszkodzie do podejmowania aktywności służących zdrowiu na pewno zaliczyć należy uwarunkowania zewnętrzne związane z przedłużającym się stanem pandemii. Jednak, jak zostało wspomniane na początku niniejszego artykułu, wiele zależy również od samych jednostek. Nasze badania pokazały, że wśród nauczycieli są osoby, które w obecnych warunkach lepiej niż inne oceniają swoje zdrowie, lepiej się czują, podejmują aktywności fizyczne, wysypiają się, racjonalnie się odżywiają, lepiej funkcjonują i w sferze zawodowej, i w sferze prywatnej. Uważamy, że warto przyjrzeć się stosowanemu – przez osoby, które należą do tej grupy – praktykom pomocnym w wyznaczeniu granicy między pracą a życiem osobistym oraz służącym zdrowiu w sytuacji, w której wykonywanie

obowiązków zawodowych w domu stało się doświadczeniem zdecydowanej większości nauczycieli. Tym bardziej że nie ma pewności, czy nowy rok szkolny i kolejny rok akademicki będzie przebiegał w całości w tradycyjnej, stacjonarnej formie. 📖

**Natalia Głódź** – mgr, ukończyła pracę socjalną oraz kierunek ekonomiczno-prawny na Uniwersytecie w Białymstoku. Od 2018 roku sprawuje funkcję asystenta na Wydziale Nauk o Edukacji UwB. Jest również opiekunem Studenckiego Koła Naukowego Andragogów i Gerontologów. Jej zainteresowania naukowo-badawcze oscylują wokół różnych zagadnień społecznych, pracy socjalnej i gerontologii. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2957-525X>

### Afiliacja

Uniwersytet w Białymstoku  
Wydział Nauk o Edukacji  
ul. Świerkowa 20, 15–328 Białystok

### Małgorzata H. Herudzińska

– doktor nauk humanistycznych, Instytut Nauk Socjologicznych i Pedagogiki, Katedra Socjologii, SGGW w Warszawie. Autorka publikacji koncentrujących się wokół zagadnień z zakresu socjologii rodziny, małżeństwa, starości, a także pracy socjalnej. Współorganizatorka/organizatorka ogólnopolskich konferencji naukowych, cyklicznych spotkań o charakterze naukowym, zaangażowana w działania społeczne na rzecz środowiska pracowniczego. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3138-5778>

### Afiliacja

Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie  
Instytut Nauk Socjologicznych i Pedagogiki  
Katedra Socjologii,  
ul. Nowoursynowska 166, 02–787 Warszawa  
e-mail: [malgorzata\\_herudzinska@sggw.edu.pl](mailto:malgorzata_herudzinska@sggw.edu.pl)

## Bibliografia

Bojarska, K., Chabko, E., Gadomska, I., Grochowski, M., Iwaniec, K., Kubacka, A., Sobolewska, J., & Waleczko, T. (2020). *Organizacja i funkcjonowanie*

<sup>8</sup> <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news%2C82066%2Cprof-domanski-pandemia-moze-byc-zjawiskiem-wzmacniajacy-m-hierarchie>

- punktu wsparcia na uczelni. Warszawa: Parlament Studentów Rzeczypospolitej Polskiej.
- Buchner, A., Wierzbička, B. (2020). *Edukacja zdalna w czasie pandemii (edycja II)*. Pobrane z: [https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/11/Raport\\_Edukacja-zdalna-w-czasie-pandemii.-Edycja-II.pdf](https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/11/Raport_Edukacja-zdalna-w-czasie-pandemii.-Edycja-II.pdf)
- CBOS. (2016). *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków. Komunikat z badań nr 138/2016*. Warszawa. Pobrane z: [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K\\_138\\_16.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_138_16.PDF)
- CBOS. (2020a). *Opinie o epidemii koronawirusa i związanych z nią restrykcjach. Komunikat z badań nr 58/2020*. Warszawa. Pobrane z: [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K\\_058\\_20.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_058_20.PDF)
- CBOS. (2020b). *Skutki epidemii koronawirusa w życiu zawodowym i budżetach domowych. Komunikat z badań nr 56/2020*. Warszawa. Pobrane z: [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K\\_056\\_20.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_056_20.PDF)
- CBOS. (2020c). *Obawy Polaków w czasach pandemii. Komunikat z badań nr 155/2020*. Warszawa. Pobrane z: [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K\\_155\\_20.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_155_20.PDF)
- CBOS (2021a). *Samopoczucie Polaków w wieku 18–24 lat w czasie pandemii..* Pobrane z: [https://www.cbos.pl/PL/publikacje/news/newsletter\\_ver3.php?news\\_r=2021&news\\_nr=01](https://www.cbos.pl/PL/publikacje/news/newsletter_ver3.php?news_r=2021&news_nr=01)
- CBOS. (2021b). *Edukacja zdalna – doświadczenia i oceny. Komunikat z badań 19/2021*. Warszawa. Pobrane z: [https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2021/K\\_019\\_21.PDF](https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2021/K_019_21.PDF)
- Centrum Cyfrowe. (2020). *Edukacja zdalna w czasie pandemii (edycja I)*. Pobrane z: [https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/05/Edukacja\\_zdalna\\_w\\_czasie\\_pandemii.pptx-2.pdf](https://centrumcyfrowe.pl/wp-content/uploads/sites/16/2020/05/Edukacja_zdalna_w_czasie_pandemii.pptx-2.pdf)
- Deloitte. (2020). *Zdrowie Polaków po pandemii. Co możemy zrobić razem*. Warszawa. Pobrane z: [https://medycynaprywatna.pl/wp-content/uploads/2021/01/FINA%C5%81\\_raport-PMP-2.pdf](https://medycynaprywatna.pl/wp-content/uploads/2021/01/FINA%C5%81_raport-PMP-2.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 pierwszego etapu badań*. Poznań: UAM w Poznaniu, Wydział Socjologii.
- Pobrane z: [http://socjologia.amu.edu.pl/images/pliki/r%3%b3%5%bcne\\_prezentacje\\_etc/%5%bbycie\\_codzienne\\_w\\_czasach\\_pandemii\\_-\\_Wydzia%5%82\\_Socjologii\\_UAM\\_-\\_WWW.pdf](http://socjologia.amu.edu.pl/images/pliki/r%3%b3%5%bcne_prezentacje_etc/%5%bbycie_codzienne_w_czasach_pandemii_-_Wydzia%5%82_Socjologii_UAM_-_WWW.pdf)
- Garbacik, Ż. (2018). Stres w pracy nauczyciela. *Szkoła – Zawód – Praca*, 16, 109–126.
- Giddens, A. (2012). *Socjologia (wydanie nowe)*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gruszczynska, M., Bąk-Sosnowska, M., & Plinta, R. (2015). Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia. *Hygeia Public Health*, 50(4), 558–565.
- Grzelak, Sz., & Żyro, D. (2021). *Jak wspiera uczniów po roku epidemii? Wyzwania i rekomendacje dla wychowania, profilaktyki i zdrowia psychicznego*. Warszawa: Instytut Profilaktyki Zintegrowanej. Pobrane z: [https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/program-wsparcia-psychologiczno-pedagogicznego-dla-uczniow-i-nauczycieli-w-pandemii?fbclid=IwAR0SeToTvRQAVu\\_ effF8YSVH9FCALcNScxXsJaqP6G3Yn4izkcKfpuD-lwbS0](https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/program-wsparcia-psychologiczno-pedagogicznego-dla-uczniow-i-nauczycieli-w-pandemii?fbclid=IwAR0SeToTvRQAVu_ effF8YSVH9FCALcNScxXsJaqP6G3Yn4izkcKfpuD-lwbS0)
- IBRiS. (2020). *Wpływ pandemii na zachowania zdrowotne Polaków*. Warszawa. Pobrane z: [https://ibris.pl/wp-content/uploads/2020/04/RAPORT-IBRiS\\_Wp%C5%82yw-pandemii-na-zachowania-zdrowotne-Polak%C3%B3w-wybrane-wyniki.pdf](https://ibris.pl/wp-content/uploads/2020/04/RAPORT-IBRiS_Wp%C5%82yw-pandemii-na-zachowania-zdrowotne-Polak%C3%B3w-wybrane-wyniki.pdf)
- Jakubczak, B. (2008). *Kształcenie zdalne przez internet jako urzeczywistnienie idei edukacji bez granic*. W: A. Czajkowska, D. Rondalska (red.), *Edukacja bez granic mimo barier. Przestrzeń tworzenia*, t. 3 (s. 398–406). Poznań: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa.
- Jemielniak, D. (2020). Zdalne nauczanie – blended, nie single malt. W: *Nauczanie po pandemii. Nowe pytania czy nowe odpowiedzi na stare pytania?* (s. 33–37). Warszawa: Instytut Problemów Współczesnej Cywilizacji im. Marka Dietricha.
- Kozłowska, D., Sokołowska, D., & Ryszkowski, W. (2017). Motywacje do aktywności ruchowej studentów i nauczycieli. *Roczniki Naukowe Wyższej Szkoły Wychowania Fizycznego i Turystyki w Białymstoku*, 2(20), 5–19.
- Marten, Z. (2007). *Stres w pracy nauczyciela*. W: J. Mastalski, D. Krzywoń (red.), „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas dawnej Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu w Sosnowcu”, zeszyt 2/2007 (s. 99–110).
- Nycz, M., & Smok, B. (2004). Nauczanie zdalne – nowa forma kształcenia. *Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu*, 1027, 331–342.
- Opolski, J. T., & Wysocki, M. J. (2013). *Zdrowie 2020” – nowe założenia polityki zdrowotnej. Cz. I. Przegląd Epidemiologiczny*, 67(1), 87–91.
- PARP. (2020). *Kalendarium wydarzeń ważnych dla polskiego ekosystemu przedsiębiorczości i innowacyjności*. Pobrane z: [https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/kalendarium-2020\\_18032021-do-publ.pdf](https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/kalendarium-2020_18032021-do-publ.pdf)
- Pikuła, N. G., Jagielska, K., & Łukasik, J. M. (red.). (2020). *Wyzwania dla edukacji w sytuacji pandemii COVID-19*. Kraków: Biblioteka Instytutu Spraw Społecznych Uniwersytetu Pedagogicznego im. Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie, nr 13.
- Piontek, B., & Macha, K., (2016). Kategoria „zdrowie” i „choroba” i ich implikacje dla zarządzania systemem ochrony zdrowia. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 48(4), 230–245.
- Plebańska, M., Szyller, A., & Sieńczewska, M. (2020). *Edukacja zdalna w czasach COVID-19. Raport z badania*. Warszawa: Wydział Pedagogiczny Uniwersytetu Warszawskiego. Pobrane z: [https://kometa.edu.pl/uploads/publication/941/24a2\\_A\\_a\\_nauczanie\\_zdalne\\_oczami\\_nauczycieli\\_i\\_uczniow\\_RAPORT.pdf?v2.8](https://kometa.edu.pl/uploads/publication/941/24a2_A_a_nauczanie_zdalne_oczami_nauczycieli_i_uczniow_RAPORT.pdf?v2.8)
- Ptaszek, G., Stunża, G. D., Pyżalski, J., Dębski, M., & Bigaj, M. (2020a). *Edukacja zdalna: co stało się z uczniami, ich rodzicami i nauczycielami?* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Ptaszek, G., Bigaj, M., Dębski, M., Pyżalski, J., & Stunża, G. D. (2020b). *Zdalna edukacja – gdzie byliśmy, dokąd idziemy? Wstępne wyniki badania naukowego „Zdalne nauczanie a adaptacja do warunków społecznych w czasie epidemii koronawirusa”*. Warszawa. Pobrane z: [https://ug.edu.pl/news/sites/ug.edu.pl/news/files/2020-06/Badanie%20zdalnenauczanie\\_prezentacja\\_1.pdf](https://ug.edu.pl/news/sites/ug.edu.pl/news/files/2020-06/Badanie%20zdalnenauczanie_prezentacja_1.pdf)
- Słowiecka, A., & Cieślík, A. (2011). Zachowania zdrowotne – wybrane definicje. *Studia Medyczne*, 24(4), 77–81.
- Smal, T. (2009). Nauczanie na odległość (e-learning). *Zeszyty Naukowe WSOWL*, 3(153), 105–114.
- Harmonogram powrotu uczniów do stacjonarnej nauki w szkołach i placówkach*. (2021). Ministerstwo Edukacji i Nauki. <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/harmonogram-powrotu-uczniow-do-stacjonarnej-nauki-w-szkolach-i-placowkach>
- Program wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dla uczniów i nauczycieli w pandemii*. (2021). Ministerstwo Edukacji i Nauki. [https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/program-wsparcia-psychologiczno-pedagogicznego-dla-uczniow-i-nauczycieli-w-pandemii?fbclid=IwAR0SeToTvRQAVu\\_ effF8YSVH9FCALcNScxXsJaqP6G3Yn4izkcKfpuD-lwbS0](https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/program-wsparcia-psychologiczno-pedagogicznego-dla-uczniow-i-nauczycieli-w-pandemii?fbclid=IwAR0SeToTvRQAVu_ effF8YSVH9FCALcNScxXsJaqP6G3Yn4izkcKfpuD-lwbS0)
- Ograniczenie prowadzenia zajęć w siedzibie uczelni od 19 października w związku z COVID-19*. (2020). Ministerstwo Edukacji i Nauki. <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/ograniczenie-prowadzenia-zajec-w-siedzibie-uczelni-od-19-pazdziernika-w-zwiazku-z-covid-19>
- Nowe rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania niektórych podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19*. (2021). Ministerstwo Edukacji i Nauki. <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/nowe-rozporzadzenie-ministra-edukacji-i-nauki-w-sprawie-czasowego-ograniczenia-funkcjonowania-niektorych-podmiotow-systemu-szkolnictwa-wyzszego-i-nauki-w-zwiazku-z-zapobieganiem-przeciwdzialaniem-i-zwalczaniem-covid-19>
- Tarcze dla środowiska naukowego i akademickiego – podsumowanie zmian*. (2020). Ministerstwo Edukacji i Nauki. <https://www.gov.pl/web/edukacja-i-nauka/tarcze-dla-srodowiska-naukowego-i-akademickiego--podsumowanie-zmian>

*Kolejne kroki w walce z koronawirusem – w sklepie mniej osób, ograniczenia w poruszaniu nieleśnych, a parki, plaże i bulwary zamknięte.* (2020). <https://www.gov.pl/web/koronawirus/kolejne-kroki>

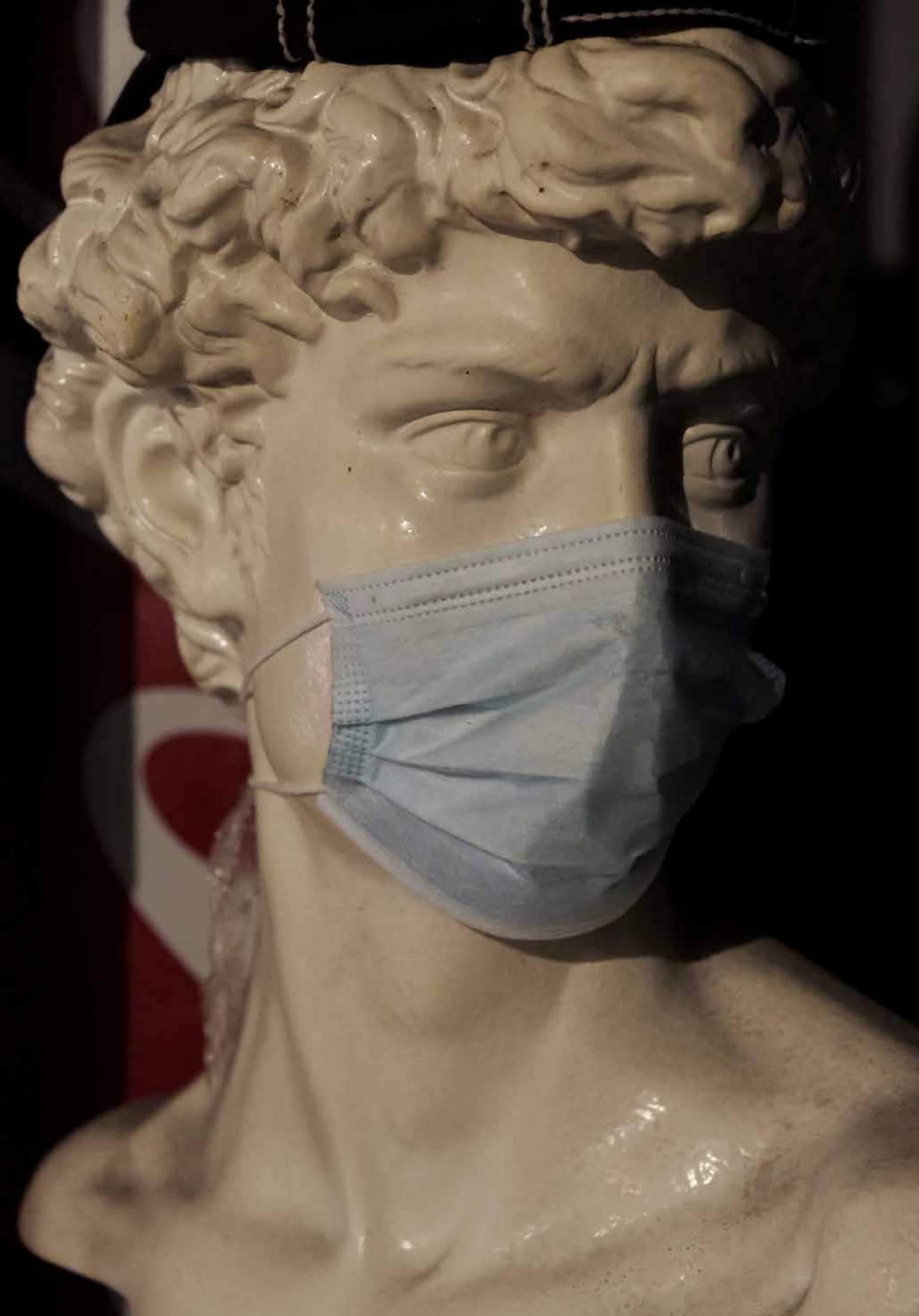
*Nauka w czasach pandemii.* (2020). <https://pwr.edu.pl/uczelnia/aktualnosci/nauka-w-czasach-pandemii-11718.html>

## **Remote work and health in times of pandemic on the example of education process actors**

### **Abstract**

The COVID-19 pandemic, now over than a year and a half old, has affected all areas of social life. Education is no exception: suddenly and unexpectedly, the educational process was transferred to virtual platforms, which has given rise to many challenges and problems affecting all its participants (teachers, students and parents). Among the problems brought about by the change in the functioning of the education system for teachers, the following should be mentioned (although this is not a complete list): stress and fatigue associated with remote teaching, increased time allocated to professional work, increased time spent in front of the computer, excessive consolidation of professional and personal life (working from home), deterioration of physical and mental condition. The time of the pandemic is usually not conducive to the continuation or undertaking of pro-health behaviors by teachers.

