

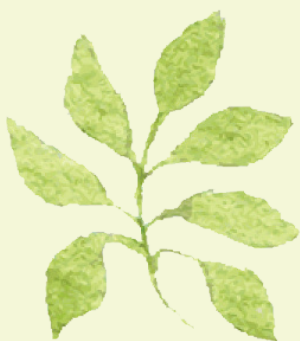


Uniwersytet
Wrocławski



Zdrowie i style życia

Wyzwania ekonomiczne i społeczne



Pod redakcją

Wioletty Nowak i Katarzyny Szalonki

Wrocław 2019

Zdrowie i style życia

Wyzwania ekonomiczne i społeczne

Zdrowie i style życia

Wyzwania ekonomiczne i społeczne

pod redakcją

Wioletty Nowak

Uniwersytet Wrocławski

ORCID [0000-0002-9200-2972](https://orcid.org/0000-0002-9200-2972)

Katarzyny Szalonki

Uniwersytet Wrocławski

ORCID [0000-0001-7290-6408](https://orcid.org/0000-0001-7290-6408)

Wrocław 2019

Kolegium Redakcyjne

prof. dr hab. Leonard Górnicki – przewodniczący

dr Julian Jezioro – zastępca przewodniczącego

mgr Aleksandra Dorywała – sekretarz

mgr Ewa Galyga-Michowska – członek

mgr Bożena Górna – członek

mgr Tadeusz Juchniewicz – członek

Recenzenci: *dr hab. Agata Niemczyk, prof. Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie (rozdział 1 i 3); dr hab. Paweł Waniowski, prof. Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu (rozdział 2 i 4)*

© Copyright by Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego

Korekta: *Magdalena Wojcieszak*

Projekt i wykonanie okładki: *Karolina Drozd*

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

Druk: *Drukarnia Beta-druk, www.betadruk.pl*

Wydawca

E-Wydawnictwo. Prawnicza i Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa.

Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego

ISBN 978-83-66066-83-0 (druk)

ISBN 978-83-66066-84-7 (online)

Spis treści

Wprowadzenie	9
ROZDZIAŁ 1	
UWARUNKOWANIA SPOŁECZNO-EKONOMICZNE STYLÓW ŻYCIA	
Anna Gardocka-Jalowiec, Katarzyna Szalonka	
Wybrane aspekty stylu życia w perspektywie odpowiedzialności za zdrowie...	13
Adam Metelski	
Zadowolenie ze zdrowia i z życia osób aktywnych fizycznie	29
Anna Dąbrowska, Mirosława Janoś-Kresło, Adrian Lubowiecki-Vikuk	
Styl życia <i>wellness</i> a zachowania osób starszych na rynku usług prozdrowotnych.....	47
Paweł Beyga	
Życie zmienione, lecz nie zakończone. Eschatologiczny „styl” życia	65
Urszula Banaszczak-Soroka	
Dochody własne a prywatne wydatki na zdrowie gospodarstw domowych w krajach Unii Europejskiej	77
ROZDZIAŁ 2	
ŻYWIENIE WYZWANIEM DLA PROZDROWOTNEGO STYLU ŻYCIA	
Agnieszka Dejnaka	
Sposoby odżywiania się przez konsumentów – nowe trendy	97
Sławomir Stasiak	
Symbolika wina w przekazach biblijnych w kontekście kulturowym.....	111
Henryk Mruk	
Pszczoły i ich produkty na usługach zdrowia ludzi	119
Teresa Korbutowicz	
Żywność genetycznie modyfikowana na świecie – zagrożenia czy korzyści.....	133
Małgorzata Pietras-Mrozicka	
Problemy codziennego funkcjonowania psychospołecznego w związku z dietą bezglutenową w narracji autobiograficznej osoby z celiakią – studium przypadku	157
ROZDZIAŁ 3	
WSPÓŁCZESNE WYZWANIA DLA OPIEKI ZDROWOTNEJ	
Jacek Froniewski	
Biblijna koncepcja etiologii choroby i integralnego uzdrowienia w ujęciu teologii prawosławnej	177

Iwona Czerska, Angelika Trojanowska, Tetiana Korpak	
Przyszłość opieki zdrowotnej w Polsce – nowe horyzonty	197
Henryk Mruk	
Apteki w procesie wzmocnienia zdrowia pacjentów	215
Agnieszka Sadowa, Małgorzata Sadowa	
Orientacja prozdrowotna pracodawców w Polsce w świetle badań	237
Grażyna Światowy	
Edukacja i promocja zdrowia w zachowaniach podmiotów rynku	257
Magdalena Daszkiewicz	
Kampanie społeczne o tematyce zdrowotnej – analiza treści i form przekazów komunikacyjnych.....	269
Małgorzata Skweres-Kuchta	
Choroby rzadkie wśród dzieci – zarządzanie systemem z perspektywy rodziny pacjenta	299
Adrianna Szalonka	
Antagonistyczne postawy wobec szczepień zagrożeniem dla cywilizacji	311
Ewa Tańska	
Pokonywanie bariery szklanego sufitu przez kobietę-lidera w ochronie zdrowia	321
 ROZDZIAŁ 4	
INNOWACJE SPOŁECZNE I TECHNOLOGICZNE W SŁUŻBIE OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	
Ewa Witczak, Małgorzata Cieślak, Katarzyna Śledzińska, Marek Lao, Ewa Gromadzińska	
Znaczenie materiałów włókienniczych dla poprawy jakości życia osób długotrwale unieruchomionych w świetle badań własnych.....	341
Beata Mucha, Monika Mucha	
Bezpieczeństwo społeczności lokalnej jako element jakości życia w świetle działań Straży Miejskiej w Jeleniej Górze.....	369
Maja Fojud, Artur Fojud	
Samodzielność osób o ograniczonej możliwości poruszania się w kontekście polityki dostępności średnich miast polskich na przykładzie Nysy	385
Katarzyna Godek	
Wpływ projektów współfinansowanych z EFS na jakość życia osób niepełnosprawnych	411
Andrey Tikhonov	
Rola organizacji pozarządowych w poprawie jakości życia osób z niepełnosprawnością wzrokową	435

Wprowadzenie

W 1946 roku Światowa Organizacja Zdrowia uznała, że stan zdrowia człowieka zależy od jego indywidualnych cech biologicznych i zachowania, jak również środowiska fizycznego oraz środowiska społecznego i ekonomicznego. Trzy dekady później kanadyjski minister zdrowia Marc Lalonde wyodrębnił cztery grupy czynników, które mają wpływ na stan zdrowia. Według Lalonde'a, zdrowie człowieka w połowie zależy od jego stylu życia, w 20% od uwarunkowań genetycznych, w 20% od czynników środowiskowych oraz w 10% od organizacji opieki zdrowotnej. Podczas obchodów 100-lecia Pan American Health Organization w 2002 roku Lalonde został uznany za jednego z 12 najbardziej zasłużonych dla zdrowia publicznego.

Wzrost wydatków na ochronę zdrowia i usługi medyczne bez holistycznego podejścia do zdrowia nie przekłada się na poprawę zdrowia i wydłużenie życia człowieka. Mając to na uwadze, przedstawiamy Państwu monografię, której celem jest prezentacja wyników badań dotyczących ekonomiczno-społecznych wyzwań w kontekście zdrowia i stylów życia we współczesnym świecie.

Monografię podzielono na cztery rozdziały. W pierwszym przedstawiono wpływ wyborów dokonywanych przez człowieka odnośnie do wykorzystania posiadanych przez niego zasobów i czasu wolnego na jego stan zdrowia. W drugim scharakteryzowano wpływ żywienia na zdrowie człowieka. W rozdziale trzecim zaprezentowano holistyczne podejście do edukacji i promocji zdrowia, a w czwartej części publikacji opisano społeczne i technologiczne innowacje, które poprawiają jakość życia osób z niepełnościami.

Redaktorki monografii wyrażają nadzieję, że jej treść wzbudzi zainteresowanie u wszystkich, którzy współtworzą politykę zdrowotną – zarówno interdyscyplinarnego środowiska akademickiego: pracowników i studentów (różnych dziedzin i dyscyplin naukowych), jak i władz lokalnych i regionalnych, przedstawicieli świata biznesu, którzy mają wpływ na kreowanie zdrowego stylu życia. Życzymy Czytelnikom miłej lektury, a jej Autorom serdecznie dziękujemy za współpracę.

Wioletta Nowak i Katarzyna Szalonka

Rozdział 1

Uwarunkowania społeczno-ekonomiczne stylów życia

Wybrane aspekty stylu życia w perspektywie odpowiedzialności za zdrowie

Selected aspects of lifestyle in the perspective of responsibility for health

Anna Gardocka-Jałowiec¹

Wydział Ekonomii i Zarządzania, Uniwersytet w Białymstoku
ORCID: [0000-0003-3281-1513](https://orcid.org/0000-0003-3281-1513)

Katarzyna Szalonka²

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

Streszczenie

Celem podjętych rozważań jest identyfikacja i charakterystyka wybranych aspektów stylu życia istotnych z punktu widzenia indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie. W obszarze zainteresowań znalazła się aktywność rekreacyjna przedstawicieli polskich gospodarstw domowych. W toku rozważań skoncentrowano się na dwóch jej wymiarach: aktywności fizycznej i wypoczynkowej, które składają się na dwie sfery życia ludzkiego, sferę konsumpcji dóbr i sferę zdrowia.

Podstawą rozważań uczyniono krytyczną analizę literatury przedmiotu. Na płaszczyźnie dociekań empirycznych wykorzystano wtórne dane pochodzące ze źródeł niewyczerpujących.

Słowa kluczowe

styl życia, zdrowie, odpowiedzialność za zdrowie, rekreacja, wypoczynek, aktywność fizyczna

Abstract

The purpose of the considerations is to identify and characterize selected aspects of lifestyle relevant to individual responsibility for health. The recreational activity of representatives of Polish households was the area of interest. In the course of considerations, the focus was on its two dimensions, i.e. physical and leisure activity, which make up two spheres of human life, i.e. the sphere of consumption of goods and the sphere of health.

Critical analysis of the literature on the subject was the basis for consideration. At the empirical level, secondary data from non-exhaustive sources was used.

Keywords

lifestyle, health, responsibility for health, recreation, leisure, physical activity

JEL: I10, I12, I15

¹ E-mail: a.gardocka@uwb.edu.pl.

² E-mail: katarzyna.szalonka@uwr.edu.pl.

Wstęp

Koncepcja stylu życia cieszy się nieustannym zainteresowaniem badaczy. W jej pojęciowym zakresie mieści się całokształt charakterystycznych dla jednostki codziennych zachowań, które wyrażają cechy osobowościowe, „sposób bycia” w danej grupie. W ostatnich latach wydaje się, że koncepcja ta zyskała znacznie na popularności. Wiązać to należy z rozwojem i intensywnymi zmianami dwóch sfer ludzkiego życia, tj. sfery konsumpcji dóbr oraz sfery zdrowia.

Celem podjętych rozważań jest identyfikacja i charakterystyka wybranych aspektów stylu życia istotnych z punktu widzenia indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie. W obszarze zainteresowań znalazła się aktywność rekreacyjna przedstawicieli polskich gospodarstw domowych. W toku rozważań skoncentrowano się na dwóch jej wymiarach, tzn. aktywności fizycznej i wypoczynkowej, które składają się na dwie sfery życia ludzkiego, czyli sferę konsumpcji dóbr i sferę zdrowia. Przedstawiono je w oparciu o subiektywne oceny przedstawicieli gospodarstw domowych.

Podstawą rozważań uczyniono krytyczną analizę literatury przedmiotu oraz wyniki badań GUS³ i CBOS⁴. Wybór i opracowanie wtórnych danych empirycznych pozwoliło dokonać oceny postaw jednostek z perspektywy odpowiedzialności za zdrowie.

Zdrowie jako wartość jednostki. Odpowiedzialność za zdrowie

Zdrowie stanowi podstawę i warunek wszechstronnego rozwoju człowieka i spełnienia doniosłe funkcje zarówno z punktu widzenia jednostki, jak i społeczeństwa jako całości. Jest ono:

- wartością, dzięki której jednostka może realizować swoje aspiracje, wpływać na środowisko;
- zasobem, czyli bogactwem gwarantującym rozwój społeczny i ekonomiczny gospodarki;

³ Badania przeprowadzono metodą wywiadu bezpośredniego na próbie gospodarstw domowych, uczestniczących w badaniach budżetów gospodarstw domowych w III kwartale 2016 r. i III kwartale 2012 r. W badaniu przeprowadzonym w 2016 r. zbadanych zostało 4653 gospodarstw domowych, w 2012 r. – 4689. Por. *Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej w 2016 r.*, GUS, Warszawa 2017; *Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013.

⁴ Badania przeprowadzono metodą wywiadów bezpośrednich (*face-to-face*) wspomaganymi komputerowo (CAPI) w dniach 7-15 stycznia 2017 roku na liczącej 1045 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski oraz w dniach 9-17 stycznia 2018 roku na liczącej 951 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski. Por. *Wyjazdy wypoczynkowe Polaków w 2016 roku i plany na rok 2017*, Komunikat z Badań CBOS, 2017, nr 24; *Wyjazdy wypoczynkowe Polaków w 2017 roku i plany na rok 2018*, Komunikat z Badań CBOS, 2018, nr 28.

- środkiem zapewniającym codzienne funkcjonowanie, umożliwiającym lepszą jakość życia.

Zdrowie jest jednym z najważniejszych bogactw wewnętrznych człowieka. Nie jest ukształtowane raz na zawsze, jak również nie można go posiadać, „napadając na sąsiada” (analogicznie jak wiedzy)⁵.

Stan zdrowia każdego człowieka zależy od poziomu zaspokojenia potrzeb konsumpcyjnych. I nie chodzi tu tylko i wyłącznie o potrzeby podstawowe określane mianem potrzeb egzystencji, ale również o potrzeby wyższego rzędu, tj. związane z samorozwojem (potrzeby samorozwoju) i relacjami społecznymi (potrzeby społeczne). Człowiek, zaspokajając odczuwane potrzeby, w tym w zakresie ochrony zdrowia, przyczynia się do rozwoju sił wytwórczych, czyli zespołu wszystkich czynników, które stanowią o wydajności społecznej pracy. Zaspokajanie potrzeb na odpowiednim poziomie prowadzi nie tylko do odtwarzania sił witalnych (reprodukcji prostej), ale i zapewniania wyższego poziomu potencjału ludzkiego (reprodukcji rozszerzonej). Podkreślenia wymaga fakt, że podmioty konsumpcji oczekują nie tylko dostępu do dóbr i usług w dużej ilości (w tym szczególnie żywnościowych, zdrowotnych), co w zasadzie ich wysokiej jakości. Wraz ze wzrostem zainteresowania jakością oferty rynkowej wzrasta równolegle zainteresowanie dietetyką, formami żywienia ukierunkowanymi na zdrowy styl odżywiania się⁶, które uznać należy za wyraz racjonalizacji konsumpcji, upowszechniania się konsumpcji pozytywnej, bezpiecznej.

Przestrzeganie zasad właściwego odżywiania, dbałość o sprawność fizyczną i psychiczną oraz powstrzymywanie się od używek spoczywa na samym człowieku. Wszelkiego rodzaju działania profilaktyczne, edukacyjne, pomoc w chorobie są tylko i wyłącznie formami wspomagania wysiłków jednostek w utrzymaniu sprawności fizycznej i psychicznej. Świadomość jednostki dotycząca odpowiedzialności za własne zdrowie ma szczególne znaczenie w dobie intensywnego postępu technologicznego. Zmiana technologiczna równa jest nie tylko zmianie stylu życia, metod leczenia, ale i szerokiemu dostępowi do coraz bardziej zmodyfikowanej genetycznie żywności, leków i suplementów diety najnowszej generacji. Dlatego też coraz powszechniej w badaniach nad oddziaływaniem postępu technologicznego na otoczenie i życie jednostki stawia się pytania o związek między innowacjami a funkcjonowaniem organizmu, wszystkich jego układów i narządów (w tym m.in. wpływ na zmiany w strukturze mózgu). Innowacja może bowiem stać się zarówno szansą, jak i zagrożeniem dla zdrowia ludzkiego w ujęciu pokoleniowym.

⁵ J.N. Harari, *Od zwierząt do bogów*, Dom Wydawniczy PWN, Warszawa 2015.

⁶ G. Hanus, *Food market innovations as a response to consumer requirements: a review of literature*, „Optimum. Economic Studies” 2018, no. 1, s. 251-264.

Mając na względzie powyższe, odpowiedzialność za zdrowie należy postrzegać jako formę zobowiązania moralnego i prawnego w wymiarze indywidualnym i zbiorowym. Jednocześnie nawet najbardziej restrykcyjne przepisy ochrony zdrowia, otwarty i nieograniczony dostęp do oferty rekreacyjnej, opieki zdrowotnej wspartej najnowszymi osiągnięciami technologicznymi nie jest w stanie zapewnić zdrowia, jeżeli jednostka nie będzie świadomie, racjonalnie dbać o nie.

Styl życia a zdrowie

Rozważania nad stylem życia prowadzone są od lat w różnych dziedzinach naukowych. Badaczy łączy idea, że styl życia jest efektem wartości społecznych i kultury, w której człowiek żyje. Wspólny jest również zasięg badań, tj. badania prowadzone są zarówno w odniesieniu do jednostki, jak i do grupy społecznej. Perspektywy podejść do stylu życia zawierają wiele zdeterminowanych społecznie wzorów zachowań i interpretacji sytuacji społecznych, jakie dane grupa stworzyła i stosuje, aby radzić sobie w życiu⁷.

Zainteresowanie stylem życia przejawiali m.in. Karol Marks, Georg Simmel, Alfred Adler, Louis Wirth, Max Weber, Anthony Giddens, Pierr Boudieu Ralf Dahrendorf, Robert Crawford, Florian Znaniecki, Stanisław Ossowski, Józef Chałasiński, Aldona Jawłowska, Andrzej Siciński. Spośród tak wielu perspektyw badawczych kluczowe wydają się być te, które podkreślają istotę intensywności rozwoju dwóch sfer ludzkiego życia, tj. sfery konsumpcji dóbr oraz sfery zdrowia.

Max Weber wskazywał styl życia jako ten aspekt życia ludzi, który w największym stopniu odpowiada za tworzenie się więzi między ludźmi, czynnik jednoczący grupy społeczne wyodrębniające się w społeczeństwie. Umiejscawiał styl życia obok pozycji ekonomicznej (pozycji jednostki na rynku pracy), która określa dostępność dóbr, zasobów, jakimi dysponują jednostki konsumujące, a tym samym stanowi podstawę możliwych w danej sytuacji stylów życia. Uznawał, że dostępność ograniczonych zasobów takich jak czas, środki finansowe, wyznacza w najogólniejszym zakresie możliwe zachowania. Zatem prawdopodobieństwo uzyskania określonego stylu życia wiązać należy z możliwością posiadania przez jednostkę środków finansowych, statusu, prawa i stosunków społecznych⁸.

⁷ B. Alejziak, *Usługi SPA & Wellness jako element zdrowego stylu życia*, „Turystyka i Rekreacja” 2014, t. 11, nr 2, s. 72.

⁸ R. Dahrendorf, *Life chances: Approaches to social and political theory*, University of Chicago Press, Chicago 1979, s. 65-73.

Styl życia jest kategorią złożoną, która w pewien sposób odzwierciedla jakość życia, informuje o tym, jak ludzie żyją, jak spędzają czas i wydają pieniądze. Styl życia jest odbiciem kulturowych i subkulturowych wzorów zachowań⁹.

Styl życia według Andrzeja Sicińskiego jest „przejawem jakiejś zasady wyboru codziennego postępowania spośród repertuaru zachowań możliwych w danej kulturze”, przy czym elementami stylu życia są „wzorce i wzory oraz znaczenia i wartości”, a nie fizyczne zachowania ludzkie¹⁰. Aldona Jawłowska zaznacza, że „styl życia jest [...] formą narzuconą na całokształt pozornie chaotycznych i krzyżujących się ciągów czynności [...] jest strukturalizacją procesów ludzkiej aktywności wedle przyjętych założeń światopoglądowych, hierarchii celów i reguł, ich realizacji, które stanowią główną oś strukturalizacji”¹¹. W tym aspekcie stylu życia nie można rozpatrywać wyłącznie jako sumy zachowań. Przenikanie się trzech sfer: świadomości, aktywności i odniesień przedmiotowych, tworzy całość, w której powtarzające się czynności są rezultatem złożonych układów zależności, jakie łączą te sfery¹².

Styl życia stanowi zatem odwzorowanie systemów wzorów, potrzeb, zachowań jednostek lub grup ludzi (odrębnych wobec siebie pod względem demograficznym, ekonomicznym, kulturowym itd.) specyficznych dla ich usytuowania społecznego. W odniesieniu do poszczególnych jednostek można mówić, że styl życia jest charakterystycznym dla określonego człowieka zespołem codziennych zachowań, które wyrażają jego cechy osobowościowe, czyli jest „sposobem bycia” w danej grupie, danym społeczeństwie¹³. Jak stwierdza Elżbieta Tarkowska, styl życia jest wyrazem „[...] układów zachowań, potrzeb, wzorów, charakterystycznych dla jakoś określonych zbiorowości, a ujmowanych w perspektywie jednostkowych ich członków. Jest więc cechą zarówno jednostek, jak i zbiorowości. [...] Koncepcja stylu życia koncentrująca się na świadomych wyborach opowiada się za jednostkowym, zindywidualizowanym rozumieniem tego pojęcia [...]”¹⁴.

Styl życia nie jest koncepcją stałą – ma charakter ewolucyjny. Ulega zmianom wraz z przekształceniami zachodzącymi w sferach gospodarczej i społecznej, jak również pod wpływem wprowadzanych innowacji, które zmieniają i będą zmieniać w radykalny i/lub modyfikujący sposób codzienny styl życia człowieka (innowacje stały się, na

⁹ G. Światowy, K. Szalotka, *Zachowania zdrowotne w stylach życia – ujęcie modelowe w kontekście zrównoważonego rozwoju*, „Marketing i Rynek” 2018, nr 4, s. 539-549.

¹⁰ A. Siciński, *Styl życia, kultura, wybór – szkice*, IFiS PAN, Warszawa 2002, s. 32, cyt. za: J. Kłos, *Zjawisko zdrowego stylu życia we współczesnym społeczeństwie*, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2014, s. 23.

¹¹ A. Jawłowska, *Drogi kontrkultury*, PIW, Warszawa 1975, s. 224 cyt. za: J. Kłos, *op. cit.*, s. 23.

¹² J. Kłos, *op. cit.*, s. 23.

¹³ Szerzej w: A. Siciński, *Styl życia – problemy pojęciowe i teoretyczne*, [w:] A. Siciński (red.), *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*, PWN, Warszawa 1978, s. 15.

¹⁴ E. Tarkowska, *Kategoria stylu życia a inspiracje antropologiczne*, [w:] A. Siciński (red.), *op. cit.*, s. 82-83.

każdym etapie rozwoju cywilizacyjnego, podstawą kształtowania się nowych reguł kulturowych i społecznych zachowań).

Wśród czynników najsilniej różnicujących style życia wskazuje się¹⁵:

- budżet czasu, w tym sposób „zagospodarowania” czasu przez człowieka (ilość czasu poświęconego na pracę zawodową oraz ilość czasu do swobodnej dyspozycji);
- pracę zawodową (jej charakter, stosunek jednostki do niej);
- miejsce zamieszkania (w tym infrastrukturę kulturalną w miejscu zamieszkania);
- poziom wykształcenia;
- poziom życia;
- konsumpcję dóbr (poziom i strukturę zaspokajanych potrzeb);
- stosunek do zdrowia i odpowiedzialność za zdrowie;
- potrzeby intelektualne i estetyczne (odczuwanie i możliwości ich zaspokajania);
- uczestnictwo w życiu społeczno-politycznym;
- formy współżycia między ludźmi (w tym podziały ról w rodzinie, zachowania wynikające ze stosunków towarzyskich, przyjacielskich itp.).

Styl życia, jako świadectwo przynależności jednostki do danej grupy, stwarza poczucie więzi z innymi, zapewnia możliwość samoidentyfikacji społecznej, przyczynia się do poczucia sensowności własnych zachowań w życiu codziennym¹⁶. Zgodnie z poglądami Lalonde’a warunkuje „pole zdrowia” człowieka obok efektów działalności medycyny, czynników biologicznych (genetycznych) i środowiska zewnętrznego¹⁷. To właśnie na tym gruncie wyrosła koncepcja zdrowego stylu życia, która stała się wyznacznikiem życia współczesnego człowieka.

Wśród czynników determinujących zdrowy styl życia wskazuje się m.in.¹⁸:

- czynniki personalne (wiek, płeć, status społeczny, aktualny stan zdrowia i poziom kondycji);
- czynniki predyspozycyjne;

¹⁵ J. Deręgowska, M. Majorczyk, *Kultura pedagogiczna rodziców i styl życia w rodzinie jako czynniki ochrony zdrowia w rodzinie. Refleksja pedagogiczna*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2015, nr 2 (56), s. 199-211; A. Siciński, *Warunki przemian stylu życia we współczesnej Polsce*, [w:] A. Siciński (red.), *op. cit.*, s. 15-16.

¹⁶ Szerzej w: A. Siciński, *O funkcjach stylu życia*, [w:] A. Siciński (red.), *op. cit.*

¹⁷ M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians*, Health and Welfare Canada, Ottawa 1974, s. 32. Model Lalonde’a był uszczegóławiany w dalszych badaniach i wszystkie one potwierdziły decydującą rolę stylu życia w kształtowaniu zdrowia. Aktualne oszacowania udziału poszczególnych czynników w polu zdrowia przypisują największą rolę stylom życia, odpowiedzialnym za kształtowanie go w ok. 50%, następnie czynnikom środowiskowym (25-35%), czynnikom biologicznym (10-15%) i opiece zdrowotnej (10-20%). Por. Z. Sadowski, *Promocja zdrowia – szansa i konieczność*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 3-4, s. 15-35; A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999, s. 14.

¹⁸ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna: podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010; B. Alejziak, *op. cit.*, s. 73.

- czynniki ułatwiające (umiejętności życiowe pozwalające wprowadzić w życie zmiany dotyczące konkretnego zachowania);
- czynniki wzmacniające, które odgrywają ważną rolę w utrzymaniu wprowadzonych zmian w stylu życia (wsparcie rodziny, rówieśników, współpracowników, specjalistów medycznych, trenerów, coachów).

Natomiast wśród przyczyn, które sprawiły, że styl życia stał się jednym z głównych determinantów zdrowia, podaje się m.in.¹⁹:

- zmianę głównych wzorców chorowania – zamiast chorób ostrych i zakaźnych dominujące znaczenie zaczęły odgrywać choroby przewlekłe (choroby układu krążenia, nowotwory itp.), których medycyna nie potrafi jeszcze leczyć, a które nie ustępują samoistnie;
- wzrost problemów zdrowotnych (takich jak AIDS czy tytoniozależne rodzaje nowotworów) powodowanych przez poszczególne style życia;
- inicjowanie przez służbę zdrowia kampanii podkreślających konieczność zmiany stylu życia i osobistą odpowiedzialność za zdrowie poszczególnych jednostek.

Popularyzacja prowadzenia profilaktyki zdrowotnej, aktywnych form zagospodarowywania czasu wolnego (wypoczynku) oraz zasad zdrowego żywienia zajmuje ważne miejsce w aktywności państwa, indywidualnych podmiotów konsumpcji. Zyskuje wciąż na popularności. Jednostki są bowiem coraz bardziej świadome, że służba zdrowia nie jest jedyną i wystarczającą odpowiedzią na zagrożenia dotyczące zdrowia. Ponadto istotne znaczenia ma moda na prozdrowotny styl życia i smukłą, wysportowaną sylwetkę, która napływa z gospodarek wysoko rozwiniętych, odznaczających się wyższą dynamiką rozwoju społeczno-gospodarczego, wyższym poziomem innowacyjności. Rzec można, że dbałość jednostek o sprawność fizyczną i psychiczną stała się, a przynajmniej powinna stać się priorytetem zdrowego stylu życia.

Styl życia w aspekcie odpowiedzialności za zdrowie – ocena polskich gospodarstw domowych

Nowe wzory i możliwości w zakresie wyborów składających się na styl życia wpływają na różnicowanie się zachowań związanych ze zdrowiem. Niekwestionowane znaczenie dla prawidłowego rozwoju człowieka, a zatem i zdrowego stylu życia ma sprawność fizyczna.

¹⁹ J. Kłos, *op. cit.*, s. 24.

Sprawność fizyczną rozumieć należy jako gotowość organizmu ludzkiego do podejmowania i rozwiązywania trudnych zadań ruchowych w różnych sytuacjach życiowych, wymagających siły, szybkości, gibkości, zwinności i wytrzymałości, jako pewne nabyte i ukształtowane umiejętnościami nawyki ruchowe oparte na odpowiednich uzdolnieniach ruchowych i stanie zdrowia. Sprawność to nie tylko zasób opanowanych ćwiczeń ruchowych, lecz także poziom wydolności wszystkich narządów i układów, zdolności motoryczne (siłowe, szybkościowe, wytrzymałościowe i koordynacyjne), a nawet pewne elementy aktywnego stylu życia²⁰.

Wśród przedstawicieli polskich gospodarstw domowych zauważalna jest odwrotna do wieku subiektywna ocena sprawności fizycznej (tabela 1). W 2016 r. bardzo dobrą lub dobrą sprawność deklarowały głównie osoby młode, tj. 96% osób w wieku 10-14 lat (w 2012 r. – 94%), 95% w wieku 5-9 lat (2012 – 95%) i 91% w wieku 15-19 lat (w 2012 r. – 92%). Odsetek osób w grupie wiekowej 20-29 lat oceniających swoją sprawność fizyczną na poziomie bardzo dobrym lub dobrym kształtował się na poziomie 90% i, co istotne, był wyższy niż w badaniu z 2012 r. (87%). Zmianę tę należy ocenić pozytywnie, bowiem wraz wiekiem subiektywna ocena sprawności fizycznej istotnie pogarszała się.

Tabela 1. Subiektywna ocena sprawności fizycznej członków gospodarstw domowych w Polsce w latach 2012* i 2016**

Wyszczególnienie	Ogółem	Ocena ogólnej sprawności fizycznej [%]									
		bardzo dobra		dobra		średnia		zła		bardzo zła	
		2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012
Wiek											
Ogółem	100,0	20,5	23,0	39,3	38,6	27,8	25,8	9,7	10,0	2,8	2,6
5-9 lat	100,0	57,7	59,8	37,2	35,4	4	3,3	1,1	1,2	0,1	0,4
10-14	100,0	58,5	58,9	37,2	35,5	3,4	2,9	0,6	1,7	0,4	1,0
15-19	100,0	55,4	57,0	36,0	34,7	6,4	6,0	1,2	1,4	1	0,9
20-29	100,0	38,9	37,2	50,6	49,6	8,6	11,1	1,6	1,4	0,3	0,7
30-39	100,0	21,3	19,8	55,3	55,6	20,5	20,9	2	3,3	0,8	0,4
40-49	100,0	9,9	11,1	55,4	54,3	29,2	29,5	4,6	4,4	0,9	0,7
50-59	100,0	4,3	5,2	34,2	34,9	48,4	44,7	10,6	13,5	2,5	1,7
60 lat i więcej	100,0	1,5	2,2	16,6	15,7	45,8	43,9	27,8	29,5	8,3	8,7

²⁰ Por. Z. Gilewicz, *Teoria wychowania fizycznego*, PWN, Warszawa 1964; W. Osiński, *Antropomotoryka*, wyd. II rozszerzone, AWF, Poznań 2003.

Wyszczególnienie	Ogółem	Ocena ogólnej sprawności fizycznej [%]									
		bardzo dobra		dobra		średnia		zła		bardzo zła	
		2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012	2016	2012
Dochód na 1 osobę											
Do 600,00 zł	100,0	20,5	31,4	42,7	40,2	25,8	20,5	8,8	6,6	2,3	1,2
600,10-900,00	100,0	22,4	26,3	40,8	41,8	24,1	21,3	9,9	8,4	2,9	2,1
900,10-1200,00	100,0	20,4	21,8	37,7	38,6	26,6	24,3	11,6	11,9	3,7	3,4
1200,10-1700,00	100,0	20	18,7	36,6	35,2	29,8	30,6	10,5	12,2	3,1	3,2
Powyżej 1700,00 zł	100,0	19,4	19,8	40,0	38,2	31,1	30,0	7,7	9,7	1,9	2,4
Sprawność fizyczna osób											
Sprawni	100,0	22,2	25,0	41,6	41,0	26,9	24,9	7,7	7,5	1,6	1,6
Niepełnosprawni o stopniu:	100,0	2,7	2,2	15,4	14,5	37,0	35,5	30,4	35,3	14,5	12,6
• znacznym	100,0	0,9	0,7	5,7	5,4	20,4	25,0	37,9	40,0	35,1	28,8
• umiarkowanym	100,0	2,6	1,3	15,4	13,5	45,4	38,0	28,0	37,8	8,6	9,3
• lekkim	100,0	1,8	3,0	18,2	22,9	40,6	44,2	32,7	27,8	6,8	2,0
• dzieci z orzeczeniem o niepełnosprawności	100,0	15,9	17,1	50,0	30,2	21,8	21,1	8,0	25,1	4,2	6,5

* Badanie ankietowe GUS Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej przeprowadzono w okresie od 1.10.2011 r. do 30.09.2012 r.

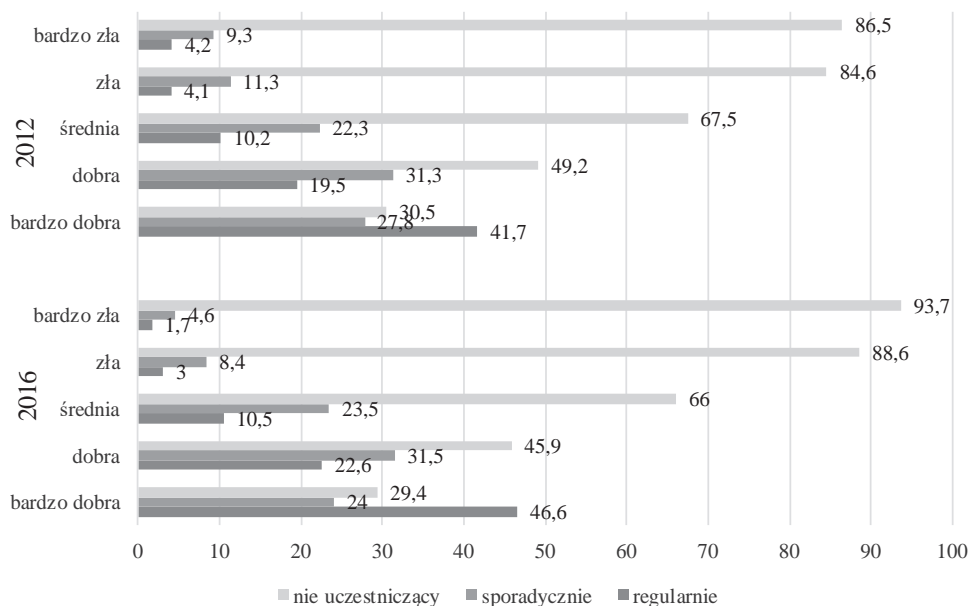
** Badanie ankietowe GUS Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej przeprowadzono w okresie od 1.10.2015 r. do 30.09.2016 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej w 2016 r.*, s. 41-42; *Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r.*, s. 31-32.

Wysoko swoją sprawność (poziom bardzo dobry i dobry) oceniło jedynie 39% (w 2012 r. – 40%) osób w wieku 50-59 lat, 18% (tyle samo według badania z 2012 r.) w wieku 60 i więcej lat. Nisko (jako złą lub bardzo złą) sprawność fizyczną oceniali osoby w wieku 50 lat i więcej. W 2016 r. taki stan dotyczył 13% (w 2012 r. – 15%) badanych w wieku 50-59 lat oraz 36% (poprzednio 38%) w grupie wiekowej 60 lat i więcej.

Odsetek osób deklarujących brak uczestnictwa w jakichkolwiek zajęciach sportowo-rekreacyjnych wzrastał wraz z pogarszającym się stanem sprawności (rysunek 1). W 2016 r. wśród osób z bardzo dobrą sprawnością regularnie/często udział brało w takich zajęciach 46,6% (41,7% w 2012 r.), a z dobrą 22,6 % (2012 – 19,5%).

Rysunek 1. Ogólna sprawność a uczestnictwo w zajęciach sportowo-rekreacyjnych członków gospodarstw domowych w Polsce w latach 2012 i 2016 (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej w 2016 r. ...*, s. 46; *Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r. ...*, s. 34.

Ponadto subiektywną ocenę sprawności fizycznej istotnie różnicował osiągnięty dochód na 1 osobę w gospodarstwie domowym. Ocenę dobrą i średnią najczęściej deklarowały osoby o dochodzie powyżej 1700 zł (w latach 2016 i 2012). Natomiast złą lub bardzo złą wskazywały osoby o dochodach na poziomie 600-1200 zł na osobę.

Mając na względzie wyniki subiektywnej oceny sprawności fizycznej indywidualnych podmiotów konsumpcji, podkreślenia wymaga fakt, że systematyczna aktywność ruchowa jest drogą do utrzymania organizmu w długoletniej kondycji fizycznej i zdrowiu. Natomiast brak aktywności, niski jej poziom może powodować samotność, izolację społeczną, postępującą niesprawność, a nawet przedwczesną umieralność wśród osób w starszym wieku²¹.

Pozytywne psychofizjologiczne efekty aktywności fizycznej mogą być wielorakie. Sprawność fizyczna sprzyja zachowaniu dobrej koordynacji i równowagi, pozwala zachować funkcjonowanie układu nerwowego na właściwym poziomie zwłaszcza w okresie starzenia się organizmu. Uznaje się, że wszystkie one przybliżają człowieka do

²¹ B. Bień, *Proces starzenia się człowieka*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk 2006.

dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, którym według standardów światowych jest zdrowie²².

Wypoczynek, analogicznie jak aktywność fizyczna, uczestnictwo w kulturze i edukacji, choć odnosi się do jednostki, ma szersze znaczenie dla człowieka. Spełnia funkcje zdrowotne, wychowawcze, poznawcze, etniczne, przez co warunkuje jego rozwój.

Uznaje się, że wraz z wyższym poziomem życia wzrastają potrzeby w zakresie turystyki, wypoczynku, w tym jego aktywnej formy. Tendencje, jakie obserwuje się w polskiej gospodarce, w stylu życia ludności, wskazują na wzrost aspiracji przestrzennej ruchliwości ludzi, związanej z dobrowolną zmianą miejsca pobytu, środowiska i rytmu życia, a niezwiązanej z aktywnością zarobkową. Jedną z głównych barier jest w tym przypadku dochód. Mimo to rynek usług turystycznych rozwija się i staje się coraz bardziej zróżnicowany. Oprócz tradycyjnej turystyki historycznej (zwiedzanie zabytków), wypoczynkowej, przyrodniczej i sanatoryjnej powstają nowe formy, takie jak turystyka rozrywkowa (np. aquaparki), ekstremalna (szkoły przetrwania), kulturowa, pielgrzymkowa, postmodernistyczna (poszukiwanie całkiem nowych doznań i atrakcji), muzyczna (festiwale rockowe), zakupowa, czy ekoturystyka i turystyka wiejska²³.

Wśród różnorodnych form wypoczynku szczególnego znaczenia nabierają rekreacja ruchowa i turystyka, które zawierają w sobie elementy odpoczynku, rozrywki oraz poznawania otaczającej rzeczywistości. Są to rodzaje dobrowolnej aktywności, które sprzyjają systematycznej, wydajnej regeneracji fizycznych i psychicznych sił człowieka. Ponadto wykazują one pozytywny wpływ na poszerzanie jego zainteresowań, możliwości natury motorycznej oraz społecznej.

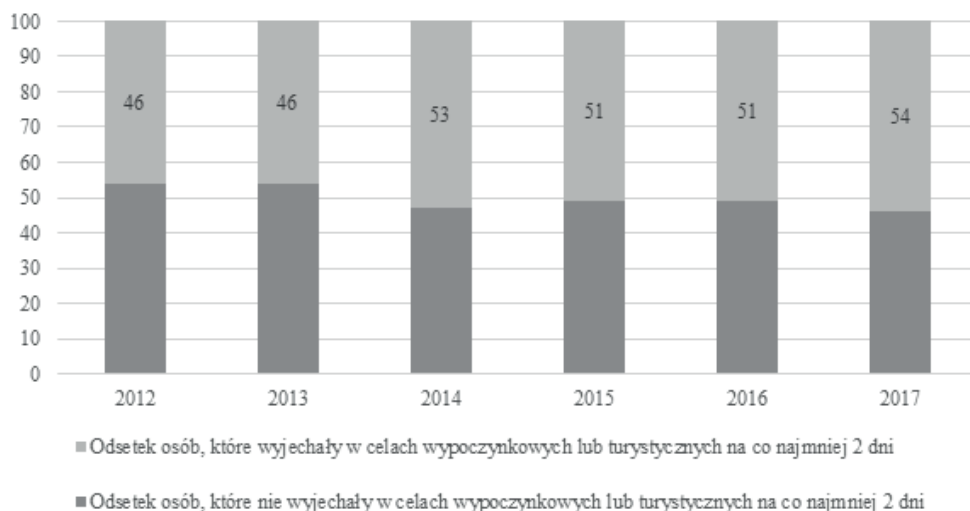
W 2017 r. na co najmniej dwudniowy wypoczynek poza miejsce stałego zamieszkania (rysunek 2) wyjechało 54% dorosłych Polaków, czyli więcej o 3 p.p. niż w roku 2016 (wzrost o 3 punkty procentowe), 8 p.p. względem 2012 r. Warto jednak nadmienić, że na początku 2017 roku plany wyjazdowe miało aż 59% badanych²⁴, a zatem co dwudziestemu dorosłemu Polakowi nie udało się spełnić ubiegłorocznych zamierzeń w tym zakresie.

²² J. Gracz, T. Sankowski, *Psychologia w rekreacji i turystyce*, AWF, Poznań 2001.

²³ D. Kielczewski, *Konsumpcja a perspektywy zrównoważonego rozwoju*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2008, s. 168; D. McCannell, *Turysta. Nowa teoria klasy próżniaczej*, Muza SA, Warszawa 2002, IV strona okładki, rozdział I-III.

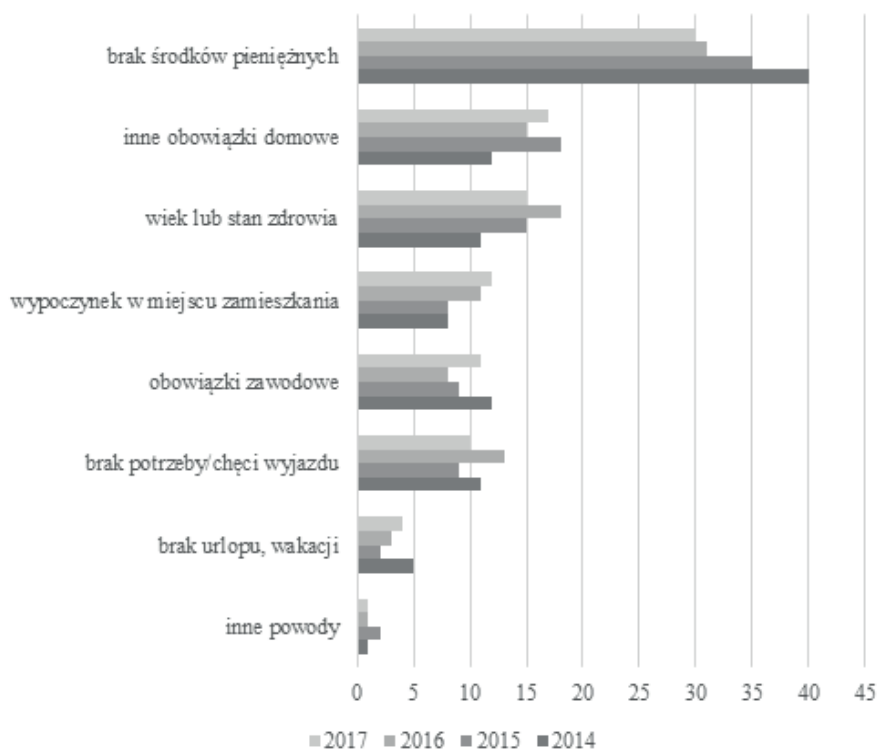
²⁴ *Wyjazdy wypoczynkowe Polaków w 2016 roku*..., s. 17.

Rysunek 2. Wyjazdy wypoczynkowe członków gospodarstw domowych w Polsce w latach 2012-2017 (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Wyjazdy wypoczynkowe Polaków w 2017 roku...*, s. 2.

Rysunek 3. Powody rezygnacji z wyjazdu wypoczynkowego członków gospodarstw domowych w Polsce w latach 2014–2017 (w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: *Wyjazdy wypoczynkowe Polaków w 2017 roku...*, s. 15.

Najczęściej wskazywanym powodem rezygnacji z wyjazdu (rysunek 3) był brak środków finansowych. Częstość podawania tej przyczyny systematycznie maleje (z 40% niewyjeżdżających w 2014 r. do 30% w 2017 r.). Kolejnymi, istotnymi powodami rezygnacji z wyjazdów były obowiązki domowe (wskazywane przez 17% badanych w 2017 r., 18% w 2015 r.), wiek lub stan zdrowia (wskazywane przez 17% w 2017 r., 11 % w 2014 r.).

W 2017 r. częstość wskazywania głównych przyczyn rezygnacji z wyjazdów zależała przede wszystkim od wieku badanych. Widać to zwłaszcza w przypadku częstości wskazywania konieczności rezygnacji z wyjazdów ze względu na wiek lub stan zdrowia, która rośnie skokowo wraz z osiągnięciem 65 roku życia. W grupie wiekowej 75+ przyczyna ta wysuwa się na pierwsze miejsce (jako powód rezygnacji z wypoczynku wyjazdowego okoliczności te wymienia większość badanych z tej grupy). Obowiązki domowe były natomiast najczęstszą przyczyną rezygnacji z wyjazdów wśród badanych w wieku 25-34 lata. Niewyjeżdżające osoby poniżej 25. roku życia wyróżniają się zaś na tle pozostałych częstością wskazywania obowiązków służbowych, zawodowych, potrzeby zarabiania pieniędzy jako głównego powodu rezygnacji z takiej formy wypoczynku. W tej grupie wiekowej jest to też najczęściej wymieniana przyczyna²⁵.

Subiektywna ocena sprawności fizycznej i aktywności wypoczynkowej polskich podmiotów konsumpcji nie jest optymistyczna w długiej perspektywie. Jest bowiem istotnym problemem brak aktywności fizycznej a szczególnie jej formy rekreacyjne oraz turystyczne, traktowane na świecie jako zjawiska kompensacyjne wobec zagrożeń cywilizacyjnych. Do powszechnych motywów ich uprawiania (przyjemność, rozrywka) dołączają motywy instrumentalne, tj. przekonanie o konieczności podejmowania tego typu aktywności dla podtrzymania i regeneracji biologicznych, psychicznych i społecznych wartości ludzkiej egzystencji. Człowiek, uprawiając rekreację i turystykę, może kompensować brak ruchu, neutralizować stres i przeciążenie psychiczne, zapobiegać występowaniu chorób i dolegliwości, regenerować siły fizyczne i psychiczne, kształtować ciało i osobowość, rozwijać zainteresowania, zaspokajać różnorakie potrzeby społeczne (kontaktów społecznych, estetyczne itd.)²⁶.

Świadomość polskiego społeczeństwa wydaje się jednak pod tym względem wciąż niska. Środowiska lekarskie alarmują, że co najmniej połowa spośród 12 głównych czynników ryzyka, będących przyczyną chorób cywilizacyjnych, związana jest bezpośrednio z niedostateczną aktywnością ruchową. Badania prowadzone przez przedstawicieli nauk o kulturze fizycznej, pedagogów społecznych czy socjologów wychowania

²⁵ *Wyjazdy wypoczynkowe Polaków w 2017 roku...*, s. 16.

²⁶ B. Woynarowska, A. Wojciechowska, *Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży Kwalifikacja lekarska do wychowania fizycznego w szkole*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1993, s. 7-8.

także potwierdzają, że ruch stanowi jeden z najskuteczniejszych środków służących lepszemu zdrowiu człowieka.

Odpowiednio dozowana aktywność fizyczna istotnie zmniejsza ryzyko wystąpienia: chorób metabolicznych (miażdżyca, otyłość, cukrzyca, dna); chorób układu krwionośnego; chorób układu kostnego (zwyrodnienia kręgosłupa, wady postawy, osteoporoza); chorób układu mięśniowego i narządów ruchu; chorób układu oddechowego (infekcji górnych i dolnych dróg oddechowych, chorób związanych z pojemnością płuc); nerwic, chorób psychosomatycznych; urazów, do których dochodzi często na tle niedostatecznej sprawności fizycznej, zaburzeń układu nerwowego i narządów zmysłów; chorób wynikających ze zmniejszenia zdolności odpornościowych organizmu²⁷.

Zakończenie

Zdrowie i styl życia znajdują się w samym centrum dzisiejszych zmian społecznych i odgrywają w nich kluczowe role. Stanowią swego rodzaju symptomy tych zmian, jak również mechanizmy ich rozwoju (są elementami, za pomocą których zmiany społeczne są implementowane).

Zdrowy styl życia sprzyja sprawności fizycznej i umysłowej ludzi w długim okresie – determinuje kondycję jednostek, wpływa na ich wydajność i tempo pracy, psychiczną i intelektualną sprawność oraz warunkuje ich kreatywność, zdolność do podejmowania ryzyka, samodzielność decyzyjną, otwartość na zmiany. Są to istotne kwestie, bowiem tworzenie wartości gospodarczych wymaga współdziałania, wysiłku jednostek o dobrej kondycji fizycznej i psychicznej. Rozwój sił wytwórczych nie może bowiem odbywać się skokowo – powinien on być płynny, rozłożony w czasie. Zatem umacnianie zdrowia (profilaktyka nieswoista), zapobieganie chorobom (profilaktyka swoista), utrzymanie rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka, przedłużanie życia powinno być strategicznym celem tak państwa, jak i pojedynczego człowieka.