**Keywords:** pandemic, remote education, health behaviors, teacher, pupil, student.



# Zmiany zachowań żywieniowych i wybranych zachowań zdrowotnych w okresie lockdownu podczas pandemii SARS CoV-19

ANNA PRZELIORZ-PYSZCZEK

UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

## Abstrakt

Wybuch pandemii SARS CoV-19 drastycznie wpłynął na życie codzienne populacji całego świata. Wprowadzenie ograniczeń w poruszaniu się poza miejscem zamieszkania przyczyniło się do istotnych zmian zarówno na procesie pozyskiwania produktów spożywczych jak i prezentowanych zachowań zdrowotnych wśród reprezentantów wszystkich grup społecznych.

Ograniczenia te miały bezpośredni wpływ na zdrowie psychiczne, bezpieczeństwo żywnościowe, marnotrawienie żywności, zachowania zakupowe i aktywność fizyczną. Przebywanie w izolacji związanej z wprowadzeniem *lockdownu* wiązało się z występowaniem nasilonego stresu oraz prowadziło do zmniejszenia aktywności fizycznej i pogorszenia jakości diety.

Celem pracy była ocena wystąpienia zmian w zachowaniach zdrowotnych oraz żywieniowych wśród mieszkańców różnych krajów wynikających z wprowadzenia obostrzeń dotyczących poruszania się poza miejsce zamieszkania spowodowanych wybuchem pandemii SARS CoV-19.

Przedłużony okres pozostawania w domu wiązał się z zaburzeniem bilansu energetycznego związanym ze zmianą częstości spożycia poszczególnych grup żywności: zwiększonym spożyciem alkoholu, przekąsek oraz żywności wygodnej przy jednoczesnym zmniejszeniu częstości spożycia świeżych warzyw i owoców. Do grupy szczególnie narażonej na niekorzystne zmiany zachowań zdrowotnych należały osoby borykające się z nadmierną masą ciała, o niskiej aktywności fizycznej. Do korzystnych zachowań zdrowotnych zaobserwowanych w badaniach wymieniano: zmniejszenie częstości spożywania posiłków gotowych „na wynos” spowodowane częstszym gotowaniem oraz ograniczenie marnowania żywności. Ocenia się, że osoby, które podczas trwania lockdownu zwiększyły swoją aktywność fizyczną charakteryzowały korzystniejszymi nawykami żywieniowymi oraz lepszym samopoczuciem.

Okres *lockdownu* wpłynął również istotnie na zachowania żywieniowe osób młodych. Zaobserwowano wzrost spożycia żywności ogółem, wzrost częstości spożycia produktów smażonych oraz słodczy, a także ograniczenie spożycia żywności typu fast food. Oglądanie telewizji w trakcie posiłków istotnie wpływało na poziom spożycia żywności smażonej, słodczy oraz słodzonych napojów. Zaobserwowano niekorzystne zmiany w sposobie żywienia studentów międzynarodowych przebywających podczas trwania *lockdownu* poza swoim krajem.

Zmiany w prezentowanym sposobie żywienia, wynikające z wprowadzenia *lockdownu* pozostają nie bez wpływu na wartości wskaźników metabolicznych, stan zdrowia i ryzyko wystąpienia schorzeń dietozależnych.

Utrzymywanie zdrowych zachowań żywieniowych i stylu życia podczas pandemii SARS CoV-19 jest ważne dla zwalczania infekcji wirusowych oraz utrzymania zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia.

#### Słowa kluczowe:

zachowania żywieniowe, zachowania zdrowotne, lockdown, SARS CoV-19.

## Wprowadzenie

Wybuch pandemii SARS CoV-19 drastycznie wpłynął na życie codzienne populacji całego świata. Wprowadzenie ograniczeń w poruszaniu się poza miejscem zamieszkania przyczyniło się do istotnych zmian zarówno w odniesieniu do procesów pozyskiwania produktów spożywczych jak i prezentowanych nawyków żywieniowych wśród reprezentantów wszystkich grup społecznych (Lamarche, Brassard, Lapointe, Laramée, Kearney, Côté, Bélanger-Gravel, Desroches, Lemieux, Plante, 2021).

Ograniczenia możliwości poruszania się związane z wprowadzeniem obostrzeń przeciwpandemicznych mają bezpośredni wpływ na zdrowie psychiczne, bezpieczeństwo żywnościowe, marnotrawienie żywności, zachowania zakupowe i aktywność fizyczną (Mayasari, Ho, Lundy, Skalny, Tinkov, Teng, Wu, Faradina, Mohammed, Park, Ngu, Aliné, Shofia, Chang, 2020).

Podczas okresu *lockdownu* osoby z otyłością doświadczały ogromnego stresu. Grupa ta jest bardziej podatna na konsekwencje siedzącego trybu życia i niezdrowe odżywianie, a restrykcje obejmujące ograniczenia poruszania się poza miejsce zamieszkania predysponują ją do dalszego przyrostu masy ciała. Szacuje się, że następne spowolnienie gospodarcze może doprowadzić również do większego spożycia niezdrowej żywności, ze względu na jej niższą cenę. Co więcej żywność o długim terminie ważności, preferowana przy zakupach w okresie kwarantanny, jest najczęściej bogata w sól, cukier i kwasy tłuszczowe typu trans, których wysoka podaż stanowi czynnik ryzyka wystąpienia otyłości. To zaś może doprowadzić do dalszego wzrostu częstości występowania otyłości, zwłaszcza w bardziej podatnych grupach społecznych (Mattioli, Pinti, Farinetti, Nasi, 2020).

Stosowanie zbilansowanej diety, obok innych prozdrowotnych zachowań, stanowi podstawę prawidłowego funkcjonowania organizmu, a w szczególności układu immunologicznego. Osłabienie funkcji odpornościowej wiąże się ze zmniejszeniem ochrony przed infekcją i zaostrzeniem patologicznej odpowiedzi immunologicznej (Dantzer, Cohen, Russo, Dinan, 2018). Spożywanie zdrowej żywności ma szybki efekt przeciwzapalny, nawet w obecności patologii otyłości (Connaughton, McMorro, McGillicuddy, Lithander, Roche, 2016).

*Lockdown* miał istotny wpływ na zaburzenie zachowań żywieniowych w związku z ograniczonym dostępem do pożywienia, zaniechaniem codziennego przemieszczania się, na rzecz siedzącego trybu życia. Dla większości ludzi zmienione zostały zwyczaje związane z aktywnością fizyczną, kupowaniem pożywienia oraz spożywaniem posiłków przyczyniające się do nadania rytmu dnia (Deschasaux-Tanguy, Druessne-Pecollo, Esseddik, de Edelenyi, Allès, Andreeva, Baudry, Charreire, Deschamps, Egnell, Fezeu, Galan, Julia, Kesse-Guyot, Latino-Martel, Oppert, Péneau, Verdot, Hercberg, Touvier, 2021).

Celem pracy była analiza dostępnych danych na temat zmian zachowań żywieniowych oraz wybranych zachowań zdrowotnych wśród dorosłych oraz młodzieży, związanych z wprowadzeniem *lockdownu* spowodowanego rozprzestrzenieniem się wirusa SARS CoV-19. W przytoczonych badaniach dokonano analizy występowania zmian w zachowaniach żywieniowych oraz zdrowotnych wynikających z wprowadzenia ograniczeń w poruszaniu się poza miejscem zamieszkania obejmujących okres od marca do czerwca 2020. Dane zebrano z wykorzystaniem kwestionariuszy przekazywanych respondentom drogą internetową.

## Zmiany częstości spożycia grup żywności w okresie trwania lockdownu

Celem badania przeprowadzonego przez Błaszczuk-Bębenek, Jagielski, Bolesławska, Jagielska, Nitsch-Osuch, Kawalec (2020) z udziałem 312 mieszkańców Polski była analiza subiektywnej oceny zmiany zachowań żywieniowych oraz wartości pomiarów antropometrycznych przed i w trakcie *lockdownu* związanego z pandemią COVID-19. Wśród uczestników przeprowadzony został anonimowy kwestionariusz obejmujący pytania demograficzne, częstości spożycia wybranych grup produktów w dwóch okresach – przed wprowadzeniem *lockdownu* oraz w trakcie trwania obostrzeń. Respondenci podali także wartości pomiarów masy ciała, wzrostu oraz obwodu talii. Spośród badanych 32,4% uczestników zadeklarowało brak zmian w zachowaniach żywieniowych wynikających z wprowadzenia *lockdownu*. Zaobserwowano istotny wzrost w liczbie osób deklarujących brak spożywania posiłków poza miejscem zamieszkania oraz brak zamawiania żywności na wynos podczas izolacji w porównaniu z okresem przed pandemią. Zaobserwowano wystąpienie różnicy w deklarowanej liczbie spożywanych posiłków w ciągu dnia przez respondentów. O 11,2% wzrosła liczba osób, które zadeklarowały spożywanie 5 i więcej posiłków.

Zaobserwowano istotne zmniejszenie dziennej porcji spożywanych napojów słodzonych i napojów energetyzujących, a także produktów piekarniczych, czerwonego mięsa, produktów typu fast food oraz zup instant. Nastąpił istotny wzrost wielkości spożycia słodczy, puszkowanego mięsa oraz alkoholu.

W innym badaniu z udziałem 1097 osób polskiej populacji, przeprowadzonym przez Sidor i Rzymski (2020) oceniono zachowania żywieniowe, częstość spożycia wybranych grup produktów, zmiany w masie ciała oraz

poziom stresu związanego z zakupami spożywczymi. Uczestnicy wypełnili anonimowy kwestionariusz. Spośród respondentów 43,5% zadeklarowało, że konsumuje więcej energii w porównaniu do okresu przed kwarantanną, natomiast 51,8% przyznało, że spożywa więcej przekąsek. Zaobserwowano, że wzrost spożycia żywności ogółem oraz wzrost spożycia przekąsek najczęściej deklarowały osoby otyłe. Zaobserwowano występowanie związku pomiędzy wartością wskaźnika BMI, a częstością spożycia wybranych grup produktów. Ujemna korelacja dotyczyła spożycia warzyw, owoców oraz nasion roślin strączkowych. Dodatnią korelację zaobserwowano w przypadku spożycia mięsa, kawy oraz słodczy. Otyli respondenci charakteryzowali się najniższą częstością spożycia warzyw, owoców oraz nasion roślin strączkowych oraz najwyższą częstością spożycia mięsa, mleka oraz żywności typu fast food. Zaobserwowano dodatni związek pomiędzy wiekiem uczestników a częstością spożycia słodczy, mięsa oraz kawy, oraz ujemny z częstością spożycia warzyw, owoców oraz nasion roślin strączkowych. Respondenci w wieku powyżej 45 lat charakteryzowali się najniższą częstością spożycia warzyw, owoców, nasion roślin strączkowych, nabiału oraz słodczy, natomiast najwyższą częstością spożycia mięsa oraz kawy.

W innym badaniu z udziałem 1036 mieszkańców Hiszpanii (Pérez-Rodrigo, Gianzo Citores, Hervás Bárbara, Ruiz-Litago, Casis Sáenz, Arija, López-Sobaler, Martínez de Victoria, Ortega, Partearroyo, Quiles-Izquierdo, Ribas-Barba, Rodríguez-Martín, Salvador Castell, Tur, Varela-Moreiras, Serra-Majem, Aranceta-Bartrina, 2021) oceniono występowanie zmian w wielkości spożycia wybranych grup produktów w okresie *lockdownu*. Uczestnicy badania wypełnili internetowy kwestionariusz obejmujący pytania dotyczące danych socjo-demograficznych, nawyków żywieniowych, wielkości spożycia wybranych

grup żywności, aktywności fizycznej oraz elementów stylu życia jak: czas ekspozycji na słońce, palenie papierosów, jakość snu oraz subiektywna ocena samopoczucia. Analiza danych z kwestionariuszy wykazała wzrost częstości spożycia warzyw, owoców, nasion roślin strączkowych oraz ryb, ale także napojów alkoholowych, słodzonych, a także produktów wysoko przetworzonych o wysokiej zawartości tłuszczu, soli lub cukru w badanej grupie w okresie trwania *lockdownu*.

W badaniu Cheikh Ismail, Osaili, Mohamad, Al Marzouqi, Jarrar, Abu Jamous, Magriplis, Ali, Al Sabbah, Hasan, AlMarzooqi, Stojanovska, Hashim, Shaker Obaid, Saleh, Al Dhaheri Cheikh Ismail, Osaili, Mohamad, Al Marzouqi, Jarrar, Abu Jamous, Magriplis, Ali, Al Sabbah, Hasan, AlMarzooqi, Stojanovska, Hashim, Shaker Obaid, Saleh, Al Dhaheri (2020) oceniono, z wykorzystaniem internetowego kwestionariusza, zmiany w stylu życia i zachowaniach żywieniowych w okresie *lockdownu* 1012 mieszkańców Emiratów Arabskich. Ponad połowa badanych (51,2%) nie spożywała codziennie owoców, 37% nie spożywało codziennie warzyw, a 46,2% nie spożywało codziennie mleka i nabiału. Jednak 46,1% uczestników deklarowało, że spożywało słodczy i desery co najmniej raz dziennie, a 37,1% deklarowało codzienną obecność w jadłospisie słonych przekąsek. 69,9% respondentów deklarowało spożywanie kawy lub herbaty przynajmniej raz dziennie.

W innym badaniu, którego celem była ocena zmiany w zachowaniach żywieniowych osób populacji włoskiej w okresie kwarantanny, przeprowadzonym przez Scarmozzino i Visioli (2020) uzyskano dane od 1932 respondentów. Pomimo iż 49,6% respondentów zadeklarowało brak istotnej zmiany w prezentowanych zachowaniach żywieniowych, 52,9% oceniło, że podczas trwania obostrzeń związanych z pandemią spożywało więcej pokarmów, a 19,5% zauważyło wzrost masy ciała.

Analiza danych z kwestionariuszy wykazała wzrost spożycia produktów takich jak czekolada, lody, desery wśród 42,5% respondentów oraz słonych przekąsek wśród 23,5% badanej grupy. Spośród korzystnych zaobserwowanych zmian wśród badanej populacji, 21,2% respondentów zadeklarowało wzrost częstości spożycia owoców i warzyw, o 50% zmniejszyła się częstość zakupu gotowych dań, a 36,8% badanych zmniejszyło spożycie alkoholu podczas *lockdownu*.

Występowanie różnego rodzaju trendów zmian zostało zaobserwowane w badaniu Di Renzo, Gualtieri, Pivari, Soldati, Attinà, Cinelli, Leggeri, Caparello, Barrea, Scerbo, Esposito, De Lorenzo (2020) z udziałem populacji włoskiej. Uzyskano dane od 3533 respondentów w wieku 12-86 lat, z czego większość stanowiły kobiety. Prawie połowa respondentów (48,7%) zauważyła wzrost masy ciała podczas kwarantanny. Uczestnicy badania deklarowali zarówno wzrost jak i obniżenie (34,4 vs. 17,7% badanych) apetytu podczas trwania *lockdownu*. Deklaracja zmiany w odczuwaniu apetytu była skorelowana ze zmianą sposobu pracy oraz płcią żeńską. Częściej wzrost apetytu deklarowały osoby młode. Wartość wskaźnika BMI oraz wiek badanych były dodatnio odwrotnie skorelowane ze wzrostem apetytu i podjadaniem nocnym. Analiza danych dotyczących częstości spożycia wybranych grup produktów wykazała wzrost spożycia żywności przygotowanej w domu, białego mięsa, nasion roślin strączkowych i zbóż oraz zmniejszenie częstości spożycia świeżych ryb, gotowych słodczy, dań na wynos oraz napojów alkoholowych. Zaobserwowano występowanie korelacji pomiędzy wyższą wartością wskaźnika BMI i niższym wiekiem respondentów ze wzrostem spożycia żywności typu fast food, słodzonych napojów, przekąsek oraz gotowych sosów.

W badaniu oceniono także stopień przestrzegania zasad diety śródziemnomorskiej podczas trwania *lockdownu* związanego

z pandemią, z wykorzystaniem kwestionariusza MEDAS. Grupę badaną na podstawie liczby punktów odpowiadającej stopniom zgodności diety z zasadami diety śródziemnomorskiej przydzielono do jednej z 3 kategorii: niskiej, średniej oraz wysokiej zgodności. Zaobserwowano ujemną korelację wartości wskaźnika BMI oraz wieku z liczby uzyskanych punktów. Wyższe wartości punktów zanotowano wśród badanych w wieku 18–30 lat w porównaniu do osób starszych oraz młodszych. Wyższą zgodność z dietą śródziemnomorską zaobserwowano także wśród osób o prawidłowej masie ciała w porównaniu do osób z nadwagą i otyłością.

Zmiany zachowań żywieniowych spowodowane pandemią oraz stopień adherencji do zasad diety śródziemnomorskiej w tym okresie zostały także ocenione w ramach międzynarodowego badania COVIDiet\_INT. COVIDiet\_INT to międzynarodowe, *crowdsourcingowe* badanie internetowe, przetłumaczone na 16 języków i przeprowadzone w 19 krajach europejskich, a także w czterech krajach pozaeuropejskich (Kolumbia, Egipt, Indie i Kuwejt). W ramach badania uczestnicy otrzymali 44-elementowy kwestionariusz online do samodzielnego wypełnienia. Kwestionariusz obejmował pytania dotyczące cech społeczno-demograficznych respondenta, ogólnych nawyków żywieniowych i częstotliwości spożywania wybranych produktów spożywczych. Wybrane pokarmy zawierały 14 pozycji w odniesieniu do wzorca MedDiet opartego na zwalidowanym PREDIMEDMedDiet Adherence Screener (MEDAS), którego wynik waha się od 0 do 14 punktów. Dla każdej z pozycji uczestnicy mieli zadeklarować w kwestionariuszu, czy faktycznie dokonali jakichkolwiek zmian w wyniku wprowadzenia *lockdownu*. Uczestników poproszono również o udzielenie odpowiedzi na 21 pytań mających na celu ocenę wystąpienia zmian w ich ogólnych nawykach żywieniowych podczas *lockdownu*, w tym między innymi

częstotliwości gotowania i podjadania, spożycia alkoholu, stosowanych metod gotowania. Wszystkie pytania zostały zaprojektowane tak, aby ocenić, czy uczestnicy zwiększyli, zmniejszyli lub utrzymali swoje nawyki w okresie *lockdownu*. Dodatkowo uczestników zapytano również, czy ich aktywność fizyczna i masa ciała zmieniły się od czasu wybuchu pandemii.

Analiza odpowiedzi udzielonych przez 2462 respondentów z Danii (Giacalone, Frøst, Rodríguez-Pérez, 2020) wykazała, że średnia liczba punktów uzyskana przez respondentów na podstawie kwestionariusza adherencji do diety śródziemnej MEDAS wynosiła 5,4. Zaobserwowano występowanie ujemnej korelacji pomiędzy wartością wskaźnika, a wartością wskaźnika BMI w badanej grupie. Wśród osób badanych 42,8% zwiększyło podaż żywności w trakcie trwania *lockdownu* w porównaniu z okresem przed pandemią. 41,7% uczestników badania zadeklarowało, że spożywało częściej przekąski, a 29,9% badanych zadeklarowało, że częściej gotuje. Zaobserwowano, że wymienione zachowania żywieniowe występowały rzadziej u osób z grupy osób, które zakwalifikowano do grupy o wysokiej adherencji do zasad diety śródziemnomorskiej ( $\geq 9$  punktów). Zanotowano wyższe spożycie zarówno kupnych (21,1%), jak i domowych wypieków (38,1%) oraz wyższe spożycie alkoholu i napojów gazowanych (29,9%) w badanej grupie. Jednocześnie 18,4% respondentów zadeklarowało mniejsze spożycie gotowych wypieków, 17,7% obniżyło spożycie potraw smażonych, a 25,4% fast foodów. Autorzy zasugerowali, że mogło być to związane z ograniczeniem dostępu do sektora gastronomicznego. Inne zauważalne zmiany stanowiły mniejsze spożycie owoców i warzyw zgłaszane przez odpowiednio 24,9 i 19,5% respondentów.

Badani z populacji Hiszpańskiej charakteryzowali się wyższą średnią punktacją uzyskaną na podstawie kwestionariusza MEDAS (7,34).

W badaniu udział wzięło 7514 mieszkańców Hiszpanii. Wykazano istotnie wyższe prawdopodobieństwo wzrostu przestrzegania zasad diety śródziemnomorskiej u osób, które zmniejszyły spożycie smażonych potraw, przekąsek, fast foodów, czerwonego mięsa, ciastek lub słodkich napojów, ale zwiększyły spożycie produktów takich, jak oliwa z oliwek, warzywa, owoce lub rośliny strączkowe podczas *lockdownu*. Autorzy wysunęli wniosek, że restrykcje związane z rozprzestrzenieniem się COVID-19 w Hiszpanii doprowadziły do przyjęcia zdrowszych zachowań żywieniowych w badanej populacji (Rodríguez-Pérez, Molina-Montes, Verardo, Artacho, García-Villanova, Guerra-Hernández, Ruiz-López, 2020).

### Zmiany wybranych zachowań zdrowotnych w okresie trwania lockdownu

Badanie przeprowadzone przez Martínez-de-Quel, Suárez-Iglesias, López-Flores, Pérez (2021) miało na celu ocenę wpływu kwarentanny związanej z pandemią COVID-19 na występowanie zaburzeń odżywiania, zmiany w poziomie aktywności fizycznej oraz na jakość snu reprezentantów populacji hiszpańskiej. Badanie obejmowało dwukrotne wypełnienie kwestionariuszy Leisure Time PA Questionnaire, Eating Attitude Test-26 oraz Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), oraz subiektywną ocenę samopoczucia w skali od 1 do 5 – na początku wprowadzenia obostrzeń dotyczących *lockdownu* oraz po ogłoszeniu informacji o rozluźnieniu restrykcji. Oba kwestionariusze wypełniło 161 osób. Analiza uzyskanych danych z kwestionariuszy wykazała, że ograniczenia mobilności wynikające z wprowadzenia *lockdownu* miały istotnie większy wpływ na osoby aktywne fizycznie, a ograniczenia wpłynęły niekorzystnie na jakość ich snu oraz ogólne samopoczucie. Osoby aktywne fizycznie charakteryzowały się mniejszym

narażeniem na wystąpienie zaburzeń odżywiania w okresie *lockdownu*. Zaobserwowano także związek pomiędzy liczbą osób w gospodarstwie, a przyrostem masy ciała podczas okresu *lockdownu* oraz subiektywną oceną samopoczucia. Liczba domowników w gospodarstwie domowym była dodatnio skorelowana z przyrostem masy ciała podczas trwania *lockdownu* jak i lepszą subiektywną oceną samopoczucia.

W badaniu Giacalone i in (2020) 47,7% respondentów zadeklarowało obniżenie poziomu aktywności fizycznej podczas trwania *lockdownu* w porównaniu do okresu przed wybuchem pandemii.

W badaniu Cheikh Ismail i in (2020) zaobserwowano istotny związek między częstotliwością wykonywania aktywności fizycznej podczas pandemii, a zmianą masy ciała wśród uczestników. Spośród osób, które deklarowały wykonywanie aktywności fizycznej więcej niż trzy razy w tygodniu, 29,9% straciło na masie, a 49,5% utrzymało swoją masę ciała. Spośród osób, które deklarowały wykonywanie aktywności fizycznej więcej niż trzy razy w tygodniu, 29,9% straciło na masie, a 49,5% utrzymało swoją masę ciała. 40,3% spośród osób, które nie wykonywały żadnej aktywności fizycznej zadeklarowało wzrost masy ciała w okresie *lockdownu*.

Analiza wyników badania Pérez-Rodrigo i in (2021) wykazała, że zmiany w obrębie nawyków żywieniowych były skorelowane ze zmianami w aktywności fizycznej badanych. Wśród badanych wyróżniono 3 grupy w zakresie zmian w aktywności fizycznej: mniej aktywnych w porównaniu do okresu przed izolacją, bardziej aktywnych w porównaniu do okresu przed izolacją oraz aktywnych w podobnym zakresie jak przed izolacją. Osoby z grupy która podczas *lockdownu* zwiększyła poziom aktywności fizycznej charakteryzowały się także korzystnymi zmianami w zakresie prezentowanych nawyków żywieniowych.



Robinson, Gillespie, Jones (2020) przeprowadzili badanie z udziałem mieszkańców Wielkiej Brytanii, którego celem była ocena wpływu pandemii SARS COVID-19 na zachowania żywieniowe związane ze stylem życia, które mogły mieć wpływ na ich masę ciała. Wśród 723 uczestników badania zebrano dane dotyczące stylu życia, ale także poczucia samotności, niepokoju, stresu oraz depresji. Wyróżniono pięć elementów stylu życia o ochronnym wpływie na masę ciała: zdrowe żywienie, brak podjadania, wykonywanie aktywności fizycznej, prawidłowa liczba godzin snu, niskie spożycie alkoholu. Analiza odpowiedzi respondentów wykazała, że 79% badanych zadeklarowało pogorszenie w przy najmniej jednym z zachowań ochronnych. Otyłość i wcześniejsza diagnoza psychiatryczna wiązały się z mniej korzystną ogólną zmianą zachowania chroniącego przed przyrostem masy ciała, co sugeruje, że grupy te mogą być narażone na zwiększone ryzyko przyrostu masy ciała.

Badanie NutriNet-Santé przeprowadzone z udziałem 37 252 osób populacji francuskiej miało na celu ocenę zmian zachodzących w zachowaniach żywieniowych, aktywności fizycznej oraz masie ciała przed i po okresie kwarantanny (Deschasaux-Tanguy, Druesne-Pecollo, Essedik, de Edelenyi, Allès, Andreeva, Baudry, Charreire, Deschamps, Egnell, Fezeu, Galan, Julia, Kesse-Guyot, Latino-Martel, Oppert, Péneau, Verdout, Hercberg, Touvier, 2021). Uczestnicy badania wypełnili standaryzowane kwestionariusze dotyczące cech socjodemograficznych, stanu zdrowia, aktywności fizycznej, wartości wskaźników antropometrycznych oraz wielkości spożycia. Następnie kwestionariusze zostały powtórzone po 6 i 12 miesiącach. Badani wypełniali także co 6 miesięcy 24-godzinny zapis bieżącego spożycia obejmujący 3 dni. W kwietniu 2020 r. do uczestników NutriNet-Santé wysłano zestaw

kwestionariuszy w celu zebrania obszernych danych na temat zachowań żywieniowych podczas kwarantanny: specjalny kwestionariusz dla uczestników do jakościowej oceny zmian w ich nawykach żywieniowych, spożycia głównych grup żywności, podjadania, dostarczania pożywienia. W kwestionariuszu umieszczono także pytania dotyczące aktywności fizycznej i siedzącego trybu życia, a także masy ciała. Uczestnicy wypełnili także serię trzech 24-godzinnych zapisów bieżącego spożycia.

Na podstawie analizy zebranych danych autorzy wskazali na występowanie trendów zmian w zachowaniach żywieniowych badanej populacji. Pierwszy trend obejmował niekorzystne zmiany w sposobie żywienia: nadwyżek energii, ograniczenie aktywności fizycznej, wzrost czasu spędzonego w pozycji siedzącej, prowadzący do wzrostu masy ciała. Trend ten był charakterystyczny dla osób z nadwagą i otyłych, które już wcześniej charakteryzowały się tendencją do niekorzystnych zachowań żywieniowych. Oprócz trendu związanego ze zwiększaniem podaży energii zaobserwowano tendencję do częstszego podjadania przekąsek oraz wzrost spożycia produktów typu czekolada, ciastka, słodczyce i ciasta. Badani deklarowali także zmniejszenie spożycia produktów świeżych ze względu na ograniczenie dostępności w sklepach. Kolejnym zaobserwowanym trendem były zachowania związane z ogólnym zbilansowaniem diety, poświęcaniem większej ilości czasu na gotowanie świeżych posiłków kosztem ultra-przetworzonych produktów spożywczych oraz zwiększeniu aktywności fizycznej co w konsekwencji prowadziło do obniżenia masy ciała. Trend ten jednakże był bardziej charakterystyczny dla osób, dla których okoliczności zmiany były bardziej korzystne – studentów powracających do rodzinnych domów na czas izolacji, osób nieposiadających małoletnich dzieci, pracujących z domu.

## Gospodarowanie żywnością w okresie lockdownu

Ciekawy aspekt jakim jest marnowanie żywności przez reprezentantów populacji włoskiej został oceniony w badaniu Principato, Secondi, Cicatiello, Mattia (2020). W badaniu wykorzystano internetowy kwestionariusz obejmujący 32 pytania podzielone na 5 sekcji: charakterystykę socjodemograficzną, czynniki socjalne i psychologiczne, zachowania żywieniowe, gotowanie dań tradycyjnej kuchni, proces pozyskiwania, wykorzystywania i utylizacji żywności. Zgromadzono 1078 wypełnionych kwestionariuszy. Analiza uzyskanych danych wykazała, że 41% respondentów zadeklarowało, że wyrzuca niewiele żywności, lub nie wyrzuca wcale. Jedynie 2% respondentów zadeklarowało wyrzucanie 1/3 zakupionej żywności. Wśród pozostałych uczestników badania spośród najczęściej wyrzucanych grup żywności wymieniono owoce, warzywa oraz chleb. W tej grupie zaobserwowano największy spadek ilości marnowanej żywności w trakcie trwania *lockdownu* w porównaniu do okresu przed pandemią. Respondenci deklarowali zmniejszenie częstości wykonywania zakupów z 2-3 na tydzień do 1 na tydzień, co mogło wpłynąć na lepsze planowanie posiłków i wykorzystanie żywności w tygodniu. Co więcej zmieniło się także źródło pozyskiwanej żywności. Respondenci deklarowali zdecydowanie częstsze korzystanie z zakupów internetowych w okresie kwarantanny w porównaniu do okresu przed izolacją. Spośród zachowań związanych z ograniczaniem wyrzucanej żywności badani deklarowali wzrost częstości zamrażania produktów, wykorzystywania do kolejnych posiłków lub jako składnik innych dań. Respondenci deklarowali także wzrost częstości wykonywania w domu tradycyjnych posiłków jak chleb, pizza, czy ciasta, jako konsekwencji spędzania większej ilości czasu w domu.

Ograniczenie marnowania żywności w okresie trwania pandemii zaobserwowali w swoich badaniach także Amicarelli i Bux (2020) wśród mieszkańców Włoch. W badaniu Rodgers, Lombardo, Cerolini, Franko, Omori, Linardon, Guillaume, Fischer, Fuller – Tyszkiewicz (2021) 61.5% respondentów, mieszkających w Stanach Zjednoczonych oraz 38% respondentów z Włoch zadeklarowało zmniejszenie ilości wyrzucanej żywności w okresie trwania *lockdownu*.

Odmienne wyniki uzyskali Aldaco, Hoehn, Laso, Margallo, Ruiz-Salmón, Cristobal, Kahhat, Villanueva-Rey, Bala, Batlle-Bayer, Fullana-I-Palmer, Irabien, Vazquez-Rowe (2020). Analiza uzyskanych danych, zebranych wśród mieszkańców Hiszpanii badania wykazała wzrost odsetka marnowanej żywności w gospodarstwach domowych w okresie *lockdownu* w porównaniu do okresu przed pandemią.

## Zmiany w zachowaniach zdrowotnych w okresie lockdownu wśród dzieci i młodzieży

Okres kwarantanny wpłynął również istotnie na zachowania żywieniowe osób młodych.