Tymczasem wyniki subiektywnej oceny sprawności fizycznej Polaków wskazują, że pogarsza się ona wraz z wiekiem. Bardzo dobra najczęściej występuje w grupach osób młodych (szczególnie wśród 15-29-latków). Zła i bardzo zła cechuje ludzi starszych (60 i więcej lat). Odsetek osób deklarujących brak uczestnictwa w jakichkolwiek zajęciach sportowo-rekreacyjnych wzrasta wraz z pogarszającym się stanem sprawności. Wśród czynników ograniczających możliwość aktywności rekreacyjnej, w tym w zakresie wypoczynku, dominują kwestie finansowe i wysoka skłonność jednostek do zmniejszania

²⁷ S. Toczek-Werner (red.), *Podstawy rekreacji i turystyki*, AWF, Wrocław 2007, s. 17.

udziału czasu wolnego²⁸ w budżecie czasu. Trudno jest nie zgodzić się z podejściem Georga Friedmana, który stwierdza, że czas wolny jest drugim, obok pieniądza, wynagrodzeniem za czas pracy, ale jednocześnie jest elementem wyższej jakości i standardu życia, czynnikiem samorealizacji²⁹. Zatem, jak stwierdził E. Fromm, „[...] musimy położyć kres obecnej sytuacji, w której zdrowa gospodarka jest możliwa jedynie za cenę istnienia niezdrowych istot ludzkich”³⁰.

Bibliografia

- Aleziak B., *Usługi SPA & Wellness jako element zdrowego stylu życia*, „Turystyka i Rekreacja 2014, t. 11, nr 2.
- Bauman Z., *Zindywidualizowane społeczeństwo*, GWP, Gdańsk 2008.
- Beck U., *Spółeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, Scholar, Warszawa 2002.
- Bień B., *Proces starzenia się człowieka*, [w:] T. Grodzicki, J. Kocemba, A. Skalska, *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej*, Via Medica, Gdańsk 2006.
- Czaja S., *Czas w ekonomii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011.
- Dahrendorf R., *Life chances: Approaches to social and political theory*, University of Chicago Press, Chicago 1979.
- Dereęowska J., Majorczyk M., *Kultura pedagogiczna rodziców i styl życia w rodzinie jako czynniki ochrony zdrowia w rodzinie. Refleksja pedagogiczna*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2015, nr 2 (56).
- Drucker P.F., *Innowacje i przedsiębiorczość. Praktyka i zasady*, PWE, Warszawa 1992.
- Fromm E., *Mieć czy być*, Rebis, Poznań 1999.
- Gardocka-Jałowiec A., *Zmiany konsumpcji a kreowanie innowacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2016.
- Gilewicz Z., *Teoria wychowania fizycznego*, PWN, Warszawa 1964.
- Grac J., Sankowski T., *Psychologia w rekreacji i turystyce*, AWF, Poznań 2001.
- Hanus G., *Food market innovations as a response to consumer requirements: a review of literature*, „Optimum. Economic Studies” 2018, no. 1.
- Harari J.N., *Od zwierząt do bogów*, Dom Wydawniczy PWN, Warszawa 2015.
- Jawłowska A., *Drogi kontrkultury*, PIW, Warszawa 1975.
- Kielczewski D., *Konsumpcja a perspektywy zrównoważonego rozwoju*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2008.

²⁸ Współcześnie zasób czasu, jaki posiada jednostka (społeczeństwo), składa się z: czasu pracy (czasu realizacji obowiązków zawodowych, aktywności na rynku pracy), czasu obowiązków pozazawodowych (czas bytowy, czas półwolny czy w literaturze anglojęzycznej określane *existential time*, czyli czas egzystencjonalny) oraz czasu wolnego (w pełni do dyspozycji jednostki). Por. S. Czaja, *Czas w ekonomii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011, s. 224; A. Gardocka-Jałowiec, *Zmiany konsumpcji a kreowanie innowacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2016, s. 305.

²⁹ Por. S. Czaja, *op. cit.*, s. 223-258.

³⁰ E. Fromm, *Mieć czy być*, Rebis, Poznań 1999, s. 253.

- Kłós J., *Zjawisko zdrowego stylu życia we współczesnym społeczeństwie*, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2014.
- Lalonde M., *A New Perspective on the Health of Canadians*, Health and Welfare Canada, Ottawa 1974.
- McCannell D., *Turysta. Nowa teoria klasy próżniaczej*, Muza SA, Warszawa 2002.
- Nowak-Starz G., Markowska M., Król H., Zięba E., Szpringer M., *Medyczne koncepcje struktury zdrowia, jego ochrony i promocji*, „Zdrowie i Dobrostan” 2013, nr 1.
- Osiński W., *Antropomotoryka*, wyd. II rozszerzone, AWF, Poznań 2003.
- Ostrowska A., *Prozdrowotne style życia*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna” 1997, nr 10-11.
- Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999.
- Sadowski Z., *Promocja zdrowia – szansa i konieczność*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 3-4.
- Siciński A. (red.), *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*, PWN, Warszawa 1978.
- Siciński A., *Styl życia – problemy pojęciowe i teoretyczne*, [w:] A. Siciński (red.), *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*, PWN, Warszawa 1978, s. 15.
- Siciński A., *Styl życia, kultura, wybór – szkice*, IFiS PAN, Warszawa 2002.
- Siciński A., *Warunki przemian stylu życia we współczesnej Polsce*, [w:] A. Siciński (red.), *Styl życia. Koncepcje i propozycje*, PWN, Warszawa 1976.
- Światowy G., Szalonna K., *Zachowania zdrowotne w stylach życia – ujęcie modelowe w kontekście zrównoważonego rozwoju*, „Marketing i Rynek” 2018, nr 4, s. 539-549.
- Tarkowska E., *Kategoria stylu życia a inspiracje antropologiczne*, [w:] A. Siciński (red.), *Styl życia. Koncepcje i propozycje*, PWN, Warszawa 1976.
- Toczek-Werner S. (red.), *Podstawy rekreacji i turystyki*, AWF, Wrocław 2007.
- Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013.
- Uczestnictwo w sporcie i rekreacji ruchowej w 2016 r.*, GUS, Warszawa 2017.
- Włodarczyk W.C., *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Vesalius, Kraków 1996.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna: podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
- Woynarowska B., Wojciechowska A., *Aktywność fizyczna dzieci i młodzieży Kwalifikacja lekarska do wychowania fizycznego w szkole*, Instytut Matki i Dziecka, Warszawa 1993.
- Wycieczki wypoczynkowe Polaków w 2016 roku i plany na rok 2017*, Komunikat z Badań CBOS, 2017, nr 24.
- Wycieczki wypoczynkowe Polaków w 2017 roku i plany na rok 2018*, Komunikat z Badań CBOS, 2018, nr 28.

Zadowolenie ze zdrowia i z życia osób aktywnych fizycznie

Satisfaction with health and life of physically active people

Adam Metelski

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

ORCID: [0000-0003-1016-7579](https://orcid.org/0000-0003-1016-7579)

Streszczenie

Utrzymanie dobrej kondycji i zdrowia powinno stać na czele wszystkich wartości człowieka dwudziestego pierwszego wieku. Zdrowie ma bowiem decydujący wpływ na możliwość podejmowania przez człowieka jakichkolwiek działań. Szczególnie w tym kontekście warto zwrócić uwagę na aktywność fizyczną. Brak aktywności fizycznej często łączy się z nadmierną masą ciała, a otyłość to choroba ogólnoustrojowa, która jednocześnie zwiększa ryzyko rozwoju wielu innych chorób. W efekcie otyłość, stając się chorobą społeczną, powiększa wydatki na ochronę zdrowia, pogarsza standard życia chorych ludzi oraz zwiększa śmiertelność. Podstawowym celem niniejszego badania było określenie, czy aktywność fizyczna jest czynnikiem zdrowia i zadowolenia z życia. Do weryfikacji tego założenia wykorzystano bazę danych prezentującą wyniki cyklicznych badań w ramach Diagnozy Społecznej. Na podstawie przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że osoby uprawiające sport są bardziej zadowolone ze swojego zdrowia i z życia niż osoby nieuprawiające sportu.

Słowa kluczowe

zdrowie, zadowolenie z życia, aktywność fizyczna, sport

Abstract

Keeping fit and healthy should be at the forefront of all human values in the twenty-first century. Health has a decisive impact on the ability of a person to engage in any activity. Particularly in this context, it is worth to pay attention to physical activity. Inactivity is often combined with excessive body weight, and obesity is a systemic disease that also increases the risk of developing many other diseases. As a result, obesity, becoming a social disease, increases spending on health care, worsens the standard of living of sick people and increases mortality. The primary goal of this study was to determine whether physical activity is a factor of health and life satisfaction. To verify this assumption, a Social Diagnosis database was used. Based on the conducted analysis, it can be concluded that people practicing sport are more satisfied with their health and life than people not practicing sport.

Keywords

health, life satisfaction, physical activity, sport

JEL: I12, I31

Wstęp

W ostatnich dziesięcioleciach doszło do zmian głównych przyczyn zachorowań i śmierci. Nastąpił ogromny wzrost liczby osób chorych na choroby niezakaźne. W 2001 roku choroby te stanowiły przyczynę 60% zgonów na całym świecie¹. Zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób niezakaźnych jest jednym z priorytetów zdrowia publicznego na świecie. Warto w tym miejscu przytoczyć jedną z najczęściej cytowanych definicji zdrowia, według której jest to stan (pełnej) równowagi i dobrostanu biopsychosocjalnego, który pozwala jednostce na adaptację do środowiska i realizację życiowych planów oraz aspiracji². Zdrowie jest więc pojęciem obejmującym zasoby osobiste i społeczne oraz możliwości fizyczne, a nie tylko brak obiektywnie istniejącej choroby czy niepełnosprawności³. W kontekście zdrowia szczególnie warto zwrócić uwagę na aktywność fizyczną, ponieważ wyniki badań wskazują, że łączy się ona z 20-40% redukcją śmiertelności w porównaniu z osobami nieaktywnymi fizycznie⁴. Szacuje się, że dzięki regularnym ćwiczeniom fizycznym można by uniknąć: 35% zgonów związanych z chorobą niedokrwienną serca, 25% zgonów związanych z udarem mózgu i osteoporozą, 20% zgonów związanych z rakiem okrężnicy, nadciśnieniem i cukrzycą typu drugiego oraz 14% zgonów związanych z rakiem piersi⁵. Umiarkowany i regularny wysiłek fizyczny pozytywnie wpływa na układ odpornościowy, między innymi poprzez zwiększenie poziomu immunoglobulin, które są silnymi czynnikami ochronnymi⁶.

Brak aktywności fizycznej często łączy się z nadmierną masą ciała. Otyłość w wielu społeczeństwach ulega coraz większemu rozpowszechnieniu. Wycenia się, że w Stanach Zjednoczonych wydaje się rocznie 147 miliardów dolarów na opiekę zdrowotną związaną z otyłością⁷. Otyłość jest tam istotnym problemem, ponieważ w ciągu 30 lat odsetek otyłych osób podwoił się i w latach 2007-2008 już 33,8% obywateli Stanów

¹ WHO, *Globalna Strategia Dotycząca Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia*, 2004, https://d1dmfej9n5lgmh.cloudfront.net/msport/article_attachments/attachments/9610/original/globalna_strategia_nt_zdrowia_zalacznik.pdf?1334718870 [dostęp 19.10.2017].

² WHO, *Official Records of the World Health Organization*, 1948, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=AF33595D83221549F3A1ACD7752897AD?sequence=1 [dostęp 02.05.2019].

³ M.L. Podbielska, *Wpływ systematycznej aktywności fizycznej na jakość życia osób zdrowych - rozważania wstępne*, „Medycyna Spersonalizowana” 2014, s. 129.

⁴ K.M. Khan, A.M. Thompson, S.N. Blair, J.F. Sallis, K.E. Powell, F.C. Bull, A.E. Bauman, *Sport and Exercise as Contributors to the Health of Nations*, „The Lancet” 2012, s. 59-64.

⁵ D.E.R. Warburton, P.T. Katzmarzyk, R.E. Rhodes, R.J. Shephard, *Evidence-informed physical activity guidelines for Canadian adults*, „Canadian Journal of Public Health” 2007, vol. 98, s. 16-68.

⁶ K. Karacabay, O. Saygin, R. Ozmerdivenli, E. Zorba, A. Godekmerdan, V. Bulut, *The Effects of Exercise on the Immune System and Stress Hormones in Sportswomen*, „Neuroendocrinology Letters” 2005, vol. 26, s. 361-366.

⁷ E.A. Finkelstein, J.G. Trogdon, J.W. Cohen, W. Dietz, *Annual medical spending attributable to obesity: Payer- and service-specific estimates*, „Health Affairs” 2009, vol. 28, s. 822-831.

Zjednoczonych było klinicznie otyłych⁸. Warto dodać, że w Polsce otyłość również jest problemem. Szczególnie powinno zwrócić się uwagę na to, że odsetek młodzieży z nadmiarem masy ciała jest w Polsce wyższy niż w większości krajów europejskich i w latach 2002-2010 stopniowo wzrastał⁹. Najlepszym sposobem przeciwdziałania tym zjawiskom jest popularyzacja w społeczeństwie odpowiedniej diety oraz aktywności fizycznej, które umożliwiają ograniczenie nadmiernej wagi ciała¹⁰. D. Warburton wraz ze współautorami¹¹ uważają wręcz, że istnieje liniowa zależność między aktywnością fizyczną a stanem zdrowia. Wynika z niej, że wzrost aktywności i sprawności fizycznej prowadzi do poprawy stanu zdrowia, jednak największe pozytywne zmiany w stanie zdrowia obserwuje się, gdy najmniej sprawni ludzie stają się aktywni fizycznie.

Kolejnym atutem uprawiania sportu jest to, że oddziałuje ono także na zdrowie psychiczne. Najczęściej jako psychologiczną korzyść z uprawiania sportu wymienia się podwyższoną samoocenę¹². Ponadto ćwiczenia fizyczne pomagają radzić sobie ze stresem i niepokojem oraz łagodzą stany depresyjne. Według J. Swana i P. Hylanda¹³ „ćwiczenia fizyczne są skuteczną metodą leczenia depresji, a dowody przemawiają również za ich stosowaniem do leczenia stanów lękowych. Wykazano, że wysiłek fizyczny jest co najmniej tak samo skuteczny jak farmakoterapia w przypadku zaburzeń depresyjnych i lękowych”. Badanie przeprowadzone w Finlandii wykazało mniejszy poziom zagrożenia depresją i wyższe poczucie szczęścia u osób uprawiających sport przynajmniej 2-3 razy w tygodniu¹⁴. Badając bliźnięta aktywne fizycznie i nieuprawiające sportów, również wykazano wyższą jakość życia tych osób, które w wolnych chwilach były aktywne fizycznie¹⁵. Co więcej, aktywność fizyczna ma pozytywny wpływ na procesy poznawcze, czyli procesy przetwarzania informacji zachodzące w układzie nerwowym¹⁶. Najlepsze

⁸ J. Cawley, C. Meyerhoefer, *The medical care costs of obesity: An instrumental variables approach*, „Journal of Health Economics” 2012, vol. 31, no. 1, s. 219-230.

⁹ J. Mazur, *Zdrowie i zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej na podstawie badań HBSC 2010*, <https://bezpiecznaszkola.men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/09/Mazur.pdf> [dostęp 02.05.2019].

¹⁰ WHO, *Globalna Strategia Dotycząca Diety...*

¹¹ D.E.R. Warburton, C.W. Nicol, S.S.D. Bredin, *Health benefits of physical activity: the evidence*, „Canadian Medical Association Journal” 2006, vol. 174, no. 6, s. 801-809.

¹² SDPIWG, *Harnessing the Power of Sport for Development and Peace: Recommendations To Governments*, 2008, https://www.sportanddev.org/sites/default/files/downloads/rtp_sdp_iwg_harnessing_the_power_of_sport_for_development_and_peace.pdf [dostęp 02.05.2019].

¹³ J. Swan, P. Hyland, *A Review of the Beneficial Mental Health Effects of Exercise and Recommendations for Future Research*, „Psychology & Society” 2012, vol. 5, no. 1, s. 1-15.

¹⁴ P. Hassmén, N. Koivula, A. Uutela, *Physical exercise and psychological well-being: A population study in Finland*, „Preventive Medicine” 2000, vol. 30, s. 17-25.

¹⁵ J.H. Stubbe, M.H.M. de Moor, D.I. Boomsma, E.J.C. de Geus, *The association between exercise participation and well-being: A co-twin study*, „Preventive Medicine” 2007, vol. 44, no. 2, s. 148-152.

¹⁶ J.L. Etner, W. Salazar, D.M. Landers, S.J. Petruzzello, M. Han, P. Nowell, *The influence of physical fitness and exercise upon cognitive functioning: A meta-analysis*, „Journal of Sport and Exercise Psychology” 1997, vol. 19, no. 3, s. 249-277.

efekty wynikają z wysiłku fizycznego, który odbywa się regularnie w dłuższym okresie. Dodatkowo aktywność fizyczna umożliwia ograniczenie regresu funkcji poznawczych, który zachodzi wraz z postępującym wiekiem¹⁷. Dzięki regularnym ćwiczeniom osoby starsze mają szansę polepszyć jakość swojego życia oraz pozostać jak najdłużej osobami niezależnymi¹⁸. Warto również dodać, że badania wykorzystujące elektroencefalografię¹⁹ oraz funkcjonalny rezonans magnetyczny²⁰ potwierdziły, że uprawianie sportu ma korzystny wpływ na funkcjonowanie mózgu. Wynika to z tego, że ćwiczenia fizyczne zwiększają plastyczność synaptyczną, bezpośrednio wpływając na strukturę synaptyczną oraz wzmacniając podstawowe systemy wspierające plastyczność, w tym neurogenezę, metabolizm i funkcję naczyniową²¹. Warto także dodać, że nawet jednorazowe ćwiczenia przynoszą krótkotrwałą poprawę nastroju. Aktywność ruchowa obniża napięcie emocjonalne oraz minimalizuje negatywne emocje odczuwane w sytuacjach stresowych²².

Aktywność fizyczna wpływa również na jakość życia. Według E. Sieńko-Awierianów i J. Wesołowskiej²³ właściwa aktywność ruchowa, niezależnie od wieku, wpływa na dobre samopoczucie i jakość życia oraz jest najskuteczniejszym elementem profilaktyki chorób cywilizacyjnych. Według A. Marchewki i M. Jungiewicz²⁴ „Wychowanie fizyczne ma duży wpływ na poprawę obecnej i przyszłej jakości życia. Stworzenie nawyku aktywności fizycznej już na poziomie szkoły podstawowej i gimnazjum, a następnie rozwój i doskonalenie nabywanych kompetencji w szkole średniej przygotowuje do aktywności ruchowej na całe życie”. Warto dodać, że aktywność fizyczna przed 35. rokiem życia ma istotny wpływ na jakość życia w późniejszym wieku²⁵. Badani, którzy byli aktywni fizycznie w przeszłości, lepiej oceniają swoje obecne zdrowie i lepiej sobie radzą z wykonywaniem czynności dnia codziennego. Dobrym podsumowaniem jest cytat

¹⁷ C.H. Hillman, R.W. Motl, M.B. Pontifex, D. Posthuma, J.H. Stubbe, D.I. Boomsma, E.J.C. de Geus, *Physical activity and cognitive function in a cross-section of younger and older community-dwelling individuals*, „Health Psychology” 2006, vol. 25, no. 6, s. 678-687.

¹⁸ M. Paczyńska-Jędrycka, P. Eider, „Sport dla wszystkich” w *promocji zdrowia (na przykładzie siłowni na świeżym powietrzu)*, „Marketing i Rynek” 2015, nr 11, s. 269-274.

¹⁹ M.T. Lardon, J. Polich, *EEG changes from long-term physical exercise*, „Biological Psychology” 1996, vol. 44, s. 9-30.

²⁰ S.J. Colcombe, A.F. Cramer, K.I. Erickson, P. Scalf, E. McAuley, N.J. Cohen, A. Webb, G.J. Jerome, D.X. Marquez, S. Elavsky, *Cardiovascular fitness, cortical plasticity, and aging*, „Proceedings of the National Academy of Sciences” 2004.

²¹ C.W. Cotman, N.C. Berchtold, L.A. Christie, *Exercise builds brain health: key roles of growth factor cascades and inflammation*, „Trends in Neurosciences” 2007, vol. 30, no. 9, s. 464-472.

²² K. Kwilecki, *Rozważania o czasie wolnym*, Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa, Katowice 2011.

²³ E. Sieńko-Awierianów, J. Wesołowska, *Edukacja szkolna a aktywność ruchowa*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2011, nr 78, s. 301-312.

²⁴ A. Marchewka, M. Jungiewicz, *Aktywność fizyczna w młodości a jakość życia w starszym wieku*, „Gerontologia Polska” 2008, nr 2, s. 127-130.

²⁵ *Ibidem*.

z pracy M. Woźniaka i współautorów²⁶: „Ruch jest w stanie zastąpić prawie każdy lek, ale wszystkie leki razem wzięte nie zastąpią ruchu. [...] Dzieci, nastolatki, dorośli, w tym także ludzie w wieku senioralnym mogą poprawić stan swojego zdrowia i dobrze się bawić poprzez włączenie do swojego codziennego życia umiarkowanych ilości aktywności fizycznej”. W związku z powyższym w niniejszym badaniu postanowiono sprawdzić, czy wśród respondentów *Diagnozy Społecznej* aktywność fizyczna jest czynnikiem, który łączy się z większym zadowoleniem ze swojego zdrowia. Dodatkowo podjęto się próby odpowiedzi na pytanie, czy osoby uprawiające sport są bardziej zadowolone ze swojego życia niż osoby nieuprawiające sportu.

Definicja sportu, aktywności fizycznej oraz osoby aktywnej fizycznie

Zgodnie z definicją stosowaną w Unii Europejskiej sport to „wszelkie formy aktywności fizycznej, które poprzez uczestnictwo doraźne lub zorganizowane, stawiają sobie za cel wypracowanie lub poprawienie kondycji fizycznej i psychicznej, rozwój stosunków społecznych lub osiągnięcie wyników sportowych na wszelkich poziomach”²⁷. Z powyższej definicji wynika, że sport to forma aktywności fizycznej, warto jednak przedstawić dodatkowe opisy tych dwóch terminów. Według C.J. Caspersena, K.E. Powella i G.M. Christensona²⁸ aktywność fizyczna to każdy ruch ciała wykonany przez mięśnie szkieletowe, który prowadzi do wydatku energetycznego i jest pozytywnie skorelowany ze sprawnością fizyczną. Sport jest natomiast podzbiorem ćwiczeń fizycznych, a te mają cechy planowanego, ustrukturuwanego, powtarzalnego ruchu ciała, którego celem jest poprawa lub utrzymanie sprawności fizycznej. Co więcej, w sporcie uczestnicy muszą przestrzegać pewnych reguł oraz wymagań. Według innej definicji²⁹ aktywność fizyczna to każda forma ruchu, w której wydatek energetyczny jest wyższy niż spoczynkowy, a sport to zorganizowana forma aktywności fizycznej. W Polsce Ministerstwo Sportu i Turystyki posługuje się definicją sportu stosowaną w UE, która została przedstawiona powyżej, natomiast aktywność fizyczną charakteryzuje jako „pojęcie szersze niż sport i obejmujące nie tylko wyczynowe lub rekreacyjne uprawianie

²⁶ M. Woźniak, I. Brukwicka, Z. Kopański, R. Kollar, M. Kollarova, B. Bajger, *Zdrowie jako wypadkowa działania różnych czynników*, „Journal of Clinical Healthcare” 2015, vol. 4, s. 15-20.

²⁷ Komisja Europejska, *Biała księga na temat sportu*, 2007, <https://www.msit.gov.pl/download/1/12483/BIALAKSIEGANATEMATSPORTU.pdf%0A%0A> [dostęp 02.05.2019].

²⁸ C.J. Caspersen, K.E. Powell, G.M. Christenson, *Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*, „Public Health Reports” 1985, vol. 100, no. 2, s. 126-131.

²⁹ M. Podziemski, A. Gołdys, R. Włoch, *Sport i Rekreacja: Ogólnopolskie Badanie Polaków*, 2013, <https://www.msit.gov.pl/download.php?s=1&id=11932> [dostęp 02.05.2019].

sportu, lecz również inne zachowania, takie jak taniec czy prace w domu i ogrodzie”³⁰. W związku z tym, że sport to forma aktywności fizycznej, w niniejszej pracy takie słowa jak sport i aktywność fizyczna będą określały to samo i będą używane zamiennie.

Współczesna technologia ułatwia przemieszczanie się z miejsca na miejsce oraz umożliwia załatwienie coraz większej liczby spraw bez wychodzenia z domu. W wyniku zachodzących zmian coraz większa liczba ludzi prowadzi mało aktywny tryb życia, dlatego warto się zastanowić, co w obecnych czasach oznacza bycie aktywnym i sprawnym fizycznie. Przykładowo w badaniu uczestnictwa Polaków w sporcie i rekreacji ruchowej przeprowadzonym przez Główny Urząd Statystyczny³¹ wyróżniono dwa poziomy uczestnictwa w sporcie: regularne – przynajmniej raz w tygodniu oraz sporadyczne – przynajmniej raz w miesiącu. Osoba sprawna fizycznie to taka, która jest zdolna do wykonywania swoich codziennych obowiązków z wigorem oraz posiadająca energię, żeby wywiązać się z nieprzewidzianych sytuacji i cieszyć się z wypoczynku³². W celu walki z rosnącym brakiem aktywności fizycznej i wynikającymi z tego chorobami Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wyznaczyła rekomendacje minimalnego oraz optymalnego poziomu aktywności fizycznej. Z przykrością należy jednak stwierdzić, że większość ludzi nie wypełnia założeń tych rekomendacji³³. Zalecany przez WHO poziom aktywności fizycznej dla osób w wieku od 18 do 65 lat to przynajmniej 150 minut ćwiczeń tygodniowo o umiarkowanej intensywności³⁴. Umiarkowana intensywność to niezbyt wyczerpujący wysiłek, kiedy występuje wzmożony oddech i przyspieszona akcja serca. Trening może być podzielony na krótsze okresy, na przykład po 30 minut przez pięć dni w tygodniu. Jedna jednostka treningowa musi jednak trwać przynajmniej 10 minut. Jako aktywność fizyczna traktowane jest uprawianie sportu, ale także spacer, jazda na rowerze, wysiłek fizyczny w pracy, obowiązki domowe oraz gry i zabawy w gronie rodzinnym. W celu uzyskania dodatkowych korzyści zdrowotnych dorośli powinni wydłużyć tygodniowy wysiłek do 300 minut o umiarkowanym poziomie lub do 150 minut o intensywnym poziomie. Intensywna aktywność fizyczna to ciężki wysiłek, który zmusza do silnie wzmożonego oddechu oraz mocno przyspieszonej akcji serca. Osoby starsze w wieku 65 lat i więcej, jeżeli ich zdrowie na to pozwala, powinny być tak samo aktywne jak osoby w wieku 18-65 lat.

³⁰ Ministerstwo Sportu i Turystyki, *Program Rozwoju Sportu Do Roku 2020*, 2015, <https://msit.gov.pl/download/1/8657/ProgramRozwojuSportudoroku202084e6.pdf> [dostęp 02.05.2019].

³¹ GUS, *Uczestnictwo Polaków w Sporcie i Rekreacji Ruchowej w 2012 r.*, 2013, https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/KTS_uczestnictwo_polakow_w_sporcie_2012.pdf [dostęp 10.04.2019].

³² C.J. Caspersen i in., *op. cit.*, s. 128.

³³ D.E.R. Warburton i in., *op. cit.*

³⁴ WHO, *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, 2010, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf [dostęp 10.01.2019].

Poziom usportowienia osoby wynika z kilku różnych czynników³⁵. Najważniejsza jest postawa oraz motywacja osoby, które są powiązane z jej położeniem społeczno-ekonomicznym, stylem życia oraz wykształceniem. Usportowienie determinują również możliwości indywidualne (finansowe i czasowe) oraz infrastrukturalne (bliskość obiektów sportowych). Kolejnym czynnikiem jest wsparcie dla aktywności fizycznej, czyli odpowiednia promocja działań prosportowych i prozdrowotnych. Takie działania mogą mieć miejsce w pracy, ale także w lokalnym środowisku.

Sport generuje korzyści zdrowotne na dwa sposoby, poprzez bezpośredni udział oraz dzięki wykorzystaniu udziału w sporcie jako platformy do komunikacji, edukacji i aktywizacji społecznej³⁶. Naturalną konsekwencją rozpoczęcia uprawiania sportu jest pozytywna zmiana stylu życia. Takie osoby zaczynają dbać o swoje ciało, wprowadzają pozytywne zmiany do diety oraz porzucają niebezpieczne używki³⁷. Istotne jest to, że zdrowy tryb życia wyuczony w młodości jest zazwyczaj kontynuowany w późniejszym wieku³⁸.

Metodyka badań

Podstawowym celem niniejszego badania było określenie, czy aktywność fizyczna jest czynnikiem zdrowia i zadowolenia z życia. Do weryfikacji powyższego założenia wykorzystano bazę danych prezentującą wyniki cyklicznych badań w ramach *Diagnozy Społecznej*. Projekt *Diagnozy Społecznej* jest kompleksowym badaniem gospodarstw domowych oraz warunków i jakości życia Polaków³⁹. Podczas tego badania zbierane są informacje zarówno ekonomiczne (na przykład na temat dochodów), jak i pozaekonomiczne (na przykład o edukacji, leczeniu i dotyczące stylu życia). *Diagnoza Społeczna* jest interdyscyplinarnym projektem naukowym. Pierwszy pomiar przeprowadzono w 2000 roku, a następny trzy lata później. Od tej pory każdy pomiar odbywał się w odstępie dwuletnim. Badania terenowe prowadzone są w tym samym okresie (w marcu i od 2009 roku w marcu i kwietniu), co służy wytrąceniu efektu sezonowości. W kolejnych rundach *Diagnozy Społecznej* uczestniczą wszystkie dostępne gospodarstwa domowe z poprzednich rund oraz gospodarstwa z nowej reprezentatywnej próby. Badania terenowe przeprowadzane są przez zawodowych ankierów GUS. Na skutek długotrwałości projektu

³⁵ M. Podziemski i in., *op. cit.*

³⁶ SDP IWG, *op. cit.*

³⁷ P. Nowak, *Sport rekreacyjny – na pograniczu wartości prozdrowotnych*, „Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja” 2010, nr 6, s. 129-134.

³⁸ R. Bailey, C. Hillman, S. Arent, A. Petitpas, *Physical activity: an underestimated investment in human capital?*, „Journal of Physical Activity & Health” 2013, vol. 10, s. 289-308.

³⁹ *Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Warszawa 2015, www.diagnoza.com [dostęp 02.05.2019].

w kolejnych rundach ubywały niektóre gospodarstwa domowe oraz jednostki, głównie na skutek odmowy uczestnictwa w badaniu. Dochodziło także do zmian miejsca zamieszkania lub do rozpadu gospodarstw domowych i w związku z tym do utraty kontaktu. Jednocześnie do próby włączano nowe gospodarstwa domowe. Wyniki uzyskane w *Diagnozie Społecznej* w celu zachowania ich reprezentatywności podlegały odpowiedniemu ważeniu. Takie postępowanie zapewniło założoną liczebność próby oraz jej reprezentatywność w skali kraju⁴⁰.

W niniejszym badaniu główną zmienną objaśniającą jest aktywność fizyczna. Pytanie dotyczące sportu dodano do kwestionariusza wykorzystywanego w ramach *Diagnozy Społecznej* w 2009 roku. W związku z tym zakres czasowy wykorzystanych danych to lata 2009-2015. W ciągu tego okresu przeprowadzono cztery pomiary, w latach 2009, 2011, 2013 i 2015. W 2009 roku do kwestionariusza dodano pytanie „Czy uprawia Pani/Pan aktywnie którąś z form sportu, ćwiczeń fizycznych?”. Na podstawie wskazań tej odpowiedzi można było dokonać podziału respondentów na osoby aktywne i nieaktywne fizycznie. Zmienna objaśniana to zadowolenie ze zdrowia i z życia, którą określono na podstawie czterech wskaźników: 1) zadowolenia ze stanu swojego zdrowia, 2) zadowolenia z ubiegłego roku, 3) zadowolenia z dotychczasowego życia, 4) zadowolenia z dotychczasowych osiągnięć.

W celu weryfikacji założeń przeprowadzono liczne analizy statystyczne. Testem Kołmogorowa Smirnowa (K-S) dla jednej próby zbadano, czy rozkład analizowanych zmiennych zależnych jest zbliżony do rozkładu normalnego. Obliczenia wykazały, że rozkład analizowanych zmiennych zależnych odstaje kształtem od rozkładu normalnego. W związku z tym do statystycznej analizy danych wykorzystano test nieparametryczny U Manna-Whitneya. Kolejnym argumentem przemawiającym za użyciem testu nieparametrycznego był fakt, że porównywane grupy osób aktywnych i nieaktywnych fizycznie nie są równoliczne. Większość przedstawionych w artykule obliczeń wykonano w programie IBM SPSS Statistics (wersja 24). Ponadto w niniejszej pracy w celu zbadania zależności między zmiennymi opisanymi na skali nominalnej wykorzystano test chi-kwadrat Pearsona.

⁴⁰ *Ibidem*.

Aktywność fizyczna a zdrowie i zadowolenie z życia na podstawie *Diagnozy Społecznej* w latach 2009–2015

Wskaźnikiem, na podstawie którego wnioskowano o stanie zdrowia osoby, był poziom jej zadowolenia z niego. Na podstawie przeprowadzonych obliczeń można stwierdzić, że osoby aktywne fizycznie oceniają swoje zdrowie lepiej niż osoby nieaktywne fizycznie. Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Rozkład poziomu zadowolenia ze stanu zdrowia wśród aktywnych i nieaktywnych fizycznie respondentów (w %)

Stopień zadowolenia ze stanu swojego zdrowia	2009		2011		2013		2015	
	AF (n=5582)	NF (n=20253)	AF (n=9126)	NF (n=16995)	AF (n=9309)	NF (n=16859)	AF (n=7798)	NF (n=14047)
Bardzo zadowolona(y)	17,1	5,9	14,0	5,8	13,6	5,8	13,4	5,3
Zadowolona(y)	41,9	29,1	41,2	28,1	39,3	28,6	40,8	28,7
Dosyć zadowolona(y)	27,0	30,4	28,0	31,4	30,2	31,2	29,8	32,3
Dosyć niezadowolona(y)	6,6	14,1	8,6	14,4	8,6	14,6	8,8	14,8
Niezadowolona(y)	5,3	13,1	6,3	13,3	6,1	12,9	5,5	12,3
Bardzo niezadowolona(y)	2,1	7,4	1,9	7,0	2,2	6,9	1,7	6,6

AF – aktywni fizycznie, NF – nieaktywni fizycznie.

Źródło: opracowano na podstawie zintegrowanej bazy danych *Diagnozy Społecznej*, www.diagnoza.com [dostęp 09.05.2017].

Jak można zauważyć, znacznie większy odsetek osób aktywnych fizycznie był „bardzo zadowolony” i „zadowolony” ze stanu swojego zdrowia. Dopiero odsetek osób „dosyć zadowolonych” był wyższy wśród osób nieaktywnych fizycznie. Ponadto w każdym roku osoby nieuprawiające sportu przeważały wśród osób niezadowolonych ze stanu swojego zdrowia. Otrzymane wyniki są zgodne z założeniami i rekomendacjami WHO, według której aktywność fizyczna to skuteczny sposób na zachowanie dobrego stanu zdrowia⁴¹. Różnice w odpowiedziach między osobami aktywnymi i nieaktywnymi fizycznie są istotne statystycznie, o czym świadczą wyniki testu U Manna-Whitneya przedstawione w tabeli 2.

⁴¹ WHO, *Global Recommendations...*

Tabela 2. Wyniki testu U Manna-Whitneya sprawdzającego różnice w poziomie zadowolenia ze stanu swojego zdrowia osób aktywnych i nieaktywnych fizycznie

Rok	Test U Manna-Whitneya	Standaryzowany test Z	Istotność asymptotyczna (dwustronna)	Wielkość efektu η^2
2009	38 454 594,00	-37,83	0,000	0,055
2011	58 202 239,00	-35,87	0,000	0,049
2013	55 847 264,00	-38,66	0,000	0,057
2015	39 818 852,50	-34,73	0,000	0,055

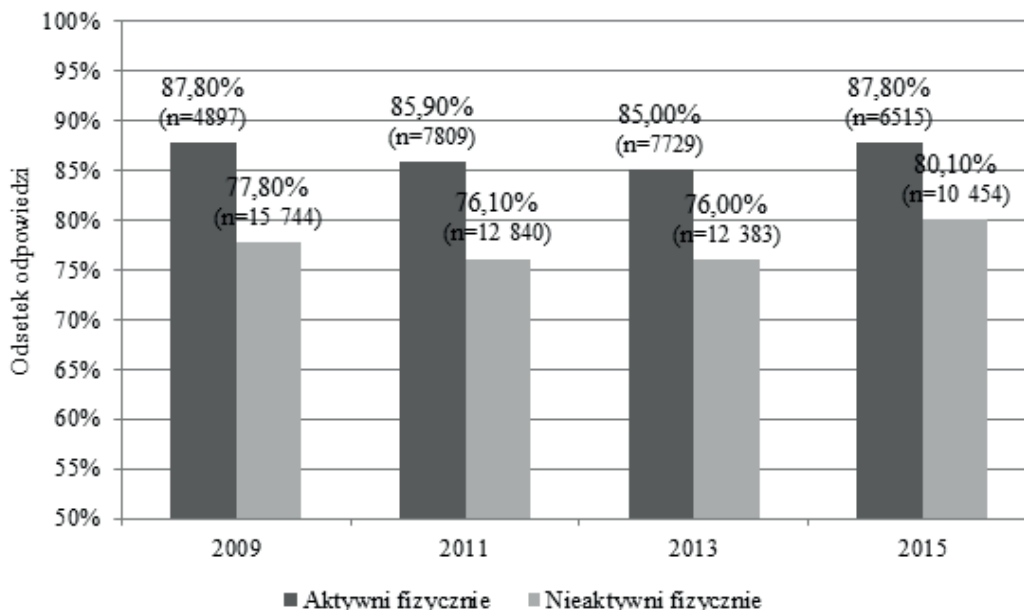
Źródło: opracowano na podstawie zintegrowanej bazy danych *Diagnozy Społecznej*, www.diagnoza.com [dostęp 09.05.2017].

Można stwierdzić, że aktywność fizyczna jest czynnikiem, który istotnie różnicuje poziom zadowolenia ze stanu swojego zdrowia. Osoby aktywne fizycznie oceniają swoje zdrowie lepiej niż osoby nieaktywne fizycznie, co można interpretować jako wskaźnik ich lepszego zdrowia. Taki stan rzeczy zapewne wynika z tego, że konsekwencją rozpoczęcia uprawiania sportu jest pozytywna zmiana stylu życia. Osoby, które zainteresowały się uprawianiem sportu, zaczynają dbać o swoje ciało, wprowadzają pozytywne zmiany do diety oraz porzucają niebezpieczne używki⁴². Warto dodać, że otrzymane wartości η^2 można interpretować jako średnie.

W następnej kolejności przeanalizowano, czy aktywność fizyczna oddziałuje na poziom zadowolenia z roku poprzedzającego badanie. W tym celu w niniejszym badaniu wykorzystano odpowiedzi na pytanie z kwestionariusza *Diagnozy Społecznej*: Czy mioniony rok należał do udanych? Okazało się, że osoby uprawiające sport częściej twierdząco odpowiadały na to pytanie. W 2009 roku różnica w odsetku odpowiedzi „tak” między osobami aktywnymi i nieaktywnymi fizycznie była największa i wynosiła 10 punktów procentowych. Szczegółowe dane przedstawiono na wykresie 1.

⁴² P. Nowak, *op. cit.*

Wykres 1. Odsetek aktywnych i nieaktywnych fizycznie respondentów uważających rok poprzedzający badanie za udany



Źródło: opracowano na podstawie zintegrowanej bazy danych *Diagnozy Społecznej*, www.diagnoza.com [dostęp 09.05.2017].

Różnice w rozkładach odpowiedzi osób aktywnych i nieaktywnych fizycznie są istotne statystyczne. Szczegółowe wyniki testów statystycznych przedstawiono w tabeli 3. Można więc powiedzieć, że uprawianie sportu jest czynnikiem, który ma znaczenie przy ocenie własnych dokonań, ponieważ osoby uprawiające sport są z siebie bardziej zadowolone.

Tabela 3. Wyniki testu chi-kwadrat Pearsona sprawdzającego różnice w rozkładzie odpowiedzi na pytanie, czy rok poprzedzający badanie należał do udanych, wśród osób aktywnych i nieaktywnych fizycznie

Rok	Chi-kwadrat Pearsona	Liczba stopni swobody	Istotność asymptotyczna (dwustronna)	Wielkość efektu ϕ
2009	272,62	1	0,000	0,115
2011	394,98	1	0,000	0,138
2013	292,22	1	0,000	0,121
2015	195,95	1	0,000	0,107

Źródło: opracowano na podstawie zintegrowanej bazy danych *Diagnozy Społecznej*, www.diagnoza.com [dostęp 09.05.2017].

Następne pytanie, które umożliwiło ocenę satysfakcji z życia, dotyczyło kwestii zadowolenia z dotychczasowego życia. Wyniki wskazują, że aktywność fizyczna sprzyja przyznawaniu swojemu życiu najwyższej oceny, czyli określaniu go jako „wspaniałe”. Na przykład w 2015 roku osoby aktywne fizycznie oceniały swoje życie jako „wspaniałe” ponad dwukrotnie częściej niż osoby nieaktywne fizycznie. Natomiast osoby nieaktywne fizycznie częściej źle oceniały swoje dotychczasowe życie, na przykład w 2015 roku trzykrotnie częściej oceniły swoje życie jako „nieszczęśliwe”. Szczegółowe wyniki zamieszczono w tabeli 4.

Tabela 4. Rozkład ocen dotyczących swojego życia wśród osób aktywnych i nieaktywnych fizycznie (w %)

Ocena swojego dotychczasowego życia	2009		2011		2013		2015	
	AF (n=5604)	NF (n=20333)	AF (n=9139)	NF (n=17045)	AF (n=9319)	NF (n=16902)	AF (n=7827)	NF (n=14072)
Wspaniałe	7,3	2,9	5,9	2,3	6,0	2,8	7,9	2,9
Udane	45,7	35,6	45,6	35,4	46,6	36,3	46,0	38,1
Dosyć dobre	32,2	35,3	33,1	35,8	32,4	35,7	32,4	35,6
Ani dobre, ani złe	11,0	18,7	11,5	19,3	11,2	18,2	10,6	17,6
Niezbyt udane	3,1	5,9	3,3	5,8	3,1	5,7	2,7	4,7
Nieszczęśliwe	0,5	1,2	0,4	1,0	0,5	0,9	0,3	0,9
Okropne	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2	0,4	0,1	0,2

AF – aktywni fizycznie, NF – nieaktywni fizycznie.

Źródło: opracowano na podstawie zintegrowanej bazy danych *Diagnozy Społecznej*, www.diagnoza.com [dostęp 09.05.2017].

Różnice w ocenie swojego dotychczasowego życia przez respondentów aktywnych i nieaktywnych fizycznie są istotne statystycznie. Wyniki testu rangowego U Manna-Whitneya przedstawiono w tabeli 5. Otrzymane wyniki są zgodne z opinią M.L. Podbielskiej⁴³, według której do czynników wpływających na jakość życia bez wątplenia należy aktywność fizyczna.

⁴³ M.L. Podbielska, *op. cit.*, s. 129.

Tabela 5. Wyniki testu U Manna-Whitneya sprawdzającego różnice w ocenie swojego dotychczasowego życia przez osoby aktywne i nieaktywne fizycznie

Rok	Test U Manna-Whitneya	Standaryzowany test Z	Istotność asymptotyczna (dwustronna)	Wielkość efektu η^2
2009	46 140 466,50	-23,02	0,000	0,020
2011	63 867 060,50	-25,43	0,000	0,025
2013	65 231 454,00	-24,42	0,000	0,023
2015	45 620 506,00	-22,38	0,000	0,023

Źródło: opracowano na podstawie zintegrowanej bazy danych *Diagnozy Społecznej*, www.diagnoza.com [dostęp 09.05.2017].

Kolejne analizowane pytanie dotyczyło oceny dotychczasowych osiągnięć życiowych. Podobnie jak w wypadku dwóch poprzednich pytań, aktywność fizyczna łączyła się z przyznawaniem lepszych ocen. Osoby uprawiające sport ponad dwukrotnie częściej twierdziły, że są „bardzo zadowolone” ze swoich osiągnięć życiowych. Jednocześnie brak aktywności fizycznej łączył się z częstszym niezadowoleniem ze swoich osiągnięć. Osoby nieuprawiające sportu prawie dwukrotnie częściej twierdziły, że są „niezadowolone” lub „bardzo niezadowolone” ze swoich osiągnięć życiowych. Szczegółowy rozkład odpowiedzi respondentów przedstawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Rozkład poziomu zadowolenia ze swoich dotychczasowych osiągnięć osób aktywnych i nieaktywnych fizycznie (w %)

Poziom zadowolenia ze swoich osiągnięć życiowych	2009		2011		2013		2015	
	AF (n=5558)	NF (n=20165)	AF (n=9106)	NF (n=16946)	AF (n=9274)	NF (n=16820)	AF (n=7784)	NF (n=14014)
Bardzo zadowolona(y)	10,4	3,7	8,5	4,1	8,2	3,8	8,9	4,0
Zadowolona(y)	38,9	28,9	37,8	28,7	36,7	27,8	39,0	31,1
Dosyć zadowolona(y)	36,1	40,7	37,1	40,4	37,7	41,1	37,1	42,1
Dosyć niezadowolona(y)	8,6	14,1	9,1	14,8	9,9	14,8	9,5	13,2
Niezadowolona(y)	4,5	9,7	6,0	9,3	5,9	9,4	4,1	7,3
Bardzo niezadowolona(y)	1,5	2,9	1,5	2,7	1,6	3,1	1,4	2,3

AF – aktywni fizycznie, NF – nieaktywni fizycznie.

Źródło: opracowano na podstawie zintegrowanej bazy danych *Diagnozy Społecznej*, www.diagnoza.com [dostęp 09.05.2017].

Różnice w poziomie zadowolenia ze swoich osiągnięć życiowych między osobami aktywnymi i nieaktywnymi fizycznie są istotne statystycznie. Szczegółowe wyniki testu U Manna-Whitneya przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Wyniki testu U Manna-Whitneya sprawdzającego różnice w poziomie zadowolenia ze swoich osiągnięć życiowych wśród osób aktywnych i nieaktywnych fizycznie

Rok	Test U Manna-Whitneya	Standaryzowany test Z	Istotność asymptotyczna (dwustronna)	Wielkość efektu η^2
2009	43 706 783,00	-26,45	0,000	0,027
2011	63 597 143,50	-24,63	0,000	0,023
2013	64 382 782,50	-24,58	0,000	0,023
2015	45 677 346,50	-21,07	0,000	0,020

Źródło: opracowano na podstawie zintegrowanej bazy danych *Diagnozy Społecznej*, www.diagnoza.com [dostęp 09.05.2017].

Podsumowując, można stwierdzić, że osoby uprawiające sport są bardziej zadowolone ze swoich osiągnięć niż osoby nieuprawiające sportu. Otrzymane wyniki są zgodne z poglądami P. Callaghana⁴⁴, który wykazał, że aktywność fizyczna pozytywnie wpływa na samoocenę.

Podsumowanie

Przeprowadzone analizy wykazały, że aktywność fizyczna łączy się z większym zadowoleniem: ze swojego zdrowia, z ubiegłego roku, z dotychczasowego życia i z dotychczasowych osiągnięć. Należy więc stwierdzić, że osoby uprawiające sport są bardziej zadowolone ze swojego zdrowia i z życia niż osoby nieuprawiające sportu. Powinno dążyć się do rozpowszechnienia wiedzy na ten temat w społeczeństwie, ponieważ może skłonić to jeszcze większą liczbę osób do podjęcia aktywności fizycznej. Zgodnie z opinią W. Siwińskiego i R. Rasińskiej⁴⁵ „Świadomość skuteczności wysiłku fizycznego w profilaktyce i leczeniu chorób cywilizacyjnych daje szansę większego zainteresowania aktywnością ruchową”. Warto zwrócić uwagę, że wiedza na temat znaczenia sportu dla zdrowia jest już stosunkowo rozpowszechniona w społeczeństwie, jednak nadal mało kto wie, że aktywność fizyczna łączy się również z większym zadowoleniem ze swojego życia. Można więc powiedzieć, że jeżeli osoba chce poprawić jakość swojego życia, to

⁴⁴ P. Callaghan, *Exercise: a neglected intervention in mental health care?*, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 2004, vol. 11, no. 4, s. 476-483.

⁴⁵ W. Siwiński, R. Rasińska, *Aktywność fizyczna jako zasadniczy cel stylu życia i zdrowia człowieka*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2015, vol. 2, no. 2, s. 181-188,

powinna zacząć być aktywna fizycznie. Promowanie informacji na temat związku sportu z życiową satysfakcją zdecydowanie powinno się przyczynić do większej aktywności fizycznej w społeczeństwie.

Promocja aktywności fizycznej jest wyjątkowo istotna wśród młodych ludzi, ponieważ prawie 40% osób uczących się w szkołach ponadgimnazjalnych nie uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego⁴⁶. Co więcej, w polskich szkołach w ciągu czterech lat (od 2012 do 2016 roku) odsetek dzieci i młodzieży z nadwagą, otyłością lub z niedowagą wzrósł o ponad pięć punktów procentowych i w 2016 roku wynosił aż 22 procent⁴⁷. Warto pamiętać, że prozdrowotne nawyki wyuczone w dzieciństwie zazwyczaj pozostają na całe życie, dlatego ważne jest, aby już od najmłodszych lat uczyć dzieci właściwego postępowania⁴⁸. Według K. Kwileckiego „Im wcześniej wpojony zostaje nawyk zachowań prozdrowotnych, tym większe szanse na dłuższe pozbawione chorób życie”⁴⁹.