W badaniu Al Hourani, Alkhatib, Abdullah (2021) dokonano oceny występowania wpływu zdalnego nauczania oraz kwarantanny na masę ciała, zachowania żywieniowe oraz poziom aktywności fizycznej populacji Jordanii w wieku 6–17 lat. W badaniu udział wzięło 477 dzieci i młodzieży. Uczestników poproszono o wypełnienie internetowego kwestionariusza obejmującego pytania dotyczące danych socjodemograficznych oraz antropometrycznych, aktywności fizycznej oraz sposobu żywienia. Kwestionariusze zostały rozesłane do matek badanych dzieci. Badani w wieku 13–17 lat wypełniali kwestionariusz samodzielnie, natomiast w imieniu dzieci w wieku 6–12 lat kwestionariusz został wypełniony przez

matki badanych. Częstość spożycia żywności oceniono z użyciem kwestionariusza częstości spożycia obejmującego 47 produktów.

W badanej grupie dzieci i młodzieży w porównaniu do okresu przed *lockdownem* zaobserwowano istotny wzrost masy ciała. Analiza danych z kwestionariusza wykazała istotny wzrost konsumpcji większości badanych grup żywności, z wyjątkiem pojedynczych produktów mięsnych. Pomimo wzrostu spożycia warzyw i owoców diety badanych nadal nie spełniały rekomendacji dotyczących spożycia tych grup żywności.

Jednocześnie w badanej grupie zanotowano istotne obniżenie aktywności fizycznej oraz wzrost czasu spędzonego przed ekranem. Ponadto prawie 50% respondentów deklaroowało spożywanie posiłków lub przekąsek przy jednoczesnym oglądaniu telewizora.

Autorzy zwrócili także uwagę na fakt, że okres *lockdownu* był zbieżny z okresem Ramadanu. Post w tym okresie jest powszechnie praktykowany także wśród dzieci i młodzieży, co mogło wpłynąć zarówno na sposób odżywiania. Post dzienny, przesunięcie godzin spożywania głównych posiłków na wczesny poranek i późny wieczór przy jednoczesnym wzroście wartości energetycznej diety oraz zmiany w godzinach snu mogą skutkować wzrostem masy ciała.

Analiza wyników badania Ruiz-Roso, de Carvalho Padilha, Mantilla-Escalante, Ulloa, Brun, Acevedo-Correa, Arantes Ferreira Peres, Martorell, Aires, de Oliveira Cardoso, Carrasco-Marín, Paternina-Sierra, Rodriguez-Meza, Montero, Bernabè, Pauletto, Taci, Visioli, Dávalos (2020) oceniającego zmiany w trendach żywieniowych wśród młodzieży Włoch, Hiszpanii, Chile, Kolumbii i Brazyli wykazała wzrost częstości spożycia produktów smażonych oraz słodczy w badanej grupie. Dane zostały zebrane z użyciem anonimowego kwestionariusza obejmującego pytania dotyczące wielkości spożycia wybranych grup

produktów przed pandemią i w trakcie *lockdownu*. Zmodyfikowany kwestionariusz School PeNSE udostępniony był badanym drogą internetową.

Analiza odpowiedzi respondentów wykazała, że okres *lockdownu* wpłynął także na ograniczenie spożycia żywności typu fast food, którego przyczyną było częstsze gotowanie posiłków w domu. W porównaniu do okresu przed kwarantanną zaobserwowano także wzrost spożycia warzyw, owoców oraz nasion roślin strączkowych. Nie zaobserwowano zmian w wielkości spożycia przetworzonego mięsa i słodzonych napojów. Zaobserwowano wyższe deklarowane spożycie warzyw, owoców, oraz niższe spożycie słodzonych napojów wśród dziewcząt w porównaniu do badanych chłopców. Zmiany w częstości spożycia wybranych grup produktów były także zależne od wieku badanych. Korzystne zmiany obejmujące wzrost spożycia warzyw i owoców dotyczył młodzieży powyżej 14 roku życia. Wśród respondentów poniżej 14 roku życia zaobserwowano wzrost spożycia słodczy oraz żywności smażonej. Istotny wzrost spożycia słodczy zaobserwowano także w grupie młodzieży powyżej 17 roku życia. Zmiany w zachowaniach żywieniowych były zależne także od kraju zamieszkania, liczby osób w rodzinie, poziomu wykształcenia rodziców, a także od tego, czy posiłki spożywane były przy jednoczesnym oglądaniu telewizji. Oglądanie telewizji w trakcie posiłków istotnie korelowało z wielkością spożycia żywności smażonej, słodczy oraz słodzonych napojów.

W badaniu Dragun, Veček, Marendić, Pribisalić, Đivić, Cena, Polašek, Kolčić (2021) oceniono wpływ wprowadzenia *lockdownu* na jakość życia, zachowania związane ze stylem życia wśród młodzieży oraz studentów medycyny zamieszkałych w Chorwacji. Badaniem objęto zarówno grupę studentów pochodzenia chorwackiego jak i studentów międzynarodowych, którzy ze względu

na kwarantannę zostali zmuszeni do pozostania w kraju na okres izolacji. Autorzy badania zwrócili uwagę na szczególne warunki w jakich musieli sobie radzić reprezentanci wskazanej grupy w związku z przechodzeniem *lockdownu* poza miejscem stałego zamieszkania. Wśród uczestników badania przeprowadzono kwestionariusz obejmujący pytania dotyczące ogólnego samopoczucia, subiektywnym odczuciem szczęścia, zaniepokojenia i optymizmu związanego z przyszłością, nawyków związanych ze snem, aktywności fizycznej, zachowań żywieniowych oraz zgodności diety z rekomendacjami diety śródziemnomorskiej. Kwestionariusz został przeprowadzony przed *lockdownem* i trakcie trwania obostrzeń.

Analiza danych z kwestionariusza wykazała, że studenci zagraniczni charakteryzowali niższą subiektywną oceną własnego zdrowia w porównaniu ze studentami z kraju i młodzieżą licealną. Nie zaobserwowano istotnych zmian w zachowaniach żywieniowych i adhezencji do zaleceń diety śródziemnomorskiej w obu badanych okresach. Zaobserwowano wzrost spożycia z dietą owoców, warzyw, ryb, słodczy oraz niższe spożycie produktów z grupy zbóż, orzechów i produktów mlecznych. Grupą charakteryzującą się największą zmianą w adhezencji do zaleceń diety śródziemnomorskiej stanowili studenci międzynarodowi. Badani z tej grupy zadeklarowali obniżenie spożycia warzyw i owoców oraz wzrost spożycia słodczy i przekąsek względem okresu przed *lockdownem*. Wśród badanej grupy 32% zadeklarowało obniżenie masy ciała, natomiast 19% wzrost wartości tego parametru. Zaobserwowano istotny wzrost czasu spędzonego przed komputerem/ tabletem oraz czasu spędzonego na użytkowanie telefonu komórkowego w porównaniu do okresu przed izolacją. W badanej grupie ponad połowa respondentów zadeklarowała regularną aktywność w ciągu tygodnia w obu okresach badania, w tym codzienną aktywność fizyczną

zadeklarowało odpowiednio 26,9% młodzieży szkolnej, 20,3% studentów krajowych i 13,6% studentów międzynarodowych. W badanej grupie zanotowano wzrost mediany czasu snu, co związane było z obniżeniem odczucia zmęczenia i senności wśród 20% badanych.

## Podsumowanie

W przytoczonych badaniach autorzy zaobserwowali wystąpienie zmian w prezentowanych przez respondentów populacji różnych krajów zachowaniach żywieniowych. Do najczęściej obserwowanych zmian wymienić można wzrost częstości podjadania słonych i słodkich przekąsek, oraz wzrost spożycia żywności ogółem, które w konsekwencji prowadziły do wzrostu masy ciała w okresie pandemii. Niekorzystne zmiany zachowań żywieniowych częściej obserwowane były u osób z nadwagą i otyłych. Korzystne zmiany zaobserwowano w zakresie ograniczenia spożycia gotowych posiłków oraz wzrostu przygotowania posiłków w domu. Zaobserwowano także wzrost adhezencji diety do zaleceń diety śródziemnomorskiej. Prezentowany kierunek zależny był od czynników takich jak: liczba członków gospodarstwa domowego, charakter wykonywanej pracy, subiektywna ocena występowania niepokoju związana z panującą sytuacją epidemiczną, a także styl życia prowadzony przed okresem kwarantanny. Wskazuje się, że zwiększony poziom stresu towarzyszący ograniczeniom możliwości opuszczania miejsca zamieszkania spowodowany obostrzeniami mógł niekorzystnie wpłynąć na prezentowane zachowania żywieniowe. Jednocześnie okres *lockdownu* spędzony w domu pozwalał na poświęcenie czasu na samodzielne gotowanie posiłków i obniżenie częstości spożycia żywności gotowej. Większe skupienie na przygotowywaniu żywności w kontekście planowania posiłków oraz realizacji zakupów mógł wpłynąć także na ograniczenie marnowania żywności w gospodarstwach domowych.

Wśród badanych dzieci i młodzieży zaobserwowano korzystny trend obejmujący wzrost spożycia warzyw, owoców i nasion roślin strączkowych oraz obniżenie spożycia żywności typu fast food. Jednocześnie jednak zanotowano także wzrost spożycia przekąsek i słodczy. Zaobserwowano występowanie niekorzystnych zmian w zachowaniach żywieniowych wśród studentów międzynarodowych, którzy w związku z zamknięciem granic na okres *lockdownu* zostali zmuszeni aby pozostać poza swoim stałym miejscem zamieszkania.

Wśród ograniczeń przytoczonych badań można wymienić fakt, że wykorzystywanym narzędziem były kwestionariusze internetowe w których respondenci najczęściej samodzielnie, subiektywnie oceniali badane wskaźniki, co mogło znacznie wpłynąć na rzetelność uzyskanych danych. W większości z przytoczonych badań informacja o możliwości uczestnictwa przekazywana była z wykorzystaniem mediów społecznościowych, kwestionariusze tworzone były z wykorzystaniem Google Forms, co było przyczyną braku reprezentatywności badanej próby, ze względu na ograniczony dostęp do narzędzia badania dla osób z utrudnionym dostępem do komputera i internetu.

Wprowadzanie prawidłowych nawyków żywieniowych może mieć działanie profilaktyczne w wystąpieniu chorób, a także łagodzić ich przebieg. Biorąc pod uwagę zwiększone ryzyko zachorowania i gorszy przebieg SARS-CoV 19 wśród osób z chorobami współtowarzyszącymi oraz otyłością, zasadne wydaje się kładzenie szczególnego nacisku na wprowadzanie korzystnych zmian w zachowaniach żywieniowych populacji. Prawidłowy stan odżywienia może też zwiększyć skuteczność stosowanych szczepionek, jako że ocenia się, że są one mniej efektywne u osób otyłych (Butler, Barrientos, 2020).

Konieczne wydaje się badanie długotrwałych zmian w zakresie żywienia i zachowań

zdrowotnych wynikających z wybuchu pandemii oraz ich konsekwencji dla zdrowia populacji poszczególnych grup populacji. Wyniki tego typu badań pozwoliłyby nadać kierunek działaniom, których celem byłoby zwiększenie poziomu świadomości zdrowotnej i wypracowanie rozwiązań minimalizujących negatywne skutki zdrowotne wynikające z długotrwałego pozostawania w domu związanego ze zmianą sposobu realizacji pracy, nauczaniem domowym, ograniczeniem poruszania się poza miejscem zamieszkania oraz towarzyszącymi im zachowaniami żywieniowymi. Wypracowanie tego typu rozwiązań wydaje się być szczególnie istotne dla grup charakteryzujących się wysokim ryzykiem podejmowania niekorzystnych zachowań zdrowotnych i żywieniowych: z nadwagą, otyłych, o niskim poziomie aktywności fizycznej, w grupie ryzyka lub chorujących na schorzenia metaboliczne. 🧐

**Anna Przeliorz-Pyszczyk** – mgr, asystent. Zainteresowania badawcze: edukacja żywieniowa, żywienie sportowców, diety alternatywne. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7173-099X>

#### Afilacja

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu  
Wydział Nauk o Zdrowiu

Zakład Dietetyki

e-mail: [anna.przeliorz-pyszczyk@umed.wroc.pl](mailto:anna.przeliorz-pyszczyk@umed.wroc.pl)

#### Bibliografia

Aldaco, R., Hoehn, D., Laso, J., Margallo, M., Ruiz-Salmón, J., Cristobal, J., Kahhat, R., Villanueva-Rey, P., Bala, A., Batlle-Bayer, L., Fullana-I-Palmer, P., Irabien, A., & Vazquez-Rowe, I. (2020). Food waste management during the COVID-19 outbreak: a holistic climate, economic and nutritional approach. *Science of Total Environment*, 742, 140524, DOI: 10.1016/j.scitotenv.2020

Al Hourani, H., Alkhatib, B., & Abdullah, M. (2021). Impact of COVID-19 lockdown on body weight, eating habits and physical activity of Jordanian children and adolescents. *Disaster Medicine and*

*Public Health Preparedness*, 1–28. DOI:10.1017/dmp.2021.48

Amicarelli, V., & Bux, C. (2021). Food waste in Italian households during the Covid-19 pandemic: a self-reporting approach. *Food Security*, 13, 25–37, DOI: 10.1007/s12571-020-01121-z

Błaszczuk-Bębenek, E., Jagielski, P., Bolesławska, I., Jagielska, A., Nitsch-Osuch, A., & Kawalec, P. (2020). Nutrition Behaviors in Polish Adults before and during COVID-19 Lockdown. *Nutrients*, 12/10, 3084. DOI: 10.3390/nu12103084.

Butler, M. J., & Barrientos, R. M. (2020). The impact of nutrition on COVID-19 susceptibility and long-term consequences. *Brain, Behavior and Immunity*, 87, 53–54, DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.040

Cheikh Ismail, L., Osaili, T. M., Mohamad, M. N., Al Marzouqi A., Jarrar, A. H., Abu Jamous, D. O., Magriplis, E., Ali, H. I., Al Sabbah, H., Hasan, H., Al Marzooqi, L. M. R., Stojanovska, L., Hashim, M., Shaker Obaid, R. R., Saleh, S. T., & Al Dhaheri, A. S. (2020). Eating Habits and Lifestyle during COVID-19 Lockdown in the United Arab Emirates: A Cross-Sectional Study. *Nutrients*, 12/11, 3314, DOI: 10.3390/nu12113314

Connaughton, R. M., McMorrow, A. M., McGillicudd, F. C., Lithander, F. E., & Roche, H. M. (2016). Impact of anti-inflammatory nutrients on obesity-associated metabolic-inflammation from childhood through to adulthood. *Proceedings of the Nutrition Society*, 75/2, 115–124, DOI: 10.1017/S0029665116000070

Dantzer, R., Cohen, S., Russo, S. J., & Dinan, T. G. (2018). Resilience and immunity. *Brain, Behavior, and Immunity*, 74, 28–42. DOI: 10.1016/j.bbi.2018.08.010

Deschasaux-Tanguy, M., Druésne-Pecollo, N., Esseddik, Y., de Edelenyi, F. S., Allès, B., Andreeva, V. A., Baudry, J., Charreire, H., Deschamps, V., Egnell, M., Fezeu, L. K., Galan, P., Julia, C., Kesse-Guyot, E., Latino-Martel, P., Oppert, J. M., Péneau, S., Verdoot, C., Hercberg, S., & Touvier, M. (2020). Diet and physical activity during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) lockdown (March-May 2020): results from the French

NutriNet-Santé cohort study. *The American Journal of Clinical Nutrition*. DOI: 10.1093/ajcn/nqaa336

Di Renzo, L., Gualtieri, P., Pivari, F., Soldati, L., Attinà, A., Cinelli, G., Leggeri, C., Caparello, G., Barrea, L., Scerbo, F., Esposito, E., De Lorenzo, A. (2020). Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *Journal of Translational Medicine*, 18/1, 229. DOI: 10.1186/s12967-020-02399-5

Dragun, R., Veček, N. N., Marenić, M., Pribisalić, A., Đivić, G., Cena, H., Polašek, O., & Kolčić, I. (2020). Have Lifestyle Habits and Psychological Well-Being Changed among Adolescents and Medical Students Due to COVID-19 Lockdown in Croatia? *Nutrients*, 13/1, 97. DOI: 10.3390/nu13010097

Giacalone, D., Frøst, M. B., & Rodríguez-Pérez, C. (2020). Reported Changes in Dietary Habits During the COVID-19 Lockdown in the Danish Population: The Danish COVIDiet Study. *Frontiers in nutrition*, 7, 592112. DOI:10.3389/fnut.2020.592112

Lamarche, B., Brassard, D., Lapointe, A., Laramée, C., Kearney, M., Côté, M., Bélanger-Gravel, A., Desroches, S., Lemieux, S., & Plante, C. (2021). Changes in diet quality and food security among adults during the COVID-19-related early lockdown: results from NutriQuébec. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 113/4, 984–992. DOI: 10.1093/ajcn/nqaa363

Martínez-de-Quel, Ó., Suárez-Iglesias, D., López-Flores, M., & Pérez, C.A. (2021). Physical activity, dietary habits and sleep quality before and during COVID-19 lockdown: A longitudinal study. *Appetite*, 158, 105019. DOI: 10.1016/j.appet.2020.105019

Mattioli, A. V., Pinti, M., Farinetti, A., Nasi, M. (2020). Obesity risk during collective quarantine for the COVID-19 epidemic. *Obesity Medicine*, DOI: 10.1093/ajcn/nqaa336

Mayasari, N. R., Ho, D., Lundy, D. J., Skalny, A. V., Tinkov, A. A., Teng, I. C., Wu, M. C., Faradina, A., Mohammed, A., Park, J. M., Ngu, Y. J., Aliné, S., Shofia, N. M., & Chang, J. S. (2020). Impacts of the COVID-19 Pandemic on Food Security and Diet-Related Lifestyle Behaviors: An Analytical Study of

- Google Trends-Based Query Volumes. *Nutrients*, 12/10, 3103. DOI: 10.3390/nu12103103
- Pérez-Rodrigo, C., Gianzo Citores, M., Hervás Bárbara, G., Ruiz-Litago, F., Casis Sáenz, L., Arija, V., López-Sobaler, A. M., Martínez de Victoria, E., Ortega, R. M., Partearroyo, T., Quiles-Izquierdo, J., Ribas-Barba, L., Rodríguez-Martín, A., Salvador Castell, G., Tur, J. A., Varela-Moreiras, G., Serra-Majem, L., Aranceta-Bartrina, J. (2021). Patterns of Change in Dietary Habits and Physical Activity during Lockdown in Spain Due to the COVID-19 Pandemic. *Nutrients*, 13/2, 300. DOI: 10.3390/nu13020300
- Principato, L., Secondi, L., Cicatiello, C., & Mattia, G. (2020). Caring more about food: The unexpected positive effect of the Covid-19 lockdown on household food management and waste. *Socio-Economic Planning Sciences*. DOI: 10.1016/j.seps.2020.100953
- Robinson, E., Gillespie, S., & Jones, A. (2020). Weight-related lifestyle behaviours and the COVID-19 crisis: An online survey study of UK adults during social lockdown. *Obesity science & practice*, 6/6, 735–740. DOI: 10.1002/osp4.442
- Rodgers, R. F., Lombardo, C., Cerolini, S., Franko, D. L., Omori, M., Linardon, J., Guillaume, S., Fischer, L., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). "Waste not and stay at home" evidence of decreased food waste during the COVID-19 pandemic from the U.S. and Italy. *Appetite*, 160, 105–110. DOI: 10.1016/j.appet.2021.105110
- Rodríguez-Pérez, C., Molina-Montes, E., Verardo, V., Artacho, R., García-Villanova, B., Guerra-Hernández, E. J., & Ruíz-López, M. D. (2020). Changes in Dietary Behaviours during the COVID-19 Outbreak Confinement in the Spanish COVIDiet Study. *Nutrients*, 12/6, 1730. DOI: 10.3390/nu12061730
- Ruiz-Roso, M. B., de Carvalho Padilha, P., Mantilla-Escalante, D. C., Ulloa, N., Brun, P., Acevedo-Correa, D., Arantes Ferreira Peres, W., Martorell, M., Aires, M. T., de Oliveira Cardoso, L., Carrasco-Marín, F., Paternina-Sierra, K., Rodríguez-Meza, J. E., Montero, P. M., Bernabè, G., Pauletto, A., Taci, X., Visioli, F., & Dávalos, A. (2020). Covid-19 Confinement and Changes of Adolescent's Dietary Trends in Italy, Spain, Chile, Colombia and Brazil. *Nutrients*, 12/6, 1807. DOI: 10.3390/nu12061807
- Scarmozzino, F., & Visioli, F. (2020). Covid-19 and the Subsequent Lockdown Modified Dietary Habits of Almost Half the Population in an Italian Sample. *Foods (Basel, Switzerland)*, 9/5, 675. DOI: 10.3390/foods9050675
- Sidor, A., & Rzymiski, P. (2020). Dietary Choices and Habits during COVID-19 Lockdown: Experience from Poland. *Nutrients*, 12/6, 1657. DOI: 10.3390/nu12061657

## Changes in nutritional and selected health behaviors during the lockdown period during the COVID-19 pandemic

### Abstract

The outbreak of the COVID-19 pandemic has drastically affected the daily lives of the world's population. The introduction of restrictions on moving outside the place of residence contributed to significant changes both in the process of obtaining food products and the presented health behaviors among people of all social groups.

These restrictions had a direct impact on mental health, food security, food waste, shopping behavior, and physical activity. Being isolated due to the introduction of lockdown was associated with increased stress and led to a reduction in physical activity and a deterioration in the quality of diets.

The aim of the study was to assess changes in health and nutritional behavior among the inhabitants of various countries resulting from the introduction of restrictions on leaving home caused by the outbreak of the COVID-19 pandemic.

A prolonged period of staying at home was associated with a disturbance in the energy balance associated with a change in the frequency of consumption of particular food groups: increased consumption of alcohol, snacks, and convenience food, while reducing the frequency of consuming fresh vegetables and fruits. The group particularly exposed to adverse changes in health behavior included people struggling with excess body weight and low physical activity. The beneficial health behaviors observed in the studies included a reduction in the frequency of eating ready-to-go meals caused by more frequent cooking, and a reduction in food waste. It is estimated

that people who increased their physical activity during the lockdown were characterized by better eating habits and better well-being.

The lockdown period also significantly influenced young people's eating behavior. There was an increase in total food consumption, an increase in the frequency of consuming fried products and sweets, and a reduction in the consumption of fast food. Watching TV during meals had a significant impact on the level of consumption of fried foods, sweets, and sweetened drinks. Adverse changes in the diet of international students staying outside their home country during the lockdown were observed.

Changes in the diet resulting from the introduction of lockdown had an impact on the values of metabolic indicators, health status, and the risk of diet-related diseases.

Maintaining healthy eating behavior and lifestyle during the COVID-19 pandemic is essential to fight viral infections and maintain mental health and well-being.

**Keywords:** nutritional habits, health behaviors, lockdown, SARS-CoV-19.



"Na początku był dramat, bo nie wiadomo było czy to nie początek apokalipsy. W sumie dalej tego nie wiem... Najbardziej ryje banie ten brak informacji i natłok gównoinformacji".

Jarze Jarze Tatuaze, Łódź 2020

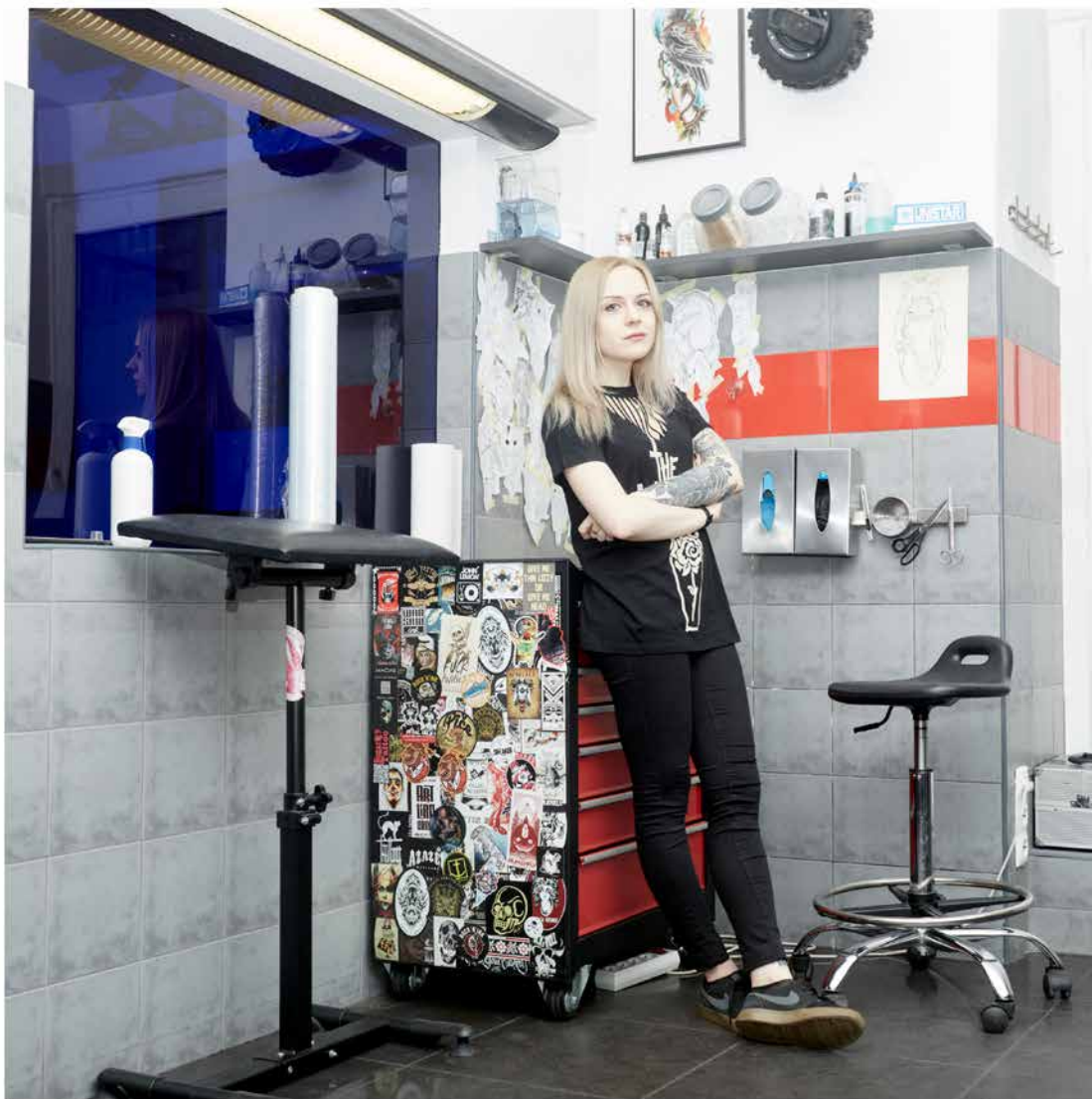
## Czekając na...

BARTOSZ FATEK

fotogaleria

18 maja 2020 roku salony fryzjerskie oraz kosmetyczne w Polsce zostały znów otwarte. Jest to część znoszenia obostrzeń związanych z pandemią Covid-19. W tym samym czasie studia tatuazu pozostają wciąż zamknięte, co spotyka się ze sprzeciwem środowiska tatuatorskiego.

Projekt powstał w ciągu dwóch tygodni podczas których salony tatuazu pozostawały zamknięte. To seria portretów tatuatorów wykonywanych zazwyczaj w ich miejscu pracy, zestawionych z ich wspomnieniami oraz wrażeniami z czasu kwarantanny, a także opiniami o działaniach rządu.



"W pierwszym miesiącu było źle, w drugim było spoko. Przyzwyczaiłam się, zaczęłam rysować, dużo gotować. Zrobiłam remont. A w trzecim miesiącu znów było źle".

Okt Ink Tattoo, Łódź 2020



"Czekam na lato i czekam na odmrożenie, aby znów popłynąć w świecie tatuażu".

Miłość Tattoo, Łódź 2020



"Ten etap takiej złości, takiego zdenerwowania co będzie dalej już przeszedł. Pogodziliśmy się z tą rzeczywistością. No i co? Możemy tylko czekać".

Kamil Sroka, Łódź 2020



"Po miesiącu poczułem, że bardzo mi brakuje tatuowania oraz wszystkiego co jest z tym związane. Całego rytuału. Kontakt z ludźmi".

Michał Bajbor Wu, Łódź 2020



"Bardzo wielu rzeczy się nie widzi jak tu się jest codziennie. Ja mam tu wiele rzeczy które przywołują jakieś wspomnienia, jakieś sytuacje i fakt, że jest tu teraz tak pusto jest podwójnie przykry".

Joannah, Łódź 2020



"Kochać pieski, \*\*\*\*\*".

Debora Sass, Łódź 2020





„Na kwarantannie niby człowiek miał nadmiar czasu, a i tak go brakło na realizację wszystkich planów. Jak nas znów uziemią na jesień, obiecuję przeczytać więcej książek. Słowo!”

Anna Rozwadowska, Łódź 2020



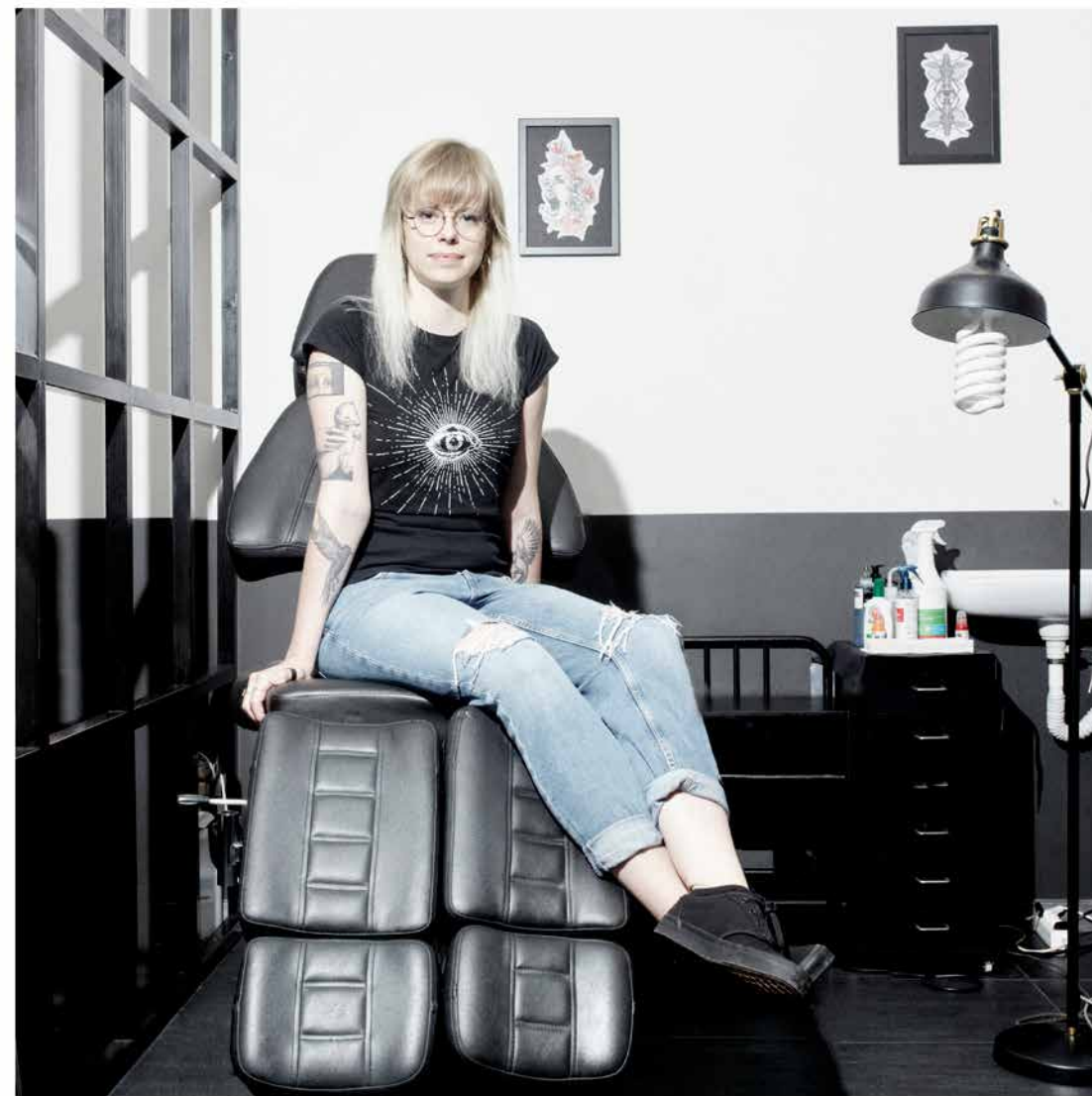
„Pracowałam nad sobą. Myślałam o sytuacji w jakiej się znajduję”.

Dziaby KZM, Łódź 2020



"Kwarantanna pokazała mi, że to nuda tworzy patologie. Poza tym... W końcu miałem urlop".

Hank Epson, Łódź 2020



„Życie jest nowelą... Koronoferie były super, ale tylko pierwsze dwa tygodnie. Tęskniłam za ekipą i kocham tę robotę”.

Kama Tattoo, Łódź 2020



„Rozjeżdżałem ludzi w GTA 5, paliłem tony trawy i kłóciłem się z domownikami”.

Mikenofcuk, Łódź 2020



„Nie zostaliśmy potraktowani fair. Może przez stereotypy, może przez niewiedzę. Nie wiem, ale na pewno nie zostaliśmy potraktowani w porządku”.

Paulina Bednarska, Łódź 2020



„Poświęciłam ten czas innym formom sztuki, które niegdyś lubiłam, a w ostatnich latach zaniedbałam. Odciągnęły całkiem nieźle moją uwagę od zamartwiania się obecną sytuacją”.

Sara Sapkowska, Łódź 2020



„Nie odczułam tego jakoś bardzo dotkliwie. Mogłam zrobić kilka rzeczy na które normalnie nie miałabym czasu”.