Bibliografia

Literatura

- Bailey R., Hillman C., Arent S., Petitpas A., *Physical Activity: An Underestimated Investment in Human Capital?*, „Journal of Physical Activity & Health” 2013, vol. 10, s. 289-308.
- Callaghan P., *Exercise: A Neglected Intervention in Mental Health Care?*, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 2004, vol. 11, s. 476-483.
- Caspersen C.J., Powell K.E., Christenson G.M., *Physical Activity, Exercise, and Physical Fitness: Definitions and Distinctions for Health-Related Research*, „Public Health Reports” 1985, vol. 100, s. 126-131.
- Cawley J., Meyerhoefer C., *The Medical Care Costs of Obesity: An Instrumental Variables Approach*, „Journal of Health Economics” 2012, vol. 31, s. 219-230.
- Colcombe S.J., Kramer, A.F., Erickson, K.I., Paige S., McAuley, E., Cohen, N.J., *Cardiovascular Fitness, Cortical Plasticity, and Aging*, „Proceedings of the National Academy of Sciences” 2004, s. 3316-3321.
- Cotman C.W., Berchtold N.C., Christie L.A., *Exercise Builds Brain Health: Key Roles of Growth Factor Cascades and Inflammation*, „Trends in Neurosciences” 2007, vol. 30, s. 464-472.
- Etnier J.L., Salazar W., Landers D.M., Petruzzello S.J., Han M., Nowell P., *The Influence of Physical Fitness and Exercise upon Cognitive Functioning: A Meta-Analysis*, „Journal of Sport and Exercise Psychology” 1997, s. 249-277.

⁴⁶ NIK, *Wychowanie Fizyczne i Sport w Szkołach Publicznych i Niepublicznych*, 2013, www.nik.gov.pl/plik/id,5651,yp,7325.pdf [dostęp 03.05.2019].

⁴⁷ NIK, *NIK o Zdrowym Żywieniu w Szkołach*, 2017, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-zdrowym-zywieniu-w-szkolach.html> [dostęp 22.02.2018].

⁴⁸ R. Bailey i in., *op. cit.*

⁴⁹ K. Kwilecki, *op. cit.*, s. 22.

- Finkelstein, E.A., Trogon J.G., Cohen, J.W., Dietz, W., *Annual Medical Spending Attributable to Obesity: Payer-and Service-Specific Estimates*, „Health Affairs” 2009, s. 822-831.
- Hassmén P., Koivula N., Uutela A., *Physical Exercise and Psychological Well-Being: A Population Study in Finland*, „Preventive Medicine” 2000, vol. 30, s. 17-25.
- Hillman C.H, Motl R.W., Pontifex M.B., Posthuma D., Stubbe J.H., Boomsma D.I., *Physical Activity and Cognitive Function in a Cross-Section of Younger and Older Community-Dwelling Individuals*, „Health Psychology” 2006, vol. 25, s. 678-687.
- Karacabey K., Saygin O., Ozmerdivenli R., Zorba E., Godekmerdan A., Bulut V., *The Effects of Exercise on the Immune System and Stress Hormones in Sportswomen*, *Neuroendocrinology Letters*”, 2005, vol. 26, s. 361-366.
- Kelder S.H., Perry C.L., Klepp K.I., Lytle L L., *Longitudinal Tracking of Adolescent Smoking, Physical Activity, and Food Choice Behaviors*, „American Journal of Public Health” 1994, vol. 84, s. 1121-1126.
- Khan K.M., Thompson A.M., Blair S.N., Sallis J.F., Powell K.E., Bull F.C., *Sport and Exercise as Contributors to the Health of Nations*, „The Lancet” 2012, vol. 380, s. 59-64.
- Kwilecki, K., *Rozważania o czasie wolnym*, Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa, Katowice 2011.
- Lardon M.T., Polich J., *EEG Changes from Long-Term Physical Exercise*, „Biological Psychology” 1996, pp. 19-30.
- Marchewka A., Jungiewicz M., *Aktywność fizyczna w młodości a jakość życia w starszym wieku*, „Gerontologia Polska” 2008, nr 16, s. 127-130.
- Nowak P., *Aktywność fizyczna oraz inne zachowania zdrowotne w stylu życia menedżerów*, Politechnika Opolska, Opole 2010.
- Paczyńska-Jędrycka M., Eider P., „*Sport dla wszystkich*” w promocji zdrowia na przykładzie siłowni na świeżym powietrzu, „Marketing i Rynek” 2015, s. 269-274.
- Podbielska M.L., *Wpływ systematycznej aktywności fizycznej na jakość życia osób zdrowych - rozważania wstępne*, *Medycyna Spersonalizowana* 2014, nr 20, s. 128-132.
- Ponczek D., Olszowy I., *Ocena stylu życia młodzieży i świadomości jego wpływu na zdrowie*, „Hygeia Public Health” 2012, nr 47, s. 174-182.
- Sieńko-Awierianów E., Wesołowska J., *Edukacja szkolna a aktywność ruchowa*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2011, s. 301-312.
- Siwiński W., Rasińska R., *Aktywność fizyczna jako zasadniczy cel stylu życia i zdrowia człowieka*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2015, nr 2, s. 181-188.
- Stubbe J. H., de Moor M.H.M., Boomsma D.I., de Geus E.J.C., *The Association between Exercise Participation and Well-Being: A Co-Twin Study*, „Preventive Medicine” 2007, vol. 44, s. 148-152.
- Swan J., Hyland P., *A Review of the Beneficial Mental Health Effects of Exercise and Recommendations for Future Research*, „Psychology & Society” 2012, vol. 5, s. 1-15.
- Warburton D.E.R., Katzmarzyk P.T., Rhodes R.E., Shephard R.J., *Evidence-Informed Physical Activity Guidelines for Canadian Adults*, „Canadian Journal of Public Health” 2007, vol. 98, s. 16-68.
- Warburton D.E.R., Nicol C.W., Bredin S.H.D., *Health Benefits of Physical Activity: The Evidence*, „Canadian Medical Association Journal” 2006, vol. 174, s. 801-809.
- Woźniak M., Brukwicka I., Kopański Z., Kollar R., Kollarova M., Bajger B., *Zdrowie jako wypadkowa działania różnych czynników*, „Journal of Clinical Healthcare” 2015, s. 15–20.

Internet

- Diagnoza Społeczna 2015. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, J. Czapiński, T. Panek (red.), Warszawa 2015, www.diagnoza.com [dostęp 02.05.2019].
- GUS, *Uczestnictwo Polaków w Sporcie i Rekreacji Ruchowej w 2012 r.*, 2013, https://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/KTS_uczestnictwo_polakow_w_sporcie_2012.pdf [dostęp 10.04.2019].
- Komisja Europejska, *Biała Księga Na Temat Sportu*, 2007 <https://www.msit.gov.pl/download/1/12483/BIALAKSIEGANATEMATSPORTU.pdf%0A%0A> [dostęp 02.05.2019].
- Mazur, J., *Zdrowie i Zachowania Zdrowotne Młodzieży Szkolnej Na Podstawie Badań HBSC, 2010*, <https://bezpiecznaszkola.men.gov.pl/wp-content/uploads/2015/09/Mazur.pdf> [dostęp 02.05.2019].
- Ministerstwo Sportu i Turystyki, *Program Rozwoju Sportu Do Roku 2020*, 2015, <https://msit.gov.pl/download/1/8657/ProgramRozwojuSportuoroku202084e6.pdf> [dostęp 02.05.2019].
- NIK, *Wychowanie Fizyczne i Sport w Szkołach Publicznych i Niepublicznych*, 2013, www.nik.gov.pl/plik/id,5651,vp,7325.pdf [dostęp 03.05.2019].
- NIK, *NIK o Zdrowym Żywieniu w Szkołach*, 2017, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-zdrowym-zywieniu-w-szkolach.html> [dostęp 22.02.2018].
- Podziemski, M., Goldys, A., Włoch, R., *Sport i Rekreacja: Ogólnopolskie Badanie Polaków*, 2013 <https://www.msit.gov.pl/download.php?s=1&id=11932> [02.05.2019].
- SDP IWG, *Harnessing the Power of Sport for Development and Peace: Recommendations To Governments*, 2008, <https://doi.org/10.1080/02701367.2014.931558> [dostęp 02.05.2019].
- WHO, *Globalna Strategia Dotycząca Diety, Aktywności Fizycznej i Zdrowia*, 2004, https://d1dmfej9n5lgmh.cloudfront.net/msport/article_attachments/attachments/9610/original/globalna_strategia_nt_zdrowia_zalacznik.pdf?1334718870 [dostęp: 19 października 2017].
- WHO, *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, 2010, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf [dostęp 10.01.2019].
- WHO, *Official Records of the World Health Organization*, 1948, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=AF33595D83221549F3A1ACD7752897AD?sequence=1 [dostęp 02.05.2019].

Styl życia *wellness* a zachowania osób starszych na rynku usług prozdrowotnych

Wellness lifestyle and behaviour of the elderly in health services market

Anna Dąbrowska¹

Instytut Zarządzania, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
ORCID [0000-0003-1406-5510](https://orcid.org/0000-0003-1406-5510)

Mirosława Janoś-Kreso

Instytut Zarządzania, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
ORCID [0000-0002-3739-9620](https://orcid.org/0000-0002-3739-9620)

Adrian Lubowiecki-Vikuk

Instytut Zarządzania, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie
ORCID [0000-0001-9672-9514](https://orcid.org/0000-0001-9672-9514)

Streszczenie

Celem opracowania jest identyfikacja zachowań osób starszych na rynku usług prozdrowotnych, w tym turystyki zdrowotnej, rekreacji, medycyny kosmetycznej oraz preferowanych przez nich sposobów zmniejszania masy ciała. Badania zachowań osób starszych na rynku usług prozdrowotnych zostały przeprowadzone przy wykorzystaniu kwestionariusza ankiety na próbie ogólnopolskiej (N=508) techniką CAWI. Z kolei problem nadmiernej masy ciała, w tym otyłości osób starszych (N=284) mieszkających w Świętochłowicach (województwo śląskie) i ich zainteresowania metodami na jej zmniejszenie badano przy wykorzystaniu kwestionariusza ankiety.

Z usług turystyki zdrowotnej korzysta niewielki odsetek badanych. Główne powody to: brak potrzeby, niezadowolająca sytuacja materialna, niekorzystna sytuacja rodzinna, zły stan zdrowia oraz inne, m.in. opieka nad wnukami, długi czas oczekiwania na finansowanie z NFZ, brak znajomości oferty tego rodzaju lub styl życia domatora.

Respondentów z Świętochłowic w znacznym stopniu charakteryzowała nieprawidłowa masa ciała, przy czym zdecydowana większość z nich (69%) miała nadwagę lub otyłość. Ponad 41% ankietowanych osób w celu zmniejszenia masy ciała rozważa w przyszłości podejmowanie aktywności fizycznej i konsumpcję usług fitness, w drugiej kolejności usługi dietetyka (40,5%), a następnie suplementy diety na odchudzanie (39,1%).

Wyniki badań wskazują, że trudno jest mówić o prowadzeniu stylu życia *wellness* wśród osób starszych. Rodzący się trend zapewne ma szansę na rozwój, pozyskiwanie coraz większego grona zwolenników, ale to będą determinować kompetencje osób starszych, chęć zrobienia czegoś dla siebie.

Słowa kluczowe

osoby starsze, usługi prozdrowotne, usługi medyczne, fitness, turystyka zdrowotna, rekreacja

¹ Autor do korespondencji. E-mail: adabro3@sgh.waw.pl

Abstract

The aim of the study is to identify the behaviour of elderly people in the health services market, including health tourism, recreation, aesthetic medicine and their preferred weight loss methods. The study of the behaviour of the elderly in the health services market was carried out using a survey questionnaire on a nationwide sample (N=508) with the application of a CAWI technique. The problem of excessive body weight, in particular the issue of obesity of older people (N=284) living in Świętochłowice (Silesia) and their interest in methods employed to reduce it, was analysed with the use of a survey questionnaire.

Only a small percentage share of the respondents uses health-oriented tourism services. The reasons for not using the services related to health tourism included: no need, unsatisfactory financial situation, unfavourable family situation, poor health condition and others: e.g. taking care of grandchildren, long waiting time to obtain NFZ financing, lack of knowledge concerning such offers or preference for a home-lover lifestyle.

To a large degree, the respondents from Świętochłowice were characterised by abnormal body weight, including vast majority of the sample (69%) who were overweight or obese. In order to reduce their body weight, over 41% of the survey participants consider undertaking physical activity and using fitness services, subsequently using the services of a dietician (40,5%), followed by dietary supplements for weight loss (39,1%).

Research results indicate that it is difficult to talk about leading a wellness lifestyle among older people. The emerging trend probably has a chance for development, gaining more and more supporters; however, this will be determined by the competences of the elderly and their desire to do something for themselves.

Keywords

the elderly, health services, medical services, fitness, health tourism, recreation

JEL: D12, I12, L84

„Zdrowe starzenie zaczyna się w zdrowym dzieciństwie”

Andrzej Matuszewski

Wprowadzenie

Zdrowie jest nadrzędną wartością człowieka. Coraz częściej media, ale też reklamy przekonują do zdrowego trybu życia, do dbania o kondycję fizyczną i psychiczną, do życia w zdrowiu i równowadze. Jest to o tyle ważne, że współcześnie rośnie epidemia otyłości nie tylko wśród dzieci, ale i osób dorosłych, w tym w wieku starszym. Problem ten został poruszony podczas Światowego Dnia Konsumenta w 2015 r., gdzie jedną z wiodących rekomendacji było to, że „wszyscy konsumenci zasługują na prawo nie tylko do jedzenia, ale do zdrowej żywności”². Nie zaskakuje więc, że pożądanym jest nowy

² Zob. Consumers International, *Recommendations towards a Global Convention to protect and promote healthy diets*, maj 2014, <https://www.consumersinternational.org/media/2211/recommendations-for-a-convention-on-healthy-diets-low-res-for-web.pdf> [dostęp 29.04.2019].

styl życia o charakterze autonomicznym, elastycznym i hedonistycznym, który dzięki biomedycynie i nowej modelowej regulacji społecznej staje się rzeczywistością³.

Zbilansowana dieta połączona z aktywnością fizyczną, jak wydaje się, stanowią odpowiednią metodę na utrzymanie odpowiedniej masy ciała. Jednak wiele osób dorosłych stosuje suplementy diety lub leki, traktując je jako element zrównoważonego podejścia do zarządzania własną masą ciała. Stosowanie różnego rodzaju alternatywnych metod na posiadanie zdrowej sylwetki – do których należą usługi medyczne z zakresu chirurgii bariatrycznej, plastycznej i medycyny estetycznej, często związane z turystyką medyczną⁴ – może wynikać z charakteru ponowoczesnego społeczeństwa, gdzie dominuje bierny styl życia, nadmierna konsumpcja, medykalizacja ciała, ale także trend na styl życia *wellness*.

Trend zachowania zdrowia i walka z epidemią otyłości wraz z trendem demograficznym (starzenie się społeczeństw) to przejaw globalnych megatrendów cywilizacyjnych. Nie jest zatem zaskoczeniem, że wzrasta zainteresowanie konsumentów usługami prozdrowotnymi/„usługami dla zdrowia”, rozumianymi jako te, które są oferowane przez przedsiębiorstwa świadczące usługi typowo zdrowotne, w tym medyczne (lecnicze) oraz rekreacyjno-sportowe, wchodzące w skład usług *wellness*⁵.

Wellness to światowy trend odnoszący się do wielowymiarowego podejścia do zdrowia. To zdrowy tryb życia, pozwalający zachować nie tylko dobry stan zdrowia i samopoczucia, ale także dobry wygląd. Osiągnąć ten stan można na różne sposoby, w tym m.in. poprzez zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną.

Starzenie się społeczeństwa każe spojrzeć na zachowania osób starszych na rynku usług prozdrowotnych, które wpisują się w styl życia *wellness*. Samo „starzenie się” ludności definiowane jest jako proces, w którym osoby starsze, w wieku 60 lat i powyżej, uzupełniają proporcjonalnie większy udział w całkowitej populacji⁶. Proces ten najczęściej dotyczy osób, które wraz z wiekiem odczuwają spadek lub utratę adaptacji wewnętrznych funkcji fizjologicznych⁷.

³ F. Nogueira, A.B.S. de Carvalho, *Networks in the health and welfare sector: A study beyond borders – Portugal/Spain*, [w:] M. Peris-Ortiz, J. Álvarez-García (eds.), *Health and wellness tourism: Emergence of a new market segment*, Springer International Publishing Switzerland, Cham 2015, s. 44.

⁴ A. Lubowiecki-Vikuk, *Participation in medical tourism versus physical activity of patients after liposuction: What are the concerns about health and quality of life?*, „Physical Culture and Sport. Studies and Research” 2016, vol. 69, no. 1, s. 29.

⁵ A. Hadzik, R. Tomik, *Usługi prozdrowotne w turystyce uzdrowiskowej jako źródła wartości w ekonomii i kulturze fizycznej. Próba identyfikacji*, „Ekonomiczne Problemy Turystyki” 2017, nr 2(38), s. 7.

⁶ *World Population Ageing 2017: Highlight*, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York 2017, s. 1, http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf [dostęp 18.03.2019].

⁷ T. Flatt, *A new definition of aging?*, „Frontiers in Genetics” 2012, no. 3, s. 148.

Wchodzenie w okres starości, czy to zwanej młodą, dojrzałą, czy późną powinno motywować do zadbania o siebie, nie tylko o swoje zdrowie, ale także o kondycję fizyczną i psychiczną, o swój wygląd, o jakość życia. To wybór między aktywnością i biernością, między socjalizacją a izolowaniem się, między rozwojem i osłabianiem postrzegania siebie. Niewątpliwie jest to trudny okres w życiu człowieka, gdyż wiąże się z osłabieniem stanu zdrowia, spadkiem witalności i aktywności, także zawodowej, często prestiżu zawodowego, utratą atrakcyjności jako kobieta czy mężczyzna, a poza przejmowaniem ról opiekuńczych (opieki nad wnukami, partnerem) pojawia się także silniejsza perspektywa odejścia (śmierci). Istotna rola w osłabianiu tych odczuć przypada usługom, które mogą spełniać rolę interwencyjną wobec odczuwanych oznak starości⁸.

Należy zauważyć, że jak wynika z prognoz GUS, osoby w wieku 65+ w 2030 r. będą stanowić około 25% ogółu mieszkańców Polski, a w 2050 r. będzie to już 1/3 społeczeństwa⁹. Systematycznie powiększający się segment osób starszych w Polsce oznacza, że jest to coraz ważniejsza część rynku konsumenckiego.

Celem opracowania jest identyfikacja zachowań osób starszych na rynku usług prozdrowotnych, w tym turystyki zdrowotnej, rekreacji, medycyny kosmetycznej oraz preferowanych przez nich sposobów zmniejszania masy ciała w świetle literatury przedmiotu badań empirycznych.

Przyjęto hipotezę, że realizacja stylu życia *wellness* przez osoby starsze wymaga od nich świadomości konsumenckiej.

Wykorzystując wyniki ogólnopolskiego badania własnego, które przeprowadzono w terminie 6-11.02.2019 r. techniką CAWI (Computer-Assisted Web Interview – wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy strony WWW)¹⁰, omówiono zachowania osób starszych na rynku usług prozdrowotnych. Dobór próby miał charakter losowy z panelu internautów. W badaniu udział wzięły osoby w wieku co najmniej 60 lat. Zrealizowano łącznie N=508 wywiadów. Respondentami byli mieszkańcy wszystkich województw, w tym: 105 osób zamieszkiwało na wsi lub w miastach do 10 000 mieszkańców, 153 osoby w miastach od 10 001 do 100 000 mieszkańców, 135 osób w miastach od 100 001 do 500 000 mieszkańców, 116 osób w miastach powyżej 500 001 mieszkańców. Próba była zróżnicowana we względu na wiek, tj. 243 osoby były w przedziale wieku 60-64 lata, 161 osób w wieku 65-69 lat oraz 104 osoby w wieku co najmniej 70 lat.

⁸ A. Dąbrowska, M. Janoś-Kresło, A. Lubowiecki-Vikuk, *Potrzeby usługowe osób starszych w warunkach zmian demograficznych w Polsce*, Kolegium Zarządzania i Finansów Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa, Marzec 2019 (maszynopis).

⁹ *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, GUS, Warszawa 2014.

¹⁰ Badanie przeprowadzono w ramach badania statutowego pt. *Potrzeby usługowe osób starszych w warunkach zmian demograficznych w Polsce*, nr KZiF/S/07/18 realizowanego w Katedrze Badań Zachowań Konsumentów Kolegium Zarządzania i Finansów Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie. Badanie na zlecenie Kolegium przeprowadziła Agencja Badań Rynkowych SESTA.

Z kolei przedmiotem badania lokalnego był problem nadmiernej masy ciała, w tym otyłości osób starszych mieszkających w Świętochłowicach (województwo śląskie) i ich zainteresowania metodami na jej zmniejszenie. Został on przedstawiony przy wykorzystaniu wyników badania zrealizowanego w okresie marzec/kwiecień 2017 r. Miasto wybrano losowo z jednego z trzech województw Polski o wysokim poziomie dorosłych mieszkańców z nadwagą i otyłością.

Przeprowadzono dwuetapowe badanie: wykonano badanie ankietowe, a następnie zebrano pomiary antropometryczne (masę i wysokość ciała) tych osób¹¹. Z grupy respondentów N=1130 zostały wybrane wyłącznie osoby w wieku 60 lat i więcej n=284 (średnia wieku 65,3 lat; odchylenie standardowe 4,27). Charakterystyka próby badawczej przedstawia się następująco:

- płeć: męczyzna (48,2%), kobieta (51,8%);
- stan cywilny: wolny (29,6%), w formalnym lub nieformalnym związku (70,4%);
- wykształcenie: wyższe (11,2%), średnie (22,9%), zawodowe (53,9%), podstawowe/gimnazjalne (12%);
- aktywność zawodowa: czynny zawodowo (19,4%), bierny zawodowo (80,6%);
- sytuacja materialna: bardzo dobra (4,6%), dobra (44,7%), trudno powiedzieć (29,2%), zła (20,4%), bardzo zła (1,1%);
- wskaźnik masy ciała BMI: niedowaga (2,8%), wartość prawidłowa (28,2%), nadwaga (41,9%), otyłość (27,1%).

Istota stylu życia *wellness*

Istotą stylu życia *wellness* jest „dobrostan”, czyli dążenie do osiągnięcia harmonii między ciałem, duchem i umysłem¹², celem staje się zwolnienie tempa życia¹³. W efekcie styl ten można postrzegać jako filozofię życia, na którą składają się zdrowie i kondycja fizyczna¹⁴. Twórca tej filozofii, amerykański lekarz dr Halbert Dunn, połączył dwa wyrażenia – *wellbeing* (dobre samopoczucie) i *fitness* (sprawność fizyczna) w słowo *wellness*, które określa styl życia, mający na celu zwiększenie potencjału osoby poprzez osiągnięcie owej harmonii.

¹¹ Protokół badania został zatwierdzony przez Komisję Bioetyczną przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (uchwała nr 399/18).

¹² H.L. Dunn, *What high level wellness means*, „Canadian Journal of Public Health” 1959, vol. 50, no. 11, s. 447.

¹³ A. Dąbrowska, *Trendy w konsumpcji i zachowań polskich konsumentów*, [w:] A. Kusińska (red.), *Konsumpcja a rozwój społeczno-gospodarczy regionów w Polsce*, PWE, Warszawa 2011, s. 179.

¹⁴ D. Ardell, *The history and future of wellness*, „Health Values” 1985, vol. 9, no. 6, s. 37.

W latach 80. XX wieku *wellness* było utożsamiane z rozwijającym się wówczas ruchem *fitness*, co spowodowało, że istotne stało się właściwe odżywianie i dbanie o ciało. W latach następnych stało się stylem życia, który ma zapewnić dobre samopoczucie, doprowadzić do wspomnianej harmonii pomiędzy ciałem, duchem i umysłem. W latach 90. XX wieku *wellness* pojawiło się w Polsce. W ostatnim czasie eksperci włączyli do *wellness* dobrostan, z którym utożsamiane są „wysoka jakość życia” i „dobre samopoczucie”.

Współcześnie istota *wellness* jest zatem rozumiana bardzo szeroko jako osiągnięcie i utrzymanie stanu dobrego samopoczucia, związanego z wysoką jakością życia we wszystkich jego obszarach, czyli fizycznym, duchowym, emocjonalnym, intelektualnym, zawodowym, społecznym i środowiskowym, a ponadto jako zdolność do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego. Światowa Organizacja Zdrowia definiuje jakość życia jako „spostrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości w jakich żyje oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań”¹⁵. *Wellness* jest nierozzerwalnym elementem zdrowia, czyli „stanu pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko braku choroby lub niepełnosprawności”¹⁶.

Wellness jest zatem zarówno filozofią, jak i stylem życia i bycia, to dbałość o odpowiednią dietę, aktywność fizyczną i psychiczną, o urodę, ale także dbałość o środowisko naturalne, czyli wszystko to, co powoduje, że czujemy się dobrze i komfortowo. Jest także elementem zrównoważonego rozwoju, którego celem jest życie w harmonii z naturą i z samym sobą.

Wellness jest wynikiem świadomego wyboru, jest to idea dla ludzi aktywnych, dbających o utrzymanie sprawności i równowagi fizycznej, umysłowej i duchowej, bez względu na wiek. Używane jest ono jako synonim optymalnego zdrowia, wysokiej jakości życia, dobrego samopoczucia i zdolności do efektywnego działania.

Andrzej Matuszewski autor książki *Wellness – zdrowy styl życia* podkreśla, że utrzymywanie tego stanu nie wymaga, wbrew pozorom, dużych nakładów finansowych ani wyrzeczeń. Umiarkowane ćwiczenia fizyczne, niezbyt restrykcyjna dieta, obcowanie z naturą, zrównoważone działania we wszystkich obszarach życia, kierowane własnymi, świadomymi i mądrymi decyzjami doprowadzą do dobrego samopoczucia i staną się profilaktyką zdrowotną

Według filozofii *wellness* najważniejszy jest zdrowy styl życia, który daje człowiekowi również możliwość wprowadzenia zdrowych nawyków, mających pozytywny

¹⁵ F.P. Grad, *The preamble of the constitution of the World Health Organization*, „Bulletin of the World Health Organization” 2002, vol. 80, no. 12, s. 378.

¹⁶ *Ibidem*, s. 378-379.

wpływ na jakość życia. Prowadzenie zdrowego stylu życia to zrównoważone dbanie o wszystkie obszary życia oraz codzienne zaspokajanie potrzeb, wynikających z każdego z nich. Do wprowadzenia zmian niezbędne jest szczegółowe poznanie specyfiki wszystkich obszarów życia i związanych z nimi elementów zdrowego stylu życia¹⁷.

Współcześnie trudno nie zauważyć, że *wellness* to atrakcyjna sfera biznesu. Globalne wartości szeroko ujętego rynku *wellness*, choć należy je traktować z dużą ostrożnością, są imponujące (tabela 1). W 2017 r. w porównaniu do roku 2010 ponad trzykrotne tempo wzrostu odnotowano w segmencie turystyki *wellness* i turystyki medycznej. Wysoka wartość dotyczyła segmentów medycyny komplementarnej (+218,6%), zdrowego „spersonalizowanego” odżywiania (+153,9%) oraz profilaktyki zdrowotnej (+136,6%). Na tym tle widać wyraźnie, że zachowania prozdrowotne społeczeństwa przekładają się na wyjazdy turystyczne i dotyczą wielu obszarów filozofii *wellness*.

Poszczególne branże sukcesywnie reagują na te trendy, dostosowując oferty w zakresie komfortowych warunków podróży i aktywnego wypoczynku ukierunkowanego na odnowę biologiczną i medytację w warunkach naturalnego środowiska. Zwraca się także uwagę na możliwość nawiązywania/utrzymywania relacji społecznych i/lub rodzinnych¹⁸, angażując konsumentów w osobiste i emocjonalne doświadczenia. Coraz częściej leczy się ich w zakresie niwelowania stresu, lęków, depresji oraz uzależnień.

Tabela 1. Globalna wartość rynkowa przemysłu *wellness* według segmentów (w mld USD) w latach 2010, 2015 i 2017

Segmenty <i>wellness</i>	2017	2015	2010	Tempo wzrostu (2010=100)
<i>wellness</i> w miejscu pracy	48	43	30,7	56,4
źródła termalne/ mineralne	56	51	<i>b.d.</i>	9,8*
spa	119	99	60,3	97,3
nieruchomości/ styl życia <i>wellness</i>	134	119	<i>b.d.</i>	12,6*
medycyna komplementarna/ alternatywna	360	199	113	218,6
profilaktyka zdrowotna/ zdrowie osobiste/ zdrowie publiczne	575	534	243	136,6
fitness i ćwiczenia dla ciała i duszy	595	542	390,1	52,5
turystyka <i>wellness</i> i turystyka medyczna	639	563	156	309,6

¹⁷ A. Matuszewski, *Wellness – zdrowy styl życia*, Fundacja Promocji Zdrowia Wellness, Warszawa 2014.

¹⁸ A. Lubowiecki-Vikuk, *Trendy w turystyce zdrowotnej i aktywnej*, „Biuletyn KPZK PAN” 2018, nr 269, s. 20.

Segmenty <i>wellness</i>	2017	2015	2010	Tempo wzrostu (2010=100)
zdrowe odżywianie/ nawyki żywieniowe i redukcja masy ciała	702	648	276,5	153,9
uroda i <i>anti-aging</i>	1083	999	679,1	59,5

Uwagi: *b.d.* – brak danych, * zmiany wartości rynkowej segmentów w stosunku do 2015 roku

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Global Wellness Economy Monitor*, Global Wellness Institute 2017; Global Wellness Institute, *2018 Global Wellness Economy Monitor*, October 2018, <https://globalwellnessinstitute.org/industry-research/2018-global-wellness-economy-monitor/> [dostęp 29.04.2019]; *Spa & the Global Wellness Market: Synergies & Opportunities*, Global Wellness Institute 2010.

Usługodawcy i producenci działający na rynku *wellness* będą skupiać się na ofertach świadczonych z dala od zanieczyszczeń powietrza (wypoczynek, zdrowa żywność), wpływając na zdrowy styl życia swoich nabywców. Styl *wellness* już przejawia się w zagospodarowaniu i aranżacji kuchni *wellness*. Ponadto rośnie zapotrzebowanie na odzież produkowaną w zrównoważonej, etycznej, inteligentnej, uzdrawiającej i bardziej inkluzywnej formie¹⁹.

Można postawić tezę, że styl życia *wellness* w polskim społeczeństwie będzie zyskiwać na znaczeniu, na co wskazują m.in. wyniki badania CBOS w latach 2010-2018, aczkolwiek wymaga to promowania właściwego zachowania w sferze dbałości o zdrowie fizyczne i psychiczne.

Zachowania osób starszych na rynku usług prozdrowotnych (wyniki badania)

W najnowszych pracach badawczych podkreśla się, że osoby starsze różnią się od tych w przeszłości: są zdrowsze, wydają więcej, częściej podróżują i na dłużej zostają w miejscowościach turystycznych²⁰. Można powiedzieć także, że wchodzenie w okres starości wiąże się z odczuwaniem różnych potrzeb, wśród których ważne miejsce zajmują usługi prozdrowotne.

¹⁹ Zob. Global Wellness Summit, *2019 Global Wellness Trends Report*, <https://www.globalwellnesssummit.com/2019-global-wellness-trends/> [dostęp 29.04.2019].

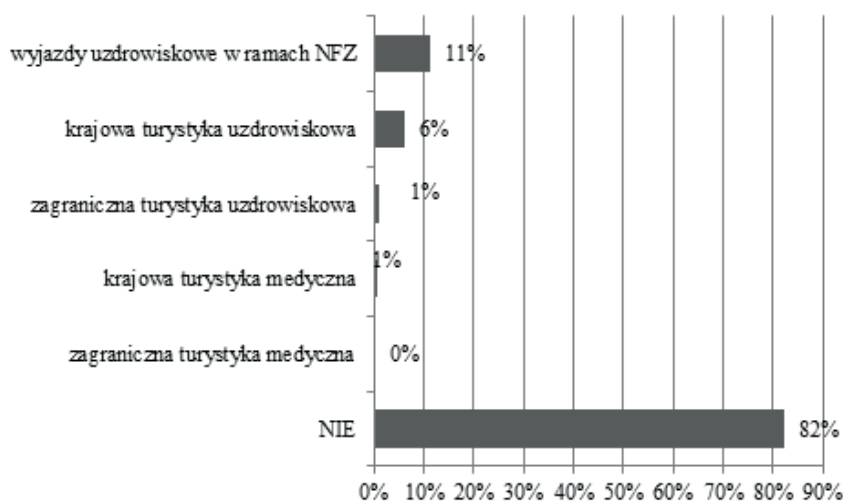
²⁰ M.in. S. Jang, B. Bai, C. Hu, C.-M.E. Wu, *Affect, travel motivation, and travel intention: a senior market*, „Journal of Hospitality & Tourism Research” 2009, vol. 33, no. 1, s. 51-73; S.C. Chen, S. Shoemaker, *Age and cohort effects: The American senior tourism market*, „Annals of Tourism Research” 2014, vol. 48, s. 58-75.

W badaniu przeprowadzonym w 2019 r. przedmiotem zainteresowania było m.in. korzystanie z usług prozdrowotnych: czy, a jeśli tak to w jakim zakresie i z jakich usług osoby starsze korzystają.

Turystyka zdrowotna jest ogólnosiwiatowym trendem i coraz więcej ludzi planując swoje wyjazdy, łączy wypoczynek z różnego rodzaju zabiegami dla poprawy zdrowia i urody²¹. Celem tego rodzaju wyjazdów jest poprawa szeroko pojętego zdrowia, dzięki czemu „zwiększa się zdolność jednostek do zaspokajania własnych potrzeb i lepszego funkcjonowania w otoczeniu i w społeczeństwie”²².

Z usług turystyki zdrowotnej (rys. 1), szczególnie dostępnych w polskich sanatoriach (17%) zaobserwowano, że korzystającymi częściej były kobiety (22%), osoby w wieku 65-69 lat (24%), w bardzo dobrej sytuacji materialnej (25%). Widać wyraźnie, że badani nie uczestniczyli w podróżach turystyki medycznej. Co jednak może zaskakiwać, znaczna większość w ogóle nie była zainteresowana żadną formą turystyki zdrowotnej (81%).

Rys. 1. Korzystanie respondentów (N=508) z usług turystyki zdrowotnej



Źródło: badanie własne, luty 2019 r.

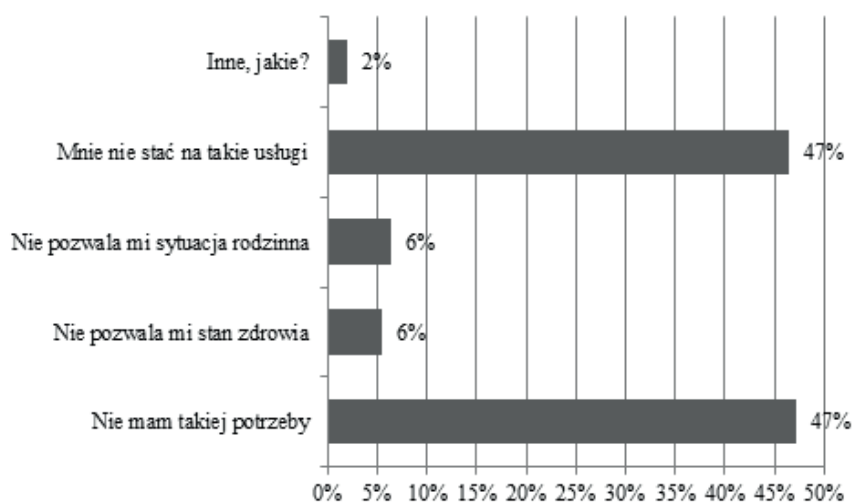
Uwagę zwracają powody niekorzystania z usług turystyki zdrowotnej. Jak wynika z analizy pozyskanego materiału badawczego (n = 417), najwięcej respondentów, szczególnie mężczyzn (52%), osób w dobrej i bardzo dobrej sytuacji materialnej (46% i 69%), pozyskujących dochody powyżej 7000 zł (74%) nie zidentyfikowało tego rodzaju potrzeb (44%) lub też ich sytuacja materialna (43%) – co wyraźnie dotyczyło osób z wykształceniem

²¹ D. Dryglas, *Designing a health tourism product structure model in the process of marketing management*, PWN, Warszawa 2018, s. 11-12.

²² UNWTO/ETC, *Exploring health tourism. Working paper*, 2016.

podstawowym (71%), z 1-osobowego gospodarstwa domowego (62%), w trudnej lub zadowalającej sytuacji materialnej (25% i 48%) o niskich dochodach (66%) – nie pozwoliła na tego rodzaju wydatek – rys. 2. Wśród pozostałych barier ankietowane osoby wymieniły niekorzystną sytuację rodzinną (6%), zły stan zdrowia (6%) oraz inne, m.in. opiekę nad wnukami, długi czas oczekiwania na finansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia, brak znajomości oferty tego rodzaju lub styl życia domatora (2%). Zasadniczo poszczególne bariery częściej dotyczyły kobiet i osób z wykształceniem średnim, osób o trudnej sytuacji materialnej oraz dużych (4- i więcej osobowych) gospodarstwach domowych.

Rys. 2. Powody braku zainteresowania respondentów (n=417) usługami turystyki zdrowotnej



Źródło: badanie własne, luty 2019 r.

W tym kontekście warto zwrócić uwagę na korzystanie z usług medycyny kosmetycznej. Zdaniem naukowców na zabiegi medycyny estetycznej decyduje się na świecie coraz więcej kobiet po 65. roku życia. W ciągu ostatnich pięciu lat odnotowano 17% wzrost liczby dojrzałych pacjentek, które decydują się na poprawienie swojej urody. Trend ten można zaobserwować także w Polsce²³. Niestety, nie dotyczy to jeszcze badanej populacji. Z usług medycyny estetycznej poprawiającej wygląd korzysta lub skorzystało 2%, z masażu relaksacyjnych – 11%, z masażu leczniczych – 21%, z zabiegów związanych ze zmianami skórnymi – 5%, z chirurgii plastycznej – nikt.

Zdecydowana większość ankietowanych osób, jak wynika z badania, nie korzystała w analizowanym okresie ani nie planowała korzystać w przyszłości z usług rekreacyjnych – tabela 2. Dotyczyło to usług dostępnych w różnych obiektach sportowo-rekreacyjnych, świadczonych na kortach tenisowych (88,6%) oraz na stadionach/boiskach

²³ *Rozwój rynku medycyny estetycznej w Polsce*, <https://www.ollie.pl/rozwoj-rynku-medycyny-estetycznej-w-polsce> [dostęp 22.03.2019].

sportowych (81,7%). W ostatnim przypadku częściej deklarowały tak kobiety (87%), osoby w wieku 70 lat i więcej (90%), z dużych miast (86%), posiadające małe (1-osobowe) gospodarstwo domowe (92%), ze średnim wykształceniem (83%), w bardzo złej lub zadowalającej sytuacji materialnej (po 83%), z dochodami do 2000 zł (87%).

Tabela 2. Miejsca i zakres konsumpcji usług rekreacyjnych wśród respondentów (N=508; %)

Miejsce	Korzystam obecnie/ skorzystałem (-am) w ciągu ostatnich 12 miesięcy	Nie korzystam, ale zamierzam korzystać	Nie korzystam i nie zamierzam korzystać
Ośrodek sportu i rekreacji	6,3	23,6	70,1
Stadion/ boisko sportowe	4,3	14,0	81,7
Hala sportowa/ sala gimnastyczna	10,4	18,9	70,7
Korty tenisowe	3,5	7,9	88,6
Pływalnia/ basen	32,9	28,9	38,2
Ścieżki rowerowe	40,2	20,9	39,0
Trasy nordic walking	22,4	26,8	50,8
Siłownia na „świeżym powietrzu”	25,0	23,0	52,0

Źródło: badanie własne, luty 2019 r.

Warto zwrócić uwagę, że 40,2% ankietowanych osób skorzystało (lub korzystało w trakcie realizacji tego badania) ze ścieżek rowerowych. Taką formę zajęć zazwyczaj wybierali mężczyźni (43% vs. 37%), osoby w wieku 65-69 lat (43%), zamieszkujące na wsi lub w małej miejscowości (42%), z 3-osobowych gospodarstw domowych (55%), z wykształceniem wyższym (44%), w bardzo dobrej sytuacji materialnej (49%), z dochodami na poziomie 5000-7000zł (53%).

Konsumpcja usług rekreacyjnych dostępnych w pływalniach/na basenach była rozważana przez co trzecią osobę w wieku 65-69 lat (28,9% ogółem). Rzadziej byli to mężczyźni (26% vs. 32% kobiet). Natomiast częściej ten rodzaj usług wybierały osoby zamieszkujące na wsi lub w małej miejscowości (35%), prowadzące dwuosobowe gospodarstwo domowe (31%), z wykształceniem średnim (32%), w zadowalającej sytuacji materialnej (30%) i dochodami rzędu 5000-7000 zł (33%).

Z aktywności nordic walking chce skorzystać w przyszłości 26,8% ankietowanych osób (zarówno kobiet – 27%, jak i mężczyzn – 26%), szczególnie w wieku 70 lat i więcej (33%), z miast liczących 10 001-100 000 mieszkańców (35%), dużych gospodarstw domowych (32%), z wykształceniem podstawowym lub średnim (po 29%), w komfortowej

sytuacji materialnej (31%) i dochodach od 6001 zł i więcej (31%). Ponad połowa (50,8%) ankietowanych osób nie wykazała zainteresowania tego rodzaju usługami, z czego częściej byli to mężczyźni (58%), osoby z wykształceniem podstawowym (71%), w złej sytuacji materialnej (64%).

Respondenci w bardzo dobrej (31%) lub zadowalającej (26%) sytuacji materialnej byli zainteresowani siłowniami na „świeżym powietrzu” (25% ogółu badanych), korzystali z usług rekreacyjnych świadczonych w halach sportowych/salach gimnastycznych (10%) oraz w ośrodkach sportu i rekreacji (6%). Tymi ostatnimi byli zainteresowani zwłaszcza ci, których dochód netto wynosił ponad 7000 zł (12%). Dodatkowo 24% ankietowanych osób rozważało w przyszłości konsumpcję usług dostępną w tych obiektach, z czego częściej byli to mieszkańcy miejscowości liczących 10 001-100 000 mieszkańców (30%) niż z dużych miast (16%). Respondenci, zwłaszcza w złej sytuacji materialnej (79%) nie wykazali zainteresowania tymi usługami. Co ciekawe, 52% badanych (głównie w złej sytuacji materialnej – 64%) nie zamierza także korzystać z usług dostępnych w siłowniach na „świeżym powietrzu”. Wydaje się, że ankietowane osoby mogły nie posiadać informacji o nieodpłatnej formie świadczenia tego typu usług.

W kontekście wieku badanych osób interesujące wydają się także wyniki dotyczące konsumpcji usług w halach sportowych/salach gimnastycznych. Bierze je pod rozwagę 19% respondentów, zwłaszcza w wieku 65–69 lat (25%). Jednak 71% osób nie zamierza korzystać z tych usług, w tym częściej w wieku 70 lat lub więcej (81%), w złej sytuacji materialnej (82%).

Co istotne, 35% (n = 176) ankietowanych osób nie przejawiało zainteresowania usługami rekreacyjnymi. Wśród przyczyn podano, według kolejności:

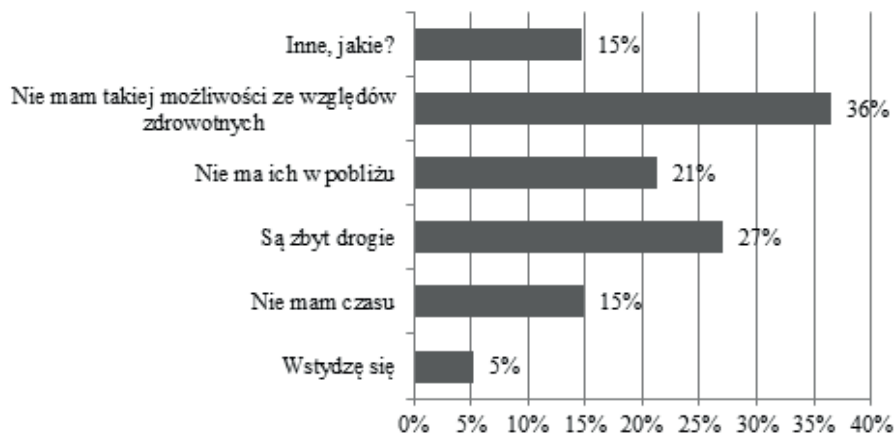
- brak potrzeby (51%); zaobserwowany częściej u tych osób, które mogą odłożyć część swoich dochodów (70%), w stosunku do osób, które muszą zrezygnować z konsumpcji wielu towarów i usług (60%). Ponadto byli to mężczyźni (52%), w wieku 65-69 lat (52%), z wykształceniem zawodowym (71%);
- zły stan zdrowia (40%), co dotyczyło zarówno kobiet, jak i mężczyzn (po 40%), w najmłodszej grupie wiekowej (41%), z aglomeracji miejskich (43%), 3- lub 4-osobowych gospodarstw domowych (47% i 46%), z wykształceniem podstawowym (75%), jednak w złej sytuacji materialnej (44%) i o niskich dochodach (57%);
- sytuację rodzinną (13%) – wybrany wariant przez mężczyzn (13%) i kobiety (12%), posiadających dochody na poziomie 2000-3000 zł (17%);
- inne: brak czasu wolnego, niezadawalająca sytuacja materialna, brak ofert w pobliżu miejsca zamieszkania dostosowanych do potrzeb, brak motywacji (6%) – wariant ten częściej wybierały badane osoby z wykształceniem wyższym (13%) aniżeli średnim (3%).

Jak już wspomniano, udział społeczeństwa w aktywności fizycznej nie jest zadowalający. Jednak mimo to liczba nowych członków *fitness* klubów wzrasta. Z raportu Deloitte wynika, że pod koniec 2018 r. w Polsce funkcjonowało 2,7 tys. *fitness* klubów (premium, *low cost*, niskobudżetowych lub *mid-market*), do których uczęszczało 2,99 mln klientów²⁴. Całkowity przychód z tej działalności szacuje się na blisko 4,2 mld zł.

W badaniu zapytaliśmy także respondentów o korzystanie z usług fitness/siłowni. Najczęstszą odpowiedzią było „nie korzystam”, odpowiedziało tak 82% respondentów. Niekorzystający z tego typu usług to przede wszystkim mężczyźni (84%), osoby najstarsze (88%), w wieku powyżej 70 lat (88%), mieszkający na wsi lub w małych miastach do 10 000 mieszkańców (90%), z gospodarstw 2 i 4-osobowych (po 84%), wszyscy ankietowani z wykształceniem podstawowym, najgorzej oceniający sytuację materialną swojego gospodarstwa domowego (89%), o miesięcznych dochodach netto gospodarstw do 5000 zł (88% o dochodach do 3000 zł i 87% o dochodach od 3001 do 5000 zł). Wśród osób korzystających najwyższy odsetek korzystał raz w tygodniu lub częściej, ale było to tylko 8% badanych.

Powody niekorzystania z usług fitness/siłowni są bardziej zróżnicowane. Największy odsetek odpowiedzi dotyczył niemożności korzystania ze względu na zdrowie – 36%, a następnie, że są zbyt drogie – 27% (rys. 3).

Rys. 3. Powody niekorzystania z usług fitness/siłowni (N=417)



Źródło: badanie własne, luty 2019 r.

Interesujące są odpowiedzi dotyczące chęci korzystania z tych usług. Ponad połowa badanych (57%) odpowiedziała negatywnie, w tym zdecydowanie nie – 21%, raczej nie – 36%. Zainteresowany korzystaniem był co piąty ankietowany (21%), ale zdecydowanych było tylko 4%, a prawie co czwarta osoba nie miała zdania na ten temat.

²⁴ H. Rutgers, K. Hollasch, S. Ludwig, B. Lehmkuhler, S. Gausselmann, Ch. Rump, *European Health & Fitness Market Report 2019*, Europe Active, kwiecień 2019, s. 141, https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pl/Documents/Reports/pl_EuropeActive_Deloitte_2019_PL.pdf [dostęp 1.05.2019].

Preferowane zachowania osób starszych w kontekście zmniejszenia masy ciała – studium przypadku mieszkańców Świętochłowic w wieku 60+

Trudno jednoznacznie wskazać, aby styl życia badanych osób w wieku 60+ z Świętochłowic należał do stylu *wellness*. Respondentów w znacznym stopniu charakteryzowała nieprawidłowa masa ciała, przy czym zdecydowana większość z nich (69%) miała nadwagę lub otyłość.

Jak wynika z tabeli 3, ponad 41% ankietowanych osób w celu zmniejszenia masy ciała rozważa w przyszłości podejmowanie aktywności fizycznej i konsumpcję usług *fitness* (zdecydowanie tak – 26,1%, raczej tak – 15,1%). W drugiej kolejności badane osoby brały pod uwagę usługi dietetyka (40,5%), a następnie suplementy diety na odchudzanie (39,1%). Ponadto respondenci nie wykazali większego zainteresowania usługami medycznymi z zakresu chirurgii bariatrycznej (50,3%, z czego 35,2% raczej nie, 15,1% zdecydowanie nie), podobnie jak i usługami chirurgii plastycznej – liposukcji (49,3%) czy lekami na odchudzanie (42,2%). Można zauważyć, że co trzecia ankietowana osoba nie miała zdania w zakresie preferencji korzystania z usług medycznych (chirurgii bariatrycznej i liposukcji).

Tabela 3. Stopień zainteresowania badanych osób (n=284) metodami na zmniejszenie masy ciała (%)

	zdecydowanie nie	raczej nie	nie mam zdania	raczej tak	zdecydowanie tak
aktywność fizyczna i usługi fitness	5,6	30,3	22,9	15,1	26,1
usługi dietetyka	5,6	29,2	24,6	15,1	25,4
usługi medyczne z zakresu chirurgii bariatrycznej	15,1	35,2	33,5	5,3	10,9
usługi chirurgii plastycznej – liposukcja	14,4	34,9	32,7	6,0	12,0
suplementy diety na odchudzanie	8,5	27,8	24,6	10,2	28,9
leki na odchudzanie	10,9	31,3	27,1	8,8	21,8

Źródło: badanie własne, marzec/kwiecień 2017 r.

Wyniki te różnią się z uwagi na płeć ankietowanych osób (tabela 4). Wśród mężczyzn rozważane były metody redukcji masy ciała z zakresu aktywności fizycznej (40,1%) oraz usługi dietetyka (32,1%). Kobiety zdecydowanie częściej opowiedziały się za suplementami diety na odchudzanie (53,7%), usługami dietetyka (48,3%) oraz lekami

wpływającymi na redukcję masy ciała (43,5%). Ponad 52% mężczyzn nie wykazała zainteresowania usługami medycznymi.