Zojka Tattoo, Łódź 2020



# **„Tożsamościowo mocni” i „zakorzenieni” – elektorat Prawa i Sprawiedliwości**

MARCIN KOTRAS

WYDZIAŁ EKONOMICZNO-SOCJOLOGICZNY UNIWERSYTET ŁÓDZKI

KATEDRA SOCJOLOGII POLITYKI I MORALNOŚCI

## **Abstrakt**

W artykule zaprezentowano komunikaty z reprezentatywnych badań dotyczących profilowania elektoratów polskich partii politycznych. Przedmiotem analizy jest w tym przypadku elektorat Prawa i Sprawiedliwości, który w ocenie kluczowych kwestii społeczno-politycznych wyraźnie różni się od elektoratów pozostałych relewantnych ugrupowań politycznych. W tekście zestawiono wyniki sondaży z koncepcjami odnoszącymi się tzw. „mocnych” i „słabych” programów tożsamościowych oraz do propozycji Davida Goodharta, który zaproponował podział wyborców, na obywateli „skądś” („Somewheres”) i obywateli „zawsząd” („Anywheres”). Celem przeprowadzonej analizy jest próba charakterystyki wyborców Prawa i Sprawiedliwości i umiejscowienie tego elektoratu w wybranych (klasycznych) modelach podziałów społeczno-politycznych.

## **Słowa kluczowe:**

Prawo i Sprawiedliwość, tożsamość, podział społeczny, wyborcy.

**W** demokratycznych społeczeństwach nie jest wyjątkową sytuacją, w której grupy obywateli mają poczucie, że ich poglądy nie są reprezentowane przez relewantne ugrupowania polityczne. Ta marginalizacja może być nawet traktowana jako naturalna konsekwencja instytucjonalizacji, w wyniku której ich poglądy uznane zostały jako nieodzwierciedlające pożądanego kierunku zmian kulturowych i społecznych. Grupy te w dyskursie publicznym były etykietowane jako: życiowo niezaradni, *homo sovieticusy*, wsteczniacy, hamulcowi zmian, ciemnogród, dotknięci wyuczoną bezradnością czy roszczeniowi. Jednocześnie taki forma kategoryzacji tych osób nie oznaczała, że ich poglądy, troski i lęki zostały unieważnione i przeniesione do rejestru spraw zapomnianych. Ekspozycja w dyskursie publicznym progresywnej wizji ładu społecznego, co charakteryzowało długie okresy polskiej transformacji, nie powodowało że ci, którzy czuli się wypchnięci poza główny nurt modernizacyjnej ścieżki stopniowo i z przekonaniem zinternalizowali model społeczeństwa otwartego, kosmopolitycznego, w którym światopogląd jednostek przesuwają się w stronę wartości liberalnych i progresywnych. Co więcej, taka forma prezentacji nowego porządku społecznego, jako w zasadzie bezalternatywnego, mogła wzmacniać u części obywateli brak poczucia bezpieczeństwa i przyczyniać się do eskalacji ich lęków, a w konsekwencji frustracji i gniewu.

Transformacyjne rekonfiguracje na rynku politycznym wygenerowały znaczną grupę wyborców, których można za Zygmuntem Baumanem określić jako retropijnych, czyli niewierzących, że przyszłość może przynieść dla nich coś dobrego, kumulujących swą nieufność do (kulturowo) obcych oraz poszukujących sensu i odpowiedzi na dręczące ich pytania w przeszłości (Bauman, 2018). Warto również dodać, że w ramach praktyk retropijnych może dochodzić do eskalacji tendencji

nacjonalistycznych i populistycznych prowadzących do powielania dychotomii My–Oni. W rezultacie odrzucony zostaje uniwersalizm na rzecz monokultury narodowej z usytuowanym w jej centrum „naszym” dziedzictwem, czyli „prawidłowo” rozumianą narodową kulturą.

Do tych właśnie potencjalnych wyborców swoją narrację zaadresowało Prawo i Sprawiedliwość. Narrację za Haydenem Whitem należy rozumieć jako model dyskursywny będący czymś w rodzaju repozytorium podstawowego znaczenia treściowego, które staje się określonym paradygmatem służącym do wyjaśniania zarówno przeszłości, terażniejszości, jak i tego co w tak zobrazowanym świecie może się wydarzyć w przyszłości. Narracja pełni zatem rolę porządkującą poprzez nadanie wybranym wydarzeniom charakteru logicznego, chronologicznego procesu, umożliwiając odbiorcom wytworzenie akceptowalnej i przyjętej w danej wspólnocie struktury znaczeń (White, 2014, s. 64). Narracja byłaby zatem intencjonalnym operowaniem danymi (Wasilewski, 2012, s. 25), w celu mobilizacji grupy elektoratu dającej przewagę na rynku politycznym i umożliwiającej kontrolę procesu decyzyjnego.

W zasadzie od wyborów w 2005 roku<sup>1</sup> narracja jaką posługiwało się Prawo i Sprawiedliwość konsekwentnie delegitymizowała logikę transformacyjnych przemian i elity symboliczne odpowiedzialne za jej przebieg, wzmacniając jednocześnie poczucie niepewności i lęku u istotnej części Polaków (Kotras, 2018). Intensyfikacja tego rodzaju retoryki zauważalna była również w kolejnych wyborach, szczególnie po 2010 roku, po tzw. sytuacji przełomu jaką była katastrofa lotnicza

pod Smoleńskiem (po pewnym czasie nastąpiło też bardzo silne wsparcie i multiplikowanie tej narracji przez media sprzyjające PiS<sup>2</sup>). Wybrane problemy, wydarzenia, zjawiska czy postacie zostały intencjonalnie skategoryzowane jako zagrażające bezpieczeństwu Polaków i odpowiedzialne za nasze życiowe niepowodzenia. Zmiany kulturowe zachodzące w ramach procesów modernizacji przedstawiane były z kolei jako agresywnie wkraczające w świat wartości i burzące podstawy funkcjonowania narodowej wspólnoty. Jednocześnie w narracji zaproponowano pakiet interpretacyjny, który miał być oczekiwany i dopasowany do potrzeb „zwykłego Polaka”. Ci wszyscy, którzy do tej pory byli nieakceptowani przez kulturowy mainstream, od których oczekiwano permanentnej adaptacji i akceptacji dla zmian kulturowych i społecznych mieli znaleźć swoją prawdziwą i skuteczną polityczną reprezentację. W narracji PiS bardzo wyraźnie akcentowana była hierarchiczna wizja świata z podziałem na skompromitowane elity i potrzebujących wsparcia zwykłych ludzi. To „zwykli Polacy” mieli stanowić podstawę i grupę tytułarną dla narodowej wspólnoty.

Prawo i Sprawiedliwość nie tylko zatem zidentyfikowało i nazwało lęki jakie towarzyszyły wielu Polakom, ale przede wszystkim posługując się swoją narracją te obawy uprawomocniło, kategoryzując je jako obronę tradycyjnych wartości. Wprowadziło je do politycznej agendy jako postawy właściwe, normalne (nawet pożądane), a nie powód do wstydu czy dowód na brak zdolności adaptacyjnych w zmieniającym się świecie. Wstyd, jaki mieli dotychczas odczuwać „zwykli Polacy”, niedostosowani, niewystarczająco europejscy,

roszczeniowi, w narracji PiS został skategoryzowany jako słuszny gniew tych, którzy domagają się uznania ich godności, interesów i przede wszystkim ważnych dla nich wartości. To właśnie PiS miał przywrócić poczucie bezpieczeństwa zagrożonym, będąc obrońcą tych, którzy do tej pory znaleźli się poza grupą transformacyjnych beneficjentów. Temu służyły również zapowiadane w kolejnych kampaniach wyborczych programy w ramach polityk publicznych, jak chociażby prawdziwy polityczny *gamechanger* – program „Rodzina 500 plus”. Ponadto w przekazach partii posługiwało się dychotomiczną wizją świata porządkującą społeczeństwo wedle kategorii „My” i „Oni”, gdzie „nasza” strona miała reprezentować właściwe rozumienie tego na czym powinien opierać się ład społeczny. Narracja miała również ważne elementy autoprezentacyjne, gdyż również liderzy PiS prezentowali siebie jako wykluczonych z głównego politycznego pola, którzy wracają, aby walczyć o godność Polski i Polaków. Prawo i Sprawiedliwość identyfikując krzywdy i lęki jakich doznawać mieli jego potencjalni (i zadeklarowani) wyborcy posługiwał się językiem, który charakteryzował ruchy emancypacyjne dążące do społecznej inkluzji grup defaworyzowanych. Często w komunikatach pojawiały odniesienia do: godności, o wstawaniu z kolan, o konieczności przezwyciężenia marginalizacji, przywróceniu praw „zwykłym ludziom”.

PiS w swoich narracjach adresowanych do wyborców koncentrował się na różnicach kulturowych i światopoglądowych. W przekazach partii znajdowała się również, co naturalne, problematyka dotycząca nierówności ekonomicznych (w tym różnic klasowych czy kwestia marginalizacji niektórych grup społecznych), ale przedstawiano to jako problemy, które można rozwiązać, które mogą być kontrolowane, a warunkiem jest (jedynie) wprowadzenie do politycznej egzekutywy właściwych ludzi. Dystrybucja odpowiedzialności za życiowe

<sup>1</sup> W 2005 roku partia w kampanii wyborczej posługiwała się takimi hasłami jak: *Dotrzynamy słowa, Polska prawa, Polska sprawiedliwa, Rodzina, Uczciwość, Przyszłość*.

<sup>2</sup> Przede wszystkim należy wymienić tu na początku tygodniki „Sieci” i „Do Rzeczy”, „Gazetę Polską”, Telewizję Republika, Telewizję Trwam oraz z czasem głównego nadawcę tych politycznych przekazów – publiczną telewizję TVP (główne źródło informacji dla wyborców PiS).

niepowodzenia części obywateli miała w tym przypadku charakter personalny. Usunięcie z procesu decyzyjnego słabych ogniw, jakimi mieli być reprezentanci dotychczasowych elit symbolicznych (w tym klasy politycznej) i zastąpienie ich właściwymi ludźmi prezentowane było jako remedium dające gwarancję na poprawę losu „zwykłych Polaków”.

W narracji jedną z centralnych kwestii była tożsamość „naszej”, narodowej wspólnoty, która w polityce historycznej prezentowanej przez PiS przybrała formę amalgamatu: dumy, walki o niepodległość, katolickiej wiary, oporu przeciw zewnętrznym i wewnętrznym wrogom, zdrowego rozsądku i mądrości zwykłego człowieka. Z tej wspólnoty konsekwentnie wykluczano wszystkich „innych” i „obcych”, zagrażających naszym tradycyjnie polskim wartościom lub tych posługujących się tzw. pedagogiką wstydu<sup>3</sup>. Taka logika konstruowania wspólnoty narodowej charakteryzuje kulturę ortodoksji. Pewne nadzieje dotyczące jej przełamania w sferze debaty publicznej wiązane były z mediami cyfrowymi, w tym kanałami zintensyfikowanej cyfrowej interakcji, takimi jak na przykład portale społecznościowe: Facebook czy Twitter. Jednak reguły ich funkcjonowania, przede wszystkim zaś zalgorytmizowany przepływ treści na tych platformach spowodował rezultat przeciwny do spodziewanego. Cyfrowe media stały się w zasadzie niekontrolowaną areną kłótni i sporów wzmacniającą społeczne i polityczne podziały.

Strategie polityczne Prawa i Sprawiedliwości miały istotny wpływ na kształtowanie się podziałów społeczno-politycznych. We

wspomnianym roku 2005 różnice między elektoratami rywalizujących partii zaczęły być coraz wyraźniejsze. Już wtedy elektorat Platformy Obywatelskiej był relatywnie młodszy od elektoratu Prawa i Sprawiedliwości, mieszkał w miastach powyżej 100 tysięcy mieszkańców, był z reguły lepiej wykształcony, lepiej oceniał własne warunki materialne oraz rzadziej uczestniczył w praktykach religijnych. Jeśli zaś chodzi o identyfikacje ideologiczne to prawie taki sam odsetek wyborców PiS i PO określał je jako prawicowe (Markowski, Stanley, 2016). W kolejnych okresach dystans między tymi elektoratami stawał się coraz większy. W 2015 roku elektorat PO coraz bardziej przesunął się w stronę miast (szczególnie tych dużych), zaś odsuwał się od instytucji Kościoła i praktyk religijnych. Elektorat PiS stawał się w coraz większym stopniu wiejski, silniej związany z Kościołem, często praktykujący i ponadto legitymujący się niższym wykształceniem niż wyborcy PO.

Wyborcy Prawa i Sprawiedliwości to w zasadzie jedyna grupa, która w swych deklaracjach nie tylko odzwierciedlała partyjną narrację, ale można wręcz eskalowała część swych stanowisk zgodnie z intencją przekazu partii rządzącej. Coraz bardziej charakterystyczna dla elektoratu PiS stawała się kategoria wyborcy aksjonormatywnego. Taki wyborca podziela wartości konserwatywnego obyczajowego i jednocześnie jest sceptyczny wobec neoliberalnych przekształceń w gospodarce. Charakteryzuje go również lojalność względem partii, na którą głosuje, co wzmacnia poczucie homogeniczności wewnątrz elektoratu.

Ponadto od wyborów w 2005 roku (również z narastającym dynamiką) w społeczeństwie coraz silniej ugruntowany został pogląd, że jesteśmy podzieleni, że zaczynamy żyć w dwóch zantagonizowanych obozach z oddalającą się możliwością przekładalności perspektyw. To poczucie wzmacniane było również przekazami medialnymi, które funkcjonowały w ramach

równoległych obiegu komunikacyjnych przeznaczonych dla sukcesywnie domykających się baniek medialnych. Medialnie konstruowana oś tego podziału dzieliła scenę polityczną na PiS i Anty-PiS, a tym samym elektorat na głosujących i niegłosujących na PiS.

Odmienne charakterystyki czy też profile elektoratów są immanentną cechą konkurencyjnych systemów partyjnych. Zwraca jednak uwagę, że dyferencja wyborców Prawa i Sprawiedliwości w stosunku do pozostałych grup ma charakter szczególny, skutkujący wyraźnym do nich dystansem zwłaszcza w obszarze światopoglądu.

W komunikacie CBOS sierpnia 2019 zaprezentowano charakterystyki elektoratów partii politycznych w odniesieniu wymiarów: optymizmu, gotowości do współpracy, politycznej paranoi, autorytaryzmu, anomii i alienacji (Roguska, 2019b). W tym badaniu na tle wyborców pozostałych partii politycznych (a uwzględniono jeszcze takie ugrupowania jak: Kukiz '15, Korwin, Wiosna, PO, PSL) elektorat PiS prezentował się jako najbardziej optymistyczny (wskaźnik 0,5 na skali od 0 do 2; dla porównania wielkość tego wskaźnika dla wyborców PO wyniosła 1,03). Wysoki wskaźnik optymizmu był konsekwencją tego, że wspierający PiS uznawali, że sprawy w naszym kraju zmierzają w dobrym kierunku, że sytuacja polityczna i gospodarcza jest dobra i będzie się poprawiać oraz że ich sytuację rodzinną również można określić jako dobrą z tendencją do poprawy. Wyborcy PiS wykazują natomiast niższą gotowość do współpracy, wskaźnik na poziomie 2,79, (tym razem była to skala od 1 – brak chęci współpracy do 5 – pełna otwartość na współpracę), niż pozostałe elektoraty wyróżnione w tym badaniu (wyjątkiem są głosujący na PSL, którzy w stopniu w stopniu nawet nieco niższym niż popierający PiS, wykazują chęć współpracy – wskaźnik 2,70). Ta kooperacyjna wstrzemięźliwość wynika przede wszystkim z przekonania, że jeśli

„człowiek nie ma się na baczności to inni to wykorzystują”. Elektorat PiS w wysokim stopniu prezentował również postawę, którą w badaniach określono mianem paranoi politycznej (mierzonej na skali od 1 do 5). W przypadku tej zmiennej wskaźnik dla elektoratu PiS wynosił 2,79 i był wyraźnie wyższy od wielkości wyznaczonych dla wyborców PO (2,41) i Wiosny (2,45), ale też niższy od wskaźników dla głosujących na Kukiz '15 (2,81), Korwina (2,92) i PSL (3,00). Paranoja polityczna jest konsekwencją postrzegania sytuacji w Polsce jako wyniku ingerencji zewnętrznych sił, które są potężne i spiskują przeciwko naszemu krajowi. Deklarujących głosowanie na PiS w zdecydowany sposób na tle pozostałych elektoratów wyróżniał wskaźnik autorytaryzmu. Jego wartość (3,15 na skali od 1 do 5) w wyraźny sposób przewyższała wyniki innych potencjalnych elektoratów (PO 2,61 czy Korwin 2,49). Autorytaryzm wiąże się z akceptacją opinii mówiących o tym, że aby uzyskać posłuch kierownik powinien być surowy wobec podwładnych, że na świecie żyją tylko dwa typy ludzi: silni i słabi i przede wszystkim, że silny przywódca może dla kraju zrobić więcej niż ustawy, dyskusje i konsultacje. Kolejny wskaźnik – anomii – powiązany z akceptacją dla stwierdzeń: że coraz trudniej dopatrzeć się sensu w otaczającym nas świecie, że obecnie niczego nie można być pewnym i że różnicowanie idei i poglądów prowadzi do tego, że nie wiadomo w co wierzyć. W tym przypadku trudno było mówić o istotnym zróżnicowaniu elektoratów. Najsilniejsze odczucie anomii towarzyszyło tym respondentom, którzy nie wiedzieli jaką siłą polityczną chcą wesprzeć w wyborach. Ostatni wyróżniony w badaniu wskaźnik – alienacji politycznej – opierał się na akceptacji dotyczących czterech twierdzeń: że w systemie politycznym respondent czuje się obco i nieswojo, że tacy ludzie jako on nie mają poczucia wpływu na to się dzieje, że pełniący funkcje we władzy nie mogą być uczciwymi

<sup>3</sup> To dość szeroka znaczeniowo kategoria, gdyż w ten sposób określano na przykład ciągłe, zdaniem środowiska PiS, podnoszenie kwestii udziału Polaków w zbrodniach na Żydach w trakcie II wojny światowej, czy wszelkie uwagi dotyczące naszego cywilizacyjnego opóźnienia względem zachodu. Była to postawa, która miała charakteryzować dotychczasowe elity.

ludźmi i że większość polityków dba tylko o swoją karierę. W tym przypadku elektorat PiS był najmniej wyalienowany (2,84 na skali od 1 do 5) i zdecydowanie w tym przypadku różnił się od potencjalnych wyborców PO i PSL (odpowiednio 3,40 i 3,41), co wydaje się naturalną konsekwencją przejęcia pełni władzy przez PiS i pojawienia się wśród jej wyborców poczucia wpływu na sytuację w kraju.