Tabela 4. Stopień zainteresowania badanych osób (n=284) metodami na zmniejszenie masy ciała według płci (%)

	mężczyźni			kobiety		
	nie	nie mam zdania	tak	nie	nie mam zdania	tak
aktywność fizyczna i usługi fitness	34,3	25,5	40,1	37,4	20,4	42,2
usługi dietetyka	38,7	29,2	32,1	31,3	20,4	48,3
usługi medyczne z zakresu chirurgii bariatrycznej	55,5	35,0	9,5	45,6	32,0	22,4
usługi chirurgii plastycznej – liposukcja	54,7	35,0	10,2	44,2	30,6	25,2
suplementy diety na odchudzanie	46,7	29,9	23,4	26,5	19,7	53,7
leki na odchudzanie	52,6	30,7	16,8	32,7	23,8	43,5

Źródło: badanie własne, marzec/kwiecień 2017 r.

Podsumowanie i wnioski

Zdrowie stanowi wartość indywidualną człowieka, zapewniającą jego istnienie, rozwój i działania, dzięki której jednostka może realizować swoje aspiracje i potrzebę osiągania satysfakcji, zmieniać środowisko i radzić sobie w nim. Inwestowaniu w zdrowie, w kondycję fizyczną sprzyja z jednej strony rosnąca zamożność społeczeństwa, ale także rosnąca świadomość, z drugiej zaś bogata, stale poszerzana oferta usług oferowanych przez podmioty działające w tym segmencie usług.

Zdrowie, obok szczęścia rodzinnego, jak pokazują badania CBOS, od lat pozostaje jedną z najbardziej cenionych wartości. Trudno jednak w deklaracjach odnaleźć faktyczne działania na rzecz dbałości o zdrowie. Wielu Polaków (88%) nie uprawia żadnego sportu w sposób profesjonalny, 58% nigdy lub prawie nigdy nie wykonuje nawet ćwiczeń gimnastycznych ani nie uprawia aerobiku, 37% w ogóle nie podejmuje aktywności takich jak bieganie, pływanie, jazda na rowerze czy sportowe gry zespołowe, 18% nigdy lub prawie nigdy nie znajduje czasu na dłuższy (minimum godzinny) spacer, a 9% nie wykonuje profilaktycznych badań lekarskich²⁵.

²⁵ *Aktywność fizyczna Polaków*, Komunikat z badań nr 125/2018, CBOS, Warszawa, wrzesień 2018, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_125_18.PDF.

Wchodzenie w okres starości, czy to zwanej młodą, dojrzałą, czy późną powinno motywować do zadbania o siebie, nie tylko o swoje zdrowie, ale także kondycję fizyczną i psychiczną, o swój wygląd, o jakość życia. Motywacje te związane są ze stylem życia zwanym *wellness*.

Osoby starsze biorące udział w badaniu dbały o swoje zdrowie fizyczne, najczęściej korzystając ze ścieżek rowerowych, pływalni/basenu, siłowni na „świeżym powietrzu”, tras nordic walking. Warto jednak zwrócić uwagę na deklaracje co do uaktywnienia się w przyszłości. Prawie 29% ankietowanych osób zamierza w przyszłości korzystać z pływalni/basenu, 27% z tras nordic walking, 24% z ośrodków sportu i rekreacji, 23% siłowni na „świeżym powietrzu”, 21% ze ścieżek rowerowych.

Aktywność fizyczna jest bardzo ważna nie tylko ze względu na zagospodarowanie czasu wolnego, budowanie kondycji, ale także na zachowanie pożądanej sylwetki. Jak pokazują wyniki badania dotyczącego zainteresowania metodami na zmniejszenie masy ciała, wiele osób starszych, szczególnie kobiety, sięga po suplementy diety na odchudzanie, usługi dietetyka oraz leki wpływające na redukcję masy ciała, mężczyźni częściej wybierają aktywność fizyczną oraz usługi dietetyka.

Na tym tle przyjęta przez autorów hipoteza, że realizacja stylu życia *wellness* przez osoby starsze wymaga od nich świadomości konsumenckiej, została pozytywnie zweryfikowana.

Przyczyn takich zachowań można upatrywać w bardzo sugestywnych reklamach. Suplementy diety i leki wpływające na redukcję masy ciała tak szybko redukują „boczki”. Wystarczy zażyć tabletkę, a problem nadwagi zniknie bez wysiłku.

Niewątpliwie duże znaczenie mają kompetencje konsumentów, ich świadomość, wynikające także z prowadzonej edukacji, która powinna obejmować szczególnie osoby starsze, jako słabszy segment konsumentów. Ważną rolę ma do odegrania Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który bada reklamy pod kątem ich rzetelności, niewprowadzania konsumentów błąd, a także Ministerstwo Zdrowia.

Bibliografia

Literatura

- Ardell D., *The history and future of wellness*, „Health Values” 1985, vol. 9, no. 6.
- Chen S.C., Shoemaker S., *Age and cohort effects: The American senior tourism market*, „Annals of Tourism Research” 2014, vol. 48.
- Dąbrowska A., *Trendy w konsumpcji i zachowań polskich konsumentów*, [w:] A. Kusińska (red.), *Konsumpcja a rozwój społeczno-gospodarczy regionów w Polsce*, PWE, Warszawa 2011.

- Dryglas D., *Designing a health tourism product structure model in the process of marketing management*, PWN, Warszawa 2018.
- Dunn H.L., *What high level wellness means*, „Canadian Journal of Public Health” 1959, no. 50(11).
- Flatt T., *A new definition of aging?*, „Frontiers in Genetics” 2012, no. 3.
- Grad F.P., *The preamble of the constitution of the World Health Organization*, „Bulletin of the World Health Organization” 2002, vol. 80, no. 12.
- Hadzik A., Tomik R., *Usługi prozdrowotne w turystyce uzdrowiskowej jako źródła wartości w ekonomii i kulturze fizycznej. Próba identyfikacji*, „Ekonomiczne Problemy Turystyki” 2017, nr 2(38).
- Jang S., Bai B., Hu C., Wu C.-M. E., *Affect, travel motivation, and travel intention: a senior market*, „Journal of Hospitality & Tourism Research” 2009, vol. 33, no. 1.
- Lubowiecki-Vikuk A., *Participation in medical tourism versus physical activity of patients after liposuction: What are the concerns about health and quality of life?*, „Physical Culture and Sport. Studies and Research” 2016, vol. 69, no. 1.
- Lubowiecki-Vikuk A., *Trendy w turystyce zdrowotnej i aktywnej*, „Biuletyn KPZK PAN” 2018, nr 269.
- Matuszewski A., *Wellness – zdrowy styl życia*, Fundacja Promocji Zdrowia Wellness, Warszawa 2014.
- Nogueira F., de Carvalho A. B. S., *Networks in the health and welfare sector: A study beyond borders – Portugal/Spain*, [w:] M. Peris-Ortiz, J. Álvarez-García (eds.), *Health and wellness tourism: Emergence of a new market segment*, Springer International Publishing Switzerland, Cham 2015.

Źródła

- Dąbrowska A., Janoś-Kresło M., Lubowiecki-Vikuk A., *Potrzeby usługowe osób starszych w warunkach zmian demograficznych w Polsce*, Kolegium Zarządzania i Finansów Szkoły Głównej Handlowej, Warszawa, marzec 2019 (maszynopis).
- Global Wellness Economy Monitor*, Global Wellness Institute 2017.
- Prognoza ludności na lata 2014-2050*, GUS, Warszawa 2014.
- Spa & the Global Wellness Market: Synergies & Opportunities*, Global Wellness Institute 2010.
- UNWTO/ETC, *Exploring health tourism. Workingpaper*, 2016.

Internet

- Aktywność fizyczna Polaków*, Komunikat z badań nr 125/2018, CBOS, Warszawa, wrzesień 2018, https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2018/K_125_18.PDF.
- Consumers International, *Recommendations towards a Global Convention to protect and promote healthy diets*, maj 2014, <https://www.consumersinternational.org/media/2211/recommendations-for-a-convention-on-healthy-diets-low-res-for-web.pdf> [dostęp 29.04.2019].
- Global Wellness Institute, *2018 Global Wellness Economy Monitor*, October 2018, <https://globalwellnessinstitute.org/industry-research/2018-global-wellness-economy-monitor/> [dostęp 29.04.2019].
- Global Wellness Summit, *2019 Global Wellness Trends Report*, <https://www.globalwellnesssummit.com/2019-global-wellness-trends/> [dostęp 29.04.2019].
- Rozwój rynku medycyny estetycznej w Polsce*, <https://www.ollie.pl/rozwoj-rynku-medycyny-estetycznej-w-polsce> [dostęp 22.03.2019].

Rutgers H., Hollasch K., Ludwig S., Lehmkuhler B., Gaussemann S., Rump Ch., *European Health & Fitness Market Report 2019*, EuropeActive, kwiecień 2019, https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pl/Documents/Reports/pl_EuropeActive_Deloitte_2019_PL.pdf [dostęp 1.05.2019].

World Population Ageing 2017: Highlight, Department of Economic and Social Affairs, United Nations, New York 2017, http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf [dostęp 18.03.2019].

Życie zmienione, lecz nie zakończone. Eschatologiczny „styl” życia

Life changed but not ended. Eschatological ‘style’ of life

Paweł Beyga

Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu

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

Streszczenie

Według katolickiej eschatologii życie ludzkie po śmierci nie kończy się, lecz zmienia. Można taką ideę odnaleźć w prefacji za zmarłych. Autor artykułu spogląda na ten eschatologiczny styl życia w teologicznej i liturgicznej perspektywie. Teologie uprawiane przez Romano Guardiniego oraz Josepha Ratzingera są niezwykle pomocne w zrozumieniu katolickiej wizji ludzkiej egzystencji po śmierci i po paruzji. Autor odwołuje się także do liturgii i kultu relikwii świętych.

Słowa kluczowe

eschatologia, teologia, ciało, zmartwychwstanie

Abstract

According to the Catholic eschatology human life after death is not ended but changed. We can find this idea in the Preface for Christian Death. The author of the article looked at this eschatological ‘style’ of life in the theological and liturgical perspective. Theologies of Romano Guardini and Joseph Ratzinger are very helpful for understanding of Catholic vision of human existence after death and after parousia. The author appealed to the liturgy and reverence for relics of saints.

Keywords

eschatology, theology, body, resurrection

JEL: Z12

Wprowadzenie

Starożytny poeta i myśliciel Seneka prawie dwa tysiące lat temu sformułował zdanie, które było nie tylko aktualne dla ludzi jego czasów, lecz także współcześnie nie traci na swojej żywotności: „Wielką rzeczą jest zwyciężyć Kartaginę, lecz jeszcze

większą – zwyciężyć śmierć”¹. Choć nikt dzisiaj nie planuje upadku Kartaginy, to jednak śmierć i to, co po niej następuje, pozostają jednym z najbardziej żywotnych problemów. Paradoksalnie, nurtujące pytanie o wieczność zmusza dzisiejszy świat do jak najlepszego zagospodarowania tej strony rzeczywistości, a niejednokrotnie do przemilczenia pytań o śmierć i sposób egzystencji życia człowieka po niej. W ten sposób tworzy się swoista bezreligijna eschatologia, która nie pyta o wieczność, a swoje spojrzenie kieruje jedynie ku doczesności. Innymi słowy, zwyciężyć śmierć nie oznacza dobrze przygotować się na wieczność, lecz jak najbardziej wydłużyć teraźniejszość.

Pomimo przemilczania śmierci filozofia oraz teologia zadają pytanie nie tylko o sam jej fakt, ale sięgają jeszcze dalej, a więc pytają o to, jak będzie wyglądać świat po przekroczeniu eschatologicznej granicy. Problem niniejszego tekstu sprowadza się zatem do następującego pytania: o jakim „stylu” życia mówi katolicka eschatologia? W niniejszym tekście słowo „styl” należy rozumieć jako sposób bytowania, jakość życia, zasady egzystencji. Droga do realizacji celu zamknie się w trzech punktach. Na samym początku zostaną przywołane wybrane wątki z katolickiej nauki o życiu człowieka bezpośrednio po śmierci oraz po sądzie ostatecznym. Kolejno ukazane będą te wybrane aspekty obecne w liturgii oraz modlitwie Kościoła. W punkcie ostatnim dokonana będzie próba teologicznej oceny w świetle współczesnych wyzwań stających przed katolicką eschatologią. W zakończeniu zebrane zostaną wnioski wypływające z przeprowadzonych badań.

W tym miejscu trzeba zaznaczyć, że przewodnikami w poszukiwaniu odpowiedzi będą dwie osoby związane ze stolicą Dolnego Śląska poprzez ich życie i działalność akademicką. Pierwszą jest Romano Guardini, który formalnie od 1923 roku należał do Wydziału Teologii Katolickiej Uniwersytetu Wrocławskiego². W latach 1923-1939 kierował on na uniwersytecie w Berlinie katedrą światopoglądu chrześcijańskiego³. Głównym dziełem z zakresu eschatologii jest jego praca *O rzeczach ostatecznych*⁴. Drugim przewodnikiem jest Joseph Ratzinger – dawny uczeń wspomnianego monachijskiego teologa, a obecnie papież emeryt. W 2000 roku otrzymał on jeszcze jako prefekt Kongregacji Nauki Wiary tytuł doktora *honoris causa* Papieskiego Wydziału Teologicznego we Wrocławiu. Jego pisma z zakresu eschatologii zostały zebrane w dziesiątym tomie z serii *Opera omnia*⁵.

¹ Seneka, *Listy moralne do Lucyliusza*, ALFA, Warszawa 1998, s. 113.

² Por. B. Ferdek, *Duch Boży nad wodami Renu. Refleksje nad ścieżkami nadreńskiej pneumatologii*, Papieski Wydział Teologiczny, Wrocław 2010, s. 107.

³ Por. K. Szwarz, *Romano Guardiniego postulat chrystologii personalistyczno-praktycznej*, [w:] B. Kochaniewicz (red.), *Jezus Chrystus w refleksji współczesnych teologów*, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań 2013, s. 58.

⁴ Zob. R. Guardini, *O rzeczach ostatecznych. Chrześcijańska nauka o śmierci, oczyszczeniu po śmierci, zmartwychwstaniu, sądzie i wieczności*, WAM, Kraków 2004.

⁵ Zob. J. Ratzinger, *Opera omnia*, t. X: *Zmartwychwstanie i życie wieczne*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2014.

Katolicka eschatologia o życiu po śmierci

Na katolicką eschatologię składają się dwie części. Pierwsza to stan pośredni, który trwa od śmierci człowieka aż do paruzji, natomiast drugi etap rozpocznie się w chwili powtórnego przyjścia Chrystusa na świat i zmartwychwstania umarłych. Według dawnych podręczników do eschatologii „dusza po rozłączeniu z ciałem już nic nie może uczynić dobrego, co by posiadało wobec Boga wartość zasługującą, ani też żadne zło nie jest jej poczytywane za grzech. [...] Jak wśród ciemnej nocy ludzie nie pracują, ale odpoczywają po przepracowanym dniu, tak też z chwilą śmierci ustaje wszelka praca dla wieczności”⁶. W tej optyce śmierć ujmowana jest jako rozłączenie duszy i ciała, a więc diametralnie zmienia się sposób bytowania człowieka. Bywał on porównywany do stanu drzewa, które ścięte upadnie w określone miejsce i tam już musi pozostać⁷.

Stosunek katolickiej eschatologii do rozłączenia duszy od ciała nie posiada jednak zabarwienia neoplatonickiego, który chce widzieć w ciele i materii rzeczywistość krępującą prawdziwie ludzką egzystencję. Na polu teologicznym takie stanowisko reprezentowali manichejczycy, którzy nie mogli zrozumieć, że odkupienie i zbawienie może mieć coś wspólnego z cielesnością⁸. Dał temu wyraz Joseph Ratzinger w haśle leksykonowym *Zwłoki* z 1961 roku. Według niego stosunek Kościoła do martwego ciała jest determinowany jego wiarą w życie wieczne. Obecny papież emeryt słusznie zauważył przed laty, że chrześcijańskie podejście do zwłok znacząco różni się od spojrzenia starotestamentowego i pogańskiego, dla których były one czymś nieczystym, przeznaczonym do unicestwienia. Przeciwnie, „Kościół błogosławi ziemię, jaka jest przeznaczona do przyjęcia ciała chrześcijanina i w ten sposób daje wyraz przekonaniu, że ciało, które było karmione Ciałem i Krwią Chrystusa, posiada nieusuwalnie coś świętego, że w sakramentach stało się ono uczestnikiem porządku odkupienia”⁹. Chociaż egzystencja człowieka po śmierci, jego styl życia, posiada charakter bezcielesny, to jednak ciało w myśli chrześcijańskiej nie jest jakimś ubocznym produktem życia i śmierci, ale przestrzenią bytowania w doczesności. Katolicka eschatologia zatem nie podpisuje się pod nieco romantycznym obrazem śmierci jako rozkwitem życia uwolnionego od ciasnoty doczesności¹⁰.

Z takim spojrzeniem wiąże się mitologizowanie katolickiej eschatologii, według której podobno ciało miałoby być czymś mniej ważnym, mniej wartościowym niż dusza. Wobec takiego postawienia problemu należy przywołać słowa Romano Guardiniego, według którego taki pogląd „jest nie tylko fałszywy, ale po prostu ślepy. Jeśli uwolnimy

⁶ M. Ziółkowski, *Eschatologia*, Wydawnictwo Diecezjalne, Sandomierz 1958, s. 24.

⁷ Zob. *ibidem*, s. 29.

⁸ Zob. H. Pietras, *Herezje*, WAM, Kraków 2019, s. 69.

⁹ J. Ratzinger, *Opera omnia...*, s. 328.

¹⁰ Por. I. Ziemiński, *Metafizyka śmierci*, WAM, Kraków 2010, s. 321.

się od konwencji, musimy przecież zauważyć, jakie bogactwo ciała widoczne jest w twarzach i postaciach średniowiecznych obrazów, a to oznacza, że cielesność, którą stworzyły, kryje jedną jakość więcej niż starożytna, mianowicie jakość wyzwolonego serca. Wynika ona z doświadczenia chrześcijańskiego, z życia w relacji z Bogiem i w obcowaniu z Chrystusem¹¹. W takim ujęciu wiara chrześcijańska nie wartościuje sposobu egzystencji człowieka przed i po śmierci, a nawet w odniesieniu do świętych na obrazach przedstawiano ich zawsze jako cielesne postacie. Działo się tak pomimo tego, że w stanie pośrednim jedynie dusze sprawiedliwych są u Boga, w Jego ręku (por. Mdr 3,1), a ciała spoczywają w grobach. Ten zwyczaj umieszczania wizerunków świętych w kościołach świadczy o dowartościowaniu nie tylko egzystencji samej duszy, lecz także ciała¹². Bytowanie człowieka jako *compositum* duszy i ciała nie stanowi jakiegoś przelotnego epizodu w drodze do wyzwolenia duszy z więzów cielesności. Trzeba jednak przyznać uczciwie, że obraz oddzielonej od ciała duszy, która zmierza ku Bogu, jest bardzo rozpowszechniony w katolickiej eschatologii. Bez wątpienia o jego popularności przesądziła zgodność z ziemskim doświadczeniem¹³.

Kolejno należy przyrzeć się sposobowi egzystencji, a więc swoistemu „stylowi” życia w drugim etapie eschatologii, który rozpocznie wraz z paruzją. Aby odpowiedzieć na tak postawiony problem, należy na samym początku zaznaczyć, że ta nowa forma bytowania będzie inna z jednej strony od formy doczesnej, a z drugiej zmartwychwstanie umarłych nie będzie powtórzeniem wskrzeszeń znanych z kart ewangelii. Według Josepha Ratzingera aby zrozumieć, czym będzie zmartwychwstanie umarłych, należy najpierw spojrzeć na zmartwychwstanie samego Jezusa Chrystusa. Co więcej, od Jego powstania z martwych zależy, czy On tylko *był*, czy może nadal *jest*. Od tego zależy również, czy o ludzkim życiu można w ogóle mówić w czasie przyszłym. Do opisanie sposobu bytowania Chrystusa po zmartwychwstaniu Benedykt XVI użył słowa „mutacja”, czyli „nowe możliwości bycia człowiekiem, które mają znaczenie dla wszystkich i otwierają przed ludźmi przyszłość, nowy rodzaj przyszłości”¹⁴. Innymi słowy, zmartwychwstały Chrystus nie jest reanimowanymi zwłokami, lecz Kimś, kto rozpoczął zupełnie nową formę egzystencji, a w chrystofaniach wkroczył w jeszcze istniejącą

¹¹ R. Guardini, *op. cit.*, s. 70.

¹² W tym kontekście warto wspomnieć, że przedstawianie uwielbionego lub wcielonego Chrystusa na krzyżu oraz modlitwa ku wschodowi miały również konotacje eschatologiczne. Zob. m.in. U.M. Lang, *Turning Towards The Lord. Orientation in Liturgical Prayer*, Ignatius Press, San Francisco 2009, s. 110; T. Rausch, *Eschatology, Liturgy, and Christology Toward Recovering an Eschatological Imagination*, Liturgical Press, Collegeville 2012, s. 3.

¹³ Zob. A. Nycz, *Sąd eschatologiczny. Rzeczywistość nieznaną. Obecność tekstów biblijnych i ich interpretacja w polskiej literaturze kerygmatycznej XX wieku*, Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1996, s. 35.

¹⁴ J. Ratzinger/Benedykt XVI, *Jezus z Nazaretu. Od wjazdu do Jerozolimy do Zmartwychwstania*, JEDNOŚĆ, Kielce 2011, s. 260.

doczesną rzeczywistość¹⁵. W tym kontekście Joseph Ratzinger słusznie pytał, czy nie jest tak, że całe stworzenie, a w tym także ludzkość, oczekuje właśnie na takie nowe stworzenie? Czy zmartwychwstanie Chrystusa na końcu czasów nie zostanie rozciągnięte na wszystkich ludzi i cały świat? Katolicka eschatologia nie zgadza m.in. ze stanowiskiem Marcina Lutra, dla którego cały wszechświat na końcu czasów ulegnie destrukcji¹⁶.

O ile Joseph Ratzinger starał się opisać ową „mutację”, o tyle Romano Guardini wykazał, że zmartwychwstanie jest ideą czysto chrześcijańską. Przecież „gdyby chodziło tylko o nieśmiertelność duszy, wówczas nie trzeba by było chrześcijańskiego Objawienia, bo o tym mówili już Pitagoras, Sokrates i Platon. Chodzi raczej o zmartwychwstanie umarłych i o wieczne życie człowieka. Usunięcie tej nauki z chrześcijańskiej świadomości jest niemożliwe”¹⁷. Za stwierdzeniem o zmartwychwstaniu podąża pytanie o sposób życia człowieka po zmartwychwstaniu. Dla monachijskiego teologa i filozofa życie po zmartwychwstaniu będzie polegać na tym, że dusza duchowa na nowo stanie się duszą ciała, a jednocześnie to ciało nie będzie podlegać uwarunkowaniom czasu i przestrzeni¹⁸. Według Romano Guardiniego w człowieku znajdują się dwa rodzaje egzystencji: ziemską i niebieską, a ta pierwsza jest nasieniem tej drugiej. Pomiędzy nimi zaś znajduje się śmierć. Romano Guardini w swojej eschatologii nieco zaczepnie pytał o głos biologii w teologicznej wizji zmartwychwstania oraz o to, w jakim wieku będzie człowiek egzystujący z ciałem po opuszczeniu grobu. Odpowiadając, zaznaczył, że egzystencja, sposób życia po zmartwychwstaniu nie może ignorować ziemskiej historii człowieka i jego ciała. „W zmartwychwstałym ciele zostaną zachowane i znajdują się w nim również ludzkie losy i spotkania. Zmartwychwstanie ciała oznacza zmartwychwstanie całego dokonanego żywota, jego dobrych i jego złych stron”¹⁹. W tym świetle nie dziwi zatem obecność ran na ciele zmartwychwstałego Pana, a jednocześnie niepodleganie Jego uwielbionego ciała czasowi i przestrzeni.

Podsumowując, Romano Guardini oraz Joseph Ratzinger uprawiali katolicką eschatologię. Katolicką nie tylko gdy chodzi o przynależność konfesyjną, ale w ich pismach można odnaleźć rzeczywiście katolickie spojrzenie na śmierć oraz życie po śmierci. Mówiąc o bytowaniu po śmierci, trzeba pamiętać o dwojakiej egzystencji: przed oraz po paruzji. Jednocześnie pomimo pewności życia i zmartwychwstania w ciele to chrześcijańska eschatologia pozostaje nadal teologią pełną nadziei. Eschatologia bowiem nie traci pewności życia, a jednocześnie nie dogmatyzuje konkretnego wyobrażenia o sposobie tego bytowania.

¹⁵ Por. *ibidem*, s. 262.

¹⁶ Por. B. Ferdek, *Teologiczna futurologia. „Daję wam przyszłość jakiej oczekujecie” (Jr 29,11)*, Wydawnictwo ATLA 2, Legnica 2001, s. 113.

¹⁷ R. Guardini, *op. cit.*, s. 62.

¹⁸ Por. *ibidem*.

¹⁹ *Ibidem*, s. 76.

Wybrane wątki w liturgii i modlitwie Kościoła

Zgodnie z zasadą *lex orandi – lex credendi* ze sposobu modlitwy można odczytać treść wiary Kościoła. Nie oznacza to jednocześnie, że mamy do czynienia z katechizmem wtłoczonym do liturgii²⁰. Doktryna zawarta w celebracjach możliwa jest do uchwycenia szczególnie dzięki doksologicznemu językowi liturgii²¹. Eschatologia jako dziedzina teologiczna zajmująca się przyszłością człowieka i świata musi dochodzić do głosu w liturgii. Akcent na zmartwychwstanie umarłych doszedł szczególnie mocno do głosu w czasie reform liturgicznych przeprowadzanych po ostatnim soborze. Nie oznacza to jednocześnie, że Kościół do lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku cierpiał na jakiś rodzaj rezurekcyjnej amnezji.

Tekstem, który zwraca uwagę na nowy sposób bytowania, jest fragment z prefacji za zmarłych: „W Nim zabłysła dla nas nadzieja chwalebego zmartwychwstania i choć nas zasmuca nieunikniona konieczność śmierci, znajdujemy pociechę w obietnicy przyszłej nieśmiertelności. Albowiem życie Twoich wiernych, o Panie, zmienia się, ale się nie kończy, i gdy rozpadnie się dom doczesnej pielgrzymki, znajdują przygotowane w niebie wieczne mieszkanie”²². Z jednej strony tekst liturgiczny wspomina o zmartwychwstaniu Chrystusa, a z drugiej mówi o domu doczesnej pielgrzymki, który się rozpadnie. Tym rozpadającym się domem może być ludzkie ciało, ponieważ dusza człowieka egzystuje w stanie pośrednim bez ciała. Jednakże domem doczesnej pielgrzymki może być także sam sposób życia, pewien jego styl znany z doczesności. Zatem prefacja za zmarłych może z jednej strony wspominać o stanie pośrednim, ponieważ życie zmienia się, ale nie kończy. Z drugiej zaś strony *lex orandi* wybiega już ku paruzji, gdzie przygotowanym mieszkaniem będzie nowa forma życia, którą Joseph Ratzinger nazwał mutacją. Niejako na marginesie watro zaznaczyć, że słowo „mutacja” używane przez obecnego papieża emeryta posiada swoją genezę właśnie w prefacji za zmarłych, której fragment w języku łacińskim brzmi: „Tuis enim fidelibus, Domine, vita mutatur, non tollitur”.

Także trzecia modlitwa eucharystyczna, jeśli msza ofiarowywana jest za zmarłych, nawiązuje do nowej eschatologicznej formy bytowania człowieka. Kościół prosi, aby zmarły „miał również udział w Jego zmartwychwstaniu, gdy wskrzesi ciała zmarłych z prochu ziemi i upodobni nasze ciało, podległe zniszczeniu, do swojego ciała uwielbionego”²³. Liturgia chce rozumieć zmartwychwstanie na końcu czasów i egzystencję

²⁰ Por. L. Dobszay, *The Restoration and Organic Development of the Roman Rite*, T&T Clark International, London 2010, s. 39.

²¹ Zob. M. Wojciechowski, *Trzy gatunki definicji dogmatycznych: doksologiczna, apologetyczna, krytyczna. Hipoteza i jej zastosowania ekumeniczne*, „Studia i Dokumenty Ekumeniczne” 1995, t. 11, nr 1, s. 25-36.

²² *Mszal Rzymski dla diecezji polskich*, Pallottinum, Poznań 1986, s. 103*.

²³ *Ibidem*, s. 326*.

zbawionych jako rozciągnięcie na całą ludzkość zmartwychwstania Jezusa Chrystusa. *Nota bene* liturgia zreformowana po II Soborze Watykańskim milczy na temat duszy człowieka, nie chce zajmować się pytaniami, „jak” dokonuje się zmartwychwstanie. Przedsoborowa teologia odpowiedziałaby, że zmartwychwstanie jest ponownym połączeniem duszy i ciała, lecz jednocześnie z tego połączenia powstaje ciało uwielbione, czyli inaczej funkcjonujące niż ciała w doczesności. Podobna myśl możliwa jest do uchwycenia w życzeniu towarzyszącym rzucaniu grudki ziemi na trumnę podczas pogrzebu: „Prochem jesteś i w proch się obrócisz, ale Pan cię wskrzesi w dniu ostatecznym. Żyj w pokoju”²⁴. Kolejno kapłan przed opuszczeniem trumny do grobu mówi: „Złożymy ciało naszego brata (naszej siostry) w grobie. Ponieważ Chrystus zmartwychwstał jako pierwszy z umarłych i odnowi nasze śmiertelne ciała na podobieństwo swojego ciała uwielbionego, ufamy, że wskrzesi ciało naszego brata (naszej siostry), gdy przyjdzie w chwale”²⁵. Bez wątplenia nietrudno zatem odnaleźć we współczesnej liturgii odwołania do bytowania człowieka po zmartwychwstaniu umarłych. Jednocześnie należy uchwycić, że liturgia mówi o nowym życiu, o upodobnieniu do zmartwychwstałego Pana, ale jednocześnie unika nawet prób opisu sposobu tego nowego rodzaju bytowania.

To, o czym milczy liturgia, zostało chętnie podjęte przez dawną eschatologię. Chociaż nigdy nie zdogmatyzowano tych twierdzeń, to warto przywołać przymioty ciał zmartwychwstałych podawane niegdyś przez teologów: nieśmiertelność, niecierpielność, zupełność członków, młody wiek, jasność, zwinność oraz subtelność²⁶. Chociaż takie ujęcie może współcześnie budzić uśmiech, to jednak czy nie jest to wyliczenie jakby cech lub przypadłości, którymi miałyby się odznaczać ciała dotknięte Bożą „mutacją”?

Z nowym życiem w perspektywie wieczności łączy się także zwyczaj kultu relikwii w Kościele katolickim. Ta cześć okazywana fragmentom ciał osób uznanych za zbawione wynika z prawdy wiary o świętych obcowaniu (*communio sanctorum*). Jak zauważył niegdyś Wincenty Granat, ten dogmat opiera się na przekonaniu, że „istnieje wzajemny, nadprzyrodzony wpływ świętych znajdujących się w niebie, czyśćcu i na ziemi, dzięki któremu uczestniczą oni w dobrach nadprzyrodzonych tworzonych w Chrystusie i przez niego; łączność ta słusznie nazywa się obcowaniem świętych”²⁷. To duchowe obcowanie zapowiada inny rodzaj obcowania, który będzie udziałem zbawionych po zmartwychwstaniu umarłych. Według Magisterium Kościoła pierwszą odkupioną i pierwszą zbawioną, która już doznała uwielbienia ciała i z nim egzystuje w chwale nieba, jest Matka

²⁴ *Obrzędy pogrzebu dostosowane do zwyczajów polskich*, WAM, Katowice 1998, s. 80.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ Zob. M. Ziółkowski, *op. cit.*, s. 382-390.

²⁷ W. Granat, *Eschatologia. Rzeczy ostateczne człowieka i świata*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1962, s. 310.

Pana²⁸. Oprócz Maryi żaden święty nie doświadczył tak „antycypowanej eschatologii”, stąd istnieją różne relikwie, tj. części ciała, włosy oraz kości. Jednakże czasami podnoszony zarzut wobec katolików o tzw. „kult kosteczek” nie wytrzymuje krytyki ze strony zdrowej i ortodoksyjnej teologii. Otóż przytoczony zarzut byłby trafną krytyką, gdyby traktowano relikwie jak swego rodzaju przedmioty magiczne, amulety. Czasami cześć oddawaną relikwiom opatruje się określeniem, które ma je ośmieszyć, czyli „średnio-wiecz”. Jednak kult relikwii wynika przede wszystkim z chrześcijańskiej wiary w somatyczne zmartwychwstanie Chrystusa w pierwszy dzień po szabacie i wszystkich ludzi na końcu czasów. Swoistą pierwszą czczoną relikwią były rany Jezusa Chrystusa podczas spotkania z apostołem Tomaszem w Wieczerniku. Jego wyznanie „Pan mój i Bóg mój” (J 20,28) nie było niczym innym jak wyznaniem wiary w powstanie z martwych Chrystusa oraz w Jego nową formę obecności w doczesności. Kult relikwii w Kościele katolickim wskazuje na taką wiarę, którą wyznał tzw. niewierny Tomasz, że zmartwychwstałe ciało Pana posiada już coś tak transcendentnego, a jednocześnie doczesnego, jak rany²⁹. Poza tym relikwie nie są jakimś „wynałazkiem” wieków średnich. Trafnie argumentował John Henry Newman, pisząc, że „tym umęczonym mieszkaniom Ducha Świętego przypisywano moc, a ich krew, prochy i kości ceniono jako coś nadprzyrodzonego. Kiedy święty Cyprian został ścięty, współbracia przynieśli chusteczki, aby je nasączyć jego krwią”³⁰. Dla części wiernych relikwie są od czasów starożytności koniecznym przypomnieniem o eschatologicznej przyszłości, a nie pobożną obwoźną „wystawą trupów”³¹. Wiara w zmartwychwstanie jest zatem przekonaniem o tym, że wszystkie relikwiarze i trumny będą w przyszłości puste.

Próba teologicznej oceny

Wypada zatem postawić pytanie o miejsce katolickiej nauki z zakresu eschatologii na tle współczesnych wyzwań stojących przed chrześcijaństwem. Miał rację Joseph Ratzinger, który pisał, że dzisiaj eschatologia przestała wieść spokojny żywot gdzieś na peryferiach teologii, a w zamian stała się „zakątkiem burzowym”³². Jednocześnie pomimo takiego, nie zawsze zdrowego, zainteresowania życiem po drugiej stronie rzeczywistości

²⁸ Por. Kongregacja Nauki Wiary, *List do biskupów o niektórych zagadnieniach dotyczących eschatologii* (17.05.1979), [w:] J. Królikowski, Z. Zimowski (red.) *W trosce o pełnię wiary. Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary 1966-1994*, Biblos, Tarnów 2010, s. 155.

²⁹ Por. T. Špidlík, *Życie po śmierci. Maranathà*, Wydawnictwo Salwator, Kraków 2009, s. 176.

³⁰ J.H. Newman, *O rozwoju doktryny chrześcijańskiej*, Biblioteka Frondy, Warszawa (b.r.w.), s. 367.

³¹ Por. J. Kracik, *Relikwie*, Petrus, Kraków 2014, s. 5.

³² Zob. J. Ratzinger, *Opera omnia...*, s. 34-35.

nie brakuje takich ludzi, a nawet chrześcijan, którzy się tak zadomowili w doczesności, że stracili z pola widzenia wieczność.

Lata posoborowe w katolickiej teologii nie były dla eschatologicznej łodzi spokojnym rejssem, ale burzą, która kołysała pokładem. Przykładem takiego niepokoju może być forsowana przed laty koncepcja zmartwychwstania w momencie śmierci. Zakładała ona, że człowiek jednocześnie zamyka oczy na doczesność z równoczesnym otrzymaniem nowego ciała w wieczności. Zatem z jednej strony człowiek „wychodzi z czasu”, a z drugiej wchodzi w „koniec świata”³³. Była to m.in. próba uporania się z rzekomo platońską koncepcją duszy, która zadomowiła się w katolickiej teologii. W takiej optyce ciała składane do grobów byłyby jedynie pewnym bagażem, z którym człowiek rozstaje się raz na zawsze w momencie śmierci, a mówiąc jeszcze inaczej, koniec świata przesunięto z kresu historii na miejsce bardzo indywidualne – własne dla każdego. Można powiedzieć za Czesławem Miłoszem i bohaterem jednego z jego wierszy, że w takim razie „innego końca świata nie będzie”³⁴. Pomijając szczegółowe problemy rodzące się wraz z takim postawieniem sprawy na gruncie teologicznym, to przecież ta koncepcja diametralnie rzutuje na postrzeganie i rozumienie życia w eschatologicznej przyszłości.

Odpowiedzią na te problemy był *List do biskupów o niektórych zagadnieniach dotyczących eschatologii* z 1979 roku. Kongregacja Nauki Wiary przypomniała w nim, że zmartwychwstanie na końcu czasów będzie niczym innym jak rozciągnięciem zmartwychwstania Jezusa Chrystusa na wszystkich ludzi. Jednakże mówiąc o sposobie nowego życia po powszechnym zmartwychwstaniu umarłych, w dokumencie stwierdzono: „Ani Pismo Święte, ani teologowie nie rzucają wystarczającego światła, by można było w pełni opisać przyszłe życie po śmierci. Chrześcijanin powinien wierzyć w zasadniczą ciągłość, jaka zachodzi dzięki mocy Ducha Świętego między obecnym życiem w Chrystusie i życiem przyszłym [...]. Z drugiej natomiast strony, chrześcijanin powinien dobrze zrozumieć, że istnieje wielka różnica między życiem obecnym i przyszłym, ponieważ ekonomia wiary ustąpi ekonomii pełnego światła: będziemy razem z Chrystusem i «ujrzemy Boga» (por. 1 J 3,2)”³⁵. Katolicka eschatologia nie chce zatem roztrząsać, jak będzie wyglądać ciało człowieka po zmartwychwstaniu, ale kładzie akcent na zupełnie nowy sposób bytowania.

Ten nowy sposób bytowania można za teologią patrystyczną i wschodnią nazwać przebóstwieniem. Ma ono dokonać się na podobieństwo przyjęcia przez Logos ludzkiej natury. Mimo że druga Osoba Trójcy Świętej miała przyjąć ludzką naturę, to jednak dokonało się to bez uszczerbku dla Jej boskiej tożsamości. Podobnie zbawieni zostaną

³³ Por. *ibidem*, s. 250.

³⁴ Cz. Miłosz, *Piosenka o końcu świata*, <http://wiersze.doktorzy.pl/piosenka.htm> [dostęp 5.03.2019].

³⁵ Kongregacja Nauki Wiary, *op. cit.*, s. 156.

przebóstwieni, lecz nie utracą nic ze swojego człowieczeństwa. Chociaż natura ludzka będzie zanurzona w naturze Boga, to jednak nie będą one połączone rodzajem unii hipostatycznej³⁶. Na przebóstwienie teologia katolicka patrzy poprzez pryzmat stworzenia. Tak jak na pierwszych kartach Pisma Świętego autor natchniony chciał wyrazić *creatio originalis*, czyli pierwsze stworzenie, tak u końcu historii znajduje się nowe stworzenie – *creatio nova*. Jest ono konieczne ze względu na upadek pierwszych rodziców, którzy żyjąc w harmonii z Bogiem, sobą wzajemnie i współstworzeniami, odrzucili ją. Według Medarda Kehla o sposobie bytowania zbawionej ludzkości i świata – o ich sposobie, stylu życia – można mówić jedynie poprzez wykorzystanie ogólnych obrazów. „Grzech, cierpienie i śmierć zostaną pozbawione ich mocy; wszystko, co w życiu i działaniu stworzeń odpowiada pierwotnej woli Stwórcy (a tym samym Jezusowi Chrystusowi jako «Pierwowzorowi»), zostanie razem z «Pierworodnym spośród umarłych» definitywnie zachowane u Boga, a nadto zostanie wyniesione na nowy «poziom egzystencji». W bezpośredniej obecności miłości Bożej wszystkie «owoce ziemi i pracy rąk ludzkich» zostaną doprowadzone do stanu pełnej «dojrzałości»³⁷.

Wobec różnorodnych prób wyjaśnienia i opisanego nowego życia w eschatologicznej przyszłości prawdziwie „błogosławiona” pozostaje ostrożność katolickiej teologii w opisywaniu życia człowieka po zmartwychwstaniu umarłych. Co więcej, eschatologia nie podejmuje się również wysiłku opisanego bytowania duszy człowieka w tzw. stanie pośrednim. Jednakże wysiłki dawnych i współczesnych teologów pozostają nadal cenną pracą pragnącą rzucić chociaż promień światła na rzeczywistość, która dopiero przed żyjącymi w doczesności. Ten trud staje się niezwykle cenny w świetle współczesnego zainteresowania eschatologią lub wobec pobożnego marazmu chrześcijan, którzy już całkiem dobrze urządzili się w doczesności i nie chcą się stąd wyprowadzać.

Zakończenie

Należy powrócić do problemu postawionego na samym początku: o jakim „stylu” życia mówi katolicka eschatologia? Po pierwsze, jest to z pewnością inny sposób bytowania niż ten znany z doczesności. W stanie pośrednim ta różnica polega na rozłączeniu duszy i ciała, a po paruzji otrzymane na powrót ciało jest tym samym, lecz nie takim samym. Świadczą o tym m.in. biblijne opisy spotkania uczniów ze zmartwychwstałym Chrystusem. Po drugie, Romano Guardini oraz Joseph Ratzinger jasno wykazali, że eschatologia katolicka to nie „ochrzczony” manicheizm lub doketyzm, które gardzą

³⁶ Por. A. Sarwa, *Rzeczy ostateczne człowieka i świata. Eschatologia Kościoła Wschodniego*, Wydawnictwo Ravi, Łódź 2003, s. 183.

³⁷ M. Kehl, *I widział Bóg, że to jest dobre. Teologia stworzenia*, W drodze, Poznań 2008, s. 206-207.

przecież materią i cielesnością. Zbawieni będą bytować na sposób cielesno-duchowy. Po trzecie, w tym miejscu katolicka eschatologia stawia przysłowiową kropkę i nie chce dalej debatować nad konkretnym sposobem bytowania. Czyni tak, gdyż może się okazać, że ludzkie i doczesne obrazy będą jedynie jękaniem się o tym, co Bóg przygotował dla tych, „którzy Go miłują” (por. 1 Kor 2,9), a w efekcie otrą się o tani banał. Wreszcie swoistym *preludium* dla eschatologicznego bytowania człowieka może być kult relikwii, który podpowiada, że ostatecznym celem chrześcijańskiej nadziei nie są cmentarze bądź nawet zdobione relikwiarze, ale nowa forma egzystencji z Bogiem.

Podsumowując, nauki szczegółowe i w pewien sposób ludzka wyobraźnia zajmują się życiem człowieka, jednakże napotyka ją one nieprzekraczalną granicę w postaci śmierci. Można bowiem opisać życie, można nawet stworzyć definicję śmierci. Jednak konieczne jest dopiero Objawienie i wysiłek teologów, aby nadzieję, że śmierć nie jest definitywnym końcem ludzkiego życia, ubrać w odpowiednie słowa. Eschatologia pozwala zatem wypowiedzieć najgłębsze ludzkie oczekiwanie, że życie nie jest jedynie krótkim epizodem w przestrzeni doczesności, nie kończy się, lecz zmienia się, sięgając w wieczność.

Bibliografia

- Dobszay L., *The Restoration and Organic Development of the Roman Rite*, T&T Clark International, London 2010.
- Ferdek B., *Duch Boży nad wodami Renu. Refleksje nad ścieżkami nadreńskiej pneumatologii*, Papieski Wydział Teologiczny, Wrocław 2010.
- Ferdek B., *Teologiczna futurologia. „Daję wam przyszłość jakiej oczekujecie” (Jr 29,11)*, Wydawnictwo ATLA 2, Legnica 2001.
- Granat W., *Eschatologia. Rzeczy ostateczne człowieka i świata*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1962.
- Guardini R., *O rzeczach ostatecznych. Chrześcijańska nauka o śmierci, oczyszczeniu po śmierci, zmartwychwstaniu, sądzie i wieczności*, WAM, Kraków 2004.
- Kehl M., *I widział Bóg, że to jest dobre. Teologia stworzenia*, W drodze, Poznań 2008.
- Kongregacja Nauki Wiary, *List do biskupów o niektórych zagadnieniach dotyczących eschatologii* (17.05.1979), [w:] J. Królikowski, Z. Zimowski (red.) *W trosce o pełnię wiary. Dokumenty Kongregacji Nauki Wiary 1966-1994*, Biblos, Tarnów 2010, s. 153-157.
- Kracik J., *Relikwie*, Petrus, Kraków 2014.
- Lang U.M., *Turning Towards The Lord. Orientation in Liturgical Prayer*, Ignatius Press, San Francisco 2009.
- Mszał Rzymski dla diecezji polskich*, Pallottinum, Poznań 1986.
- Newman J.H., *O rozwoju doktryny chrześcijańskiej*, Biblioteka Frondy, Warszawa (b.r.w.).

- Nycz A., *Sąd eschatologiczny. Rzeczywistość nieznana. Obecność tekstów biblijnych i ich interpretacja w polskiej literaturze kerygmatycznej XX wieku*, Wydział Teologiczny Uniwersytetu Opolskiego, Opole 1996.
- Obrzędy pogrzebu dostosowane do zwyczajów polskich*, WAM, Katowice 1998.
- Pietras H., *Herezje*, WAM, Kraków 2019.
- Ratzinger J., *Opera omnia*, t. X: *Zmartwychwstanie i życie wieczne*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2014.
- Ratzinger J./Benedykt XVI, *Jezus z Nazaretu. Od wjazdu do Jerozolimy do Zmartwychwstania*, JEDNOŚĆ, Kielce 2011.
- Rausch T., *Eschatology, Liturgy, and Christology Toward Recovering an Eschatological Imagination*, Liturgical Press, Collegeville 2012.
- Sarwa A., *Rzeczy ostateczne człowieka i świata. Eschatologia Kościoła Wschodniego*, Wydawnictwo Ravi, Łódź 2003.
- Seneka, *Listy moralne do Lucylusza*, ALFA, Warszawa 1998.
- Špidlík T., *Życie po śmierci Maranatha*, Wydawnictwo Salwator, Kraków 2009.
- Szwarc K., *Romano Guardiniego postulat chrystologii personalistyczno-praktycznej*, [w:] B. Kochaniewicz (red.), *Jezus Chrystus w refleksji współczesnych teologów*, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań 2013, s. 55-73.
- Wojciechowski M., *Trzy gatunki definicji dogmatycznych: doksologiczna, apologetyczna, kerygmatyczna. Hipoteza i jej zastosowania ekumeniczne*, „Studia i Dokumenty Ekumeniczne” 1995, t. 11, nr 1, s. 25-36.
- Ziemiński I., *Metafizyka śmierci*, WAM, Kraków 2010.
- Ziółkowski M., *Eschatologia*, Wydawnictwo Diecezjalne, Sandomierz 1958.

Netografia

- Miłosz Cz., *Piosenka o końcu świata*, <http://wiersze.doktorzy.pl/piosenka.htm> [dostęp 5.03.2019].

Dochody własne a prywatne wydatki na zdrowie gospodarstw domowych w krajach Unii Europejskiej

Household income in context of private expenditures on healthcare in the European Union

Urszula Banaszczak-Soroka¹

Uniwersytet Wrocławski

ORCID: [0000-0001-6354-0627](https://orcid.org/0000-0001-6354-0627)

Streszczenie

W ramach funkcjonowania gospodarstwa domowego jedną z pojawiających się istotnych potrzeb jest ochrona zdrowia. Stan zdrowia zależy od bardzo wielu czynników wskazywanych w tzw. „tęczy czynników zdrowia”. Jednym z elementów, który ma wpływ na zdrowie, są wydatki prywatne na ten cel (wydatki na: artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny, usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej oraz usługi szpitalne i sanatoryjne). To, ile może gospodarstwo domowe skierować na te potrzeby, zależy między innymi od wysokości dochodów własnych. Celem artykułu jest zbadanie korelacji pomiędzy tymi dwoma wielkościami w latach 2004-2017. Badaniem objęto gospodarstwa domowe z 26 krajów UE.

Słowa kluczowe

dochody własne gospodarstw domowych, wydatki na zdrowie gospodarstw domowych

Abstract

One of the most important needs of household is health protection. State of health depends on various factors. Those factors are called „rainbow of health factors”. Private assets spent on healthcare (money which are spent for medical equipment and health services, not only conventional but unconventional) are one of these factors. Amount of money spent on healthcare depends on household income. One of the goals of this paper is to examine correlation of household income and amount of money spent for healthcare in the years 2004-2017. Households from 26 EU countries were examined.

Keywords

household income, household expenditures on healthcare

JEL: D010, D100, D140, D190, D310, G100, I11

¹ E-mail: urszula.banaszczak-soroka@uwr.edu.pl.

Wprowadzenie

Celem działania gospodarstwa domowego (każdej osoby) jest zaspokojenie różnorodnych potrzeb, w tym kwestii związanych z szeroko pojętym zdrowiem, definiowanym często jako pełny dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny, a nie tylko brak choroby czy kalectwa². Ten stan zależy od wielu czynników wskazywanych w tzw. „tęczy czynników zdrowia”, poczynając od genów, stanu środowiska, zasad odżywiania, organizacji służby zdrowia i wielu innych. Istotnym wymiarem pozwalającym formować dobrostan lub go utrzymać są środki finansowe, jakimi dysponuje gospodarstwo domowe. Szczególnie są one ważne, gdy dobrostan zostanie zachwiany utratą zdrowia lub kalectwem, a państwo nie pokrywa wszystkich potrzeb w zakresie ochrony zdrowia.

Celem artykułu jest zbadanie korelacji pomiędzy dochodami własnymi gospodarstw domowych a prywatnymi wydatkami na zdrowie (w tym kontekście pojmowanymi jako wydatki na: artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny, usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej oraz usługi szpitalne i sanatoryjne) w 26 krajach UE³ w latach 2004-2017. **W opracowaniu przyjęto następujące hipotezy:** 1. W krajach UE występuje znaczące rozwarstwienie gospodarstw domowych pod względem dochodów własnych oraz wydatków na zdrowie. 2. Dynamika zmian obu wielkości (dochodów własnych oraz wydatków na zdrowie) jest bardzo zróżnicowana w gospodarstwach domowych badanych krajów. 3. W badanych krajach dominuje korelacja dodatnia – wzrostowi dochodów własnych towarzyszy wzrost wydatków na zdrowie. 4. Siła korelacji liniowej tych dwóch wielkości, w badanej populacji, jest umiarkowana. **Metodologia badania** – Opracowanie powstało na podstawie analizy danych Eurostatu (dochody własne i wydatki na zdrowie). Wykorzystano także współczynnik Pearsona do badania korelacji liniowej między badanymi wielkościami. **Wynik** – Na podstawie przeprowadzonych badań należy pozytywnie zweryfikować przyjęte hipotezy badawcze. **Oryginalność/wartość** – Opracowanie porusza ważny i istotny problem prywatnych wydatków na zdrowie i ich korelacji z dochodami własnymi gospodarstw domowych. Prywatne wydatki na zdrowie są istotnym dopełnieniem działań państwa w tym zakresie i są ponoszone niezależnie od skali dochodów własnych. Zauważyć należy, że przedstawione badania mają charakter ogólny, bazują one na globalnych danych finansowych w odniesieniu do gospodarstw domowych w poszczególnych krajach UE. Ze względu na objętość publikacji nie uwzględniono wielu aspektów mogących mieć

² M. Gruszczyńska, M. Bąk-Sosnowska, R. Plinta, *Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia*, <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2015/hyg-2015-4-558.pdf> [dostęp 20.05.2019].

³ Ze względu na brak pełnych danych EUROSTATU dotyczących maltańskich i chorwackich gospodarstw domowych kraje te zostały pominięte w prowadzonym badaniu.

bezpośredni lub pośredni wpływ na wydatki prywatne na zdrowie, takich jak np.: rozwiązania prawne w danym kraju w zakresie organizacji i finansowania publicznej służby zdrowia, stan zdrowia mieszkańców, struktura demograficzna, rodzaj występujących chorób czy śmiertelności, co zapewne wzmocniłoby walory poznawcze artykułu.

Podstawowe pojęcia ekonomiczne wykorzystane w publikacji

W prawie Unii Europejskiej i w prawie polskim nie odnotowujemy jednej uniwersalnej **definicji gospodarstwa domowego**, chociaż kategoria ta pojawia się w wielu aktach prawnych z adnotacją „w rozumieniu” czy „ilekroć”. Natomiast w naukach ekonomicznych, szczególnie stosując to pojęcie do badań społecznych nad gospodarstwem domowym, znajdujemy mnogość definicji, które zawierają wspólne elementy takie jak: zespół, wielo- lub jednoosobowy podmiot, powiązane lub niepowiązane osoby posiadające wspólny majątek i budżet, którym razem gospodarują⁴. W kontekście tego artykułu gospodarstwo domowe pojmowane będzie zgodnie z definicją przyjętą w Systemie Rachunków Narodowych (ESA 2010)⁵. W pkt 2.118 rozdział 1 tego dokumentu podano następującą definicję gospodarstwa domowego „sektor gospodarstw domowych składa się z osób lub grup osób będących konsumentami oraz przedsiębiorcami produkującymi rynkowe wyroby oraz usługi niefinansowe, pod warunkiem że produkcja wyrobów i usług nie odbywa się w ramach odrębnych podmiotów traktowanych jako jednostki typu przedsiębiorstwo”⁶.

Celem działania gospodarstwa domowego (każdej osoby) jest zaspokojenie jego różnorodnych potrzeb. Realizacja tego celu jest możliwa dzięki posiadanym środkom pochodzącym z różnych źródeł o charakterze pieniężnym, niepieniężnym, a także z dochodów otrzymanych nieodpłatnie. **Do podstawowych komponentów dochodów, za ESA 2010**, zaliczamy między innymi: a/ wynagrodzenie za pracę (uposażenie, premie i nagrody wypłacane przez pracodawcę, dodatki z tytułu pracy w ciężkich warunkach, dobra i usługi zapewnione pracownikom w ramach tzw. pakietu socjalnego); b/ przychody z działalności gospodarczej prowadzonej na własny rachunek lub działalności rolniczej; c/ przychody z majątku trwałego; d/ transfery z budżetu państwa i inne. Suma wszystkich

⁴ U. Banaszczyk-Soroka, *Wielkość i struktura oszczędności gospodarstw Unii Europejskiej w kontekście planu inwestycyjnego dla Europy. Wybrane aspekty*, [w:] E. Cybulska-Pancer, K. Biegun (red.), *Czym żyje Unia Europejska? Wybór zagadnień*, Uniwersytet Ekonomiczny, Wrocław 2018, s. 136-137. Wiele definicji czytelnik znajdzie w: B. Świecka, *Niewypłacalność gospodarstw domowych Przyczyny, skutki, przeciwdziałanie*, Difin, Warszawa 2009, s. 21-22 czy T. Zalega, *Konsumpcja: determinanty, teoria, modele*, PWE, Warszawa 2012, s. 71-80.

⁵ Dz. Urz. EU L 174 z 26.6.2013 r.

⁶ Do sektora gospodarstw domowych zalicza się, zgodnie z ESA 2010 pkt 2.129-2.130 sektor instytucji niekomercyjnych działających na rzecz gospodarstw domowych.

dochodów gospodarstwa domowego pomniejszona o zaliczki na podatki oraz składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne, w ekonomii i statystyce określana jest jako – **dochód rozporządzalny**, który pomniejszony o niektóre wydatki⁷ stanowi dla badanego podmiotu **dochód własny**.

W jaki sposób dochód własny zostanie rozporządzony przez gospodarstwa domowe, przynajmniej na trzy zasadnicze elementy: **konsumpcja, akumulacja (oszczędności) czy spłata kredytu**, zależy od wielu okoliczności obiektywnych i subiektywnych, które sterują ich zachowaniami. Można wymienić tu między innymi: rosnące (malejące) dochody, globalizacja gospodarki, przełomowe osiągnięcia technologiczne (takie jak Internet i telefony komórkowe), zmniejszająca się wielkość gospodarstw domowych, starzenie się ludności, a także zwyczaje i kultura.

Konsumpcja to wydatki ponoszone przez gospodarstwa domowe na zakup dóbr i usług. Jednym z kierunków wydatkowania dochodów własnych gospodarstw domowych w ramach konsumpcji jest **zdrowie**. Wydatki na zdrowie w statystyce Eurostatu podzielono na trzy grupy (ten sam podział stosuje GUS⁸):

- a) **artykuły medyczno-farmaceutyczne, urządzenia i sprzęt medyczny**: leki, surowice, szczepionki, zielarskie produkty farmaceutyczne, zioła, tran, urządzenia terapeutyczne i inne artykuły związane z ochroną zdrowia (np. okulary optyczne, protezy kończyn, protezy zębowe, obuwie ortopedyczne, materiały chirurgiczne i opatrunkowe, aparaty słuchowe, termometry, smoczki), pozostałe oraz naprawa urządzeń i sprzętu terapeutycznego;
- b) **usługi ambulatoryjne i medycyny niekonwencjonalnej**: opłaty za: porady lekarskie, wykonanie zabiegów chirurgicznych, zdjęć rentgenowskich, EKG, USG, echogramów, usługi dentystyczne i protezowni dentystycznych, analizy laboratoryjne, robienie zastrzyków, wykonanie zabiegów pielęgnacyjnych, opiekę nad chorymi, usługi pogotowia ratunkowego, medycyna niekonwencjonalna, pozostałe.
- c) **usługi szpitalne i sanatoryjne**: opłaty za usługi świadczone osobom przebywającym w szpitalu: opłaty administracyjne związane z leczeniem szpitalnym, zakwaterowanie, wyżywienie osób przebywających w szpitalu, porady lekarskie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, badań medycznych, zdjęć rentgenowskich, zabiegi pielęgnacyjne, usługi dentystyczne, optyczne, kręgarskie,

⁷ Np. dary przekazane innym gospodarstwom domowym i instytucjom niekomercyjnym, niektóre podatki i opłaty niebieżące, w tym podatki od spadków i darowizn, podatki od nieruchomości, opłaty za wieczyste użytkowanie gruntu, zaliczki na podatek od dochodów osobistych oraz składki na ubezpieczenia społeczne płacone samodzielnie przez podatnika, pozostałe rodzaje wydatków nieprzeznaczone bezpośrednio na cele konsumpcyjne, w tym straty pieniężne, odszkodowania za wyrządzone szkody. Zob.: *Metodologia badania budżetów gospodarstw domowych*, GUS, Warszawa 2011.

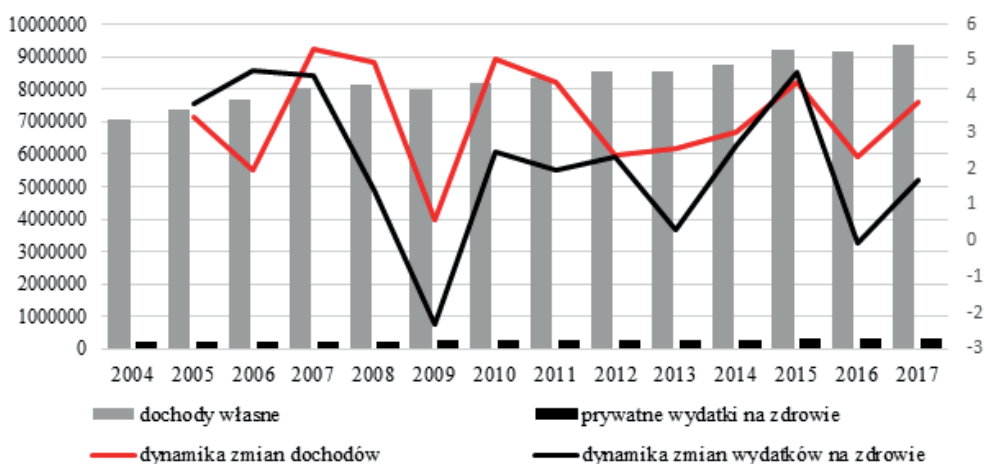
⁸ *Metodologia...*, s. 102-103.

opłaty związane z leczeniem sanatoryjnym, w zakładach rehabilitacyjnych, pozostałe.

Dochody własne gospodarstw domowych krajów UE

Zasadniczym źródłem zaspokojenia wszelkiego rodzaju potrzeb gospodarstw domowych są dochody własne. W latach 2004-2017 w krajach UE dochody liczone w cenach bieżących wzrosły z poziomu 7,1 biliona do 9,3 biliona euro, tj. o blisko 31%. Amplituda zmian wielkości dochodów własnych w krajach UE łącznie wahała się, rok do roku, w przedziale od minus 2% (2008/2009) do maksymalnie nieco ponad 5% (np. 2006/2007), rys. 1.

Rys. 1. Dochody własne i wydatki na zdrowie gospodarstw domowych (w mln euro) oraz dynamika zmian tych wielkości (w %) w krajach UE razem (2004–2017)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu: Dochody własne gospodarstw domowych, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=nasa_10_nf_tr&lang=en oraz Wydatki prywatne na zdrowie gospodarstw domowych <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> [dostęp 22.05.2019].

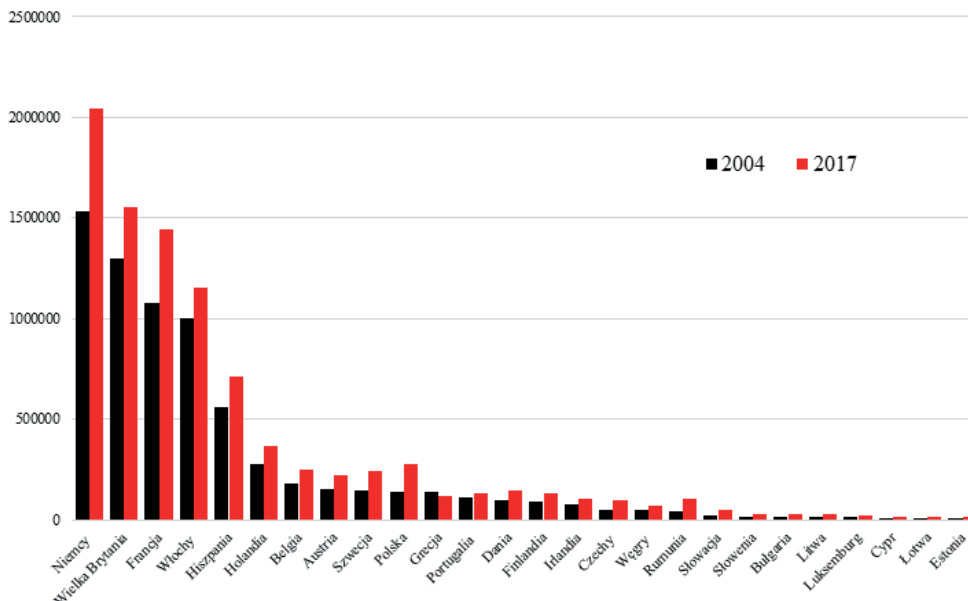
Najwyższymi dochodami własnymi w badanym okresie w ujęciu globalnym dysponowały niemieckie gospodarstwa domowe (w 2004 r. – 1,5 bln euro; 2017 r. – 2,0 bln euro, tj. wzrost o blisko 33,2%). Kolejne pozycje przypadły angielskim (w 2004 r. 1,5 bln euro, 2017 r. – 1,5 bln euro, tj. wzrost o 19,4%), francuskim (w 2004 r. – 1,1 bln euro; 2017 r. – 1,4 bln euro, tj. wzrost o 33,7%) i włoskim gospodarstwom domowym (2004 r. – 1 bln euro; 2017 r. – 1,1 bln euro, tj. wzrost o 15,6%). Tempo zmian (rok do roku) dochodów własnych w badanym okresie w wymienionych krajach było bardzo zmienne. Odnotowano znaczące redukcje i znaczące wzrosty tej wielkości, szczególnie w Wielkiej

Brytanii (np. 2007/2008 -10,93%; 2014/2015 + 17,43%). W pozostałych krajach tej grupy amplitudy zmian mieściły się w przedziale od -2,07% do +8,56% (tabela 1). Gospodarstwa domowe wymienionych czterech krajów dysponowały w 2004 r. ponad 69% dochodów własnych wszystkich mieszkańców UE, a na koniec badanego okresu udział tych krajów zmniejszył się jedynie o 2% (rys. 2).

W grupie drugiej krajów, tj. krajów o dochodach własnych gospodarstw domowych w przedziale w 2017 roku od 200 mld euro do biliona euro, znajdowali się malejąco: Hiszpanie (w 2004 r. – 555 mld euro; 2017 r. – 711 mld euro, wzrost o 28%), Holendrzy (adekwatnie 275 mld euro i 364 mld euro, wzrost o 32%), Polacy (2004 r. – 137 mld euro; 2017 r. – 277 mld euro, wzrost o 101%), Belgowie (adekwatnie 176 mld euro i 250 mld euro, wzrost o 41%), Szwedzi (2004 r. 143 mld euro; 2017 r. 240 mld euro, wzrost o 68%) oraz Austriacy (2004 r. 151 mld euro; 2017 r. 218 mld euro, wzrost o 44%). W tej grupie najszybciej rosły zasoby finansowe polskich gospodarstw domowych, szczególnie w latach 2005-2008. Wzrastały one w 2005 r. ponad 15% w stosunku do 2004 r., w 2006 r. i 2007 r. blisko 10% w relacji do roku poprzedniego, w 2008 r. odnotowano zaś wzrost o ponad 17% w stosunku do 2007 r., co spowodowało przesunięcie Polski z pozycji 10 na liście 26 badanych krajów UE w 2004 r na pozycję 7. w 2008 r. To miejsce Polacy zajmują także na koniec badanego okresu (2017 r.). Pod względem badanej wielkości mieszkańcy Polski wyprzedzali w 2017 roku mieszkańców Belgii, Szwecji i Austrii. Dwa kraje w tej grupie nie odnotowały ujemnej dynamiki zmian wielkości dochodów własnych: Belgia i Austria. W pozostałych krajach przynajmniej raz odnotowano zmniejszenie dochodów własnych rok do roku, np. w Polsce 2008/2009 minus 11,77%; w Szwecji 2008/2009 minus 5,76% czy 2013/2014 o minus 1,2% (tabela 1).

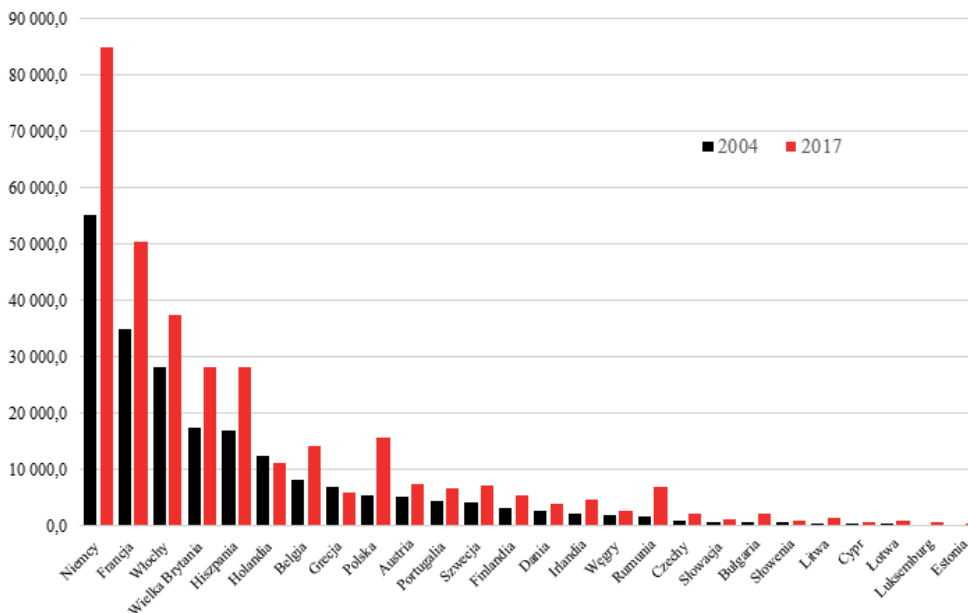
Trzecia grupa obejmuje gospodarstwa domowe sześciu krajów UE o dochodach własnych w 2017 r. od 100 mld euro do 200 mld euro, w kolejności od najwyższych do najniższych: Dania (2004 r. 95 mld euro; 2017 r. 144 mld euro, tj. wzrost o 51%), Portugalia (2004 r. 107 mld euro; 2017 r. 132 mld euro, wzrost o 24%), Finlandia (2004 r. 86 mld euro; 2017 r. 130 mld euro, wzrost o 50%), Grecja (2004 r. 135 mld euro; 2017 r. 115 mld euro, zmniejszenie o 15%), Rumunia (2004 r. 38 mld euro; 2017 r. 107 mld euro, wzrost o 180%) i Irlandia (2004 r. 72 mld euro; 2017 r. 103 mld euro, wzrost o 42%).

Rys. 2. Dochody własne gospodarstw domowych w krajach UE w latach 2004 i 2017 (w mln euro – ceny bieżące)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, *op. cit.*

Rys. 3. Wydatki na zdrowie gospodarstw domowych w krajach UE w latach 2004 i 2017 (w mln euro – ceny bieżące)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, *op. cit.*

Tabela 1. Dynamika zmian dochodów własnych gospodarstw domowych krajów UE (rok do roku w %)

Kraj	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Belgia	3,71	5,45	5,03	5,65	1,66	0,69	2,00	1,94	1,16	1,21	0,77	2,99	3,27
Bulgaria	11,50	13,08	13,7	21,25	3,34	1,71	7,00	0,41	1,42	0,66	4,01	4,55	7,22
Czechy	13,13	12,79	8,58	19,35	-2,88	5,43	3,06	-1,27	-3,06	-2,35	5,19	4,85	7,03
Dania	4,02	4,65	1,58	2,30	2,32	5,79	3,40	2,21	1,74	1,36	4,21	5,17	3,44
Niemcy	1,81	2,20	2,01	2,46	-0,77	2,42	3,08	2,59	1,56	2,59	2,62	3,02	3,51
Estonia	14,36	16,92	19,65	13,27	-9,15	-0,68	8,89	7,16	5,54	5,35	4,36	4,67	7,68
Irlandia	9,68	7,70	8,31	6,30	-6,89	-3,53	-4,57	3,17	0,00	1,67	4,78	5,09	5,75
Grecja	2,24	9,12	6,66	5,51	1,84	-7,85	-8,63	-8,46	-8,55	-0,86	-3,45	-2,30	1,14
Hiszpania	6,12	5,79	3,99	5,43	1,87	-1,50	0,85	-3,41	-0,92	1,12	2,26	1,85	1,64
Francja	3,15	5,14	5,34	3,35	0,22	2,82	1,96	1,06	-0,42	1,35	1,24	1,72	2,62
Włochy	2,80	3,73	3,72	1,83	-2,33	-0,10	2,58	-2,71	0,40	0,65	1,40	1,27	1,60
Cypr	11,35	8,57	5,82	11,23	-2,46	3,53	2,22	-1,75	-4,82	-8,88	0,46	4,30	4,91
Łotwa	16,74	27,37	22,83	17,06	-18,57	-6,31	-1,54	8,11	4,23	3,99	5,49	5,71	4,96
Litwa	9,54	15,14	8,01	19,15	-7,90	0,8	5,25	3,38	5,72	1,87	2,61	5,55	5,14
Luksemburg	2,57	3,87	6,52	5,21	3,12	3,77	2,36	5,86	3,36	6,10	1,37	1,96	7,97
Węgry	9,44	-1,30	8,63	3,21	-10,57	3,61	6,18	-1,14	1,21	0,54	1,33	5,16	7,36
Holandia	1,47	4,45	4,15	3,34	-0,11%	1,53	2,21	0,82	1,02	2,43	1,84	2,53	2,60
Austria	6,56	4,66	4,73	3,14	0,17%	0,91	2,67	3,94	0,28	2,76	1,33	3,77	2,24
Polska	15,79	9,62	10,61	17,11	-11,77	13,40	2,12	2,83	1,49	3,05	2,52	1,12	7,34
Portugalia	4,64	3,74	4,81	4,04	-0,41%	2,83	-3,67	-3,59	-0,19	-0,17	3,40	3,19	3,30
Rumunia	30,71	18,87	21,88	15,18	-15,76	7,89	0,92	-2,51	8,57	1,69	7,22	9,07	11,28
Słowenia	6,91	5,53	8,77	8,41	0,44	0,97	1,83	-2,50	0,26	1,38	1,43	4,27	4,57
Słowacja	12,48	12,50	23,49	18,38	5,32	1,52	1,85	2,76	1,41	2,54	3,87	2,48	4,20
Finlandia	2,62	4,15	5,75	5,78	2,69	4,01	4,34	2,89	2,87	0,63	1,71	1,91	1,95
Szwecja	2,05	6,03	7,03	2,45	-5,76	15,98	10,81	7,94	3,63	-1,20	0,67	3,36	1,85
Anglia	3,67	5,10	4,61	-10,93	-8,27	5,08	0,56	12,41	-1,03	8,56	17,43	-10,18	-4,71

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, *op. cit.*

W grupie tej obserwujemy liczne przetasowania zajmowanych miejsc. Na uwagę zasługuje Grecja, która z pozycji 11. w 2004 r. przesunęła się w dół zestawienia na pozycję 14. w roku 2017, oraz Rumunia, która awansowała o trzy miejsca w górę listy (2004 r.; 2017 r.). Duńskie i fińskie gospodarstwa domowe odnotowywały systematyczny wzrost dochodów własnych, rok do roku, jako nieliczne w UE. Greckie i portugalskie gospodarstwa domowe przeżywały wieloletnie okresy obniżania dochodów własnych, np. Grecy w latach 2010-2016, Portugalczycy w latach 2011-2014 czy Irlandczycy w latach 2009-2011 (tabela nr 1).

Grupa ostatnia obejmuje 10 krajów, w których dochody własne gospodarstw domowych lokowały się w przedziale od 12 mld euro do 100 mld euro w 2017 r. W grupie tej najwyżej uplasowały się czeskie gospodarstwa domowe (2004 r. 51 mld euro; 2017 r. 99 mld euro, wzrost o 92%), dalej węgierskie (2004 – 51 mld euro; 2017 r. 69 mld euro, wzrost 37%). Na kolejnym miejscu znalazły się słowackie gospodarstwa domowe (2004 r. 21 mld euro; 2017 r. 50 mld euro, wzrost o 140%), kolejno bułgarskie (2004 r. 13 mld euro; 2017 r. 31 mld euro, wzrost o 133%) i dalej litewskie (2004 r. 13 mld euro; 2017 r. 26 mld euro, wzrost o 101%). Listę najmniej zamożnych gospodarstw domowych (najniższych dochodach własnych globalnie) otwierają Słoweńcy (2004 r. 17 mld euro; 2017 r. 26 mld euro, wzrost 50%), dalej Luksemburczycy (2004 r. 13 mld euro; 2017 r. 22 mld euro, wzrost o 69%), kolejno Łotysze (2004 r. 7 mld euro, 2017 r. 16 mld euro, wzrost o 120%), Estończycy (2004 r. 5 mld euro; 2017 r. 13 mld euro, wzrost o 149%), stawkę zamykają zaś Cypryjczycy (2004 r. 9 mld euro; 2017 r. 13 mld euro, wzrost o 37%). W zasadzie nie odnotowano w tej grupie spektakularnych przesunięć na liście, pomimo znaczących wzrostów dochodów własnych Słowaków, Bułgarów czy Estończyków. W tej grupie tylko mieszkańcy Luksemburga nie doświadczyli obniżenia dochód własnych rok do roku. Gospodarstwa domowe innych krajów niestety tak, chociaż sporadycznie, przeżyły raz w 2008/2009 r. Wyjątkiem są mieszkańcy Łotwy z trzyletnim cyklem obniżenia dochodów własnych, ale po bardzo dynamicznym okresie wzrostu w latach 2004-2007, tj. nawet o 27% w relacji 2006/2007.

Wydatki prywatne na zdrowie gospodarstw domowych w krajach UE

W latach 2004-2017 wydatki na zdrowie w krajach UE razem wzrosły z poziomu 214 mld euro do 333 mld euro (wzrost o 55%). Rosły zatem one szybciej niż dochody własne w badanej populacji. Dynamika zmian wydatków na ten segment konsumpcji miała tendencję wzrostową, rok do roku. Minimalnie wydatki na zdrowie wzrosły o 0,59% (2008/2009), natomiast maksymalnie o 5,3% (rys. 1).

Do pierwszej grupy zakwalifikowane zostały kraje, w których wydatki na zdrowie ponoszone osobiście przez gospodarstwa domowe zamykały się w przedziale od 20 mld euro do 100 mld euro. Prym w wydatkach na zdrowie w 2017 roku wiodły niemieckie gospodarstwa domowe (podobnie jak w dochodach do dyspozycji). W 2017 roku mieszkańcy Niemiec wydatkowali na zdrowie globalnie blisko 85 mld euro, gdy w 2004 roku o 30 mld euro mniej (wzrost o 55%). Kolejne pozycje w całym okresie badawczym przypadają gospodarstwom domowym z Francji (2017 r. 50,4 mld euro; 2004 r. 34,8 mld euro, co oznacza wzrost o 45%), Włoch⁹ (2017 r. 37,4 mld euro; 2004 r. 28,2 mld euro, co przekłada się na wzrost o 33%), Wielkiej Brytanii (2017 r. 28,2 mld euro; 2004 r. 17,3 mld euro, wzrost 63%) oraz Hiszpanii (2017 r. 28,1 mld euro; 2004 r. 17,0 mld euro, wzrost o 65%). Udział mieszkańców tych czterech krajów w odniesieniu do wydatków gospodarstw domowych wszystkich krajów UE w 2004 r. wynosił 63%, a w 2017 obniżyły się do 60%. Analiza dynamiki zmian wydatków na zdrowie w prezentowanej grupie, rok do roku, prowadzi do wniosku, że najbardziej stabilnie (przyrosty po kilka procent – maksymalnie o 7%) rosły wydatki na zdrowie niemieckich, francuskich i hiszpańskich gospodarstw domowych. Największe zmiany odnotowano w Wielkiej Brytanii, gdzie w 2015 roku w stosunku do 2014 roku wzrost był bliski 18%, a w 2008 roku w stosunku do roku poprzedniego wydatki zmniejszyły się o 16% (rys. 3, tabela 2).

W drugiej grupie krajów o prywatnych wydatkach na zdrowie w przedziale od 10 mld euro do 20 mld euro znalazły się w 2017 roku trzy kraje, według kolejności Polska (2017 r. 15,6 mld euro; 2004 r. 5,5 mld euro, to jest ponad (183% prawie dwukrotne), Belgia (2017 r. 14,1 mld euro; 2004 r. 8,2 mld euro, wzrost o 72%) i Holandia (2017 r. 11,1 mld euro; 2004 r. 12,4 mld euro: spadek wydatków o 10,5%).

⁹ Co interesujące, według raportu Bloomberga „Healthiest Country Index” z 2019 r., w którym badano wiele czynników wpływających ogólnie na stan zdrowia w 169 krajach, w takich krajach UE jak, według kolejności zajmowanych miejsc na liście, Włochy (1. miejsce na 169 krajów), Hiszpania (6. miejsce), Szwecja (8. miejsce) oraz Luksemburg (10. miejsce), mieszkańcy są najzdrowszymi ludźmi. W drugiej dziesiątce uplasowały się Francja, Austria, Finlandia, Holandia i Cypr. Trzecia dziesiątka obejmuje Portugalię, Anglię, Irlandię, Słowenię, Danię, Grecję, Maltę, Belgię i Czechy. Czwarta dziesiątka: Chorwacja, Estonia, Polska (40.), Słowacja i Węgry znalazły na pozycjach powyżej 50, <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips> [dostęp 22.05.2019].

Tabela 2. Dynamika zmian wydatków na zdrowie gospodarstw domowych w krajach UE w latach 2004-2017 w %

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Belgia	1,46	7,91	5,21	3,79	7,46	3,78	4,87	2,78	3,01%	0,87	3,98	7,85	3,03
Bułgaria	38,02	-0,35	19,35	9,31	-1,64	3,43	42,63	2,27	-11,35	33,52	-0,68	8,90	5,56
Czechy	30,46	21,77	18,60	33,99	-12,72	5,46	4,44	1,70	-8,91	-1,05	4,72	5,42	6,39
Dania	4,55	5,39	4,68	1,38	8,48	2,34	2,17	1,03	-0,01	2,74	3,69	3,04	1,87
Niemcy	-0,78	1,93	2,91	7,31	5,75	6,60	4,32	2,59	2,84	3,87	0,83	2,68	3,44
Estonia	12,56	15,04	13,72	-5,37	-8,93	2,30	3,93	7,15	10,35	8,33	6,49	8,77	5,85
Irlandia	13,51	13,31	3,94	12,23	11,74	1,51	2,87	18,78	-4,89	-0,73	7,66		1,55
Grecja	7,40	5,03	1,11	2,63	-3,88	-15,75	-6,61	-25,86	15,37	1,42	2,34	5,02	3,54
Hiszpania	7,19	6,61	7,18	7,08	-1,48	3,23	3,16	3,87	2,33	3,08	3,34	2,01	4,34
Francja	5,02	5,53	4,36	5,16	2,86	2,45	4,01	2,03	1,05	0,99	1,04	1,93	1,33
Włochy	-0,47	3,94	1,48	5,48	-1,81	1,05	7,43	-1,47	-0,19	3,17	5,61	0,48	4,39
Cypr	11,90	9,03	6,42	9,11	4,17	1,64	10,94	3,17	-4,97	-0,27	3,13	4,15	3,66
Łotwa	4,94	33,76	22,35	2,81	-5,80	-0,38	-7,26	10,38	11,61	11,22	12,90	1,01	14,08
Litwa	38,93	-2,94	13,71	22,42	-10,19	9,06	-3,94	11,24	8,09	0,35	6,80	11,72	3,01
Luksemburg	-0,57	6,68	17,50	3,86	4,88	3,26	11,26	3,93	15,84	-1,48	17,32	22,28	9,87
Węgry	11,53	-1,07	8,14	5,68	-6,55	9,44	4,21	-2,55	1,12	1,43	1,40	4,96	2,88
Holandia	5,19	-47,98	6,66	12,77	1,40	1,76	4,52	5,70	9,77	2,43	1,02	3,52	1,21
Austria	3,42	1,31	5,36	0,60	1,17	4,29	3,43	3,69	3,92	3,43	2,64	3,12	3,06
Polska	11,71	8,91	11,28	18,40	-10,41	13,86	13,13	7,25	0,49	6,05	16,78	1,78	12,79
Portugalia	4,95	3,97	11,34	6,71	2,72	0,51	-2,21	-3,85	1,59	-0,64	8,87	3,26	4,58
Rumunia	19,73	9,52	43,34	20,42	-33,14	97,48	2,43	4,03	3,69	4,71	7,74	7,03	11,62
Słowenia	8,51	3,83	9,83	10,12	5,44	3,80	0,23	8,28	0,31	-1,40	1,52	3,11	4,93
Słowacja	18,12	18,21	30,91	18,10	12,25	4,20	3,16	3,67	2,55	-38,85	5,45	3,53	3,42
Finlandia	7,64	5,85	5,78	5,70	-3,39	8,00	4,83	1,54	4,90	1,57	2,84	8,04	3,42
Szwecja	4,54	5,02	5,03	1,87	-5,25	13,59	9,10	10,09	5,56	-0,17	2,78	2,00	0,96
Anglia	2,40	9,85	7,88	-16,05	-5,23	10,38	2,00	7,48	6,78	9,05	17,86	-2,93	4,84

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych Eurostatu, *op. cit.*

W 2004 roku polskie gospodarstwa domowe wydawały na zdrowie mniej niż Belgowie, Holendrzy, a także Grecy. Sytuacja ta uległa jednak wyraźnej zmianie w kolejnych latach – Polska (rosły wydatki na zdrowie) przesunęła się w górę o 3 miejsca z pozycji 9. na pozycję 6., Grecja natomiast z pozycji 8. w 2004 roku spadła na pozycję 13. (malały wydatki prywatne na zdrowie). Tempo zmian wydatków na zdrowie przez gospodarstwa domowe z Belgii było zawsze dodatnie, mieszczące się w przedziale od 1,4% (2004/2005) do prawie 8% (2005/2006 oraz 2015/2016). U Holendrów amplitudy zmian w wydatkach na zdrowie były znaczące, np. 2005/2006 to obniżenie tej wartości aż o 47%, wzrost w latach 2006/2007 o ponad 12%. W Polsce odnotowano zarówno wzrosty wydatków na ten element konsumpcji np. o 18% (2007/2008), jak i zmniejszenie wydatków o ponad 10% (2008/2009).

Do trzeciej grupy zaliczono sześć państw, w których wydatki własne gospodarstw domowych na zdrowie mieściły się w 2007 roku w przedziale od 5 mld euro do 10 mld euro. Znalazły się tu gospodarstwa domowe z Austrii (2017 r. 7,5 mld euro; 2004 r. 5,1 mld euro, wzrost o 47%), Szwecji (2017 r. 7,2 mld euro; 2004 r. 4,2 mld, wzrost o 71%), Rumunii (2017 r. 6,8 mld euro; 2004 r. 1,5 mld euro, wzrost o 350%), Portugalii (2017 r. 6,7 mld euro; 2004 r. 4,5 mld euro, wzrost o 50%), Grecji (2017 r. 5,8 mld euro; 2004 r. 6,8 mld euro, spadek o 15%) oraz Finlandii (2017 r. 5,4 mld euro; 2004 r. 3,1 mld euro, wzrost 74%). Największy wzrost wydatków na zdrowie nastąpił w Rumunii, której gospodarstwa domowe z miejsca 20. przesunęły się aż o 7 miejsc w górę. W wydatkach na zdrowie Rumuni wydatkowali środki pieniężne z dynamicznym wzrostem, prawie 100% rok do roku (2009/2010), jak i z dynamiczną obniżką, prawie 44% rok do roku (2006/2007). Mieszkańcy Grecji przez kilka lat, od 2009 do 2012 r., wydawali coraz mniej na zdrowie. Najbardziej stabilne wzrosty wydatków na zdrowie w całym badanym okresie odnotowano u mieszkańców Austrii. W pozostałych krajach odnotowujemy zarówno dynamiczne wzrosty wydatków na ten cel, np. Szwecji 13,5% (2009/2010), jak i znaczące obniżenie wydatkowania pieniędzy na zdrowie, np. Rumunii 44% (2006/2007). (rys. 3, tabela 2).

W kolejnej grupie odnotowujemy kraje, w których gospodarstwa domowe wydatkowały na zdrowie kwoty z przedziału od 1 do 5 mld euro. Jest to siedem krajów według kolejności z 2017 roku: Irlandia (2017 r., 4,6 mld euro; 2004 r. 2,0 mld euro – wzrost o 130%), Dania (2007 r., 3,8 mld euro; 2004 r. 2,6 mld euro – wzrost o 46%), Węgry (2017 r., 2,6 mld euro; 2004 r., 1,8 mld euro – wzrost o 44%), Czechy (2017 r., 2,2 mld euro; 2004 r., 0,8 mld euro – wzrost o 175%), Bułgaria (2017 r., 2,1 mld euro; 2004 r., 0,6 mld euro – wzrost o 250%), Litwa (2017 r., 1,3 mld euro; 2004 r., 0,5 mld euro – wzrost o 160%) i Słowacja (2017 r., 1,1 mld euro; 2004 r. 0,6 mld euro – wzrost o 83%). Grupa ta charakteryzuje się znaczną dynamiką wzrostu wydatków na zdrowie.

Dynamika ta nie wpływa jednak na miejsce państwa na liście ułożonej według kryterium ilości środków przeznaczanych przez gospodarstwa domowe na zdrowie. W tej grupie krajów przynajmniej raz (a nawet kilka razy) gospodarstwa domowe w ujęciu rok do roku wydatkowały mniej pieniędzy niż w roku poprzednim np. w Słowacji raz, ale za to spektakularnie – o 38% mniej (2013/2014), w Bułgarii cztery razy, to samo w Czechach czy na Litwie. Równolegle w innych okresach wydatki na zdrowie rosły dynamicznie np. w Czechach w latach 2005-2008 nawet rok do roku o ponad 30%, czy w Słowacji.

Ostatnia grupa to kraje, w których mieszkańcy wydawali mniej niż 1 mld na zdrowie. Najmniej na zdrowie wydawali Estończycy (w 2017 r. 378 mln euro; w roku 2004 178 mln euro – wzrost o 112%). Na kolejnych miejscach od dołu listy uplasowały się gospodarstwa domowe z Luksemburga (2017 r., 618 mln euro; 2004 r. 212 mln euro – wzrost o 191%), Cypru (adekwatnie 735 mln euro i 405 mln euro – wzrost o 81%), Łotwy (adekwatnie 776 mln euro i 283 mln euro – wzrost o 174%) oraz Słowenii (adekwatnie 917 mln euro i 521 mln euro – wzrost o 76%). Gospodarstwa domowe tych krajów charakteryzowały się znaczącą dynamiką przyrostów wydatków na zdrowie, globalnie w badanym okresie, co jednak nie spowodowało radykalnych przesunięć na mapie wydatków, w relacji do innych krajów. Także tu występuje zmienność wzrostów wydatków i spadek wydatków rok do roku.

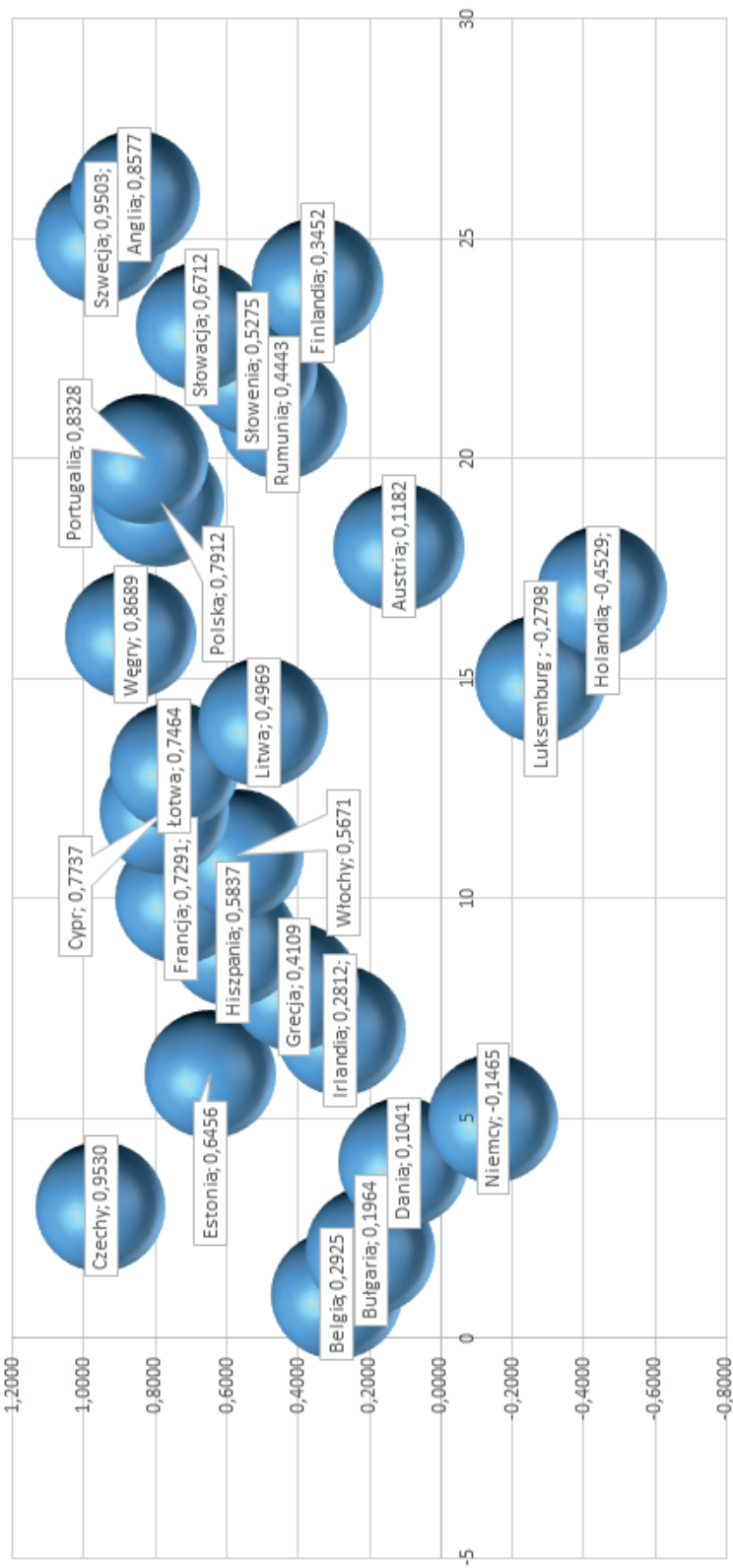
Korelacja pomiędzy dynamiką zmian dochodów własnych a dynamiką zmian wydatków na zdrowie gospodarstw domowych w krajach UE

Interesującą kwestią pozostaje odpowiedź na pytanie, czy wraz ze zmianą dynamiki dochodów własnych gospodarstw domowych następuje zmiana dynamiki wydatków na zdrowie. Dla zbadania tej zależności skorzystano z jednej z metod określania tych powiązań – współczynnika korelacji Pearsona. Współczynnik ten informuje o sile związku między badanymi zależnościami oraz kierunku ich zmian. Współczynnik ten zawiera się w przedziale $[-1;1]$. Korelacja dodatnia oznacza, że wysokim wartościom jednej zmiennej odpowiadają wysokie wartości drugiej zmiennej. Gdy korelacja jest ujemna oznacza to, że jedna zmienna przyjmuje wysokie wartości, a druga niskie. Korelacja 0 oznacza, że między zmiennymi nie występują żaden związek, gdy rosną dochody, wydatki na zdrowie czasem rosną, a czasem maleją. W 23 badanych krajach UE wzrostowi dochodów własnych towarzyszy wzrost wydatków indywidualnych na zdrowie. Tylko w 3 krajach (Niemcy, Luksemburg, Holandia) wydatki na zdrowie nie podążają za wzrostem dochodów (współczynnik Pearsona przyjmuje wartości ujemne (rys. 4).

Badając siłę zależności (siłę związków korelacyjnych), przyjmuje się, że **współczynnik poniżej 0,2** oznacza korelację słabą (**praktycznie brak związku**), w **przedziale 0,2 – 0,4** - korelacja niska (**zależność wyraźna**); **0,4 – 0,7** - korelację umiarkowaną (**zależność istotna**); **0,7 - 0,9** korelację bardzo wysoką (**zależność bardzo duża, silna**), a w przedziale **0,9 – 1,0** - zależność praktycznie pełną (**bardzo silna**). Najbliżej górnej granicy współczynnika Pearsona plasują się czeskie (0,9530) i szwedzkie (0,9503) gospodarstwa domowe, co oznacza pełną zależność pomiędzy zmianami dochodów własnych a zmianami wydatków na zdrowie. Tendencja liniowa jest bardzo widoczna (bardzo silna). W siedmiu krajach zmianom (wzrostom) dochodów własnych gospodarstw domowych towarzyszą silne zmiany (wzrosty) wydatków na zdrowie (współczynnik Pearsona w przedziale 0,7-0,9), chociaż występują odstępstwa liniowej zależności. W grupie tej znalazły się kraje, w których współczynnik Pearsona jest bliski górnej granicy: Węgry (0,8688); Anglia (0,8576), Portugalia (0,8358), jak i takie, w której jest on bliższy dolnej granicy: Polska (0,7912), Cypr (0,7737), Łotwa (0,7464) oraz Francja (0,7291). Tu wydatki na zdrowie rosną nieco wolniej niż dochody własne mieszkańców wymienionych krajów, ale odstępstw od zależności liniowej jest znacznie więcej. Kolejnych osiem krajów charakteryzuje się współczynnikiem Pearsona z przedziału (0,4-0,7). Występuje zatem umiarkowany związek pomiędzy dochodami a wydatkami na zdrowie w gospodarstwach domowych. Wydatki rosną znacznie wolniej niż dochody. Znalazły się w tej grupie, malejąco: Słowacja (0,6712), Estonia (0,6456), Hiszpania (0,5837), Włochy (0,5671), Słowenia (0,5271), Litwa (0,4969), Rumunia (0,4443), a zamyka stawkę Grecja (0,4109). Finowie (0,3452), Belgowie (0,2935) oraz Irlandczycy (0,2812) charakteryzują się słabą zależnością wydatków na zdrowie w relacji do dochodów własnych. Tendencja jest widoczna, ale obserwujemy liczne odstępstwa od trendu liniowego. W trzech krajach brak związku liniowego pomiędzy dochodami a wydatkami na zdrowie – Bułgaria (0,1964), Austria (0,1182) oraz Dania (0,1041).

Gdy wartości współczynnika Pearsona przyjmują wartości ujemne, w badanej sytuacji wzrostowi wartości dochodów własnych gospodarstw domowych nie towarzyszy wzrost wydatków na zdrowie, przeciwnie towarzyszy spadek tych drugich.

Rys. 4. Współczynnik korelacji Pearson (korelacja dochody gospodarstw domowych a prywatne wydatki na zdrowie w badanych krajach)



Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli nr 1 i 2

Taką sytuację odnotowujemy w trzech krajach UE. W niemieckich gospodarstwach domowych (-0,1456) odnotowujemy brak prostoliniowego związku pomiędzy wzrostem dochodów a obniżaniem się wydatków na zdrowie. Podobnie w Luksemburgu (-0,2798). Najbliżej powiązania liniowego tych dwóch wielkości obserwujemy w Holandii (-0,4529) (rys. 4).

Zakończenie

Dochody własne (w cenach bieżących) gospodarstw domowych 26 badanych krajów UE wzrosły w latach 2004–2017 z poziomu 7,1 biliona euro do 9,3 biliona euro (tj. o 31%). W tym samym okresie wydatki prywatne na zdrowie (w cenach bieżących) rosły znacznie szybciej, bo z poziomu 214 mld euro do 333 mld euro (tj. o 55%).

Cztery najbogatsze pod względem dochodów własnych gospodarstwa domowych w 2017 r. kraje (dochody własne powyżej 1 biliona euro) to: Niemcy (2 biliony euro), Anglia (1,5 biliona euro), Francja (1,4 biliona euro) oraz Włochy (1,1 biliona euro). Gospodarstwa domowe tych krajów, w całym badanym okresie, dysponowały najwyższymi dochodami własnymi. Ich udział w dochodach własnych 26 badanych krajów oscylował w granicach 65- 69%. Najniższymi dochodami własnymi (poniżej 20 mld euro) dysponowały w 2017 r. gospodarstwa domowe: Łotwy (16 mld euro), Estonii (13 mld euro) oraz Cypru (13 mld euro). Udział tych krajów w dochodach własnych mieszkańców badanych krajów stanowił zaledwie 0,33% (2004 r.) oraz 0,45% (w 2017 r.). Najszybszy przyrost badanej wielkości, powyżej 100% w stosunku do roku 2004 odnotowały gospodarstwa domowe „nowych” krajów UE (tych, które przystąpiły do Wspólnoty w 2004 r.): Rumunii (180%), Estonii (149%), Słowacji (140%), Łotwy (120%), Bułgarii (133%) czy Polski (101%). Obniżenie dochodów własnych dotknęło Greków – o 15%. Biorąc pod uwagę dynamikę zmian tej wielkości, rok do roku, tylko w pięciu krajach (Belgia, Dania, Austria, Luksemburg, Finlandia) na 26 badanych dochody systematycznie, aczkolwiek z różną dynamiką, wzrastały. Gospodarstwa domowe pozostałych krajów odczuły skutki obniżenia dochodów szczególnie w okresach kryzysu po 2007 r. Najboleśniej skutki tych zmian dotknęły Greków, Portugalczyków, Cypryjczyków czy Łotyszy.

Największe środki pieniężne na zdrowie kierowali mieszkańcy czterech najbogatszych pod względem dochodów własnych krajów: Niemiec 85 mld euro, Francji 50,4 mld euro, Włoch 37,0 mld euro oraz Anglii 28 mld euro. Udział tych czterech krajów w wydatkach na zdrowie w UE oscylował w granicach 63%. Najmniej rozdysponowywali na zdrowie mieszkańcy Łotwy (776 mln euro), Cypru (735 mln euro) oraz Słowenii (521 mln euro). Szczególnie dynamicznie w ciągu 14 badanych lat rosły wydatki prywatne na zdrowie w Rumunii (350%), dalej w Bułgarii (250%) czy w Luksemburgu (191%).

Znaczące wzrosty odnotowujemy także w polskich (180%), łotewskich (174%) czy czeskich (175%) gospodarstwach domowych. Obniżyły się natomiast wydatki na zdrowie greckich (-15%) oraz holenderskich (-10,5) gospodarstw domowych. Także dynamika zmian rok do roku tej pozycji w wydatkach była bardzo zmienna w badanym okresie. Tylko mieszkańcy Belgii, Austrii i Francji systematycznie wydawali coraz więcej pieniędzy na zdrowie, w innych krajach obserwujemy zarówno lata znacznego progresu, jak i regresu wydatków rok do roku.