Prawo i Sprawiedliwość potrafiło skonsolidować swój elektorat przeciwstawiając tę grupę dotychczas sprawującym władzę elitom, które w narracji konsekwentnie przedstawiano jako odpowiedzialnych za marginalizację materialną i kulturową wielu „zwykłych Polaków”. Ta lojalność wiernych wyborców była budowana latami i nie jest bezpośrednio związana z politykami publicznymi, w tym przede wszystkim z transferami finansowymi, jakie PiS kieruje w stronę wybranych grup i kategorii społecznych (motywacja do głosowania na tę partię w oparciu o programy socjalne i transfery finansowe pojawia się częściej u nowych wyborców PiS). U stałych wyborców PiS dominowały opinie, że mają teraz na kogo głosować i nie potrzebują również partii drugiego wyboru. Zasadnicze znaczenie, szczególnie dla twardego elektoratu tej partii, miało zatem przekonanie, że PiS ich reprezentuje. To stanowisko jest wzmacniane niechęcią do partii opozycyjnych (szczególnie do Platformy Obywatelskiej i Lewicy) jako skompromitowanych i niepotrafiących rządzić w ich imieniu. (Sadura, Sierakowski, 2019).

W komunikacie CBOS dotyczącym motywów poparcia dla partii politycznych wśród tych skłaniających do głosowania na PiS jego wyborcy wskazali przede wszystkim na to, że dobrze rządzą (31,3%), dbają o dobro wszystkich ludzi, Polaków, Narodu (także szanują ludzi) (24,2%), że mają do nich zaufanie. Dopiero w dalszej kolejności wymieniane są związki ideologiczne: podzielam ich wartości, poglądy, jestem umiarkowanym

konserwatystą (7,9%) oraz powody związane z religijnością, stosunkiem do Kościoła i praktykami religijnymi (3,8%). Na PiS najczęściej chciały głosować osoby określające swe poglądy jako prawicowe i regularnie chodzące do kościoła. Gotowość do wsparcia tej partii była również wyraźnie skorelowana z wiekiem, to znaczy im starszy był wyborca tym chętniej deklarował, że głosuje na to ugrupowanie. Wśród najmłodszych wyborców deklaracje głosowania na PiS były na poziomie jedynie 2%. Wyborcy tej partii mieli również częściej niższe wykształcenie i relatywnie niższe dochody niż wyborcy innych ugrupowań. Warto również dodać, że PiS określany był przez swoich wyborców jako jedyna patriotyczna i prawdziwie polska (w odróżnieniu np. od PO) partia polityczna (5,9%) (Cybulska, Pankowski, 2021a).

Tabela 1. Opinie potencjalnych wyborców PiS na temat istotnych kwestii społeczno-politycznych.

Obszary charakterystyki	Pary stwierdzeń:	2011	2016	2019	2021 <sup>4</sup>	Średnia 2021
Reguły i normy ładu społecznego	(1) Państwo powinno zapewniać obywatelom wysoki poziom świadczeń socjalnych	82%	84%	85%	83%	1,82
	(7) Obywatele powinni dbać o zapewnienie sobie ochrony zdrowia, możliwości kształcenia dzieci itp. <sup>5</sup>	8%	6%	7%	6%	
	(1) Osoby dużo zarabiające powinny płacić wyższy podatek	73%	74%	65%	74%	2,45
	(7) Wszyscy, niezależnie od tego, ile zarabiają, powinni płacić jednakowy procent podatku od dochodów	21%	19%	21%	17%	
	(1) Należy sprywatyzować wszystkie przedsiębiorstwa państwowe	7%	11%	6%	6%	6,11
	(7) Znaczna liczba przedsiębiorstwa powinna pozostać własnością państwową	85% <sup>6</sup>	74%	79%	81%	
	(1) Najważniejsze jest bezpieczeństwo zatrudnienia i ochrona istniejących miejsc pracy, nawet jeśli pogarsza się sytuacja ekonomiczna przedsiębiorstw	79% <sup>7</sup>	35%	31%	44%	3,54
	(7) Najważniejsze jest, aby przedsiębiorstwa mogły szybko reagować na zmiany sytuacji gospodarczej, by w razie problemów mogły łatwo zmniejszać zatrudnienie i nie bały ponownie zatrudniać pracowników	14%	35%	34%	26%	
	(1) Udział kapitału zagranicznego w ważnych branżach gospodarki powinien być ograniczony	-	-	-	50%	3,23
	(7) Udział kapitału zagranicznego w ważnych branżach gospodarki nie powinien być w ogóle ograniczony	-	-	-	24%	
(1) Polska powinna jak najszybciej odejść od energetyki opartej na węglu	-	-	-	21%	5,06	
(7) Polska powinna móc jak najdłużej wykorzystywać węgiel w energetyce	-	-	-	57%		

4 Wynik prezentuje rozkład opinii dla Prawa i Sprawiedliwości razem z Solidarną Polską i Porozumieniem. Jednak niewielkie wartości poparcia jakie uzyskują dwa pozostałe ugrupowanie pozwalają na posługiwanie się sformułowaniem, że mowa w tym przypadku o wyborcach PiS.

5 W tym przypadku chodziło o poznanie rozkładu opinii respondentów, do czego użyto par przeciwstawnych sobie stwierdzeń. Badani zaznaczali na skali (od 1 do 7, gdzie 4 to postawa ambiwalentna) w jakim stopniu zgadzają się z danym stwierdzeniem. W tabeli zaprezentowane brzmienie kategorii, którym przypisana była wartość 1 bądź 7, natomiast podane wyniki procentowe dotyczą zagregowanych pozycji 1,2,3 oraz 5,6,7.

6 W 2011 roku kategorie te były sformułowane w nieco inny sposób: „Należy prywatyzować powoli i tylko niektóre przedsiębiorstwa państwowe” vs. „Należy prywatyzować szybko i jak największą liczbę państwowych przedsiębiorstw”.

7 Zaprezentowane w tabeli wielkości procentowe odnoszą się do kategorii: „Bezrobocie jest zawsze zjawiskiem szkodliwym i należy je bezwzględnie zwalczać” vs. „Istnienie niewielkiego bezrobocia jest pożyteczne dla gospodarki”.



Światopogląd	(1) Konkordat między Polską a Stolicą Apostolską jest niepotrzebny. Państwo nie powinno wyróżniać żadnego z wyznań ani kościołów.	59% <sup>8</sup>	40% <sup>9</sup>	17%	20%	5,24
	(7) Konkordat jest potrzebny. Państwo powinno współpracować z Kościołem katolickim, do którego należy większość społeczeństwa.	28%	40%	66%	63%	
	(1) Przerwanie ciąży powinno być dozwolone bez żadnych ograniczeń	33%	12%	16%	17%	5,09
	(7) Przerwanie ciąży powinno być całkowicie zakazane	65%	64%	61%	56%	
	(1) Prawo powinno dopuszczać możliwość zawierania formalnych związków partnerskich przez osoby tej samej płci	-	18%	11%	13%	5,97%
	(7) Prawo w ogóle nie powinno dopuszczać możliwości zawierania formalnych związków przez osoby tej samej płci	-	70%	81%	80%	
Polityka zagraniczna	(1) Polska powinna dążyć do jak najściślejszej integracji w ramach UE	33%	27%	26%	22%	5,02
	(7) Polska powinna dążyć do zachowania jak najdalej idącej niezależności	47%	49%	50%	56%	
	(1) Polska powinna przyjmować uchodźców napływających do Europy z Syrii i innych krajów Bliskiego Wschodu i Afryki.	-	8%	4%	6%	6,26
	(7) Polska nie powinna przyjmować uchodźców napływających do Europy z Syrii i innych krajów Bliskiego Wschodu i Afryki.	-	77%	88%	86%	
	(1) Polska powinna prowadzić aktywną politykę wschodnią i wspierać proeuropejskie dążenia Ukraińców i innych narodów byłego ZSRR	-	22%	33%	44%	3,57
	(7) Polska nie powinna angażować się w sposób szczególny na wschodzie, ale dbać przede wszystkim o dobre relacje z Rosją	-	50%	35%	26%	
Relacje państwo-obywatel	(1) Z przestępczością należy walczyć, ale tak, by nie ograniczać praw i swobód zwykłych obywateli	53%	37%	35%	39%	3,60
	(7) Z przestępczością należy walczyć twardo, nawet jeśli miałyby to ograniczać prawa i swobody zwykłych obywateli	38%	46%	33%	50%	
	(1) Samorządy powinny mieć szerokie kompetencje do realizacji zadań i usług publicznych	-	-	-	51%	3,11
	(7) To przede wszystkim władze centralne powinny decydować o realizacji zadań i usług publicznych	-	-	-	19%	

Źródło: Opracowanie na podstawie Komunikatów z badań CBOS o numerach: BS/103/2011, 95/2016, 124/2019, 91/2021 (pełne dane dotyczące komunikatów znajdują się w bibliografii)

8 W 2011 roku respondenci wybierali między inaczej brzmiącymi stwierdzeniami: „Kościół powinien być oddzielony od państwa i nie powinien zajmować się polityką” vs. „Kościół powinien mieć duży wpływ na sprawy państwa i jego politykę”.

9 W 2016 roku respondenci wybierali między inaczej brzmiącymi stwierdzeniami: „Polityka i życie publiczne powinny opierać się na Dekalogu, wartościach religijnych” vs. „Wartości religijne powinny obowiązywać wyłącznie w życiu prywatnym ludzi wierzących”.

Powyższa tabela prezentuje procentowy rozkład opinii potencjalnych wyborców Prawa i Sprawiedliwości, a zaprezentowane w niej dane pochodzą z przeprowadzonych przez CBOS reprezentatywnych badań dotyczących charakterystyki partyjnych elektoratów (Roguska, 2011, 2016, 2019a, 2021). Odnosząc się do zaprezentowanych wyżej danych elektorat PiS można określić jako: prosocjalny i etatystyczny. Wyborcy ci, oczekują aktywnych działań państwa w polityce społecznej i wsparcia adresowanego do obywateli oraz zdecydowanie opowiadają się za progresywnymi podatkami. Są również zwolennikami obecności państwa (państwowej własności) w gospodarce, ze szczególną ochroną istotnych branż przed kapitałem zagranicznym. Opinie badanych w obszarze ładu społecznego w ostatniej dekadzie można uznać za stabilne. Zwraca również uwagę silne poparcie dla pozostania przy energetyce opartej na węglu, o co ośrodek badawczy zapytał badanych po raz pierwszy.

Ten obszar zagadnień dotyczy jednego z wymiarów wymienionych przez Herberta Kitschelta w jego koncepcji podziałów politycznych (Kitschelt, 1992). W systemach demokratycznych w polu politycznym dochodzi do konfliktów o zasoby i zasad ich dystrybucji w społeczeństwie. Istotne jest to czy decydujące dla reguł redystrybucji będą procesy decyzyjne zachodzące w ramach instytucji politycznych czy też regulatorem powinny być mechanizmy wolnorynkowe. Umownie można to określić jako podział przebiegający między zwolennikami państwa socjalnego z odgórnymi formułowanymi politykami publicznymi i liberałami gospodarczymi, którzy zorientowanymi na aktywność podmiotów działających na dobrze skonstruowanym wolnym rynku. Praktycznie wszystkie elektoraty wszystkich uwzględnionych w badaniu partii politycznych (znalazły się tam jeszcze: Koalicja Obywatelska, Lewica, Polska 2050, Konfederacja) znajdują

się po stronie socjalnej, ale to wyborcy PiS w swych deklaracjach na ten temat są najbardziej wyraziści.

Elektorat PiS może być również jednoznacznie uznany za tradycyjny i konserwatywny, a takie stwierdzenie wynika ze sposobu w jaki respondenci rozstrzygali kwestie odnoszące się do ich światopoglądu. Świadczy o tym teza o konieczności współpracy z Kościołem katolickim czy też sprzeciw wobec liberalizacji aborcji i legalizacji jedнопłciowych związków partnerskich. Ponadto elektorat PiS zdecydowanie częściej niż inne elektoraty w 2016 roku zgadzał się ze stwierdzeniem, że polityka i życie publiczne powinny opierać się na Dekalogu i wartościach religijnych 40% (należy jednak zauważyć, że tyle samo twierdziło, iż wartości religijne powinny obowiązywać wyłącznie w życiu prywatnym ludzi wierzących). Wprawdzie zmienia się stosunek do osób homoseksualnych wśród wyborców PiS, ale na tle innych elektoratów są oni najbardziej homofobiczni. Co trzeci wyborca PiS uważa, że homoseksualizm nie jest rzeczą normalną i nie wolno go tolerować, a co drugi uważa, że homoseksualizm jest wprawdzie odstępstwem od normy, lecz należy go tolerować. Tylko 8 procent spośród głoszących na rządzącą partię uważa, że homoseksualizm jest rzeczą normalną (dla porównania z opinią tą zgadza się 71% wyborców Lewicy i 47% Koalicji Obywatelskiej). Elektorat PiS jest również jedynym, który w większości deklaruje niechęć do gejów i lesbijek (51%), dla porównania akceptację deklaruje 13% (Scovil, 2021).

W obszarze polityki zagranicznej elektorat PiS zdecydowanie opowiada się za ograniczoną formułą integracji w ramach UE i zachowaniem przez Polskę możliwie największej niezależności. W 2016 roku elektorat Prawa i Sprawiedliwości był również wyraźnie przeciwny przyjmowaniu waluty euro przez Polskę („Polska w ogóle nie powinna przyjmować euro” 74% i 10%, „Polska powinna

możliwie najszybciej przyjąć euro”) (Roguska, 2016). Wyborcy PiS są również zdecydowanie przeciwni przyjmowaniu uchodźców z Afryki i Bliskiego Wschodu. Nie mają zaś jednoznacznego zdania w sprawie kierunków polityki wschodniej.

W przypadku relacji państwo-obywatel głosujący na PiS są skłonni ograniczać prawa obywatelskie w imię walki z przestępczością. Może oznaczać, że są zwolennikami silnych rządów i instytucje i mechanizmy demokracji nie są dla pierwszoplanowe. Są również za zwiększaniem kompetencji samorządu, ale na tle innych elektoratów w największym stopniu popierają tezę o utrzymaniu centralizacji procesu decyzyjnego.