Badając korelację liniową Pearsona dwóch zmiennych: dochody własne i wydatki prywatne na zdrowie gospodarstw domowych, w 23 badanych krajach UE wzrostowi dochodów własnych towarzyszy wzrost wydatków indywidualnych na zdrowie. W 3 krajach (Niemcy, Luksemburg, Holandia) wydatki na zdrowie nie podążają za wzrostem dochodów (współczynnik Pearsona przyjmuje wartości ujemne). Badając natomiast siłę oddziaływania dochodów na wydatki w dwóch krajach, odnotowujemy prawie zależność liniową w Czechach (współczynnik Pearsona na poziomie 0,95) i Szwecji (adekwatnie 0,95). W pozostałych krajach UE występują słabe lub znaczące odstępstwa od korelacji liniowej.

Zawarte w artykule analizy oraz generalne wnioski wskazują, że przyjęte we wstępie hipotezy zostały przez autorkę potwierdzone.

Bibliografia

- Banaszczak-Soroka U., *Wielkość i struktura oszczędności gospodarstw Unii Europejskiej w kontekście planu inwestycyjnego dla Europy. Wybrane aspekty*, [w:] E. Cybulska-Pancer, K. Biegun (red.), *Czym żyje Unia Europejska? Wybór zagadnień*, Uniwersytet Ekonomiczny, Wrocław 2018.
- Bloomberg „Healthiest Country Index” z 2019 r. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips>.
- Dochody własne gospodarstwa domowych, Eurostat, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=nasa_10_nf_tr&lang=en.
- ESA 2010 (Dz. Urz. EU L 174 z 26.6.2013 r.).
- Gruszczyńska M., Bąk-Sosnowska M., Plinta R, *Zachowania zdrowotne jako istotny element aktywności życiowej człowieka. Stosunek Polaków do własnego zdrowia*, <http://www.h-ph.pl/pdf/hyg-2015/hyg-2015-4-558.pdf>.
- Metodologia badania budżetów gospodarstw domowych, GUS, Warszawa 2011.
- Świecka B., *Niewypłacalność gospodarstw domowych Przyczyny, skutki, przeciwdziałanie*, Difin, Warszawa 2009.
- Wydatki prywatne na zdrowie gospodarstw domowych Eurostat, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>.
- Zalega T., *Konsumpcja: determinanty, teoria, modele*, PWE, Warszawa 2012.

Rozdział 2

Żywnie wyzwaniam dla prozdrowotnego stylu życia

Sposoby odżywiania się przez konsumentów – nowe trendy

Ways of nutrition by consumers – new trends

Agnieszka Dejnaka¹

Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu

ORCID: [0000-0001-6222-3187](https://orcid.org/0000-0001-6222-3187)

Streszczenie

Trendy żywnościowe rozwijają się i prawdopodobnie będą się rozwijać w dwóch skrajnych kierunkach. Kilka lat temu produkty superfoods były trudno dostępne, dzisiaj są już codziennością na półkach sklepowych. Trudno określić, jak wiele obecnie na rynku jest trendów dotyczących sposobów odżywiania się konsumentów, jednakże jest ich bardzo dużo i z dnia na dzień przybywają nowe „pomysły na odżywianie”. W rozdziale zaprezentowano wybrane, nowe trendy dotyczące sposobów odżywiania się konsumentów. Opisane zostały wybrane trendy żywnościowe konsumentów: „świadome odżywianie”, „poszanowanie zwierząt” oraz „bycie fit”. Celem rozdziału była ocena nowych trendów w odżywianiu konsumentów. Cel został zrealizowany poprzez studia literaturowe, prezentację i analizę wyników badań wtórnych i ich interpretację oraz na podstawie analizy krytycznej trendów.

Słowa kluczowe

trendy w żywieniu, świadome odżywianie, fit, zachowania konsumentów

Abstract

Food trends are developing and are likely to develop in two extreme directions. A few years ago, superfoods products were difficult to access, today they are everyday life on store shelves. It is difficult to determine how many trends are currently on the market regarding the ways of consuming consumers, however, there are a lot of them and from day to day new “ideas for nutrition” are coming. The chapter presents selected new trends regarding the way consumers eat. Selected food trends of consumers were described: “conscious nutrition”, “respect for animals” and “being fit”. The aim of the chapter was to evaluate new trends in consumer nutrition. The goal was achieved through literature studies, presentation and analysis of secondary research results and their interpretation and based on critical analysis of trends.

Keywords

nutrition trends, conscious nutrition, fit, consumer behavior

JEL: L11, M3

¹ E-mail: dejnaka@post.pl

Wstęp

Trendy żywnościowe rozwijają się i prawdopodobnie będą się rozwijać w dwóch skrajnych kierunkach. Kilka lat temu produkty superfoods były trudno dostępne, dzisiaj są już codziennością na półkach sklepowych. Trudno określić, jak wiele obecnie na rynku jest trendów dotyczących sposobów odżywiania się konsumentów, jednakże jest ich bardzo dużo i z dnia na dzień przybywają nowe „pomysły na odżywianie”. W rozdziale zaprezentowano wybrane, nowe trendy dotyczące sposób odżywiania się konsumentów. Opisane zostały wybrane trendy żywnościowe konsumentów: „świadome odżywianie”, „poszanowanie zwierząt” oraz „bycie fit”. Celem rozdziału była ocena nowych trendów w odżywianiu konsumentów. Cel został zrealizowany poprzez studia literaturowe, prezentację i analizę wyników badań wtórnych i ich interpretację oraz na podstawie analizy krytycznej trendów.

Zachowania konsumentów na rynku a trendy żywnościowe

W literaturze przedmiotu znaleźć można wiele różnych definicji zachowania konsumenta akcentujących jego różne aspekty. J.F. Engel, R.D. Blackwell i P.W. Mirand określają zachowanie konsumenta jako ogół działań związanych z uzyskiwaniem, użytkowaniem i dysponowaniem produktami wraz z decyzjami poprzedzającymi i warunkującymi te działania². Podobnie F. Hansen zachowania konsumenta definiuje jako ogół działań i percepcji składających się na przygotowanie decyzji wyboru produktu, dokonanie wyboru oraz konsumowanie³. Natomiast T. Sztucki twierdzi, iż zachowania konsumentów dotyczą działań zmierzających do kupowania i korzystania z zakupionych produktów, łącznie z mechanizmami psychologicznymi i socjologicznymi poprzedzającymi te działania oraz następujące po nich⁴.

Zachowania konsumentów na rynku kształtują się pod wpływem wielu determinant, nie tylko *stricte* ekonomicznych, ale także społecznych i kulturowych – w tym i zmian stylu życia na bardziej zdrowy, aktywny. W celu nadążenia za zmianami nawyków konsumentów firmy muszą nie tylko śledzić zmiany teraźniejsze, ale także przewidywać przyszłościowe trendy zachowań podmiotów rynkowych. Przez pojęcie „trend” rozumie się istniejący w danym momencie kierunek rozwoju w jakiejś dziedzinie bądź, bardziej ogólnie, monotoniczny składnik zależności badanej cechy od czasu. H. Vejlgard definiuje trend jako proces zmiany, który jest ujmowany z perspektywy psychologicznej,

² J. F. Engel, R.D. Blackwell, P.W. Mirand, *Consumer Behavior*, Chicago 1993, s. 4.

³ F. Hansen, *Consumer Choice Behavior: A Cognitive Theory*, New York 1972, s. 15.

⁴ T. Sztucki, *Encyklopedia marketingu*, Warszawa 1998, s. 423.

ekonomicznej lub socjologicznej, mogący mieć charakter krótko- lub długookresowy oraz zasięg regionalny bądź globalny⁵. Konsumpcja – w całościowym ujęciu – oznacza proces zaspokajania różnorodnych i podlegających zmianie potrzeb ludzkich, obejmujący wszystkie formy zachowania jednostek, związany z uzyskiwaniem i użytkowaniem dóbr i usług, uzależniony od warunków ekonomicznych, kulturowych, społecznych i psychologicznych⁶.

Obecnie część konsumentów zmienia swoje nawyki żywieniowe oraz związane z aktywnością sportową. Zmiana zachowań konsumentów odnośnie do zakupów produktów żywnościowych ulega trendom – wynikającym z jednej strony z nowych informacji naukowych dotyczących wpływu odżywiania na zdrowie, z drugiej strony z rosnącej świadomości wpływu jedzenia na organizm, a także niszczącej polityki wytwarzania produktów oraz zbyt dużej ilości produktów żywnościowych wyrzucanych przez polskie gospodarstwa domowe. W rozdziale zostały zanalizowane następujące trendy:

- Trendy konsumenckie – ujęcie ogólne
- Trend I – „świadome odżywianie”,
- Trend II – „szanujmy zwierzęta”,
- Trend III – „bycie fit”.

Trendy, wskazane powyżej, zanalizowane zostały na podstawie dostępnych źródeł literaturowych oraz raportów badawczych.

Trendy konsumenckie – ujęcie ogólne. Rynek produktów spożywczych 2010-2020

Czego oczekuje od rynku produktów spożywczych konsument w latach 2018-2020? Głównie, jak wskazują badania „Handel spożywczy w Polsce w latach 2010-2020” zrealizowanego przez firmę Roland Berger, rynek produktów spożywczych będzie musiał dopasować się do zmiany modelu rodziny, szybkiego tempa życia konsumenta oraz łączenia sprzedaży online ze sprzedażą tradycyjną⁷. Najważniejsze trendy konsumenckie w tym zakresie to:

1. **Wzrost liczby jednoosobowych gospodarstw domowych oraz aktywnych zawodowo kobiet.** Nowy model rodziny w Polsce to zwiększenie liczby jednoosobowych gospodarstw domowych, ukierunkowanych na zakupy zarówno

⁵ H. Vejlgaard, *Anatomy of Trend*, New York 2008, s. 9.

⁶ T. Zalega, *Konsumpcja. Determinanty, teorie, modele*, Warszawa 2012, s. 21.

⁷ Raport Roland Berger, „Handel spożywczy w Polsce w latach 2010-2020”, https://www.rolandberger.com/publications/publication_pdf/polski_rynek_handlu_spo_ywczego_w_2010_2020_szczeg_owa_analiza_segmentu_convenience_i_supermarket_w_proximity.pdf [dostęp 20.10.2017].

tradycyjne, jak i internetowe. Widoczna jest rosnąca liczba kobiet aktywnych zawodowo, dbających o swoje zdrowie oraz jakość spożywanych posiłków.

2. **Szybki tryb życia.** Coraz większym zainteresowaniem będą cieszyły się dyskonty oraz segment *convenience* – zlokalizowane blisko zamieszkałych obszarów, pozwalające szybko żyjącym konsumentom na szybkie zakupy, bez potrzeby oddalania się znacznie z miejsca zamieszkania.
3. **Zmiana nawyków zakupowych żywności i wzrost wartości jakości produktów.** Konsumenty wykazują większe zainteresowanie zakupem zdrowej i ekologicznej, nieprzetworzonej bio żywności. Konsumenty są w stanie zapłacić więcej za produkty organiczne. Współcześni konsumenci niekoniecznie szukają najtańszych produktów, ale oczekują wysokiej jakości w konkurencyjnej cenie, co ma pozytywny wpływ na rosnące zainteresowanie markami własnymi.
4. **Rozwój cyfryzacji, smartfonów i e-commerce.** Polscy konsumenci, zwłaszcza młodszy, zwracają się w kierunku zakupów online – w latach 2011 i 2015 internetowa sprzedaż detaliczna wzrosła o 92%, podczas gdy mobilna sprzedaż detaliczna wzrosła o 449%. W przyszłych latach przewiduje się wzrost sprzedaży produktów żywnościowych przez Internet, a codzienne zakupy będą wykonywane w pracy z poziomu smartfonów.
5. **UX konsumenta.** Konsumenty domagają się bardziej spersonalizowanego doświadczenia zakupowego i chętnie wykorzystują możliwości sprzedaży typu *omnichannel*. W przyszłości widoczny będzie wzrost efektu ROPO i odwróconego ROPO.

Raport firmy Roland Berger wskazuje, że konsument w przyszłości będzie poszukiwał wygodnego sposobu dokonywania zakupów, łącząc zakupy tradycyjne i internetowe. Biorąc to pod uwagę, w Polsce na rynku produktów spożywczych powinien powstać nowy model sprzedaży produktów żywnościowych skierowany do konsumentów żyjących w szybkim tempie, pracujących, mających świadomość ważności dobrego odżywiania się wysokojakościowymi produktami, którzy dodatkowo sprawnie posługują się technologiami w celu zakupu żywności online.

Trend I – „świadome odżywianie”

Świadome odżywianie oznacza odżywianie się zgodnie z zasadami zdrowego odżywiania oraz dokonywanie przez konsumentów świadomych wyborów produktów. Konsument świadomy – to także konsument, który potrafi analizować informacje

płynące z rynku – głównie z reklam – i porównywać pozyskane informacje reklamowe z rzeczywistym stanem. Eksperci w zakresie odżywiania wskazują 3 grupy konsumentów⁸:

1. Osoby, które starają się odżywiać w sposób zdrowy, bilansując swoje posiłki.
2. Osoby, które kupują i jedzą różnorodne produkty, nie interesując się pochodzeniem produktów i ich wpływem na organizm.
3. Osoby, które kupują i jedzą produkty dostosowane do ich możliwości finansowych – najczęściej jest to żywność o niskiej cenie.

Główne zasady „świadomego odżywiania” dotyczą:

- kupowania produktów niskoprzetworzonych, z jak najmniejszą ilością konserwantów;
- dokonywania przemyślanych zakupów, po dokładnej analizie etykiet produktowych;
- kierowania się zasadą utrwalania dobrych nawyków żywnościowych, nie spontanicznymi zmianami;
- przygotowania posiłków, jeśli to możliwe, w domu;
- bilansowania diety żywnościowej;
- optymalizacji częstotliwości posiłków i ich składu;
- dokonywania zakupów u lokalnych dostawców, poprzez kooperatywy spożywcze lub bezpośrednio uprawa roślin w domowym ogródku;
- kupowania produktów z ekologicznych upraw.

W połączeniu ze świadomym odżywianiem pojawia się termin „zdrowa żywność”, rozumienia tutaj jako żywność:

- ekologiczną;
- produkowaną tradycyjnymi metodami;
- funkcjonalną.

Według raportu Cheers „Nawyki żywieniowe Polaków 2018” zdrowy styl życia i wynikająca z niego profilaktyka prozdrowotna staje się coraz popularniejsza wśród Polaków⁹. Według raportu „ponad połowa Polaków przestrzega optymalnej częstotliwości posiłków, zjadając ich 4 do 5 w ciągu dnia, natomiast 36% spożywa od 2 do 3 posiłków. Polacy przykładają coraz większą wagę do jakości posiłków – 68% deklaruje, że starannie czyta etykiety produktów, oceniając ich skład pod kątem wartości odżywczych. 66% okazynie sięga po najmniej zdrową żywność, czyli fast-foody, 19% podjada słodycze między posiłkami. Za to ponad połowa Polaków spożywa minimum 5 porcji warzyw i owoców w tygodniu. Suplementy diety stają się dziś nieodzownym elementem dbania

⁸ *Polskie gotowanie: ziemniaki, mięso i cukier*, <https://kobieta.onet.pl/zdrowie/profilaktyka/dieta/wspolczesna-dieta-polaka-polska-kuchnia/9sdnypj> [dostęp 12.05.2019].

⁹ Raport Cheers „Nawyki żywieniowe Polaków 2018”, [Cheers.com.pl](https://cheers.com.pl) [dostęp 12.05.2019].

o zdrowie, sięga po nie 72% Polaków, z czego aż 51% zażywa suplementy diety codziennie. Jednocześnie aż 86% uważa, że stosowanie suplementów diety jest korzystne dla ich zdrowia¹⁰. Wyniki badań wykazują, że Polacy są coraz bardziej świadomi, jak należy się odżywiać.

Według raportu agencji badawczej Inquiry „ZDROWE ODŻYWIENIE Potrzeby i postawy Polaków – raport z badania jakościowego” – polscy konsumenci wierzą w powiedzenie, że „jesteś tym, co jesz”¹¹. Ich główną motywacją do zdrowego odżywiania jest zdrowie i dobra kondycja ich samych i ich bliskich. Według raportu „Silnym czynnikiem motywującym jest troska o zdrowie dzieci. Demotywatorem zdrowego, świadomego odżywiania to głównie brak czasu, stres oraz okazje towarzyskie (trzy pierwsze wskazania). Świadome, zdrowe odżywianie rozumiane jest jako ogólnie zrównoważona dieta, to termin «zdrowa żywność» najczęściej utożsamiany jest z jednej strony z żywnością ekologiczną, z drugiej zaś – z żywnością produkowaną tradycyjnymi metodami i według tradycyjnych receptur, a czasem po prostu z żywnością kupowaną bezpośrednio od rolników. Większość respondentów z pojęciem żywności funkcjonalnej spotkała się po raz pierwszy podczas badania. Wedle ich własnej definicji to żywność dostarczająca organizmowi witaminy i minerały. Bardzo znaczącą barierą w sięganiu po ekologiczną żywność jest dla Polaków jej cena i/lub przekonanie, że w dzisiejszym zanieczyszczonym środowisku naturalnym użycie środków chemicznych jest konieczne”¹².

Ze względu na świadomość odżywiania konsumentów można podzielić na:

1. Konsumentów świadomych, w tym:

- dobrowolnie, czyli:
 - konsumentów eko-produktów;
 - konsumentów działających w kooperatywach spożywczych;
 - konsumentów znających podstawowe zasady diety zbilansowanej;
 - konsumentów uprawiających czynnie sport;
 - konsumentów chcących zadbać o zdrowie swojej rodziny, w tym w szczególności dzieci;
- z powodów zewnętrznych, czyli:
 - konsumentów w trakcie lub po chorobie – wymuszającej zmianę nawyków.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ Raport Inquiry „ZDROWE ODŻYWIENIE – Potrzeby i postawy Polaków – raport z badania jakościowego”, <http://inquirymarketresearch.pl/raport> [dostęp 12.05.2019]. Firma Inquiry przeanalizowała postawy i potrzeby konsumentów w kontekście zdrowego odżywiania. Przeprowadzono badanie jakościowe realizowane w postaci forum internetowego na grupie osób mieszkających w dużych miastach w całej Polsce. Uczestnikami badania byli mężczyźni i kobiety w wieku 25-45 lat, rodzice dzieci w różnym wieku. Wszyscy badani to osoby deklarujące, iż zdrowy styl życia jest jednym z ich priorytetów.

¹² *Ibidem*.

2. Konsumentów nieświadomych, z podziałem na:

- dobrowolnie, czyli:
 - konsumentów, którzy nie znają zasad zdrowego odżywiania (nie wynieśli tej wiedzy z domu, nie pogłębili swojej edukacji w tym zakresie);
 - konsumentów – pracoholików, niemających czasu na życie i odżywianie;
 - konsumentów leniwych;
- z powodów zewnętrznych, czyli:
 - konsumentów z ograniczonym budżetem (choć badania pokazują, że jedzenie zdrowe nie jest koniecznie droższe).

Należałoby zastanowić się, czy trend „świadomego odżywiania” to konieczność we współczesnym świecie? Zwiększenie świadomości zdrowego odżywiania, edukacja w tym zakresie oraz odejście od zakupów produktów wysoko przetworzonych – to konieczność, ze względu na rozwój chorób cywilizacyjnych oraz przyszłość dzieci – podłączonych do Internetu, zabieganych, niezwracających uwagi, co i jak jedzą. Oraz wszechobecny cukier oraz konserwanty w produktach.

Po analizie powyższego trendu w sposobie odżywiania się konsumentów można stwierdzić, że jest to konieczność w świecie pełnym „sztucznego” oraz pełnego konserwantów, przetworzonego jedzenia. Świadomość konsumentów to zapewne straty producentów żywności przetworzonej, ale dla konsumentów – to zmiana sposobu odżywiania z korzyścią dla funkcjonowania organizmu, zapobieganie chorobom cywilizacyjnym oraz ochrona środowiska.

Trend II – „szanujmy zwierzęta”

Trend „szanujmy zwierzęta” to trend związany z wegetarianizmem i jego odmianami. Wegetarianizm oznacza świadomą rezygnację z jedzenia zwierząt, ryb i owoców morza. Według danych firmy Mintel w pierwszym kwartale 2017 roku ze stwierdzeniem „jestem weganinem” – zgodziło się 7% respondentów, zaś „jestem wegetarianinem” – 8%¹³. Obecnie wyróżnia się wiele odmian tego stylu odżywiania, najpopularniejsze z nich przedstawia tabela 1¹⁴:

¹³ H. Jarocka, *Mintel: Diety roślinne jednym z wiodących światowych trendów 2017 roku*, <http://www.portalspozywczy.pl/owoce-warzywa/wiadomosci/mintel-diety-roslinne-jednym-z-wiodacych-swiatowych-trendow-2017-roku,145072.html> oraz *Global Food and Drink Trends 2017*, www.mintel.com/global-food-and-drink-trends [dostęp 12.05.2019].

¹⁴ P. Jamrozik, *Dieta wegetariańska*, https://www.mp.pl/pacjent/dieta/diety/zdrowe_diety/69678,dieta-wegetarianska [dostęp 12.05.2019].

Tabela 1. Odmiany wegetarianizmu

Typ wegetarianizmu	Produkty
semiwegetarianizm	Osoby nie spożywają czerwonego mięsa. Spożywane są: <ul style="list-style-type: none"> – białe mięso – ryby i owoce morza – jaja – mleko i jego przetwory – owoce i warzywa – nasiona roślin strączkowych – orzechy
pescowegetarianizm	Osoby nie spożywają mięsa zwierzęcego, ale ryby i owoce morza już tak. Spożywane są także: <ul style="list-style-type: none"> – jaja – mleko i jego przetwory – owoce i warzywa – nasiona roślin strączkowych – orzechy
pollowegetarianizm	Osoby spożywają (z produktów mięsnych) – wyłącznie mięso białe. Spożywane są także: <ul style="list-style-type: none"> – jaja – mleko i jego przetwory – owoce i warzywa – nasiona roślin strączkowych – orzechy
laktoowoowegetarianizm	Osoby nie spożywają mięsa zwierząt. Spożywane są: <ul style="list-style-type: none"> – jajka – mleko i jego przetwory – owoce i warzywa – nasiona roślin strączkowych – orzechy
laktowegetarianizm	Osoby nie spożywają mięsa zwierząt (w tym ryb i owoców morza). Spożywane są: <ul style="list-style-type: none"> – mleko i jego przetwory – owoce i warzywa – nasiona roślin strączkowych – orzechy
owoowegetarianizm	Osoby nie spożywają mięsa zwierząt (w tym ryb i owoców morza). Spożywane są: <ul style="list-style-type: none"> – jajka – owoce i warzywa – nasiona roślin strączkowych – orzechy

Typ wegetarianizmu	Produkty
weganizm	Osoby nie spożywają mięsa zwierząt (w tym ryb i owoców morza) oraz produktów odzwierzęcych. Spożywane są: – owoce i warzywa – nasiona roślin strączkowych
witarianizm	Spożywane są wyłącznie owoce i warzywa (najczęściej nieprzetworzone)
frutarianizm	Spożywane są wyłącznie owoce

Źródło: P. Jamrozik, *Dieta wegetariańska*, https://www.mp.pl/pacjent/dieta/diety/zdrowe_diety/69678,dieta-wegetarianska [dostęp 12.05.2019].

Najbardziej popularne odmiany wegetarianizmu wskazane w powyższej tabeli to:

- a) pescowegetarianizm (ze względu na spożywanie ryb i owoców morza) – szczególnie jest to ważne dla osób z tej grupy, które nie lubią warzyw strączkowych i rybami zaspokajają potrzeby organizmu dotyczące białka);
- b) weganizm – ze względu na odstawienie zarówno mięsa, jak i produktów odzwierzęcych (w tym często nie tylko pożywienia, ale także kosmetyków, ubrań – które powstały z produktów odzwierzęcych).

Zgodnie z ogólnoeuropejskimi trendami żywieniowymi – wegetariańskim, wegańskim i fleksitariańskim – coraz więcej firm produkujących żywność wprowadza do swojego asortymentu produkty skierowane do wskazanej grupy docelowej¹⁵. Już co 10. produkt wprowadzony na rynek europejski w kategorii żywności i napojów jest oznaczony jako wegetariański, wskazują analitycy firmy Mintel w raporcie „Innowacyjność vs. zdrowie. Szanse dla marek spożywczych” przygotowanym dla Banku Zachodniego WBK (BZ WBK)¹⁶. Wśród nowych produktów spożywczych, które pojawiły się w Europie w okresie październik 2012 – wrzesień 2017, oznaczenie „wegetariańskie” było na 3. miejscu wśród najczęściej stosowanych oświadczeń prozdrowotnych (10%), *ex aequo* z „bez glutenu”. Więcej było tylko oznaczeń „bez sztucznych dodatków/konserwantów” (15%) oraz „organiczne” (12%). Z danych firmy badawczej Innova Market Insights wynika, że od 2011 r. liczba produktów wegetariańskich w skali globalnej wzrosła aż o 63%. O 4,3% zwiększył się natomiast wybór żywności wegańskiej¹⁷.

¹⁵ O. Papiernik, *Co 10. produkt żywnościowy wprowadzony w Europie jest wegetariański*, <https://biznes.radiozet.pl/News/Co-10.-produkt-zywnosciowy-wprowadzony-w-Europie-jest-wegetarianski> [dostęp 12.05.2019].

¹⁶ Raport Mintel i BZ WBK: W Polsce i Europie trwa boom na produkty i dania wege, <http://www.dlahandlu.pl/detal-hurt/wiadomosci/raport-mintel-i-bz-wbk-w-polsce-i-europie-trwa-boom-na-produkty-i-dania-wege.69929.html> [dostęp 12.05.2019].

¹⁷ Innova Reports: <https://www.innovamarketinsights.com/services/innova-reports/> [dostęp 12.05.2019].

Czy trend „szanujmy zwierzęta” to moda, czy przyszłość żywienia ludzkości? Zdaniem Autorki przyszłość, gdyż dane dotyczące hodowli zwierząt nie są optymistyczne. Według raportu „Future of food” do 2050 roku liczba ludności może wzrosnąć do 10 mld¹⁸. A światowa produkcja mięsa – ledwie o połowę. Do 2050 r. gospodarstwa rolnicze będą musiały zwiększyć produkcję paszy oraz hodowlę aż o 70%, by wyżywić 9 mld ludzi. Już teraz 1/3 gruntów ornych wykorzystywana jest na uprawy roślin paszowych dla zwierząt hodowlanych. Takie dane przedstawia Sztokholmski Międzynarodowy Instytut Wody SIWI¹⁹. Na Kongresie Rolnictwa i Żywności Ekologicznej ECO FOOD 360 futurologi prezentowali wizję przyszłego żywienia bez mięsa, co stanowić ma zmianę zdrowotną, etyczną i społeczną²⁰.

Według autorki ze względu na poszanowanie zwierząt konsumentów można podzielić na:

1. Konsumentów rezygnujących z jedzenia mięsa, w tym na:
 - konsumentów świadomego wyboru – wegetarian, wegan i osoby z innych odłamów wskazanych w tabeli 1;
 - konsumentów, którzy rezygnują z jedzenia mięsa ze względów zdrowotnych;
 - konsumentów, którzy rezygnują z jedzenia mięsa ze względu na uprawianie sportu.
2. Konsumentów częściowo rezygnujących z jedzenia mięsa lub jedzących mięso, w tym z podziałem na:
 - konsumentów ograniczających spożycie mięsa (np. do 2 razy w tygodniu);
 - konsumentów jedzących mięso, jednakże konsumujących zgodnie z zasadami – ekologiczne hodowle oraz „zero waste” mięsa.

Widoczny trend „szanujmy zwierzęta” jest bardzo ważnym trendem w odżywianiu. Poszanowanie zwierząt oraz stale rosnący rynek produktów wegetariańskich i wegańskich to przesłanki przemawiające za stosowaniem powyższego sposobu odżywiania się.

Po analizie powyższego trendu w sposobie odżywiania się konsumentów „szanowanie zwierząt” nowy trend stanowi konieczność w świecie, gdzie hodowle zwierząt są mocno eksploatowane, a prognozy wykazują, że nie ma możliwości prowadzenia diety mięsnej przez ludzkość w przyszłości. Konsumenci ograniczający jedzenie mięsa lub rezygnujący z produktów mięsnych – to zapewne straty hodowców zwierząt mięsnych, szczególnie hodowców „bez etyki”, dla konsumentów – to zmiana sposobu odżywiania

¹⁸ Raport_Future_Of_Food_2017: http://hatalska.com/wp-content/uploads/2017/07/Raport_Future_Of_Food_2017.pdf [dostęp 12.05.2019].

¹⁹ Eco Food 360: <http://www.ecofood360.pl/> [dostęp 12.05.2019].

²⁰ Dlahandlu.pl, <http://www.dlahandlu.pl/detal-hurt/wiadomosci/futurolog-mieso-zostanie-wyeliminowane-z-jadlospisu-ze-wzgledu-klimatycznych-etycznych-i-zdrowotnych,80091.html> [dostęp 12.05.2019].

na korzyść dla zwierząt, zapobieganie chorobom cywilizacyjnym oraz życie etyczne w zgodzie z naturą i poszanowaniem zwierząt.

Trend III – „bycie fit”

„Bycie fit” definiuje się jako osiągnięcie maksymalnej możliwej wydolności organizmu (czyli inaczej mówiąc – szczytowej formy) dzięki właściwemu treningowi i żywieniu. W tej formie odżywiania liczy się nie tylko kaloryczność produktu, ale także jego forma przygotowania oraz wartości odżywcze. Trend na „bycie fit” pojawia się w różnych odsłonach i wachlarzu oferowanych produktów. We wcześniejszych latach bycie fit oznaczało kupowanie i spożywanie produktów niskotłuszczowych, bez cukru (ze słodzikami) – produkty często były oznaczone na etykiecie „fit” lub „light” (niekiedy o niższym niż standardowe produkty poziomie energetycznym). Obecnie żywność o zmniejszonej wartości energetycznej (według Dyrektywy Unii Europejskiej) to taka, która ma co najmniej 30% kalorii mniej niż tradycyjna²¹. Produkty niskokaloryczne powinny zawierać nie więcej niż 40 kcal w 100 g produktu stałego i 20 kcal w 100 g produktu płynnego. I takich też produktów należy szukać, gdy poszukujemy na rynku produktów fit²².

Obecnie trend „bycie fit” oznacza odżywianie świadome, kupowanie produktów niskoprzetworzonych oraz o określonych parametrach kaloryczności, składników i mikroskładników. Konsumentów, którzy odżywiają się zgodnie z trendem „bycia fit”, można podzielić na:

- konsumentów pragnących odchudzić swój organizm;
- konsumentów sportowców, z podziałem na:
 - konsumentów żywiących się zgodnie z dietą ustaloną do treningu sportowego;
 - konsumentów spożywających specyficzne produkty potrzebne podczas treningu (np. żele energetyczne, batony funkcjonalne itd.);
- konsumentów „pudełkowych” – którzy kupują posiłki pudełkowe z podziałem na:
 - konsumentów na diecie redukcyjnej;
 - konsumentów na diecie bezmięśnej;
 - konsumentów na diecie bez laktozy;
 - konsumentów na diecie bez glutenu itd.

²¹ Dyrektywa Unii Europejskiej nr 94/35/EC z dnia 30 czerwca 1994 r., Dz. U. UE L 237/3 z dnia 10.09.1994.

²² B. Waszkiewicz-Robak, *Substancje słodzące*, [w:] F. Świdorski (red.), *Żywność wygodna i żywność funkcjonalna*, WNT, Warszawa 1999.

Szczególnie ważne jest odżywianie w celu utrzymania prawidłowej wagi ciała. Według opublikowanego w 2017 r. raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w ostatnich 40 latach liczba otyłych dzieci i młodzieży zwiększyła się na świecie aż jedenastokrotnie: z 11 mln do 120 mln²³. Prognozy wskazują, że w 2025 r. nadmierną masę ciała będzie miało 75% dorosłej populacji świata oraz 30% dzieci i nastolatków. Centrum Badawcze i Komisja Europejska opublikowały raport, z którego wynika, że otyłość lub nadwaga dotyka 31-35% małych Polaków do 11. roku życia. To stawia Polskę w jednym rzędzie z Bułgarią, Rumunią, Węgrami, Chorwacją, a także Włochami czy Hiszpanią. Gorzej wypadają jedynie Grecja i Cypr²⁴. W świetle powyższych informacji z raportów badawczych niezbędne jest odżywianie zgodnie z zasadą „bycia fit” i edukacja dzieci w tym zakresie.

Sportowcy często w swojej diecie uwzględniają produkty funkcjonalne. W Unii Europejskiej uznaje się definicję powstałą w ramach europejskiego programu badawczego FUFOS (Functional Food Science in Europe), zgodnie z którą „żywność może być uznana za funkcjonalną, jeśli udowodniono jej korzystny wpływ na jedną lub więcej funkcji organizmu ponad efekt odżywczy, który to wpływ polega na poprawie stanu zdrowia, samopoczucia i/lub zmniejszeniu ryzyka chorób. Żywność ta musi przypominać postać żywności konwencjonalną i wykazywać korzystne oddziaływanie w ilościach, które oczekuje się, że będą normalnie spożywane z dietą – nie są to tabletki ani kapsułki, ale część składowa prawidłowej diety” (Krygier, Florowska 2008, s. 2; Piesiewicz 2008, s. 32). Żywnością funkcjonalną może być więc produkt otrzymany ze składników naturalnych lub produkt wzbogacony w składniki mineralne, witaminy, ekstrakty roślinne, które muszą mieć udokumentowany klinicznie pozytywny efekt prozdrowotny. Sami sportowcy stają się często, pod wpływem trendu wzrostowego, kreatorami i producentami żywności dla sportowców (między innymi funkcjonalnej). Widoczna jest także rola influencerów w propagowaniu spożywania tej formy żywności.

Rośnie także w siłę oferta „diet pudełkowych”. Rynek tzw. diety pudełkowej ma coraz większy udział w segmencie sprzedaży produktów żywnościowych. Przykładowo jedna z największych firm na polskim rynku w 2017 roku zanotowała ok. 40 mln zł przychodów i liczy na 50% wzrost w roku bieżącym²⁵. Dieta pudełkowa jest wygodna, zbilansowana, ale także kosztowna. Średni koszt wynosi 60 zł/dzień, co daje 60x30 dni=1800 zł miesięcznie. Nie jest to wobec tego dieta tania, dostępna dla

²³ <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/from-innovation-to-implementation-ehealth-in-the-who-european-region-2016> [dostęp 12.05.2019].

²⁴ http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC112190/2018-06-29_childhood-obesity_online.pdf [dostęp 14.05.2019]

²⁵ <http://inwestycje.pl/gospodarka/Rosnacy-udzial-diet-pudelkowych-w-rynku-e-commerce.-Maczfit-liczy-na-50-wzrost-w-roku-2018;318699;0.html> [dostęp 12.05.2019].

każdego. Inną alternatywą jest zakup zdrowych produktów i samodzielne przygotowywanie „pudełek” w domu.

Po analizie powyższego trendu w sposobie odżywiania się konsumentów „być fit” stanowi konieczność, w szczególności dla prawidłowego rozwoju dzieci. Jednakże o ile sensowna wydaje się sprzedaż produktów niskokalorycznych dla osób na diecie redukcyjnej lub utrzymujących stałą, prawidłową wagę ciała oraz funkcjonalnych dla sportowców – to już dieta pudełkowa jest kontrowersyjna i może wynikać z chęci osiągnięcia wysokich zarobków przez firmy – pozwala na zbilansowane odżywianie, oszczędza czas konsumentów, jednak jest stanowczo zbyt kosztowna w stosunku do cen posiłków przygotowanych samodzielnie w domu.

Podsumowanie

W pracy zaprezentowano wybrane, nowe trendy dotyczące sposobów odżywiania się konsumentów. Opisane zostały wybrane trendy żywnościowe konsumentów: „świadome odżywianie”, „poszanowanie zwierząt” oraz „bycie fit”. Celem rozdziału była ocena nowych trendów w odżywianiu się konsumentów.

Wszystkie wskazane trendy dotyczące odżywiania się konsumentów powinny stać się koniecznością w sposobie patrzenia na żywność i w tym, jak wpływają na ludzkie ciało. Konsumenty mogą dzięki nim wprowadzić zmianę sposobu odżywiania z korzyścią dla funkcjonowania organizmu, zapobieganie chorobom cywilizacyjnym, ochronę zwierząt, ochronę środowiska oraz lepszą, zdrowszą przyszłość dla swoich dzieci. Korzyści dla konsumenta są bardzo duże. Natomiast świadomy wpływ odżywiania na organizm i na środowisko konsument powinien stale edukować się w tym zakresie, kalkulować koszty zakupu produktów lub dań gotowych w tym pudełkowych, aby trend stał się nawykiem żywieniowym, nieskrępowanym dostępnością i kosztami zakupu żywności.

Bibliografia

Dyrektywa Unii Europejskiej nr 94/35/EC z dnia 30 czerwca 1994 r., Dz. U. UE L 237/3 z 10.09.1994.

Eco Food 360: <http://www.ecofood360.pl/> [dostęp 12.05.2019].

Engel J.F., Blackwell R.D., Mirand P.W., *Consumer Behavior*, Chicago 1993.

Hansen F., *Consumer Choice Behavior: A Cognitive Theory*, New York 1972.

Innova Reports: <https://www.innovamarketinsights.com/services/innova-reports/> [dostęp 12.05.2019].

Jamrozik P., *Dieta wegetariańska*, https://www.mp.pl/pacjent/dieta/diety/zdrowe_diety/69678,dieta-wegetarianska [dostęp 12.05.2019].

- Jarocka H., *Mintel: Diety roślinne jednym z wiodących światowych trendów 2017 roku*, <http://www.portal-spozywczy.pl/owoce-warzywa/wiadomosci/mintel-diety-roslinne-jednym-z-wiodacych-swiatowych-trendow-2017-roku,145072.html> oraz *Global Food and Drink Trends 2017*: www.mintel.com/global-food-and-drink-trends [dostęp 12.05.2019].
- Papiernik O., *Co 10. produkt żywnościowy wprowadzony w Europie jest wegetariański*, <https://biznes.radiozet.pl/News/Co-10.-produkt-zywnosciowy-wprowadzony-w-Europie-jest-wegetarianski> [dostęp 12.05.2019].
- Polskie gotowanie: ziemniaki, mięso i cukier*, <https://kobieta.onet.pl/zdrowie/profilaktyka/dieta/wspolczesna-dieta-polaka-polska-kuchnia/9sdnypj> [dostęp 12.05.2019]
- Raport Cheers „Nawyki żywieniowe Polaków 2018”, Cheers.com.pl [dostęp 12.05.2019].
- Raport *Future Of Food 2017*: http://hatalaska.com/wp-content/uploads/2017/07/Raport_Future_Of_Food_2017.pdf [dostęp 12.05.2019].
- Raport Inquiry „ZDROWE ODŻYWIENIE Potrzeby i postawy Polaków – raport z badania jakościowego”, <http://inquirymarketresearch.pl/raport> [dostęp 12.05.2019].
- Raport Roland Berger, „Handel spożywczy w Polsce w latach 2010-2020”, https://www.rolandberger.com/publications/publication_pdf/polski_rynek_handlu_spo_ywczego_w_2010_2020_szczeg_owa_analiza_segmentu_convenience_i_supermarket_w_proximity.pdf [dostęp 20.10.2017].
- Raport Mintel i BZ WBK: W Polsce i Europie trwa boom na produkty i dania wege: <http://www.dlahandlu.pl/detal-hurt/wiadomosci/raport-mintel-i-bz-wbk-w-polsce-i-europie-trwa-boom-na-produkty-i-dania-wege,69929.html> [dostęp 12.05.2019].
- Sztucki T., *Encyklopedia marketingu*, Warszawa 1998.
- Waszkiewicz-Robak B., *Substancje słodzące*, [w:] F. Świdorski (red.), *Żywność wygodna i żywność funkcjonalna*, WNT, Warszawa 1999.
- Vejlgaard H., *Anatomy of Trend*, New York 2008.
- Zalega T., *Konsumpcja. Determinanty, teorie, modele*, Warszawa 2012.
- <http://www.dlahandlu.pl/detal-hurt/wiadomosci/futurolog-mieso-zostanie-wyeliminowane-z-jadlospisu-ze-wzgladow-klimatycznych-etycznych-i-zdrowotnych,80091.html> [dostęp 12.05.2019].
- <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/from-innovation-to-implementation-ehealth-in-the-who-european-region-2016> [dostęp 12.05.2019].
- http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC112190/2018-06-29_childhood-obesity_online.pdf [dostęp 14.05.2019]
- <http://inwestycje.pl/gospodarka/Rosnacy-udzial-diet-pudelkowych-w-rynku-e-commerce.-Maczfit-liczy-na-50-wzrost-w-roku-2018;318699;0.html> [dostęp 12.05.2019].

Symbolika wina w przekazach biblijnych w kontekście kulturowym

Symbolism of wine in biblical messages in a cultural context

Sławomir Stasiak¹

Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu

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

Streszczenie

Przedmiotem niniejszego opracowania będzie analiza tych tekstów starożytnych, także Starego i Nowego Testamentu, w których mowa jest o winie. Zastosowana zostanie metoda analizy kontekstualnej tekstu literackiego w ogólności, a tekstów biblijnych w szczególności. Bliższa analiza tych tekstów pokazuje, że wino używane z umiarem wzmacnia i działa pobudzająco. Księga Mądrości Syracha powiada: „Wino dla ludzi jest życiem, jeżeli pić je będziesz w miarę [...]. Zadowolenie serca i radość duszy daje wino pite w swoim czasie i z umiarkowaniem” (Syr 31,27n; por. też Prz 31,6-7). Poganie, którzy oddawali cześć boską siłom natury, uważali również podniecające i rozweselające działanie wina za boskie. Grecy czcili w Dionizosie (Bachusie), bogu uprawy winnej latorośli, jakby wybawiciela, który uwalnia od trosk i obdarza radością życia. Na starożytnym Wschodzie krzew winny utożsamiano z „ziołem życia”, a sumeryjskim znakiem „życia” był pierwotnie liść winogronowy. Krzew winogronowy jest roślinnym motywem wyobrażającym nieśmiertelność, tak jak w archaicznych przekazach wino było zawsze uważane za symbol młodości i wiecznego życia. W Nowym Testamencie wino jawi się przede wszystkim jako jedna z materii Ostatniej Wieczerzy i Eucharystii. Można stąd wyciągnąć wniosek, że wino nie tylko jest napojem gaszącym pragnienie i rozweselającym serce człowieka, lecz także staje się podstawą duchowo-zdrowego stylu życia.

Słowa kluczowe

Stary Testament, Nowy Testament, wino, pascha, Ostatnia Wieczerza.

Abstract

The subject of this study will be an analysis of these ancient texts, including the Old and New Testaments, in which wine is discussed. A method of contextual analysis of literary text in general and biblical texts in particular will be used. Closer analysis of these texts shows that wine used in moderation strengthens and stimulates. The Book of Wisdom of Syrach says: “Wine gives life if drunk in moderation. What is life worth without wine? It came into being to make people happy. Drunk at the right time and in the right amount, wine makes for a glad heart and a cheerful mind” (Sir 31:27-28; see also Prov. 31:6-7). Pagans who worshiped the divine forces of nature also considered the excitement and cheering of the wine divine. The Greeks worshiped in Dionysus (Bacchus), the god of vine growing, as if a savior who frees him from worries and gives life joy. In the ancient East, the vine was identified with

¹ E-mail: gimel@poczta.onet.pl

the “herb of life”, and the Sumerian sign of “life” was originally a grape leaf. The grapevine is a floral motif representing immortality, just as in archaic messages wine was always considered a symbol of youth and eternal life. In the New Testament, wine is made primarily as one of the matter of the Last Supper and the Eucharist. From this it can be concluded that wine is not only a thirst quenching drink and cheering up the human heart, but also becomes the basis for a spiritually healthy lifestyle.

Keywords

Old Testament, New Testament, wine, Passover, Last Supper

JEL: I

Bujny rozwój winnej latorośli sprawia, że wino otrzymywane z winogron uprawianych w ciepłych krajach jest o wiele mocniejsze, słodsze i bardziej aromatyczne niż to, które uzyskuje się z winogron uprawianych w naszym klimacie. Używane z umiarem, wzmacnia i działa pobudzająco. Księga Mądrości Syracha powiada: „Wino dla ludzi jest życiem, jeżeli pić je będziesz w miarę [...]. Zadowolenie serca i radość duszy daje wino pite w swoim czasie i z umiarkowaniem” (Syr 31,27-28; por. Prz 31,6-7). Poganie, którzy oddawali cześć boskim siłom natury, uważali również podniecające i rozweselające działanie wina za boskie. Grecy czcili w Dionizosie (Bachus), bogu uprawy winnej latorośli, jakby wybawiciela, który uwalnia od trosk i obdarza radością życia. Na starożytnym Wschodzie krzew winny utożsamiano z „ziołem życia”, a sumeryjskim znakiem „życia” był pierwotnie liść winogronowy. Krzew winogronowy jest roślinnym motywem wyobrażającym nieśmiertelność, tak jak w archaicznych przekazach wino było zawsze uważane za symbol młodości i wiecznego życia².

Wino było również symbolem życia osiadłego. Hodowla wina była często otwarciem drogi do osiadłego życia rolniczego. Jonadab, chcąc ochronić Rekabitów przed tymi nowinkami, przykazał im: „Nie będziecie pili wina na wieki ani wy, ani wasi synowie. Nie będziecie budować domu, nie będziecie siał, nie będziecie sadzić winnicy ani jej posiadać, lecz będziecie mieszkać w namiotach przez całe życie, abyście długo żyli na ziemi, na której jesteście wędrowcami” (por. Jr 35,1-10)³.

Wino jest także symbolem radości życia. Ludzie i bogowie (w Biblii chodzi o istoty zbliżone do Boga, czyli o aniołów) rozweselają się winem (Sdz 9,13). Sam Bóg stworzył wino, „które rozwesela serce człowieka” (Ps 104,15). Wybrańcy Boga będą jak olbrzymy, „a ich serca uradują się, jakby pili wino” (Za 10,7). Kiedy Pan daje spragnionym nie tylko wodę, lecz także wino, i to „całkiem bezpłatnie” (Iz 55,1), to znaczy, że obdarza ich nie tylko życiem, lecz także radością. Wino staje się również symbolem darów

² Por. D. Forstner, *Świat symboliki chrześcijańskiej*, przeł. W. Zakrzewska, P. Pachciarek, R. Turzyński, Pax, Warszawa 1990, s. 181.

³ Por. W. Kopaliński, *Słownik symboli*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1990, s. 465.

duchowych. I tak np. mądrość Boża „namieszała wina i stół zastawia” (Prz 9,2). Mesjańskiego znaczenia nabrało z czasem błogosławieństwo wypowiedziane przez Jakuba nad jego synem Judą: „Przywiąże on swego osiołka w winnicy i źrebię osłe u winnych latorośli. W winie prac będzie swoją odzież i w krwi winogron – swoją szatę” (Rdz 49,11). Przyszła uczta eschatologiczna będzie się odbywać przy użyciu najwyborniejszego i najczystszejszego wina (Iz 25,6)⁴.

Winnice stanowiły w Palestynie o dobrobycie każdej rodziny. Wielokrotnie święte księgi Starego Testamentu mówią o spokojnym życiu „pod własnym krzewem winnym i figą” jako błogosławieństwie Bożym, którym cieszy się każdy Izraelita zachowujący Prawo. Winnice troskliwie uprawiano, strzeżono ich, otaczano murem, wznoszono w nich też wieże strażnicze i budowano tłocznie. Taka zadbana plantacja winnej latorośli była również symbolem ludu wybranego, który jako „winnica wybrana” mógł doświadczyć najtroskliwszej opieki za strony miłującego Boga, jednakże okazał się jej niegodny (por. Iz 5,1-7; 27,2-6; Ez 15,2-8; Oz 10,1; Mk 12,1-12)⁵.

Biorąc pod uwagę tę bogatą symbolikę wina, możemy się domyślać, że wtedy, kiedy w Biblii czytamy na jego temat, to nie chodzi tylko o „zwykłe” spożycie napoju alkoholowego. Niech będzie nam wolno zatrzymać się jeszcze nad zagadnieniami obecności wina w czasie uczty paschalnej oraz nad postrzeganiem wina w Nowym Testamencie. Sięgając do różnych fragmentów Biblii, chcemy odpowiedzieć na kilka pytań. Po pierwsze: Jak prezentuje się symbolika wina w Biblii? Po drugie: Czy chrześcijanin, spożywając wino, pozostaje wierny nauczaniu Biblii w tej kwestii?⁶ Po trzecie: Czy można mówić o szerszym, metaforycznym, a wręcz mistycznym znaczeniu spożywania wina?

1. Wino w czasie uczty paschalnej⁷

Od dawien dawna wino było koniecznym napojem wchodzącym w skład uczty paschalnej. Po raz pierwszy wymienia je w związku z nią Księga Jubileuszów 4,6 i to jako bardzo dawny zwyczaj.

⁴ Por. M. Lurker, *Słownik obrazów i symboli biblijnych*, hasło: *wino*, przeł. K. Romaniuk, Pallottinum, Poznań 1989, s. 266.

⁵ Por. D. Forstner, *op. cit.*, s. 182.

⁶ Podobne pytania stawiali autorzy na przykład następujących opracowań: K.L. Gentry, *The Bible and the Question of Alcoholic Beverages*, „Criswell Theological Review” 2008, vol. 5, no. 2, s. 39-51; R. Land, B. Duke, *The Christian and Alcohol*, „Criswell Theological Review” 2008, vol. 5, no. 2, s. 19-38; T.E. Phillips, ‘Will the Wise Person Get Drunk?’ *The Background of the Human Wisdom in Luke 7:35 and Matthew 11:19*, „Journal of Biblical Literature” 2008, vol. 127, no. 2, s. 385-396.

⁷ Opracowanie za: J. Drozd, *Ostatnia Wieczerza Nową Paschą* (Attende Lectioni 4), Księgarnia św. Jacka, Katowice 1977, s. 38-44 i s. 61-62. Zob. jednak też D.B. Carmichael, *David Daube on the Eucharist and the Passover Seder*, „Journal for the Study of the New Testament” 1991, vol. 13, no. 42, s. 45-67.

W poglądach izraelskich i judaistycznych wino uchodziło za symbol wielu rzeczywistości, a mianowicie: było symbolem kraju jako dziedzictwa danego Izraelitom przez Boga, było wyrazem błogosławieństwa i licznych dobrodziejstw; owszem, sam Izrael, jak już wspomnieliśmy wyżej, był nazywany przez proroków winnicą Jahwe (Iz 5,7; Oz 10,1; Ps 80,9).

Podczas uczty paschalnej wypijano zasadniczo cztery kielichy wina. Pierwszy na samym początku. Drugi przed rytualnym pytaniem najmłodszego chłopca w rodzinie: „Dlaczego ta noc różni się od wszystkich innych nocy?” i przed Haggadą (opowiadaniem o wyjściu Izraelitów z niewoli egipskiej) oraz pierwszą częścią Hallelu (pieśni dziękczynnych na cześć Boga). Trzeci – „kielich błogosławieństwa”, nad którym prowadzący odmawiał cztery błogosławieństwa: „Następnie przewodniczący siadał na swoim dywanie, brał do obydwu rąk kielich z winem, podnosił go na szerokość dłoni ponad stół, a następnie trzymając go w prawej ręce, tak by jej nie dotykała lewa ręka, odmawiał modlitwy dziękczynne [...]. W pierwszej modlitwie uwielbiano Boga za to, że karmi On swoją dobrocią cały świat; druga wyrażała wdzięczność Bogu za to, że dał Izraelowi ziemię obiecaną, za przymierze płynące z obrzezania oraz za Prawo; trzecia wyrażała prośbę o miłosierdzie nad Izraelem i nad Jerozolimą, a czwarta uwielbiała Boga za wszelkie dary. Na zakończenie przewodniczący zwracał się do biesiadników, by razem z nim wszyscy odpowiedzieli «Amen»”⁸. Po odmówieniu tych modlitw przewodniczący wymawiał jeszcze zwykle błogosławieństwo nad kielichem, upijał z niego nieco wina i podawał go współbiesiadnikom, gdyż kielich błogosławieństwa był jeden dla wszystkich. Czwarty kielich był wypijany na samym końcu uczty paschalnej, po drugiej części Hallelu, która następowała po wychyleniu „kielicha błogosławieństwa”.

Różnie była wyjaśniana symbolika tych czterech kielichów. Jedni wyjaśniali ich znaczenie następującymi słowami księgi Wyjścia: „Przeto powiedz synom izraelskim: Ja jestem Jahwe. Uwolnię was od jarzma egipskiego i wybawię was z niewoli, i wyswobodzę was wyciągniętym ramieniem i przez surowe kary. I wezmę sobie was za mój lud...” (Wj 6,6n). Każdy z kielichów miał być upamiętnieniem jednego z występujących w tym zdaniu czasowników: uwolnię, wybawię, wyswobodzę, wezmę (por. Pes 10,37b,61). Inni upatrywali w nich upamiętnienie kielichów zemsty, którymi Bóg napoił narody:

- „Weź z mojej ręki ten kielich pieniącego się wina i daj go pić wszystkim narodom, do których cię pošlę” (Jr 25,15);
- „Puchar złoty – Babilon w ręce Jahwe, co całą ziemię upajał” (Jr 51,7);
- „Bo w rękę Pana jest kielich, co pieni się winem, pełen wina przyprawnego” (Ps 74,9);

⁸ J. Drozd, *op. cit.*, s. 44.

- „Usta jego pełne są przekleństwa, zdrady i podstępem, na języku ma słowa morderstwa i udręki” (Ps 10,7).

Kielichy te więc były wyrazem wdzięczności wobec Jahwe za ocalenie i uznanie dla Jego wszechwładnej opieki nad narodem.

Niektórzy uczeni żydowscy, zastanawiając się nad symboliką tych czterech kielichów, wydobywali ich sens mesjański. W jednym z targumów⁹ do hallelowego Ps 116(B),13 czytamy: „Kielich zbawienia podniosę w nadchodzącym czasie”, tj. czasach mesjańskich. Jeden z późniejszych midraszów¹⁰ tłumaczy te słowa w ten sposób, że w czasach ostatecznych Dawidowy Mesjasz, jako jedynie godny, wymówi podczas uczty mesjańskiej w tych czasach błogosławieństwo nad kielichem (*Pes* 119b). W tym samym tonie Chrystus obiecuje, że On jako „Syn Dawida” (Mt 21,9) i „prawdziwy krzew winny” (J 15,1), będzie pił kielich „nowy” w królestwie Ojca (Mt 26,29 i paralelne).

2. Wino w Nowym Testamencie

Ho oinos w Nowym Testamencie występuje 34 razy. Z tego 14 razy w Ewangeliach synoptycznych, 6 razy w Ewangelii według św. Jana i 5 razy w *Corpus Paulinum* oraz 8 razy w Apokalipsie.

Pierwszy cud, którego Jezus dokonał, polegał na przemianie wody w wino podczas wesela w Kanie Galilejskiej (J 2,3-10), co miało stanowić aluzję do szczęścia i pełni błogosławieństwa związanego ze zbliżającym się królestwem Bożym¹¹. Miłosierny Samarytanin oliwą i winem opatrzył rany człowieka, który wpadł w ręce zbójców (Łk 10,34).

⁹ **Targum** (hebr.: „przekład”) – tłumaczenia ST na język aramejski, poszerzone o sporadyczne wyjaśnienia i budujące aluzje, wprowadzone dla lepszego zrozumienia ST. Targum pozwala dobrze poznać również środowisko, w jakim powstawał ST. Do głównych targumów należą:

1. **targum qumrański, obejmujący fragmenty z Kpl i Hi;**
2. **targum Onkelosa – przekład Pięcioksięgu powstały w formie ustnej w Palestynie, a ok. 500 r. po Chr. zredagowany na piśmie w Babilonii;**
3. **targum jerozolimski – przekład Pięcioksięgu;**
4. **targum Jonatana – przekład ksiąg prorockich;**
5. **targum pseudo-Jonatana – składa się przeważnie z targumu Onkelosa i targumu jerozolimskiego;**
6. **targum do Hi, Prz i Ps: H. Langkammer, Mały słownik biblijny, Wrocław 1995, hasło: targum, s. 238.**

¹⁰ **Midrasz** – rabinacka metoda wyjaśniania Pisma Świętego, polegająca na dostosowaniu do aktualnych warunków życia komentowaniu poszczególnych ksiąg lub tylko niektórych wydarzeń w nich opisanych. Istniały dwa rodzaje wyjaśnień: *halacha* i *haggada*. *Halacha* – to prawniczy wykład Pisma Świętego. Zbiorami przepisów halachy są *Miszna* i *Tošefta*. *Haggada* – to wyjaśnienie tekstu biblijnego z punktu widzenia religijno-moralnego: H. Langkammer, *op. cit.*, hasło: *midrasz*, s. 161.

¹¹ Por. H. Förster, *Die Perikope von der Hochzeit zu Kana (Joh 2:1-11) im Kontext der Spätantike, „Novum Testamentum”* 2013, vol. 55, no.2, s. 109-111; zob. też W. Eisele, *Jesus und Dionysos. Göttliche Konkurrenz bei der Hochzeit zu Kana (Joh 2,1-11)*, „Zeitschrift für die Neutestamentliche Wissenschaft und die Kunde der Älteren Kirche” 2009, vol. 100, no. 1, s. 1-28.

W paralelnym tekście Marka (Mk 12,34) przypowieść o miłosiernym Samarytaninie pozostaje w wyraźnym związku z tematem królestwa Bożego. Oliwa występuje obok wina także w wielu innych miejscach. Przypisywane im właściwości lecznicze posiadają charakter nie tylko ziemski, lecz także nadprzyrodzony. Dlatego apokaliptyczny jeździec na czarnym rumaku, posłany przez Boga, żeby szkodzić ziemi, otrzymuje taki rozkaz: „A nie krzywdź oliwy i wina!” (Ap 6, 6). Biblijna symbolika wina osiąga punkt szczytowy w słowach, które Jezus wypowiedział podczas Ostatniej Wieczerzy, kiedy podał swoim uczniom kielich: „Pijcie z niego wszyscy, bo to jest moja Krew Przymierza, która za wielu będzie wylana na odpuszczenie grzechów” (Mt 26,27-28).

Justyn Męczennik dopatruje się w błogosławieństwie wypowiedzianym przez Jakuba nad Judą aluzji do Chrystusa, którego krew obmyje wszystkich wierzących w Niego. Jak w starotestamentalnych pieśniach śpiewanych przy winobranii dochodzi do głosu miłość Boga względem narodu wybranego, tak też wino, podawane w błogosławionym kielichu Eucharystii, staje się symbolem oblubieńczego związku między Chrystusem a Jego Kościołem. Chleb i wino na ołtarzu – to tajemnica zjednoczenia z Chrystusem. Niektórzy Ojcowie Kościoła – np. Ireneusz – w liturgicznym zmieszaniu wina z wodą widzą symbol zjednoczenia Bóstwa z człowieczeństwem w Jezusie. Woda zmieszana z winem to – według niektórych – także woda i krew, wypływające z boku Chrystusa. W języku mistyków odurzenie winem jest obrazem napełnienia człowieka miłością Bożą i zjednoczenia z Bogiem. Matylda z Magdeburga mówi o wejściu do komnaty z winem: „oblubienica będzie pić patrząc na rozpromienione oblicze”¹².

Ojcowie Kościoła odnoszą winnicę, o której wspominają Pisma i Prorocy, którą opiewa Pieśń nad Pieśniami, do Kościoła. W teologicznych rozważaniach rozwijają porównanie Pana przekazane w Czwartej Ewangelii (15,1-11). W gronie krzewu winnego wiszącym na drągu, niesionym przez wysłanników do Ziemi Obiecanej (por. Lb 13,26 wraz z charakterystyczną symboliką), rozpoznają symbol Zbawiciela wiszącego na krzyżu. Biorąc pod uwagę tok rozumowania w Dz 2,15-18 i w Ef 5,18, Ojcowie Kościoła dostrzegają w winie zarówno żar Ducha Świętego, jak i obraz jedności, który św. Augustyn w ten sposób przedstawia w jednym ze swych kazań: „Bracia, przypomnijcie sobie, jak powstaje wino. Na gałązce winnej wisi wiele gron, lecz ich sok zlewany jest razem. Tak też przedstawił nas przenośnie Pan; chciał, żebyśmy do Niego należeli. Na swoim stole ofiarnym uświęcił misterium pokoju i naszej jedności”¹³.

¹² Por. M. Lurker, *op. cit.*, hasło: *wino*, 267-268.

¹³ *Sermones* 272; PL. 38, 1248. Kościół pierwotny często – jak dowodzi J. Daniélou (por. *Les symboles chrétiens primitifs*, Sagesses, Paris 1961, rozdz. 33) – posługuje się obrazem plantacji (gr. *fyteia*) celem wyrażenia swej istoty. *Fyteia* jest pojęciem ogólnym, które oznacza wielość różnych roślin. Pan każdego, którego powołuje, zasadza mocą chrztu w swoim ogrodzie, dlatego nazwę *neofytai* (nowo zasadzeni, neofici) stosuje się do nowo ochrzczonych. Plantacja Boża raz okazuje się rajem, a innym razem winnicą.

Sztuka od najdawniejszych czasów wykorzystuje motywy winnej latorośli, winogron i przedstawia sceny winobrania; nie tylko w cyklach symboli pór roku, w których wyobrażają jesień, lecz także niezależnie od nich jako samoistne elementy dekoracyjne. Często winne latorośle wypełniają całe powierzchnie ścian, jak np. w mauzoleum Konstancji w Rzymie (IV w.).

Podczas najnowszych prac archeologicznych prowadzonych przy grobie św. Piotra odkryto, oprócz grobów pogańskich, także grób chrześcijański. Zidentyfikowano go jako chrześcijański na podstawie motywu Dobrego Pasterza i ryby. Całe sklepienie tego małego pomieszczenia, o częściowo dobrze jeszcze zachowanej mozaice, pokrywają pędy winnej latorośli na złotym tle. Dionizyjskie wyobrażenie szczęśliwości zostało schryścianizowane i stało się symbolem niebieskiej rozkoszy. Bardzo często spotyka się motyw winnych latorośli wyrastających z kielicha albo z kantharosa¹⁴. Ptaki, najczęściej gołębie albo pawie, dziobią winne jagody. Tego rodzaju kompozycje zarówno wyobrażają Eucharystię, jak i niebiański posiłek, którym pokrzepiają się dusze tu, na ziemi, w czasie świętej Uczty ofiarnej i którym będą się także krzepić w błogosławionej wieczności. Te obydwa znaczenia łączy ze sobą Chrystus, kiedy w czasie świętej Wieczery do słów ustanowienia Eucharystii zaraz dodaje słowa: „Lecz powiadam wam: Odtąd nie będę już pił napoju z tego owocu winnego krzewu aż do owego dnia, kiedy pić go będę z wami, nowy, w królestwie Ojca mego” (Mt 26,29).

Podwójny sens ma także winogrono przyniesione z Ziemi Obiecanej przez wysłanników. Często przedstawia się je na sarkofagach starochrześcijańskich; jest widomym znakiem prawdziwej Ziemi Obiecanej, do której dotarł zmarły. Tu spotyka Chrystusa, który kiedyś wyciągnął swoje ramiona, niby pędy winne, na drzewie krzyża i ofiarował się światu jak ów wielki owoc, który zawiera wszelką słodycz (Nicetas z Akwilei).

Także w średniowiecznych cyklach biblijnych pojawia się motyw tego Cudownego Grona Ziemi Obiecanej. Przykładem może być sławny „Ołtarz z Verdun” w klasztorze w Klosterneuburg, emalia z XII w. Na obrazie widnieje napis: „Vecte crucis lignum, botro Christi lege signum”.

Zarówno ze względu na głębokie znaczenie, jak i z racji walorów dekoracyjnych pędy winnej latorośli i winogrona jeszcze dzisiaj są ulubionym motywem w sztuce kościelnej. Od średniowiecza dominuje ich eucharystyczny sens¹⁵.

¹⁴ W starożytnej Grecji naczynie zbliżone kształtem do kielicha, ale zwykle z dwoma uchami, służące do oczywiście do picia.

¹⁵ Por. D. Forstner, *op. cit.*, 182-183.

3. Podsumowanie

Z powodu swojego koloru i przez odniesienie do sposobu pozyskania go z „limfy witalnej” krzewu winnego, wino często było uważane za eliksir długiego życia oraz napój nieśmiertelności. Tak rozumiana była jego symbolika zarówno wśród Greków, jak i wśród ludów semickich. Według tradycji biblijnej wino jest symbolem radości i bogactwa darów pochodzących od Boga (por. Ps 104,15; Prz 9,5). Jeśli do tego dodamy jeszcze dość jasną w chrześcijaństwie symbolikę wina w celebracji eucharystycznej, to jawi się nam ono nie tylko jako zwykły napój rozweselający serca, lecz otrzymuje znaczenie sakralne i znaczne głębsze, przez transsubstancjację w krew Zbawiciela (por. Mt 26,28; Mk 14,24; Łk 22,20; 1Kor 11,25)¹⁶.

Bibliografia

- Carmichael D.B., *David Daube on the Eucharist and the Passover Seder*, „Journal for the Study of the New Testament” 1991, vol. 13, no. 42, s. 45-67.
- Daniélou J., *Les symboles chrétiens primitifs*, Sagesses, Paris 1961.
- Drozd J., *Ostatnia Wieczerza Nową Paschą* (Attende Lectioni 4), Księgarnia św. Jacka, Katowice 1977.
- Eisele W., *Jesus und Dionysos. Göttliche Konkurrenz bei der Hochzeit zu Kana (Joh 2,1-11)*, „Zeitschrift für die Neutestamentliche Wissenschaft und die Kunde der Älteren Kirche” 2009, vol. 100, no. 1, s. 1-28.
- Förster H., *Die Perikope von der Hochzeit zu Kana (Joh 2:1-11) im Kontext der Spätantike*, „Novum Testamentum” 2013, vol. 55, no. 2, s. 103-126.
- Forstner D., *Świat symboliki chrześcijańskiej*, przeł. W. Zakrzewska, P. Pachciarek, R. Turzyński, Pax, Warszawa 1990.
- Gentry K.L., *The Bible and the Question of Alcoholic Beverages*, „Criswell Theological Review” 2008, vol. 5, no. 2, s. 39-51.
- Kopaliński W., *Słownik symboli*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1990.
- Land R., Duke B., *The Christian and Alcohol*, „Criswell Theological Review” 2008, vol. 5, no. 2, s. 19-38.
- Langkammer H., *Mały słownik biblijny*, Wydawnictwo św. Antoniego, Wrocław 1995.
- Lurker M., *Słownik obrazów i symboli biblijnych*, tłum. K. Romaniuk, Pallottinum, Poznań 1989.
- Phillips T.E., ‘Will the Wise Person Get Drunk?’ *The Background of the Human Wisdom in Luke 7:35 and Matthew 11:19*, „Journal of Biblical Literature” 2008, vol. 127, no. 2, s. 385-396.
- Simboli*, trad. E. Zacchetti, Piemme, Casale Monferrato 1997

¹⁶ Por. *Simboli*, trad. E. Zacchetti, Piemme, Casale Monferrato 1997, s. 261.

Pszczoly i ich produkty na usługach zdrowia ludzi

Bees and their products in human health services

Henryk Mruk

Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu

ORCID: [0000-0003-4518-2605](https://orcid.org/0000-0003-4518-2605)

Streszczenie

Pszczoly są związane z całym ekosystemem, zapylając kwiaty. Ich praca przekłada się na plony uzyskiwane z drzew oraz upraw. Dostarczają także wielu produktów, które ludzie stosują w codziennym życiu. Miód stanowi źródło cukrów prostych, witamin, soli mineralnych. Jad pszczeleli jest wykorzystywany w leczeniu chorób reumatycznych. Propolisu używa się w przypadku stanów zapalnych oraz drobnych ran i grzybic. Mleczko pszczele zawiera życiodajną witaminę E. Miody pitne pozwalają na budowanie relacji towarzyskich. Figurki z wosku wzbogacają sferę doznań artystycznych. Obserwacja społeczności pszczół może być inspiracją do budowania partnerstwa oraz relacji w komunikacji międzyludzkiej.

Słowa kluczowe

zdrowie, produkty pszczele, miód

Abstract

Bees are associated with the entire ecosystem by pollinating flowers. Their work translates into obtained crops from trees and plants. They also provide many products that people use in everyday life. Honey provides people with simple sugars, vitamins, and mineral salts. Bee venom is used to treat rheumatic diseases. Propolis is used for inflammation and minor wounds and mycoses. Royal jelly provides life-giving vitamin E. Meads allow you to build social relationships. Wax figurines enrich the sphere of artistic sensations. Observation of the bee community can be an inspiration to build partnership and relationships in interpersonal communication.

Keywords

health, bee products, honey

JEL: Q29, P46, M31

Ludzie, jako naczelnie najefektywniej wykorzystujące swoje mózgi, od najdawniejszych lat podejmowali wysiłki na rzecz zachowywania oraz poprawiania stanu własnego zdrowia. Prawie pół tysiąca lat przed nową erą Hipokrates na wyspie Kos tworzył podwaliny pod rozwój nauk medycznych. Podkreślał znaczenie wody, słońca,

powietrza oraz żywności w racjonalizowaniu podejścia ludzi do zarządzania własnym zdrowiem. W miarę upływu lat czynniki naturalne były wzbogacane preparatami chemicznymi, technologicznymi oraz biologicznymi. Za właściwe można uznać całościowe spoglądanie na pielęgnowanie zdrowia przez każdego człowieka. Obok wolności podstawą właściwego funkcjonowania pojedynczych osób oraz społeczeństw jest odpowiedzialność. Niezależnie od wiedzy oraz umiejętności lekarzy, każda osoba może we własnym zakresie korzystać z darów natury. W ich bogactwie są także pszczoły oraz wytwarzane przez nie produkty.

Celem rozważań jest analiza związków pszczół oraz wytwarzanych przez nie produktów pod kątem wspierania zdrowia ludzi, a także budowania harmonijnych relacji z naturą, z bliskimi w domu, w pracy, w społeczności lokalnej, a szczególnie z rodzinami pszczelimi. Rozważania będą bazowały na wiedzy dotyczącej psychologii zachowań konsumentów oraz znajomości świata pszczół i rynku produktów pszczelich. Metodyka rozważań wyrasta z analizy logicznej, krytycznego oglądu rzeczywistości oraz wnioskowania. Punktem odniesienia jest literatura przedmiotu, posiadana wiedza, obserwacje, rozmowy z konsumentami, producentami, dystrybutorami oraz doświadczenia. W opracowaniu są także wykorzystane informacje statystyczne, pochodzące w głównej mierze ze stron Głównego Urzędu Statystycznego. Rozważania mają charakter teoretyczny, łączący wiedzę z zakresu psychologii konsumenta oraz świata pszczół. Spoivem dla całości rozważań jest tematyka zdrowia oraz budowania świata opartego na harmonii człowieka z naturą, a szczególnie z pszczołami.

Współzależność świata ludzi i pszczół

W XXI wieku nieco inaczej można spojrzeć na zapis w księdze Genesis o czynieniu przez ludzi ziemi poddanej sobie. Wobec ocieplenia klimatu, zanieczyszczenia środowiska, za właściwe należy uznać przyjęcie paradygmatu, że ludzie są elementem ekosystemu, że należą oni do ziemi, do świata przyrody. Jednym z elementów tej współzależności są ludzie i pszczoły. Ludzie powinni żyć i działać w przekonaniu, że nie należy się rozwijać kosztem innych gatunków. Nie mamy wiedzy, na ile będziemy mogli zapewnić przyszłość kolejnym generacjom, jeśli egoistycznie potraktujemy całe zasoby planety. Obydwa gatunki żyły pewnie niezależnie, aż ludzie odkryli, że w dziuplach, na drzewach można znaleźć miód zbierany przez pszczoły. Tak narodziło się bartnictwo, czyli zajęcie człowieka polegające na wspinaniu się na drzewa i zabieraniu pszczołom miodu, efektu ich pracy. Człowiek, obdarzony rozumem, zauważył z czasem, że można ustawić na łące część drzewa z dziupłą, a wówczas nie trzeba się wspinać, aby mieć dostęp do miodu. Myśląc kreatywnie oraz innowacyjnie, człowiek sam budował różne

pomieszczenia dla pszczół – z drewna albo ze słomy (tzw. kószki). Z czasem ludzie zauważyli, że zawdzięczają pszczołom znacznie więcej niż tylko pozyskiwanie miodu. Najważniejsza ich praca dotyczy zapylania roślin. Przenosząc ziarna pyłku z kwiatu na kwiat, pszczoły przyczyniają się do zwiększenia produkcji nasion, a tym samym wpływają na wzrost produktywności rolnictwa oraz sadownictwa, także ogrodnictwa. Doceniając znaczenie pszczół dla ludzi i przyrody, ustanowiono dzień 20 maja dniem pszczół. W trosce o harmonię świata są utrzymywane nieużytki, pasy oddzielające pola, aby pszczoły mogły korzystać z różnych roślin. Budując autostrady, człowiek tworzy tunele, aby zwierzęta mogły się bezpiecznie przemieszczać. Podobnie należy myśleć także o warunkach życia dla pszczół. Monokultury nie będą dla nich przyjaznym rozwiązaniem. Stąd troska o zachowanie pasów oddzielających pola uprawne, o sadzenie drzew, krzewów, jako siedlisk dla zwierząt i owadów.

Na początek można spojrzeć na liczbę ludności oraz pszczół w Polsce. W 2018 roku ludność Polski liczyła 38,1 mln osób oraz ponad 14 mln gospodarstw domowych. W 2017 roku było w Polsce około 1,55 mln rodzin pszczelich. Na 1 kilometr kwadratowy przypadało 5 rodzin pszczelich. Pasieki były prowadzone przez 70 311 podmiotów (pojedyncze osoby, gospodarstwa domowe, rolne, specjalistyczne gospodarstwa pasieczne, organizacje, przedsiębiorstwa). Pszczelarstwo w Polsce jest rozdrobnione. Pasieki liczące mniej niż 20 pni stanowiły w 2017 roku około 30% całości (500 tys. pni). Około 200 tysięcy pni było w posiadaniu podmiotów mających 80 pni albo więcej. Średnia liczba pni przypadających na 1 pasiekę wynosiła 23 rodziny pszczele. Podobnie jest w Polsce w branży sklepów detalicznych – dominują podmioty małe. Ponad 61% pasiek jest prowadzonych przez pszczelarzy w wieku powyżej 51 lat. Liczba pni oraz pasiek zmienia się corocznie z uwagi na warunki panujące zimą, a także działania człowieka. Dotyczy to rolnictwa oraz sadownictwa, w związku ze stosowaniem środków ochrony roślin. Pogłowie pszczół zależy także od chorób pszczół oraz warunków klimatycznych. Wszystko to wpływa na produkcję miodu, która podlega wahaniom (od 10 do 20 tys. ton rocznie). W 2017 roku produkcja miodu w Polsce wyniosła 15,2 tys. ton, co daje 13,5 kg miodu z jednej rodziny pszczelej¹. W gospodarstwach pasiecznych (tzw. towarowe, specjalistyczne) ta średnia była wyższa i wynosiła 23 kg z jednej rodziny. Cena hurtowa miodu oscylowała w 2017 r. w przedziale od 11 do 12,5 zł za kilogram miodu wielokwiatowego i rzepakowego. Miody odmianowe (akacjowy, lipowy, spadziowy, gryczany) osiągały ceny na poziomie 17 zł (spadź iglasta – 26 zł za 1 kg, wrzosowy – 40 zł za 1 kg). W tym przypadku rzadkość (ograniczenie w podaży) wpływała na poziom cen. Ceny miodu sprzedawanego bezpośrednio w pasiekach kształtują się na poziomie 23-25 zł za

¹ P. Semkiw i in., *Sektor pszczelarski w Polsce w 2018 roku*, Instytut Ogrodnictwa, Zakład Pszczelnictwa w Puławach, Puławy 2018.

1 kg miodu rzepakowego i wielokwiatowego. Interesujące jest, że w 2016 roku Polska eksportowała miód w ilości 14,8 tys. ton oraz importowała 24,4 tys. ton miodu. Wynika to z tego, że miody z Polski osiągają wysokie ceny na rynku światowym. Miody importowane z Chin czy Argentyny uzyskują niższe ceny. Wracając do znaczenia pszczół dla gospodarki, szacuje się, że wartość ich pracy jako zapylaczek jest szacowana na 4 mld zł. Populacja pszczół w 2017 roku była szacowana na 60 mld owadów.

Produkty pszczele

Pszczoly są szczególnym ogniwem w łańcuchu wiążącym zasoby naturalne ze zdrowiem i życiem człowieka. Kwiaty stosują znane z marketingu zachęty, aby zwabić pszczołę do siebie. Kolorowe płatki, zapach oraz kropla nektaru na dnie kielicha kwiatowego jako gratis wabią pszczoły. Sięgając po nektar, zbierają ziarenka pyłku i przenoszą je na inne kwiaty, pełniąc w ten sposób funkcję zapylaczek. Same jednak również wykorzystują pyłek do karmienia swego potomstwa, kiedy ze złożonych przez królową jajek wyklują się larwy, które następnie stają się poczwarkami i dorosłymi osobnikami. Na nogach pszczoła ma grzebienie i koszyki, do których zgarnia ze swego ciała ziarna pyłku. Z takim ładunkiem wraca do ula. A jest to znaczący ładunek. Nektar w wolu, w magazynie wewnętrznym, oraz pyłek na nogach. Można ją porównać do samolotu transportowego z dużym ładunkiem. Nektar i pyłek są składane w ulu, w komórkach z wosku, także produkowanego przez pszczoły. Pyłek jest w nich ubijany głowami pszczół, a nektar odparowywany z wody. Kiedy uzyska właściwą konsystencję, jest zamykany woskiem od góry. Aby pszczelarz mógł odebrać pszczołom dojrzały miód, odklepie warstwę wosku odpowiednimi narzędziami. O ile miód i pyłek pszczoły uzyskują z kwiatów oraz z liści drzew, o tyle wosk produkują same. Na podbrzuszu mają gruczoły woskowe. Wieszają się ciasno w ulu, podnoszą temperaturę w zbitym kłębie i wówczas wypacają blaszki woskowe. Żuwaczkami formują je w kształt plastra, składającego się z sześciokątnych komórek. To w nich magazynowany jest miód i pyłek, to w nich królowa składa jajka, z których, po 21 dniach, wygryzają się młode pszczoły. Od razu przystępują do pracy i tak na pełnieniu różnych funkcji mija im sześć tygodni życia – od prac porządkowych, przez karmienie larw, aż do zbierania nektaru. Poza woskiem pszczoły wytwarzają także jad, który wykorzystują do obrony gniazda. Człowiek znalazł także zastosowanie dla jadu, który pozyskuje od pszczół i wykorzystuje we własnych celach. Pszczoły również zbierają w naturze substancje z liści, drzew, które służą im do uszczelniania gniazda. Są one nazywane propolisem albo kitem pszczelim. Człowiek odkrył właściwości bakteriobójcze propolisu i także wykorzystuje ten produkt pszczół do wspomagania własnego zdrowia. Na wczesnym etapie rozwoju czerwie (larwy pszczoły) są

karmione mleczkiem pszczelim. Jest to wydzielina gruczołów pszczoł karmicielek, bogata w witaminę E. Również w tym przypadku ludzie znaleźli sposób odbierania pszczołom mleczka i wykorzystywania dla własnych potrzeb żywieniowych albo kosmetycznych. Wymienione tutaj produkty pszczele są wykorzystywane także do tworzenia wielu innych wyrobów, produkowanych w innych branżach.

Niezależnie od przedstawionych informacji ogólnych, w różnorodnych placówkach związanych z pszczelnictwem, żywnością, zdrowiem medycyną, są prowadzone specjalistyczne badania dotyczące wielu szczegółowych zagadnień. W celu poszerzenia wiedzy w odpowiednich przypadkach chorób, alergii, diet, należy szukać kontaktów z podmiotami, które mają profesjonalną wiedzę z tego zakresu. W odniesieniu do niniejszych rozważań spoglądamy na związki między zdrowiem ludzi, jakością ich życia a produktami pszczelimi, a przede wszystkim spożywaniem miodu.

Konsumpcja miodu

Zanim ludzie zaczęli na masową skalę uprawiać trzcinę cukrową oraz buraki cukrowe, miód był produktem, który dostarczał cukrów człowiekowi. Był on konsumowany w niewielkich ilościach, bowiem podaż była ograniczona. Wybieranie miodu z barci umieszczonych na drzewach było trudne. Dopiero wprowadzenie gospodarki opartej na ulach ustawianych przy domach, zagrodach, umożliwiło wzrost produkcji oraz konsumpcji miodu. Jego spożycie w Polsce wynosi niespełna jeden kilogram rocznie na osobę. Nieco wyższa konsumpcja miodu jest w Niemczech czy Austrii – na poziomie około 1,4 kg na osobę rocznie. Dla porównania można podać, że spożycie cukru w Polsce wynosiło 44 kg rocznie na osobę w 2018 roku. Z badan wynika, że mózg lubi cukier, a wobec ograniczeń w zarządzaniu własną wolą przez człowieka cukier w XXI wieku zabija więcej ludzi niż proch². Zwrócenie się konsumentów w kierunku spożywania produktów bez cukru wytwarzanego przez człowieka pozwoliłoby na zmniejszenie liczby chorych oraz obniżenie kosztów leczenia. Przekonanie konsumentów do spożywania produktów naturalnych, bez dodatku cukru, jest trudne. Promowanie powrotu do natury, do spożywania miodu, może temu służyć.

Pszczoły zbierają miody z kwiatów roślin, które produkują nektar, i ten rodzaj miodu nazywany jest nektarowym. Na niektórych drzewach, w porze letniej, żerują mszyce i czerwce. Żywią się one sokiem roślin, pozyskany z liści bądź igieł. Nie trawią natomiast cukrów oraz soli mineralnych, które wydzielają na zewnątrz. Pszczoły zbierają tę słodką substancję i ten rodzaj miodu jest nazywany spadziowym. Każdy może

² S. Landes, *Bogactwo i nędza narodów. Dlaczego jedni są tak bogaci, a inni tak ubodzy*, Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza, Warszawa 2015.

tego doświadczyć, jeśli postawi w upalny dzień samochód pod drzewem i wieczorem zobaczy, że cała karoseria się klei. To właśnie drobiny spadzi, które opadły na dach samochodu. Spadź może być liściasta lub iglasta. Najwyższe ceny osiągają miody ze spadzi iglastej, z uwagi na ich rzadkość oraz skład. Góry Świętokrzyskie oraz Podkarpacie to regiony, w których pozyskuje się miody spadziowe iglaste. Najwyższe ceny uzyskują miody ze spadzi jodłowej.

Miody nektarowe mogą być wielokwiatowe oraz odmianowe. Wyższe ceny uzyskują miody odmianowe, wyższy bowiem jest koszt ich pozyskania³. Najwyższe ceny uzyskują miody wrzosowe. Wynika to z niewielkich obszarów, na których występują wrzosy, oraz późnej pory ich kwitnienia (sierpień, wrzesień). W tym czasie pszczoły powinny być przygotowywane do zimy. Pozyskiwanie miodu z wrzosów wymaga szczególnych zabiegów ze strony pszczelarza. Ponieważ miody wielokwiatowe oraz rzepakowe są najbardziej powszechne i łatwiejsze do pozyskania, stąd ich ceny są niższe.

Miody mają właściwości, które mogą służyć człowiekowi w jego wysiłkach na rzecz zarządzania własnym zdrowiem. Dostarczają one organizmowi glukozy, która jest potrzebna do życia, ale też sprawności funkcjonowania mózgu. W miodach dominują cukry proste, które łatwiej są przyswajane przez organizm (laktoza, fruktoza, maltoza). Miody nektarowe są bogate w witaminy, natomiast miody spadziowe mają większą zawartość soli mineralnych. W miodach nektarowych mogą być niewielkie ilości pyłku kwiatowego, złożonego głównie z białka. Natomiast pyłku nie ma w miodach spadziowych. A zatem osoby, które są uczulone na białko zawarte w pyłku, mogą konsumować miody spadziowe. W miodach zawarta jest inhibina, naturalny antybiotyk, tworzony przez pszczoły w procesie zbierania, przenoszenia nektaru i odparowywania z niego wody. Pszczoły przenoszą miód w ulu i w ten sposób wzbogacają go dodatkami z własnego organizmu. Temperatura w ulu, latem i zimą, wynosi około 36 stopni Celsjusza. Oznacza to, że w takiej temperaturze powinien być konsumowany miód przez człowieka. Nie należy zatem dodawać miodu do gorącej herbaty, bowiem wrzątek niszczy inhibinę, naturalny antybiotyk. Do nakładania miodu do płynów lub na chleb należy używać noży czy łyżeczek drewnianych. Miód reaguje z metalem i powoduje, że jego cząsteczki mogą przechodzić do organizmu człowieka. Zalecenie, aby pić gorącą herbatę z miodem, należy eliminować z zasad żywienia. Herbata powinna być przestudzona. Kolejna kwestia to działanie miodu. Efekty mogą się pojawić po wielu dniach czy tygodniach. Konsumpcja miodu to jedna łyżeczka dziennie. A zatem miód może działać jak herbata ziołowa. Należy konsumować systematycznie i do tego w długim okresie. Silne infekcje wymagają porady lekarza oraz stosowania leków.

³ H. Mruk, *Rynek miodu w Polsce*, IRWiU, Warszawa 1987.

W rozmowach na temat właściwości miodu funkcjonuje często fałszywe przekonanie, że miód płynny jest „prawdziwy”, natomiast miód skryształizowany (scukrzony) jest podrobiony czy fałszowany. Miody mają to do siebie, że krystalizują. Proces krystalizacji przebiega szybciej lub wolniej, w zależności od składu miodu. Najszybciej krystalizuje miód rzepakowy. Może uzyskać formę kryształów jeszcze w ulu i wówczas pszczelarz ma kłopot z jego odwirowaniem. Najpóźniej krystalizują miody akacjowe – mogą być płynne nawet dłużej niż rok. Można zamienić miód skryształizowany w formę płynną, podgrzewając go w temperaturze 85 stopni. Jednak wówczas miód traci swoje właściwości, o czym wcześniej wspomniano. Nie ma zatem uzasadnienia dla obaw, że miód skryształizowany jest sfalszowany. Osoby, które działają nieetycznie, mogą podrabiać i fałszować miód na wiele sposobów. To są jednak zachowania rzadkie.

Konsumenci mają kłopot z używaniem miodu skryształizowanego, bowiem trudno go wyjąć z naczynia. Skarżą się, że łatwiej złamać nóż, niż wyjąć miód. Aby ułatwić konsumentom spożywanie miodu, wprowadzono na rynek tzw. miody kremowane. Mają one konsystencję, którą łatwo się rozprowadza na chlebie czy dodaje do płynów. Uzyskanie miodu kremowanego następuje w drodze zastosowania technologii polegającej na kilkakrotnym przerywaniu procesu krystalizacji. Technologia ta polega na mieszaniu miodu kilkakrotnie, w odpowiednich interwałach czasowych. Po takim cyklu miód pozostaje w formie przyjaznej do użytkowania.

Poszczególne rodzaje miodów zawierają różne składniki i na tej podstawie formułowane są zalecenia dotyczące ich konsumpcji w zależności od dolegliwości danej osoby. W takich przypadkach należy konsultować się z profesjonalistami (lekarze, zielarze). Natomiast w życiu codziennym można kupować i spożywać różne gatunki miodu, stosownie do własnych upodobań bądź posiadanych dochodów.

Miód może być także konsumowany jako dodatek do innych produktów. Dla przykładu można wymienić pierniki, cukierki, batoniki. Producenci oferują różne nowe produkty, w których miód jest dodatkiem. Szczególnym przypadkiem są napoje alkoholowe, oferowane w kategorii miody pitne. Są one wytwarzane na bazie miodu, wody oraz innych dodatków. Na rynku można kupić jedynaki, półtoraki, dwójniaki, trójniaki itp. Im niższa liczba, tym wyższa cena. Jedynak jest wytwarzany w następującej proporcji: jedna część miodu na jedną część wody. W przypadku trójniaka jest to jedna część miodu na trzy części wody. To wpływa na cenę, ale też na smak. Miody pitne są słodkie i drogie, co wpływa na mniejszy popyt. Niekiedy, w warunkach domowych, miesza się miód ze spirytusem i wodą, uzyskując wódkę nazywaną miodówką.

Na rynku pojawiają się różnorodne produkty, będące połączeniem miodu z pyłkiem, z orzechami, z fragmentami plastra z miodem, zawartym w słoiku. Pszczelarze oraz organizacje mają własne, kreatywne sposoby na wzbogacanie miodu różnymi dodatkami

(np. cynamon). Miód podawany jest także w samolotach, w restauracjach, w jednorazowych opakowaniach. W ofercie można również znaleźć pyłek. Pszczelarze opanowali metody pozyskiwania pyłku od pszczół i oferują go w formie wysuszonej, zawartej w słoikach.

Pozostałe produkty pszczele

Miód, w pewnym zakresie pyłek i mleczko pszczele, to produkty wykorzystywane jako żywnościowe. Są one niekiedy, na niewielką skalę, wykorzystywane także w przemyśle kosmetycznym czy chemicznym. Natomiast pozostałe produkty, czyli wosk, jad, propolis, są wykorzystywane w różnych gałęziach przemysłu, wytwarzających produkty służące człowiekowi w obszarze jego wyglądu oraz zdrowia. Wosk ma zastosowanie w przemyśle kosmetycznym, jako dodatek do niektórych wyrobów. W szerszym zakresie jest wykorzystywany w przemyśle chemicznym, w technologii do produkcji mebli (woskowanie, polerowanie powierzchni). Wosk służy także do wytwarzania świec, których płomień i zapach mogą poprawić jakość życia, zwłaszcza zimą, wprowadzając szczególną atmosferę w domach. Duńczycy komunikują światu własną filozofię *hygge*, w której to duże znaczenie ma światło, zapach świecy. Dla zdrowia, a szczególnie siły psychicznej, dla budowania atmosfery w relacjach z innymi, światło świecy z wosku ma szczególne znaczenie. Na rynku są dostępne różnorodne figurki woskowe (np. sowa, ul figuralny), a nawet płaskorzeźby (Ostatnia Wieczerza). W przemyśle farmaceutycznym wykorzystywany jest jad pszczeli. Służy on do produkcji niektórych leków, stosowanych w chorobach reumatycznych czy stanach zapalnych. Od dawna funkcjonuje przekonanie, że pszczelarze nie mają reumatyzmu właśnie dzięki użądleniom pszczół. Stosuje się różne technologie pozyskiwania jadu od pszczół. Tak to już jest – człowiek stawia siebie w pozycji dowolnie korzystającego ze wszystkich zasobów natury, głównie dla własnych celów. Są technologie pozyskiwania jadu wymagające uśmiercania pszczół. W życiu codziennym trzeba być ostrożnym w kontakcie z jadem pszczelim. Osoby uczulone na jad powinny unikać pszczół i kontaktować się z lekarzem po użądleniu. W większości przypadków jedno użądlenie nie zagraża życiu ludzi. Warto jednak wiedzieć, że żądło pszczoły jest zakończone haczykami, które wbijają się w skórę człowieka i trzeba wyśiłku, aby je usunąć. I tutaj natura zastawiła pułapkę. Po użądleniu pszczoła odlatuje, zostawiając w skórze wysuwany z odwłoka aparat żądłowy. Na jego wierzchu jest pęcherzyk jadowy. Osoba, która nie ma wiedzy, chwytając palcami wystające żądło, aby je usunąć. Naciska na pęcherzyk z jadem i w ten sposób wstrzykuje sobie całą jego zawartość. Aby tego nie robić, żądło należy usuwać przez jego podważenie od dołu, bez naciśnięcia na pęcherzyk z jadem. Warto wiedzieć, że po wyrwaniu aparatu żądłowego pszczoła ginie. Płaci najwyższą cenę, swoje życie, dla ratowania całej rodziny.

Przemysł farmaceutyczny, kosmetyczny, a nawet spożywczy wykorzystuje także propolis. W aptekach można kupić krople propolisowe oraz maść propolisową, które są zalecane jako środki antybakteryjne. Wytwórcy oferują mydła i szampony do włosów z dodatkiem propolisu. Na rynku można też kupić cukierki z propolisem, które jednak powinny być konsumowane z umiarem.

Usługi niszowe

Współpraca przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych owocuje zwykle ciekawymi, kreatywnymi rozwiązaniami. Mają one miejsce także w obszarze korzystania z pszczół oraz ich cech w procesie wspomagania zdrowia ludzi. Wspomniano wcześniej o wykorzystaniu jadu pszczół w przemyśle farmaceutycznym. Jedną z metod pozyskiwania jadu polega na uśmiercaniu pszczół, co może rodzić pytania o charakterze moralnym. Opracowano metodę leczenia pacjentów jadem pszczelim, która pozwala zachować pszczoły przy życiu. Polega ona na tym, że na chore miejsce (np. staw na dłoni pacjenta) stawia się klatkę z pszczołami. Na jednej stronie, która jest układana na skórze pacjenta, jest odpowiednia siatka. Umożliwia ona żądlenie, jednak w skórę wbija się końcówka żądła. Pszczoła, z uwagi na grubość siatki, nie może wbić żądła głębiej. A zatem nie zaczepi się ono swoimi haczykami i nie zostanie wyrwane z odwołka pszczoły. Wbijając jedynie końcówkę żądła, wpuszcza ona niewielką ilość jadu. Ten proces trudny jest do kontrolowania i musi przebiegać we współpracy lekarza, pacjenta i pszczelarza. Zabiegi powinny być powtarzane. Ponadto mogą być wykonywane w pomieszczeniu położonym blisko pasieki. Przypomina to trochę trzymanie w domach, w dawnych czasach, pijawek i ich przykładanie ludziom. Jest rzeczą zrozumiałą, że pacjenci preferują tabletki bądź zastrzyki zamiast wyjazdów do pasieki, aby leczyć reumatyzm za pomocą przykładania pszczół na chore miejsce.

Inna, niszowa metoda polega na oddychaniu atmosferą ula. Wiąże się ona z chorobami astmatycznymi. W ulu jest szczególnie atmosfera z uwagi na propolis, miód, pyłek, wosk. W tym przypadku należy zamontować wystający z ula ustnik. Pacjent zasysa powietrze przez ten ustnik, wdychając powietrze z ula. Oczywiście wszystko jest tak skonstruowane, że można to czynić bezpiecznie. Pszczoła nie może się dostać do organizmu człowieka. Także w tym przypadku trudno badać efekty. Konieczne jest powtarzanie zabiegów i dojazd do pasieki. Ludzie są wygodni, dlatego łatwiej jest skorzystać z kupowanych w aptekach inhalatorów z odpowiednimi lekami.

Usługi o charakterze niszowym wiążą się także z obecnością pszczelarzy w szkołach lub przedszkolach, kiedy przybliżają dzieciom wiedzę o życiu pszczół oraz ich roli, jaką pełnią w przyrodzie. Podobne wykłady odbywają się na uniwersytetach trzeciego

wieku. Interesującym rozwiązaniem są również wycieczki uczniów do pasiek, w których można zobaczyć życie pszczoł oraz pozyskiwanie miodu. Przeszkłone ule są też prezentowane na targach i wystawach, gdzie można oglądać królową wraz z pszczołami pracującymi na plastrze. Ktokolwiek kiedykolwiek miał okazję sięść w pobliżu ula i obserwować pracę pszczoł, bez wątpienia doświadczył wyjątkowych uczuć spokoju, radości, wyciszenia, poczucia pełnej i głębokiej harmonii ze światem. Im więcej będzie małych, indywidualnych pasiek przydomowych, tym większa liczba osób będzie miała okazję cieszyć się kontaktem z pszczołami oraz budowaniem własnego, wewnętrznego szczęścia.

Pszczoły w miastach i ogrodach

W okresie maja i czerwca zdarza się, że media informują o interwencji strażaków, którzy zebrali rój pszczoł z balkonu w centrum miasta lub z poddasza domu. Są to z reguły odpoczywające roje, zmierzające do wybranego miejsca. Jednakże w miastach są pełne zieleni parki, aleje z lipami, akacjami, które mogą służyć pszczołom, a przez to także ludziom. Tak narodziła się koncepcja umieszczania uli na dachach budynków w miastach. Jeden z banków w Warszawie uzyskuje miód z pasieki ustawionej na dachu wieżowca. Przedsiębiorstwo Volkswagen, zlokalizowane we Wrześni (Wielkopolska), także ustawiło na dachu hali pasiekę 25 uli. Dokoła jest 40 hektarów terenu, który obsiano trawą łąkową. Pasieką opiekuje się pszczelarz. Odwirowany miód jest sprzedawany w bufecie pracownikom przedsiębiorstwa.

W latach 2015-2018 w Polsce zwiększyła się liczba pszczelarzy. Może to świadczyć o wzroście zainteresowania pszczołami przez osoby mieszkające na obrzeżach miast. Wiąże się to z trendem przenoszenia się ludzi z centrów miast na ich obrzeża. Z punktu widzenia zdrowia i jakości życia praca na powietrzu, związana z pszczołami, jest lepsza niż oglądanie telewizji czy przeszukiwanie Internetu. Rozszerzanie się świadomości ekologicznej może służyć pszczołom, którym pszczelarze będą tworzyli warunki do życia i pracy. Korzyści będą po obydwu stronach. W przypadkach małych, przydomowych pasiek można się spodziewać powrotu do natury. Na początku XXI wieku, także w wyniku dotacji unijnych, zwiększyła się liczba uli ze styropianu. Pszczoły zawsze budowały swoje gniazda w dziuplach, a zatem wybierały drewno. Było to z reguły drewno miękkie i ciepłe. Byłoby dobrze, aby pszczelarze hobbyści majsterkowali, budując np. ule z drewna topolowego. Nie wiadomo, czy rozwój technologii, sztucznej inteligencji, nie spowoduje istotnego wzrostu wskaźników bezrobocia. Brak pracy, zajęcia, może być dla ludzi niezwykle trudnym wyzwaniem. Dla części z tej grupy własna mała pasieka może być źródłem radości życia, do tego w dobrym zdrowiu.

Społeczność pszczół – refleksje dla społeczności ludzi

Pszczelarze i pszczoły mają swojego patrona. Jest nim św. Ambroży, biskup Mediolanu. W dniu 7 grudnia przypada jego święto, jako dzień refleksji nad relacjami ludzi i pszczół. Jest to okazja do przeżycia wdzięczności za dobro, które płynie z tych głębokich i miłych relacji. Istnieją co najmniej dwie legendy, które mówią o wybraniu św. Ambrożego na patrona pszczelarzy. Jedna z nich mówi o tym, że kiedy jako noworodek spoczywał w kołysce, na balkonie, usiadł na nim rój pszczół. Chłopcu nic się nie stało i to było powodem, aby ogłosić go patronem. Zdarza się, że rój pszczół usiadzie na człowieku i jeśli zachowa się on spokojnie, to nic się nie stanie. Takie przypadki się zdarzają rzadko, jednak wszystko kończy się dobrze. Pszczoły bronią swego gniazda i atakują niedźwiedzia czy innego rabusia, jednak są na ogół przyjazne wobec otoczenia. Nie ma powodów, aby się ich obawiać. A zatem zdarzenie z maleńkim św. Ambrożym jest prawdopodobne. Druga legenda mówi o tym, że św. Ambroży miał talent pięknego i łatwego mówienia. Kiedy mówił, to jakby miód płynął z jego ust. Mówiono, że jest „złousty”, „miodousty” albo „miodopłynny”. I z tego powodu wybrano go na patrona pszczelarzy.