W tym miejscu można przywołać drugi i trzeci wymiar podziałów politycznych z koncepcji Kitschelta. Ten drugi dotyczy charakteru relacji między rządzącymi i obywatelami, co wiąże się również z zakresem kontroli normatywnej rządzących. W tym przypadku oś podziału przebiega między konserwatyzmem i liberalizmem (Zarycki, 2000), między podporządkowaniem się hierarchii i reprodukcją normatywnych ram porządku społecznego, a kwestionowaniem reguł i współuczestnictwem w procesach decyzyjnych na zasadzie partycypacji. Elektorat PiS należałoby usytuować po stronie konserwatywnej, uznającej proponowane przez elity polityczne reguły gry. Ponadto wyraża on poparcie dla szerokiego zakresu działań regulacyjnych ze strony rządzących i instytucji regulacyjnych, łącznie z ograniczaniem demokracji oraz zaangażowaniem w sferze publicznej Kościoła katolickiego. Zamiast długotrwałej deliberacji wybiera silnych i skutecznych przywódców. Popierający PiS są też ostrożni w akceptowaniu progresywizmu, jako promującego zachowania obce kulturowo i wymykające się tradycyjnym ocenom aksjonormatywnym. Trzeci wymiar w modelu Kitschelta odnosi się do sposobu definiowania obywatelstwa, czyli do tego jaka

grupa traktowana jest w społeczeństwie jako tzw. tytułarna, spełniająca w tym przypadku kryteria polskości. Oś podziału przebiega zatem między kategorią włączania i wyłączenia określonych osób do wspólnoty, czyli konstruowania wspólnoty o charakterze ekskluzywnym bądź inkluzywnym (Łukowski, Sadowski, 2013). W tym przypadku elektorat PiS znajduje w obszarze wspólnoty ekskluzywnej, jest ową grupą tytułarną spełniającą skonstruowane odgórnie kryteria członkostwa. Chce zachowania narodowej suwerenności i nie chce, aby w kraju pojawili się uchodźcy z odmiennych kulturowo obszarów

Odnosząc się raz jeszcze do komunikatu CBOS z 2021 o charakterystyce elektoratów, warto zauważyć, że wyborcy PiS jedynie w dwóch kwestiach – stosunek do integracji z Unią Europejską oraz kierunku polityki wschodniej – nie zajmują pozycji najbardziej skrajnych spośród wszystkich badanych grup wyborców (a i w tych wymienionych przypadkach dystans do najbardziej skrajnych elektoratów nie jest znaczący). Powoduje to, że profil tego elektoratu jest wyraźnie odmienny od głosujących na pozostałe partie i w zasadzie trudno zakładać, że między elektoratami partii rządzącej i opozycji dochodzić może do znaczących przepływów wyborców.

Zaproponowana wyżej charakterystyka elektoratu PiS pozwala również na odniesienie się do kolejnych typologii dotyczących podziałów społecznych, tym razem związanych z kategorią zakorzenienia we wspólnocie. Brytyjski dziennikarz David Goodhart analizując kampanię wyborczą i samo głosowanie w sprawie Brexitu zwrócił uwagę na kluczowy jego zdaniem podział wewnątrz brytyjskiego społeczeństwa na ludzi „zawsząd” (*Anywheres*) i ludzi „skądś” (*Somewheres*) (Goodhart, 2017). Ta pierwsza kategoria dotyczy tych, którzy kierują się w życiu progresywnym indywidualizmem, a ich tożsamość jest osiągnięta i powiązana z ich kulturowymi kompetencjami,

zawodem, aktualnie prezentowanym stylem życia. Z reguły mają wykształcenie uniwersyteckie i mieszkają z dala od swoich miejsc urodzenia. Można ich określić jako wielkomiejskich, bo to jest przestrzeń, w której najlepiej się czują. To ludzie „zawsząd” zaprojektowali współczesne, zachodnie społeczeństwa, ale robiąc to tworzyli ład odpowiedni dla nich samych, nie uwzględniając poglądów i potrzeb prowincji. Ludzie „skądś” to natomiast ci, którzy wspierają ugrupowania umiarkowanie populistyczne niekiedy wykazując skłonność do nacjonalizmu. To zazwyczaj gorzej wykształceni obywatele, którzy mają tożsamości przypisane, związane z ich miejscem zamieszkania. Ta bliska więź z przestrzenią, w której się wychowali i w której chcą nadal mieszkać (blisko swoich matek i innych członków wspólnoty) sprawia, że wszelka ingerencja w to ważne dla nich miejsce narusza ich poczucie bezpieczeństwa. Jeśli zatem w sąsiedztwie zaczną się pojawiać ludzie odmienni, czy też po prostu obcy kulturowo (w tym religijnie) czy etnicznie mogą oni odebrać ich jako zagrożenie. Ludzie „skądś” są konserwatywni i istotną rolę w ich życiu pełni tradycja i rodzina. Nie chcą się zmieniać, dostosowywać, gdyż dobrze czują się „zakorzenieni” we wspólnocie, której reguły działania są im od dawna znane i traktowane są przez nich jako funkcjonalne i konieczne do reprodukcji.

Można zatem postawić tezę, że w elektoracie PiS dominują ludzie „skądś”, przede wszystkim ze względu na konserwatywny i tradycyjny profil tych wyborców. Ponadto dominują wśród nich mieszkańcy mniejszych miast. Wyborców PiS można nazwać „zakorzenionymi” we wspólnocie rozumianej przed wszystkim jako wspólnota opierająca się o określony typ wartości. Nie chodzi tu zatem o zawężenie tej przestrzeni do lokalności rozumianej wyłącznie geograficznie. Przeciwstawienie sobie ludzi „skądś” i ludzi „zawsząd” oddaje w dużej mierze sens narracji PiS mówiącej o „zwykłych

ludziach”, którzy odzyskując swą godność rzucają wyzwanie (wielkomiejskim) elitom, którzy wierni swym wartościom i lokalnym ojczynom domagają się pełnoprawnej reprezentacji własnych interesów.

Zaprezentowana charakterystyka elektoratu PiS umożliwia również zestawienie jej z dwoma przeciwstawnymi modelami tożsamościowymi. Pierwszy typ, odpowiadający wyborcom PiS, to tzw. mocny program tożsamościowy, charakterystyczny dla tradycji nowoczesnej, akcentującej zwrot w kierunku normatywnych ograniczeń narzucanych na jednostkę (Brubaker, Cooper, 2000). Chodzi tu przede wszystkim o ustabilizowane narzędzia socjalizacji, przy pomocy których dokonuje się transmisja wizji świata zorganizowanego wokół tradycyjnych wartości uznawanych przez członków wspólnoty za prawomocne i warte reprodukcji w ramach struktury społecznej. Taki projekt tożsamościowy wiąże się z poczuciem przynależności do trwałych (predestynowanych) zbiorowości, takich jak na przykład naród czy wspólnota wiernych, które zwykle precyzyjnie definiują wzór członkostwa. To poczucie przynależności może być bliskie esencjalizmowi, czyli postrzeganiu tej wspólnoty jako niemalże realnej w sposób materialny, w której członkostwo można określić jako bezalternatywne. Z taką wspólnotą jednostka się asymiluje, a wytwarzanych przez nią ramach normatywnych tworzy i reprodukuje swą tożsamość. Może to wiązać się z ekskluzywnym charakterem takich wspólnot i postrzeganiem ich przez członków jako homogenicznych, w których członkowie dzielą wspólny dla nich wszystkich system wartości.

Inaczej jest w przypadku słabego programu tożsamościowego, związanego z tradycją ponowoczesną, gdzie jednostka może deklorować swą przynależność do różnych wspólnot (zbiorów społecznych). Nie asymiluje się z nimi, ponieważ wybiera nieustanną akomodację. Dlatego jej tożsamość jest w zasadzie

projektem *in statu nascendi*, jest ciągle negocjowana z innymi uczestnikami relacji społecznych. Więzy w takich wspólnotach mają charakter słabszy, zrzeszeniowy i nie będą one permanentnie determinować procesu kształtowania tożsamości jednostki.

Mocny program tożsamościowy został przez PiS przywrócony nie tylko jako pełnoprawna forma uczestnictwa w narodowej wspólnoty, ale jako forma pożądana, od której odstępstwo może wiązać się z ostracyzmem i wykluczeniem. Mocna tożsamość „zwykłego Polaka” może być potraktowana jako odpowiedź na projektowy, kosmopolityczny, korporacyjny świat, który dla wielu był trudny do zaakceptowania, zrozumienia i w którym nie mogli być prawomocnymi uczestnikami.

## Podsumowanie

Wyborcy Prawa i Sprawiedliwości znaleźli się w pierwszej trójce elektoratów deklarujących identyfikację z partią, na którą zagłosowali (Cybulska, Pankowski, 2021c). Wyprzedzali ich tylko ci popierający Lewicę i Konfederację, ale liczebność obu tych grup w badaniu była zdecydowanie mniejsza niż zwolenników PiS, co mogło przełożyć się na otrzymany wynik. Prawo i Sprawiedliwość jest również tą partią, którą respondenci wskazywali najczęściej jako tę, na którą z całą pewnością nie oddadzą głosu. Dlatego między innymi szczególnie istotna dla PiS jest spójność, lojalność i potencjał mobilizacyjny wspierającego go elektoratu. To dla rządzących wartość nadrzędna, dlatego partia w swojej strategii argumentacyjnej operuje jasną dla swych wyborców wizją świata, zwykle odwołującą się do dychotomicznych podziałów i wskazującą politycznych przeciwników. Dlatego również konsekwentnie podtrzymuje wśród swoich wyborców poczucie zagrożenia przez zewnętrznym i wewnętrznym wrogiem. Głosujący na PiS powinni dostrzec, że poza tą partią nie ma innej, która

w taki sposób zadba o ich tożsamość i poczucie godności.

Elektorat Prawa i Sprawiedliwości skupia się wokół (ekskluzywnej) symboliki tożsamościowej i konstruowanej na narodowej ramie politycznej wspólnoty. Istotny w tym przypadku staje się pionowy charakter podziałów społeczno-politycznych, który Mattei Dogan opisywał jako opierający się o kryteria kulturowe powiązane ze zróżnicowaniem religijnym, etnicznym i językowym (Dogan, 1995). Nie oznacza to, że poziomy wymiar podziałów, dotyczący tradycyjnych kategorii socjologicznych takich jak: warstwa i klasa społeczna, miejsce zamieszkania (wieś – miasto) i dochodowe zróżnicowanie struktury przestaje być istotny przy wyznaczaniu elektoratów partii. Chodzi jednak o to, że pionowy wymiar umożliwia w skuteczny sposób konstruowanie podziałów politycznych przy użyciu odpowiednio przygotowanych narracji w ramach strategii argumentacyjnych partii politycznych.

Prawo i Sprawiedliwość jest ugrupowaniem prezentującym na zewnątrz swoją ideową spójność, co w znacznej części przeniesione zostało również na wyborców tego ugrupowania. Związek elektoratu z ugrupowaniem określić można jako silny i ustabilizowany. Widać to również w ocenach bieżącej polityki rządu. Wyborcy PiS są jedynymi, którzy pozytywnie oceniają to jak rząd radzi sobie z pandemią koronawirusa (Omyła-Rudzka, 2021). Wciąż akceptowana w tej grupie jest teza o „smoleńskim zamachu”. Jeśli przyjąć bardzo prawdopodobne założenie, że w wyborach prezydenckich na Andrzeja Dudę głosowali w większości wyborcy PiS<sup>10</sup> to wśród tej grupy ponad połowa uważa, że Lech Kaczyński

<sup>10</sup> Według sondażu exit poll przeprowadzonego przez firmę IPSOS w prezydencki wieczór wyborczy w 2020 roku, aż 91% deklarujących głosowanie w wyborach parlamentarnych w 2019 roku na PiS twierdziło, że oddało głos na Andrzeja Dudę.

mógł ponieść w Smoleńsku śmierć w wyniku zamachu (56%, łącznie kategorie zdecydowanie tak – 19% i raczej tak – 37%; przeciwnego zdania było 22% łącznie odpowiedzi raczej nie – 15% i zdecydowanie 7%; trudno powiedzieć/odmowa odpowiedzi 22%) (Bożewicz, 2020). Ten rodzaj relacji między partią a elektoratem może mieć jednak swoje (negatywne dla rządzącego ugrupowania) konsekwencje. Można bowiem zauważyć, że ekspansja PiS na rynku politycznym jest mocno ograniczona. „Zakorzenienie” i „mocny program tożsamościowy” mogą stanowić istotne zapory przed napływem nowego elektoratu. Chęć głosowania na Prawo i Sprawiedliwość deklaruje tylko 8% najmłodszych wyborców w wieku między 18 a 24 rokiem życia i są to najczęściej mieszkańcy wsi (13%). W tej grupie wiekowej czynnikiem w sposób wyraźny sprzyjającym głosowaniu na PiS jest udział w praktykach religijnych (37%). Mniej istotne są w tym przypadku deklarowane prawicowe poglądy polityczne (18%) (Cybulska, Pankowski, 2021b). Trudno również zakładać, że wyborcy innych ugrupowań, przy tak wyraźnie sformatowanych podziałach społecznych będą przenosić swoje polityczne poparcie na Prawo i Sprawiedliwość. 🗓

**Marcin Kotras** – adiunkt w Katedrze Socjologii Polityki i Moralności w Instytucie Socjologii Uniwersytetu Łódzkiego. Bada społecznie konstruowane podziały społeczne we współczesnym polskim społeczeństwie. Był członkiem zespołu badawczego zajmującego się badaniem polityk publicznych adresowanych do młodych dorosłych.

<https://orcid.org/0000-0002-8939-3685>

### Afiliacja

Katedra Socjologii Polityki i Moralności, Instytut Socjologii, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny Uniwersytet Łódzki, ul. Rewolucji 1905 r. 41/43

## Literatura

- Bauman, Z. (2018). *Retrotopia: Jak rządzi nami przeszłość* (K. Lebek, Tłum.). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bożewicz, M. (2020). *10 rocznica katastrofy pod Smoleńskiem* (Nr 48/2020). CBOS.
- Brubaker, R., Cooper, F. (2000). Beyond „Identity”. *Theory and Society*, 29(1), 1–47.
- Cybulska, A., Pankowski, K. (2021a). *Motywacje wyborcze Polaków* (Nr 32/2021). CBOS.
- Cybulska, A., Pankowski, K. (2021b). *Preferencje partyjne najmłodszych wyborców i ich ewolucja w ostatnich dwóch dekadach* (Nr 122/2021). CBOS.
- Cybulska, A., Pankowski, K. (2021c). *Scena polityczna – Identyfikacje partyjne, alternatywy wyborcze i elektoraty negatywne*. (Nr 43/2021). CBOS.
- Dogan, M. (1995). Erosion of class voting and of the Religious Vote in Western Europe. *International Social Science Journal*, 146, 525–538.
- Goodhart, D. (2017). *The road to somewhere: The populist revolt and the future of politics*. Hurst & Company.
- Kitschelt, H. (1992). The Formation of Party Systems in East Central Europe. *Politics and Society*, 20(1), 7–15.
- Kotras, M. (2018). Narracje i strategie argumentacyjne w dyskursie IV RP jako narzędzie wyznaczania granic wspólnot w polskim społeczeństwie. *Kultura i Społeczeństwo*, LXII(1), 141–166.
- Łukowski, W., Sadowski, I. (2013). Podział społeczno-polityczny w Polsce. Kilka uwag teoretycznych. *Studia Politologiczne*, 29, 11–36.
- Markowski, R., Stanley, B. (2016). Rozłamy socjopolityczne w Polsce: Iluzja czy rzeczywistość? *Studia Socjologiczne*, 223(4), 17–40.
- Omyła-Rudzka, M. (2021). *Stounek do szczepień i postreganie polityki rządu* (Nr 115/2021). CBOS.
- Roguska, B. (2011). *Elektoraty partyjne o istotnych kwestiach społeczno-politycznych* (BS/103/2011). CBOS.
- Roguska, B. (2016). *Elektoraty partyjne – Charakterystyka poglądów* (Nr 95/2016). CBOS.

- Roguska, B. (2019a). *Elektoraty 2019 – Charakterystyka poglądów* (Nr 124/2019). CBOS.
- Roguska, B. (2019b). *Psychologiczne charakterystyki elektoratów* (Nr 102/2019). CBOS.
- Roguska, B. (2021). *Elektoraty o istotnych kwestiach społeczno-politycznych* (Nr 91/2021). CBOS.
- Sadura, P., Sierakowski, S. (2019). *Polityczny cynizm Polaków. Raport badań socjologicznych*. Stowarzyszenie im. Stanisława Brzozowskiego, Fundacja Pole Dialogu i Autorzy.
- Scovil, J. (2021). *Stosunek Polaków do osób homoseksualnych* (Nr 121/2021). CBOS.
- Wasilewski, J. (2012). *Opowiesci o Polsce: Retoryka narracji*. studio headmade.
- White, H. (2014). *Przeszłość praktyczna*. Universitas.
- Zarycki, T. (2000). O możliwych interpretacjach struktury polskiej przestrzeni politycznej. *Studia Regionalne i Lokalne*, 2(2), 35–52.

## **“Identity-strong” and “Rooted” – the Electorate of Law and Justice**

### **Abstract**

The article presents reports from representative research on profiling the electorates of Polish political parties. The subject of the analysis in this case is the electorate of Law and Justice, which in the assessment of key socio-political issues is clearly different from the electorates of other relevant political groups. The text juxtaposes the results of the polls with concepts referring to the so-called „strong” and „weak” identity programs and to the proposals of David Goodhart, who proposed the division of voters into „Somewheres” and „Anywheres”. The aim of the analysis is to try to characterize the voters of Law and Justice and to place this electorate in selected (classical) models of socio-political divisions.

**Keywords:** Law and Justice, identity, social division, voters.

TU  
MOŻNA  
USIĄŚĆ