Warto natomiast spojrzeć na rodzinę pszczelą z punktu widzenia harmonii, jaka w niej panuje. Jest to wyjątkowa organizacja społeczna, skupiająca nawet 60 tysięcy osobników w okresie lata. Jest jedna, jedyna królowa, która składa jajka i dba o rozwój rodziny. Wystarczy kilkadziesiąt sekund i cała rodzina wie, że nie ma królowej. Zachowanie pszczół staje się całkowicie inne – biegają niespokojnie, niepewne przyszłości. Bez królowej rodzina nie przetrwa. Skąd wiedzą, i to od razu, że nie ma królowej? Komunikują się między sobą błyskawicznie. Aby rodzina przetrwała, pszczelarz powinien podać nową królową albo dołożyć do rodziny jajka z innego roju, i wtedy pszczoły mogą sobie wyhodować nową królową. Żyjąc w rodzinie, nie strajkują, nie buntują się, nie unikają obowiązków. Pracują z pełnym zaangażowaniem, wykonując różne prace w ulu. Komunikują się też między sobą. Kiedy pszczoła odkryje np. łan rzepaku, tańczy w ulu, na plastrze, aby wskazać kierunek, w którym inne pszczoły powinny podążać, aby zbierać nektar. Zatacza na plastrze elipsy. Są one wykonywane pod takim kątem, pod jakim powinny pszczoły lecieć, opuszczając ul. Wielkość elipsy sygnalizuje odległość w stosunku do łanu rzepaku. Pszczoły pracują wyłącznie dla wspólnego dobra. Są wysoce egalitarne. Żadna pszczoła nie zatrzymuje czegokolwiek dla siebie. Wszystko jest dla wspólnego dobra. Atakując rabusia, bez wahania wbija żądło i poświęca swoje życie dla dobra rodziny. Trudno tutaj mówić o uczuciach. Nakaz zachowania wywodzi się z instynktu. Jednak pszczoły potrafią też być okrutne. Na początku lata, kiedy mniej jest w przyrodzie nektaru i pyłku, pszczoły pozbywają się trutni, czyli osobników męskich. Nie będą się już roiły. Nie są potrzebne samce do zapłodnienia nowej królowej. I wtedy

zaczyna się akcja nazywana „rzezią trutni”. Są one znacznie większe od pszczoł. Jednak nie potrafią się same najeść. Są karmione przez pszczoły. Jeśli ich rola dobiega końca, pszczoły przestają je karmić. Po kilku dniach trutnie są tak słabe, że dwie-trzy pszczoły wywlekają je z ula na zewnątrz. I wówczas, wieczorem, można słyszeć przejmujący „płacz” trutni pod ulem, na ziemi. Są tak słabe, że nie podfruną na wylotek. Noce są już chłodniejsze i one ich nie przetrwają. Do rana umrą z zimna. Wiedząc, że to kres życia, wydają niezwykle przejmujące jęki. Natura jest odporna na emocje. Interes rodziny pszczelej jest jednoznaczny – trzeba przetrwać okres zimy. Niepotrzebni odchodzą. W tym aspekcie ludzie są zdecydowanie inni. Troszczymy się o wszystkich. Natomiast można spojrzeć na zachowania rodziny pszczelej w kwestii budowania harmonii, relacji, pracy na wspólny użytek, zaangażowania i utwierdzać się w przekonaniu, że możemy, jako osoby rozumne, budować wspólne dobro bez wojen, nienawiści, w poszanowaniu siebie oraz dzieleniu się owocami pracy wynikającej z talentów, które mamy, z którymi przyszliliśmy na ten świat.

Zakończenie

Każdy człowiek jest zainteresowany długim i szczęśliwym życiem. Aby można je uznać za szczęśliwe, trzeba wiedzieć, że jest ono efektem wielu różnorodnych składników. Aby się śmiać, potrzebny jest powód. Aby być szczęśliwym, także potrzebne są odpowiednie warunki⁴. Aby tak było, każdy człowiek powinien odpowiednio zarządzać swoim życiem i zdrowiem⁵. Nie jest to dla ludzi proste, bowiem mózgom trudno się skoncentrować na perspektywie długofalowej. Ludzie oczekują czegoś wyjątkowego, skutecznego od zaraz, magicznego leku albo sposobu, który odmieni ich życie. W nawiązaniu do tematu artykułu można podać wiele przykładów. Nagle pojawia się informacja, że miody manuka mają cudowne właściwości. Innym razem ktoś promuje mleczko pszczele. Był okres, kiedy zalecano wypicie rano szklanki wody z łyżeczką rozpuszczonego miodu, stojącej od wieczora. Można to wszystko stosować, jednak nie można oczekiwać, że jest jeden cudowny sposób na rozwiązanie własnych problemów. Efekty w postaci zdrowia i spełnionego życia są wynikiem systematycznie podejmowanych decyzji w zakresie odżywiania się, ruchu na powietrzu, rozwijania własnego umysłu, siebie, budowania pogłębionych relacji z innymi ludźmi, karmienia siebie pozytywnymi myślami. Francuzi mówią, że trawa nie rośnie szybciej, jeśli się ją pociąga za źdźbła. Rośnie wtedy, kiedy działają odpowiednie czynniki. A one są związane z każdym człowiekiem

⁴ V. Frankl, *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011.

⁵ M. Barańska, H. Mruk, *Reklama a postawy prozdrowotne – ujęcie ekonomiczno-prawne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019.

oddzielnie. I każdy człowiek odpowiada za swoje życie, za rozpoznanie swego wyposażenia fabrycznego, czyli zespołu cech, z którym przyszedł na świat⁶. Spojrzenie na pracowitość, harmonię, odpowiedzialność pszczół, rodzin pszczelich, może być inspiracją do systematycznej pracy na rzecz własnego zdrowia, jakości życia i szczęścia. Zaprezentowane rozważania można wykorzystać do krytycznego spojrzenia na własną dietę. Warto także spojrzeć na harmonię panującą w rodzinie pszczelej. Jakość życia oraz zdrowie to spójność sfery ciała i ducha. Obserwacja rodziny pszczelej może być inspiracją do budowania własnego zdrowia psychicznego, silnej odporności mentalnej, wyższej pewności siebie.

Bibliografia

- Barańska M., Mruk H., *Reklama a postawy prozdrowotne – ujęcie ekonomiczno-prawne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2019.
- Frankl V., *Człowiek w poszukiwaniu sensu*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2011.
- Gazzaniga M., *Kto tu rządzi – ja czy mój mózg?*, Smak Słowa, Sopot 2013.
- Landes S., *Bogactwo i nędza narodów. Dlaczego jedni są tak bogaci, a inni tak ubodzy*, Warszawskie Wydawnictwo Literackie Muza, Warszawa 2015.
- Mruk H., *Rynek miodu w Polsce*, IRWiU, Warszawa 1987.
- Semkiw P. i in., *Sektor pszczelarski w Polsce w 2018 roku*, Instytut Ogrodnictwa, Zakład Pszczelnictwa w Puławach, Puławy 2018.

⁶ M. Gazzaniga, *Kto tu rządzi – ja czy mój mózg?*, Smak Słowa, Sopot 2013.

Żywność genetycznie modyfikowana na świecie – zagrożenia czy korzyści

Genetically modified food in the world – threats or benefits

Teresa Korbutowicz
Uniwersytet Wrocławski
ORCID: [0000-0003-0422-8814](https://orcid.org/0000-0003-0422-8814)

Streszczenie

Od ponad dwudziestu lat zwiększa się obszar upraw transgenicznych i wytwarzanie żywności genetycznie modyfikowanej w krajach rozwijających się Azji, Ameryki Południowej i Afryki (Argentynie, Brazylii, Indiach, Chinach, Paragwaju, Pakistanie, RPA, Urugwaju) i w krajach uprzemysłowionych (USA, Kanadzie i Australii, Hiszpanii, Portugalii). Pojawiają się nowe odmiany modyfikowanych genetycznie roślin, np. soja, kukurydza, ziemniak, ryż, rzepak, goździki, bawełna, które posiadają różne cechy. Żywność GM najczęściej definiowana jest jako produkty spożywcze zawierające organizmy genetycznie modyfikowane, a jej wprowadzenie do obrotu wymaga spełnienia warunków, ustalonych przez organizacje międzynarodowe i poszczególne kraje. Uwolnienie GMO do środowiska jest odmiennie oceniane i budzi kontrowersje. Istnieją przeciwstawne stanowiska co do oddziaływania organizmów transgenicznych na środowisko, życie i zdrowie ludzi. Wynika to z niedających się przewidzieć skutków wprowadzenia GMO i stąd istnieje przekonanie o pozytywnym oddziaływaniu i korzyściach wynikających z modyfikacji genetycznych, jak i przekonanie o poważnym zagrożeniu ze strony takich organizmów. Decydujące znaczenia przy rozstrzygnięciu tych kontrowersji mają rzetelnie przeprowadzone i długotrwałe badania naukowe oraz ich wyniki.

Słowa kluczowe

żywność genetycznie modyfikowana, bezpieczeństwo organizmów transgenicznych, komercjalizacja organizmów GM.

Abstract

For more than twenty years, the area of transgenic crops and the production of genetically modified food in the developing countries of Asia, South America and Africa (Argentina, Brazil, India, China, Paraguay, Pakistan, South Africa, Uruguay) and in the industrialized countries, USA, Canada, Australia, Spain and Portugal have been growing. There are new varieties of genetically modified plants, e.g. soy, maize, potato, rice, canola, cotton, which have different characteristics. The placing on the market of GMOs requires complying with the conditions set by international organizations and individual countries. There are opposing positions regarding the impact of transgenic organisms on the environment, life and health of people. This is due to the unpredictable effects of the introduction of GMOs and hence there is a belief in the positive impacts and benefits of genetic modifications as well as the conviction of a serious threat from such organisms. The decisive factors in the resolution of these controversies are reliably carried out and long-term scientific research and their results.

Keywords

genetically modified food, safety of transgenic organisms, and commercialization of GM organisms.

JEL: I19; L66

Wstęp

Komercjalizacja upraw transgenicznych i wprowadzanie do obrotu żywności genetycznie modyfikowanej wywołuje ożywione, liczne dyskusje i odmienne oceny jej oddziaływania na człowieka i środowisko. Dostrzega się zalety i zagrożenia wynikające z wprowadzenia upraw genetycznie modyfikowanych dla bezpieczeństwa żywnościowego na świecie. Od 1996 r. zwiększa się powierzchnia upraw transgenicznych, ale nie wszystkie kraje decydują się czy zezwalają na uwolnienie GMO do środowiska. Biotechnologiczne uprawy szybko rosną w krajach rozwijających się Azji, Ameryki Południowej i Afryki, tj. Argentynie, Brazylii, Indiach, Chinach, Paragwaju, Pakistanie, Urugwaju, Południowej Afryce oraz krajach uprzemysłowionych – USA, Kanadzie, Australii, Hiszpanii, Portugalii.

Z uwagi na niedające się przewidzieć skutki uwolnienia GMO do przyrody oraz zapewnienia bezpieczeństwa żywności naturalnej i bezpieczeństwa żywieniowego organizacje międzynarodowe i poszczególne kraje lub ich ugrupowania ustaliły zasady obrotu takimi produktami oraz warunki ich dopuszczenia do uprawy. Celem opracowania jest ustalenie, jakie zagrożenia i korzyści powstają z wprowadzania upraw i produktów spożywczych zawierających genetycznie modyfikowane organizmy oraz wskazanie miejsc i rozmiarów takich upraw, jak i zasad obrotu takimi produktami. Wymogi, jakie powinna spełniać żywność GM, są określone przez organizacje międzynarodowe, UE czy władze krajowe. Decydujące znaczenie mają rzetelnie przeprowadzone badania naukowe nad żywnością transgeniczną i osiągnięte dzięki nim wyniki. Przyjętą metodą badawczą jest analiza literatury na temat modyfikacji genetycznych, upraw transgenicznych, reguł prawnych oraz danych statystycznych odnoszących się do upraw GM.

Pojęcie żywności genetycznie modyfikowanej

Organizmy czy żywność zmodyfikowana genetycznie występowały w przeszłości jedynie jako następstwo spontanicznych modyfikacji genów. Nowe metody genetyczne – metody enzymatyczne – pozwalają przenosić geny i ujawniać je w organizmach docelowych, wprowadzając także do nich nową informację genetyczną. Z tych względów mogą występować różnice w definiowaniu terminu genetycznie modyfikowane organizmy.

W niektórych definicjach GMO ogranicza się jedynie do organizmów powstałych dzięki współczesnym osiągnięciom nauki, a w innych rozszerza się to pojęcie na modyfikacje uzyskane tradycyjnym sposobem. Genetycznie modyfikowane organizmy określane też mianem organizmów transgenicznych są to wszystkie rośliny, zwierzęta i drobnoustroje, których kod genetyczny został celowo zmieniony przez człowieka. Określenie organizmy transgeniczne używane jest z uwagi na obecność w genomie transgeny, który został w tym celu stworzony i wprowadzony w procesie transformacji¹. Podobnie definiowany jest termin żywność modyfikowana (żywność transgeniczna) jako żywność wyprodukowana z roślin lub zwierząt (albo przy ich użyciu), które zostały wcześniej ulepszone za pomocą technik inżynierii genetycznej (transgeniczne organizmy)². W Stanach Zjednoczonych natomiast termin GMO oznacza wszystkie organizmy modyfikowane dowolnymi metodami, w tym występującymi w przyrodzie i tradycyjnie stosowanymi w rolnictwie³.

Poznanie budowy DNA i sposobu kodowania informacji genetycznej pozwala na konstruowanie nowych, zmienionych organizmów z pominięciem tradycyjnych procesów selekcji i mechanizmów rozmnażania. W warunkach laboratoryjnych część DNA jednego organizmu zostaje wprowadzona do DNA drugiego organizmu (transgeneza), a następnie przez tradycyjną hodowlę powstaje nowy organizm o zmienionych cechach gatunkowych. Te nowe organizmy nazywane są organizmami zmodyfikowanymi genetycznie (GMO – *genetically modified organisms*) lub transgenicznymi⁴.

W UE istnieje prawna definicja genetycznie modyfikowanych organizmów. Za GMO uważa się organizm, z wyłączeniem istot ludzkich, w którym materiał genetyczny został zmieniony w sposób, który nie występuje w przyrodzie jako kojarzenie i/lub rekombinacja⁵. Konsekwentnie żywność modyfikowana genetycznie jest żywnością zawierającą, składającą się lub wyprodukowaną z organizmów modyfikowanych genetycznie⁶. Zbliżoną definicję GMO wprowadziły przepisy ustawy z dnia 22 czerwca 2001 r. o mikroorganizmach i organizmach genetycznie modyfikowanych. GMO to organizm inny niż organizm człowieka, w którym materiał genetyczny został zmieniony w sposób

¹ S. Malepszy (red.), *Biotechnologia roślin*, PWN, Warszawa 2001, s. 567.

² Żywność modyfikowana, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/zywnosc-modyfikowana:3942613.html> [dostęp 12.04.2018].

³ J.J. Nowak, *Uwalnianie GMO do środowiska rolniczego i żywności a bezpieczeństwo żywnościowe*, [w:] A. Bobko, K. Cynk (red. nauk.), *Genetycznie modyfikowane organizmy jako przedmiot oceny moralnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2014, s. 141.

⁴ I. Wrześniewska-Wal, *Prawne aspekty wprowadzania do obrotu żywności genetycznie zmodyfikowanej*, „Postępy Nauk Medycznych” 2009, nr 4, s. 311.

⁵ Dyrektywa PE i Rady nr 18/2001 z dnia 12 marca 2001 r. w sprawie zamierzonego uwalniania do środowiska organizmów zmodyfikowanych genetycznie, Dz. Urz. WE L 106 z 17.04.2001 r.

⁶ Rozporządzenie (WE) Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 22 września 2003 r. w sprawie genetycznie zmodyfikowanej żywności i paszy, Dz. Urz. WE L 268 z 18.10.2003 r.

niezachodzący w warunkach naturalnych wskutek krzyżowania lub naturalnej rekombinacji (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 706).

Modyfikacje genetyczne mogą być dokonane przez: zmianę aktywności naturalnych genów danego organizmu, pomnożenie naturalnych genów danego organizmu, jak i wprowadzenie do organizmu genów obcego gatunku, czyli transgeny. Modyfikacje genetyczne dokonujące się w przyrodzie przez spontaniczną modyfikację genów (mutacje) nie budzą obaw i kontrowersji w przeciwieństwie do przypadku wprowadzenia do organizmu genu obcego gatunku⁷. Takie poważne zastrzeżenie budzi dołączanie do wprowadzanych nowych genów materiału genetycznego zwanego organizatorem (ang. *promoter*). Służy to przełamaniu naturalnych mechanizmów obronnych komórki. Takim organizatorem są wirusy, które wchodzi w reakcje z DNA wszystkich roślin. Konsekwencją ich wprowadzenia może być zmniejszenie odporności człowieka albo powstawanie nowych wirusów⁸.

Współcześnie występują dwa kierunki modyfikacji klasyfikowane jako modyfikacje pierwszej i drugiej generacji. Są to:

- 1) ulepszenie właściwości agrotechnicznych (wzrost i plonowanie roślin),
- 2) polepszenie cech żywieniowych, sensorycznych lub przetwórczych surowców roślinnych – wzbogacenie o witaminy, składniki mineralne, wielonienasycone kwasy tłuszczowe, aminokwasy. Przykładem może być tzw. złoty ryż ze zwiększoną ilością karotenu, który stanowi aktywną formę witaminy A, czy szczep *Lactococcus lactis* – bakterie probiotyczne do mleka⁹. Prowadzone są też prace, których celem jest zmniejszenie lub usunięcie poziomu substancji szkodliwych lub niepożądanych w produktach spożywczych, takich jak toksyny, alergeny, kofeina, nasycone kwasy tłuszczowe. Rekombinowanie genu polega także na wyciszeniu naturalnie występujących genów, a nie tylko na wprowadzeniu genu pożądanego, np. transgeniczna pszenica o mniejszej zawartości glutenu, ziemniak Innate, w którym podczas smażenia lub pieczenia nie tworzy się toksyczny akrylamid, modyfikowana kukurydza odporna na ataki owadów¹⁰.

⁷ *GMO – co to jest i jak się wykorzystuje w produkcji żywności*, <http://www.farmio.com/gmo-co-to-jest-wykorzystuje-produkcji-zywnosci> [dostęp 10.04.2018].

⁸ S.K. Wiąckowski, *Żywność roślin genetycznie zmodyfikowanych i związane z nią zagrożenia*, http://nad-odra.pl/wp-content/uploads/2016/02/nad_odra_3-5_2013_internet.pdf [dostęp 10.04.2018].

⁹ M. Lucińska, H. Grajeta, *Wpływ modyfikacji genetycznych na jakość i bezpieczeństwo żywności*, „Problemy Higieny Epidemiologicznej” 2015, nr 96, s. 707.

¹⁰ *Ibidem*, s. 708.

Tabela 1. Historia żywności genetycznie modyfikowanej

1953 r.	Opisanie struktury DNA
1968 r.	Enzymatyczne metody przecinania lub łączenia DNA lub genów (enzymy restrykcyjne i ligazy) w celu uzyskania rekombinacyjnego DNA
1973 r.	Metody transferu genów/ DNA do komórek
1994 r.	Komercjalizacja w USA pierwszego produktu genetycznie modyfikowanego (pomidora).
1995 r.	Opracowanie chipu DNA dla celów identyfikacji materiału genetycznego. Opisanie genomu pierwszego organizmu.
2000 r.	Opisanie około 40 genomów
2001 r.	Opisanie genomu człowieka

Źródło: F. Holm, *Żywność modyfikowana genetycznie*, tłum. E. Wójtowicz, http://www.ptz.org/raporty/zywnosc_mod.doc. [dostęp 10.04.2017].

Do najważniejszych osiągnięć w dziedzinie genetyki, które przyczyniły się do rozwoju upraw i żywności transgenicznej, należą: opisanie struktury DNA, poznanie zasady ekspresji genów, zastosowanie do modyfikacji enzymów restrykcyjnych oraz opracowanie metod wprowadzania i uaktywniania w komórce docelowej nowego rekombinowanego DNA (Tabela 1).

Tabela 2. Przykłady żywności GMO, zastosowania i przedsiębiorstwa

Produkt GM	Nowa cecha	Zastosowanie w żywności	Przedsiębiorstwo
Soja	Tolerancja na herbicydy	Produkty żywnościowe i ich składniki	Monsanto
Rzepak	Tolerancja na herbicydy	Olej przetworzony	AgrEvo UK, Plant, Genetic Systems, Monsanto, Hoechst
Kukurydza	Odporność na owady	Składnik żywności	Monsanto, Pioneer Overseas Corp
Kukurydza	Tolerancja na owady i herbicydy	Warzywo, mrożona słodka kukurydza i sproszkowana, składnik żywności	Novartis Seeds, Monsanto, Pioneer Overseas Corp, Dupont Pioneer Pakistan
Burak cukrowy	Tolerancja na herbicydy	Cukier, składnik żywności	Monsanto & Novartis Seeds
Burak pastewny	Tolerancja na herbicydy	Pasza dla zwierząt	DLF-Trifolium, Denisco, Monsanto
Ziemniak	Zmieniony skład skrobi	Skrobia i składniki	Amylogene
Burak cukrowy	Tolerancja na herbicydy	Cukier, składnik żywności	Monsanto & Novartis Seeds
Burak pastewny	Tolerancja na herbicydy	Pasza dla zwierząt	DLF-Trifolium, Denisco, Monsanto

Produkt GM	Nowa cecha	Zastosowanie w żywności	Przedsiębiorstwo
Ziemniak	Odporność na ciemnienie bulwy	Składnik żywności	Amylogene
Bawełna	Tolerancja na owady i na herbicydy	Zastosowanie tak jak inna bawełna	Bayer CropSciences, Monsanto, Mahyco, Dow AgroScience
Pomidor	Opóźnione dojrzewanie	Przetwory pomidorowe	Zeneca

Źródło: opracowane na podstawie; F. Holm, *op. cit.*, s. 3 oraz ISAAA Briefs No. 53, Global Status of Commercialized Biotech/GM Crops in 2017: Biotech Crop Adoption Surges as Economic Benefits Accumulate in 22 Years, Ithaca, NY 2017, <http://www.isaaa.org/resources/publications/briefs/53/download/isaaa-brief-53-2017.pdf> [dostęp 27.01.2019].

Modyfikacjom genetycznym podlegają rośliny i zwierzęta, przy czym większe znaczenie i rozmiary osiągnęła modyfikacja roślin uprawnych. Wiele gatunków roślin tradycyjnych ma swoje odpowiedniki transgeniczne, tak jak rzepak, soja, słonecznik, bawełna, burak cukrowy, trzcina cukrowa, pomidor, papaja, jabłko, eukaliptus, pszenica, kukurydza, gorczyca, lucerna, groch, tytoń. Wśród nich są odmiany odporne na szkodniki, na działanie chemicznych środków ochrony roślin, czy wzbogacone o dodatkowe składniki. W komercyjnych uprawach transgenicznych przeważają następujące rośliny:

- a) kukurydza – odmiany odporne na chemiczne środki ochrony roślin lub o zwiększonej zawartości tłuszczu, o zwiększonej tolerancji na herbicydy i owady,
- b) soja – odmiany odporne na herbicydy lub owady, lub o wyższej wartości odżywczej,
- c) rzepak, ziemniaki, bawełna i burak cukrowy – odmiany odporne na działanie pestycydów lub szkodniki albo łączące obie te cechy,
- d) pomidor – odmiana o większej zawartości pektyn, co ma zwiększyć jego trwałość,
- e) pszenica – odmiana nie zawierając glutenu¹¹.

Rośliny transgeniczne wykorzystywane są też do produkcji szczepionek. Przykładem jest tytoń, który może być zastosowany do wytwarzania szczepionek przeciwko malarii, grypie, próchnicy zębów, wścieklicznie, czy marchew do tworzenia szczepionek używanych przy owrzodzeniu żołądka i dwunastnicy, żółtacze typu B¹².

¹¹ M. Sękowski, B. Gworek, *Genetycznie modyfikowane organizmy w środowisku*, Wydawnictwo Naukowe Gabriel Borowski, Warszawa 2008, s. 19-20; M. Lucińska, H. Grajeta, *op. cit.*, s. 708-709; ISAAA Briefs, No. 51, 2015, <https://www.isaaa.org/resources/publications/briefs/51/download/isaaa-brief-51-2015.pdf> [dostęp 27.01.2018].

¹² H. Maciołek, M. Stąjszczak, *Medyczne i prozdrowotne wykorzystanie żywności modyfikowanej genetycznie (GMO)*, [w:] H. Maciołek (red.), *Aspekty ekonomiczne, zdrowotne i fitosanitarne żywności modyfikowanej genetycznie*, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski 2004, s. 121.

Międzynarodowe zasady prawne dotyczące GMO

Wprowadzenie do środowiska roślin i żywności genetycznie modyfikowanej może wywołać zagrożenia ekonomiczne, ekologiczne, społeczne, etyczne oraz zagrożenia zdrowia i życia ludzi. Ochrona i zapewnienie bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzi oraz środowiska przyczyniło się do wypracowania międzynarodowych zasad prawnych odnoszących się do GMO, które zawarte zostały w:

1. Konwencji o różnorodności biologicznej przyjętej w dniu 5 czerwca 1992 r. w Rio de Janeiro w ramach Konferencji ONZ w sprawie środowiska i rozwoju,
2. Protokole z Kartagenu o bezpieczeństwie biologicznym, który wszedł w życie 11 czerwca 2003 r., uzupełniającym przepisy Konwencji,
3. Protokole z Nagoi do Konwencji o różnorodności biologicznej sporządzonym dnia 29 października 2010 r.
4. Dyrektywach i rozporządzeniach UE, regulujących kwestie GMO. Najważniejsze z nich to:
 - Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2001/18/WE z dnia 12 marca 2001 r. w sprawie zamierzonego uwalniania do środowiska organizmów zmodyfikowanych genetycznie i uchylająca dyrektywę Rady nr 90/220/EWG (Dz. Urz. WE L 106 z 17.04.2001 r.),
 - Rozporządzenie nr 1830/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 22 września 2003 r. dotyczące możliwości śledzenia i etykietowania organizmów zmodyfikowanych genetycznie oraz możliwości śledzenia żywności i produktów paszowych wyprodukowanych z organizmów zmodyfikowanych genetycznie (Dz. Urz. WE L 268 z 18.10.2003 r.),
 - Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2009/41/WE z dnia 6 maja 2009 r. w sprawie ograniczonego stosowania mikroorganizmów zmodyfikowanych genetycznie (Dz. Urz. WE L 125 z 21.05.2009 r.) oraz
 - Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2015/2283 z dnia 25 listopada 2015 r. w sprawie nowej żywności, zmieniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 oraz uchylające rozporządzenie (WE) nr 258/97 Parlamentu Europejskiego i Rady oraz rozporządzenie Komisji (WE) nr 1852/2001 (Dz. Urz. UE L 327 z 11.12.2015 r.),
5. Codex Alimentarius – Kodeks Żywnościowy powstały dzięki współpracy dwóch organizacji międzynarodowych – FAO i WHO.

Konwencja o różnorodności ma zapewnić ochronę bioróżnorodności biologicznej przy zachowaniu zasady zrównoważonego rozwoju w użytkowaniu jej elementów oraz demokratyczny podział korzyści wynikających z wykorzystania osiągnięć inżynierii

genetycznej. Przewiduje zachowanie równych praw do wykorzystania technologii i dostępu do zasobów genetycznych. Ważne jest wprowadzenie do prawa międzynarodowego zasady przezroczności w przypadku niepewności naukowej co do regulowanej dziedziny¹³.

Konwencję uzupełniają Protokół z Kartagenu o bezpieczeństwie biologicznym i Protokół z Nagoi. Celem pierwszego Protokołu jest zagwarantowanie odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa dotyczącego przemieszczania, traktowania i stosowania żywych organizmów zmodyfikowanych genetycznie. W drugim Protokole za cel przyjęto zapewnienie uczciwego i sprawiedliwego podziału korzyści wynikających z wykorzystania zasobów genetycznych, w tym przez odpowiedni dostęp do zasobów genetycznych, oraz przez odpowiedni transfer właściwych technologii, a także odpowiednie finansowanie. W obu dokumentach określono zasady międzynarodowej wymiany informacji o GMO, transgranicznego handlu produktami inżynierii genetycznej, oznaczania środków spożywczych, zawierających organizmy transgeniczne oraz ustalono reguły biobezpieczeństwa i ochrony bioróżnorodności. Protokoły wprowadziły procedurę oceny ryzyka wprowadzenia GMO do obrotu (ocena zagrożenia i kontrola ryzyka). Na podstawie Protokołu utworzono Międzynarodowy System Wymiany Informacji o Bezpieczeństwie Biologicznym i Krajowe Punkty Kontaktowe¹⁴.

W krajach członkowskich UE organizmy transgeniczne zaliczone zostały do tzw. nowej żywności (*novel food*), a ich uwolnienie do środowiska poddane zostało rygorom wymienionych wyżej przepisów, które w kolejnych latach zaostrzyły wymogi i zasady odnoszące się do żywności GM. Państwa członkowskie zobowiązane zostały do respektowania zasad bioetycznych, przeprowadzania oceny zagrożeń związanych z uwolnieniem GMO oraz eliminowania w procesie modyfikacji genów warunkujących odporność na antybiotyki. Kraje mają stosować wszelkie dostępne środki bezpieczeństwa i kontrolować skutki uwolnienia organizmów GM do naturalnego ekosystemu, jak też konsekwencje wprowadzenia do obrotu organizmów transgenicznych. Ważne jest oznaczenie żywności i pasz, śledzenie ich przemieszczania się oraz oszacowanie ryzyka związanego z eksportem i importem GMO (rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1830/2003/WE, nr 1829/2003/WE i nr 1846/2003/WE). Dalsze zaostrzenie reguł uwolnienia GMO do środowiska przewiduje dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2015/412/UE. Dyrektywa wprowadziła klauzulę *opt-out*, na podstawie której krajom członkowskim pozostawiono decyzję o ograniczeniu lub zakazie uprawy

¹³ Konwencja o bioróżnorodności biologicznej, sporządzona w Rio de Janeiro dnia 5 czerwca 1992 r., Dz. U. z 2002 r., Nr 184, poz. 1532.

¹⁴ Protokół kartageński o różnorodności biologicznej, sporządzony w Montrealu dnia 29 stycznia 2001 r., Dz. U. z 2003 r., Nr 216, poz. 2199, 2200, 2201; Protokół z Nagoi do Konwencji o różnorodności biologicznej dotyczący dostępu do zasobów genetycznych oraz uczciwego i sprawiedliwego podziału korzyści wynikających z ich wykorzystania, <https://www.cbd.int/abs/doc/protocol/nagoya-protocol-polish.pdf> [dostęp: 10.04.2019].

rośliny transgenicznej, nawet gdy ta została dopuszczona do obrotu na jednolitym rynku wewnętrznym. Państwo członkowskie nie jest zobowiązane podawać przyczyn naukowych swojej decyzji.

Kodeks Żywnościowy zawiera zbiór międzynarodowych standardów, które mają zapewniać dostęp do czystej i bezpiecznej żywności obywatelom poszczególnych państw. W odniesieniu do żywności transgenicznej ustalono, że ocena jej bezpieczeństwa wymaga opisanie zmodyfikowanego organizmu (biorca genu) i wykorzystanego do modyfikacji (dawca genu), a także opisanie i scharakteryzowanie modyfikacji genetycznej, badania toksykologicznego, dokonania analizy potencjału alergizującego, stabilności wprowadzanego genu. Konieczne jest podanie danych dotyczących zawartości składników odżywczych oraz informacji o skutkach przetwarzania tego typu produktów. Oszacowanie ryzyka wprowadzenia żywności GM na rynek artykułów spożywczych ma być dokonane w oparciu o najnowszą wiedzę naukową, przy użyciu najlepszych, dostępnych technik analitycznych, które uwzględniają efekty zamierzone i efekty niezamierzone. Kodeks Żywnościowy wprowadza zasadę równoważności składnikowej, zgodnie z którą przy ocenie bezpieczeństwa zdrowotnego żywności transgenicznej należy porównać skład produktu modyfikowanego genetycznie z jego tradycyjnym odpowiednikiem. Każdy organizm genetycznie modyfikowany musi być traktowany indywidualnie, a po jego wprowadzeniu do obrotu konieczne jest kontrolowanie żywności transgenicznej, aby możliwe było wykrywanie nieprzewidzianych skutków¹⁵.

Do bezpieczeństwa żywności odnoszą się: zasada przezorności, poszanowania praw człowieka, ochrony środowiska życia, zrównoważonego rozwoju oraz zasada prymatu dóbr i interesów ludzi. Zasady te są powszechnie stosowane w obowiązujących przepisach prawnych na całym świecie. Zasada przezorności oznacza przyjęcie takiego sposobu postępowania, który umożliwi kontrolę niepewnej sytuacji, dotyczącej ochrony człowieka i jego środowiska. Łączy się ona z zasadą poszanowania praw człowieka i prymatu interesów ludzi w ten sposób, że wykorzystanie inżynierii genetycznej do produkcji żywności ma zapewniać bezpieczeństwo życia i zdrowia ludzi. Państwa zobowiązane zostały do tworzenia takich norm prawnych, które mają przeciwdziałać i minimalizować szkody w środowisku danego kraju, krajów trzecich i obszarów wspólnych. Ochrona środowiska i praw człowieka wymaga współpracy między państwami¹⁶.

¹⁵ M. Lucińska, H. Grajeta, *op. cit.*, s. 707.

¹⁶ Zob. szerzej P. Krajewski, *Ochrona prawna człowieka i jego środowiska wobec ekspansji organizmów genetycznie zmodyfikowanych w prawie wspólnotowym i międzynarodowym*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn 2010, s. 58 i n.

Rozmiary i rozmieszczenie komercyjnych upraw transgenicznych na świecie

Wielkość i rozmieszczenie upraw transgenicznych za kolejne lata przedstawia organizacja ISAAA (International Service for the Acquisition of Agri-Biotech Applications), która zajmuje się promowaniem i poszerzaniem wiedzy na temat żywności transgenicznej wśród konsumentów. Autorem raportów od 1996 r. i za okres 1996-2016 był Clive James, założyciel i prezes ISAAA, a obecnie emerytowany członek tej organizacji. Raporty sporządzane są za każdy rok odrębnie i uwzględniają dane o wielkości i rozmieszczeniu komercyjnych upraw GM, nowe odmiany takich organizmów, jak i zawierają szacunki osiągniętych korzyści ekonomicznych.

W raporcie ISAAA za 2017 ustalono, że całkowita powierzchnia komercyjnych upraw transgenicznych w latach 1996-2017 sukcesywnie się zwiększała od 1,7 mln ha w 1996 r. do 102 mln ha w 2006 r. i 181,5 mln ha w 2014 r., aby w 2015 r. obniżyć się do 179,7 mln ha. Od 2016 r. ponownie wzrosła do 185,1 mln ha i 189,8 mln ha w 2017 r. (Tabela 3).

Tabela 3. Całkowita powierzchnia upraw transgenicznych w latach 1996-2017

Lata	Hektary w milionach
1996	1,7
1997	11,0
1998	27,8
1999	39,9
2000	44,2
2001	52,6
2002	58,7
2003	67,7
2004	81,0
2005	90,0
2006	102,0
2007	114,3
2008	125,0
2009	134,0
2010	148,0
2011	160,0
2012	170,3
2013	175,2

Lata	Hektary w milionach
2014	181,5
2015	179,7
2016	185,1
2017	189,8

Źródło: ISAAA Briefs, No. 53, *op. cit.*

Komercyjne uprawy GM rozmieszczone są w krajach Azji, Ameryki Północnej, Ameryki Południowej, Afryki, w Australii i nieliczne w Europie. W 2017 r. w 24 państwach były uprawiane rośliny transgeniczne, w tym 19 z nich to kraje rozwijające się, a pięć to kraje uprzemysłowione (USA, Kanada, Australia, Hiszpania, Portugalia) (Tabela 4). Wśród krajów, w których istnieją uprawy transgeniczne, 12 państw (50%) to kraje Ameryki Północnej i Południowej, 8 to kraje azjatyckie (33,4%) oraz po dwa kraje europejskie (8,3%) i afrykańskie (8,3%). Z danych ISAAA wynika, że 88% upraw GM przypada na Amerykę Północną i Południową, 10% na Azję, 1,5% na Afrykę i 0,5% na Europę¹⁷.

Od 2012 r. szybciej rośnie wielkość powierzchni przeznaczonej na uprawy GM w krajach rozwijających się niż uprzemysłowionych. W 2017 r. do grupy dziesięciu tzw. Mega-krajów, tzn. tych, w których powierzchnia upraw GM wynosi powyżej 50 tys. ha, należały: USA (75 mln ha), Brazylia (50,2 mln ha), Argentyna (23,6 mln ha), Kanada (13,1 mln ha), Indie (11,4 mln ha), Paragwaj (3 mln ha), Pakistan (3 mln ha), Chiny (2,8 mln ha), RPA (2,7 mln ha), Boliwia (1,3 mln ha). Wśród tej dziesiątki państw osiem to kraje rozwijające się z Azji, Ameryki Łacińskiej i Afryki, a tylko dwa to kraje uprzemysłowione (Tabela 4).

Tabela 4. Światowi producenci żywności transgenicznej i powierzchnia upraw

Poz.	Kraj	Powierzchnia upraw w mln ha w 2016 r.	Udział w produkcji globalnej	Powierzchnia upraw w mln ha w 2017 r.	Udział w produkcji globalnej	Żywność GM
1	USA	72,9	39%	75,0	40%	kukurydza, papaja, rzepak, soja, pomidor, bawełna, burak cukrowy, ziemniak, lucerna, jabłka, papaja
2	Brazylia	49,1	27%	50,2	26%	soja, kukurydza, bawełna, rzepak, fasola, eukaliptus
3	Argentyna	23,8	13%	23,6	12%	soja, kukurydza, bawełna

¹⁷ ISAAA Briefs, No. 53, *op. cit.*, s. 5.

Poz.	Kraj	Powierzchnia upraw w mln ha w 2016 r.	Udział w produkcji globalnej	Powierzchnia upraw w mln ha w 2017 r.	Udział w produkcji globalnej	Żywność GM
4	Kanada	11,1	6%	13,1	7%	rzepak, kukurydza, soja, burak cukrowy, ziemniak
5	Indie	10,8	6%	11,4	6%	bawełna, ziemniak, ryż
6	Paragwaj	3,6	2%	3,0	2%	soja, kukurydza, bawełna
7	Pakistan	2,9	2%	3,0	2%	bawełna
8	Chiny	2,8	2%	2,8	1%	bawełna, papaja, ziemniak, ryż
9	RPA	2,7	1%	2,7	1%	soja, kukurydza, bawełna
10	Boliwia	1,2	1%	1,3	1%	soja
11	Urugwaj	1,3	1%	1,1	1%	soja, kukurydza
12	Australia	0,9	<1%	0,9	<1%	bawełna, rzepak
13	Filipiny	0,8	<1%	0,6	<1%	kukurydza
14	Mjanma (Birma)	0,3	<1%	0,3	<1%	bawełna
15	Sudan	0,1	<1%	0,3	<1%	bawełna
16	Hiszpania	0,1	<1%	0,1	<1%	kukurydza
17	Meksyk	0,1	<1%	0,1	<1%	bawełna, soja
18	Kolumbia	0,1	<1%	0,1	<1%	bawełna, kukurydza
19	Wietnam	<0,1	<1%	<0,1	<1%	kukurydza
20	Honduras	<0,1	<1%	<0,1	<1%	kukurydza
21	Chile	<0,1	<1%	<0,1	<1%	kukurydza, soja, rzepak
22	Portugalia	<0,1	<1%	<0,1	<1%	kukurydza
23	Bangladesz	<0,1	<1%	<0,1	<1%	bakłażan
24	Kostaryka	<0,1	<1%	<0,1	<1%	soja, bawełna
25	Słowacja	<0,1	<1%	--	--	kukurydza
26	Czechy	<0,1	<1%	--	--	kukurydza

Źródło: ISAAA Briefs, No. 53, *op. cit.*, s. 6.

Wyraźnie występuje tendencja do szybszego wzrostu powierzchni upraw GM w krajach rozwijających się w porównaniu do krajów uprzemysłowionych. W latach 2014-2017 powierzchnia upraw transgenicznych w krajach rozwijających się zwiększała się od 96,2 mln ha w 2014 r. do 100,6 mln ha w 2017 r. (53% ogółu upraw GM), podczas

gdy w krajach uprzemysłowionych w 2015 r. spadła do 82,6 mln ha, ale w 2017 r. wynosiła już 89,2 mln ha (Tabela 5).

Tabela 5. Całkowita powierzchnia upraw transgenicznych w krajach uprzemysłowionych i krajach rozwijających się (w mln ha)

	2014 r.	%	2015 r.	%	2016 r.	%	2017 r.	%
Kraje uprzemysłowione	85,3	47	82,6	46	85,5	46	89,2	47
Kraje rozwijające się	96,2	53	97,1	54	99,6	54	100,6	53

Źródło: ISAAA Briefs No. 51, *op. cit.*; ISAAA Briefs No. 53, *op. cit.*

W Ameryce Południowej 10 krajów – Brazylia, Argentyna, Paragwaj, Boliwia, Meksyk, Kolumbia, Honduras, Urugwaj, Chile i Kostaryka – uprawia transgeniczne rośliny, których łączna powierzchnia odpowiadała w 2017 r. 79,4 mln ha, co stanowiło 42% całkowitej powierzchni upraw GM na świecie. W stosunku do 2016 r. powierzchnia upraw zmniejszyła się o 110 tys. ha w związku z ograniczeniem upraw w Paragwaju, Urugwaju, Argentynie i Boliwii. Wzrosła natomiast w Chile (23%), Kostaryce (22%), Meksyku (13%), Kolumbii (7%), Hondurasie (3%) i Brazylii (2%). W Azji uprawia i spożywa się rośliny transgeniczne w Indiach, Pakistanie, Chinach, Filipinach, Mjanmie, Wietnamie i Bangladeszu, a wielkość upraw zwiększyła się z ok. 17,8 mln ha w 2016 r. do ok. 18,3 mln ha w 2017 r. Australia jest jednym z sześciu krajów, który wprowadził komercyjne uprawy GM w 1996 r. W 2017 r. powierzchnia upraw odpowiadała 924 tys. ha i była o 8% wyższa w stosunku do 2016 r. W Afryce uprawy GM zajmowały w 2016 r. 2,8 mln ha, a w 2017 r. 3 mln ha i prowadzone są w RPA i Sudanie¹⁸.

W Stanach Zjednoczonych i Kanadzie łączna wielkość upraw roślin GM w 2016 r. odpowiadała 84 mln ha, a w 2017 r. wzrosła do 88,1 mln ha. Udział każdego z tych państw w całkowitej wielkości upraw GM w Ameryce Północnej jest odmienny i dla USA w 2016 r. wynosił 87% i spadł do 85% w 2017 r., a udział Kanady odpowiednio wzrósł z 13% do 15% (Tabela 4).

W latach 2006-2015 w siedmiu krajach UE, tj. Hiszpanii, Portugalii, Rumunii, Słowacji, Niemczech i Polsce, prowadzone były uprawy transgeniczne o łącznej powierzchni 116 870 ha. Od 2015 r. następuje wyraźne ograniczanie upraw GM z 143 016 ha do 136 363 ha w 2016 r. i 131 535 ha w 2017 r. Kolejne państwa członkowskie rezygnowały z upraw GM. Uprawy roślin transgenicznych prowadzone są jeszcze w Hiszpanii i Portugalii¹⁹.

¹⁸ ISAAA Briefs, No. 53, *op. cit.*, s. 63 i n.

¹⁹ ISAAA Briefs No. 51, *op. cit.*, s. 198.

Tabela 6. Całkowita powierzchnia upraw transgenicznych w latach 2014-2017 (w mln ha)

Uprawy	2014 r.	%	2015 r.	%	2016 r.	%	2017 r.	%
Soja	90,7	50	92,1	51	91,4	50	94,1	50
Kukurydza	55,2	30	53,6	30	60,6	33	59,7	31
Bawełna	25,1	14	24	13	22,3	12	24,1	13
Rzepak	9	5	8,5	5	8,6	5	10,2	5
Lucerna	0,9	<1	1	<1	1,2	<1	1,2	<1
Burak cukrowy	0,5	<1	0,5	<1	0,5	<1	0,5	<1
Papaja	<0,1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Inne	<0,1	<1	<1	<1	<1	<1	<1	<1
Ogółem	181,5	100	179,7	100	185,1	100	189,8	100

Źródło: ISAAA Briefs No. 51, *op. cit.*, s. 208; ISAAA Briefs No. 53, *op. cit.*, s. 101.

W 2017 r. wśród roślin transgenicznych największa powierzchnia upraw była przeznaczona na soję (94,1 mln ha), kukurydzę (59,7 mln ha), rzepak (10,2 mln ha), lucernę (1,2 mln ha), burak cukrowy (0,5 mln ha), a pozostałe rośliny GM, tj. papaja, pomidory, ziemniaki, jabłka, gorczyca, fasola, ananasy, eukaliptus zajmują powierzchnię mniejszą niż milion ha (Tabela 5). W latach 1996-2017 sukcesywnie zwiększała się powierzchnia upraw biotechnologicznej soi, kukurydzy, bawełny, rzepaku. W przypadku bawełny i soi powierzchnia odmian transgenicznych przewyższa wielkość upraw tradycyjnych. I tak bawełna GM zajmuje 80% powierzchni upraw bawełny na świecie, soja GM 77%, kukurydza 32%, a rzepak 30%²⁰.

W latach 1996-2017 w uprawach transgenicznych przeważały odmiany roślin wykazujące tolerancję na herbicydy (soja, kukurydza, rzepak, burak cukrowy, lucerna), odporne na owady (bawełna, soja). Nową tendencją jest zwiększanie się powierzchni upraw odmian roślin o skumulowanych cechach, tzn. łączących tolerancję na herbicydy z odpornością na szkodniki. Takie cechy mają nowe rodzaje bawełny, kukurydzy, soi. Pojawiły się też odmiany soi, które ma cechować oszczędność kosztów, np. soja InnactaTM, bawełna Bolgaard III²¹.

Od 1996 r., kiedy rozpoczęła się komercjalizacja genetycznie modyfikowanych organizmów, niektóre państwa zdecydowały się na dopuszczenie ich do uprawy, a inne kraje na ich import i użycie jako składnika żywności lub paszy. W 2017 r. 43 kraje nieuprawiające roślin GM importowały żywność i/lub paszę, zezwalając na ich uwolnienie do środowiska. Importerami takich towarów były: Burkina Faso, Kuba, Egipt, Indonezja,

²⁰ ISAAA Briefs No. 53, *op. cit.*, s. 101.

²¹ *Ibidem*, s. 102 i n.

Iran, Japonia, Malezja, Nowa Zelandia, Norwegia, Panama, Rosja, Singapur, Korea Południowa, Szwajcaria, Tajwan, Tajlandia, Turcja i kraje Unii Europejskiej (26 państw). W efekcie łącznie 67 krajów (24 uprawiające i 43 nieuprawiające roślin GM) formalnie dopuściło 29 transgenicznych organizmów przeznaczonych na żywność, paszę lub na uprawy. W latach 1996-2017 importowane były głównie kukurydza, soja, bawełna, rzepak, ziemniaki, ryż, buraki cukrowe, lucerna, pszenica, a także goździki i różę²².

W raportach ISAAA podane są szacunkowe wielkości korzyści ekonomicznych z upraw GM. W ciągu całego okresu komercjalizacji roślin biotechnologicznych do 2016 r. łączne dochody krajów uprawiających takie rośliny oszacowane zostały na 186,1 mld \$. W latach 1996-2015 dochody wynosiły 167,8 mld \$, a w 2016 r. wzrosły o 11%. Największe korzyści osiągnęły państwa, które jako pierwsze rozpoczęły komercjalizację upraw GM. Należą do nich: USA (80,3 mld \$); Argentyna (23,7 mld \$); Indie (21,1 mld \$); Brazylia (19,8 mld \$); Chiny (19,6 mld \$); Kanada (8 mld \$), a pozostałe kraje łącznie 13,6 mld \$²³.

Zagrożenia wynikające ze stosowania GMO

Istnieje konsensus naukowy dotyczący nieodwracalnego rozprzestrzeniania się genetycznie modyfikowanych organizmów w przyrodzie. Gdy zmodyfikowane geny lub sekwencje DNA raz zostaną uwolnione do środowiska, to nie ma możliwości ich wycofania. Uwolnione rośliny GM rozmnażają się niekontrolowane, stając się jednym z elementów ekosystemu. Bezpieczeństwo modyfikowanych genetycznie roślin uprawnych i transgenicznych produktów żywnościowych wymaga zatem szczegółowej analizy i wyjaśnienia następujących kwestii:

- a) toksyczności i bezpieczeństwa zdrowotnego roślin GM;
- b) pionowego przepływu genów roślin GM – ryzyko uwolnienia do środowiska nowego genu;
- c) wpływ roślin GM na inne organizmy, np. na naturalną populację owadów, gdy wprowadzono gen Bt kodujący odporność na owady szkodniki;
- d) alergeniczność produktów żywnościowych wytworzonych z roślin GM;
- e) bezpieczeństwo biologiczne, markery odporności na antybiotyki i rozprzestrzenianie się genów na skutek ich przepływu poziomego²⁴.

²² *Ibidem*, s. 109.

²³ *Ibidem*, s. 113.

²⁴ F. Holm, *Żywność modyfikowana genetycznie*, http://www.ptz.org/raporty/zywnosc_mod.doc [dostęp 10.04.2017]; zob. M. Lucińska, H. Grajeta, *op. cit.*, s. 708 i n.; M. Sękowski, B. Goworek, *op. cit.*, s. 53.

W raporcie FAO dotyczącym oceny skutków uwolnienia GMO do środowiska wymienia się wpływ na produktywność rolniczą, środowisko naturalne i możliwości wyżywienia ludzi. Kwestie te analizowane są w różnych publikacjach i raportach z przeprowadzanych niezależnych badań. We wspomnianym raporcie FAO wymienione zostały następujące potencjalne korzyści z wprowadzenia transgenicznych organizmów:

- 1) korzyści związane z produktywnością rolniczą – odporność na inwazje szkodników, na warunki pogodowe (susza, zimno, gorąco),
- 2) zwiększenie zawartości podstawowych składników odżywczych w produktach żywnościowych – przykład tzw. złotego ryżu,
- 3) uzyskiwanie większej ilości żywności z mniejszego obszaru,
- 4) możliwość zredukowania wpływu środowiskowego produkcji żywności i procesów przemysłowych – odporność na szkodniki i choroby roślin transgenicznych ma zmniejszyć ilość stosowanych pestycydów,
- 5) dłuższe przechowywanie produktów spożywczych, które wpłynie na obniżenie kosztów w handlu i transporcie,
- 6) restytucja zdegradowanych lub o małej żyzności obszarów ziemi,
- 7) biorekultywacja gleby,
- 8) uzyskiwanie większej ilości żywności z mniejszego obszaru²⁵.

Korporacje biotechnologiczne w akcjach promujących wprowadzenie roślin transgenicznych zapewniają, że przez ich stosowanie uzyska się wyższe plony, zmniejszy się zużycie herbicydów, rozwiąże problem głodu na świecie, umożliwi zachowanie czystości naturalnych roślin²⁶.

Zwolennicy GMO wskazują, że takie organizmy przyczyniają się do ograniczania stosowania środków chemicznych (zwłaszcza pestycydów i herbicydów) i w ten sposób pozytywnie wpływają na środowisko. Wbrew tym twierdzeniom zwiększyło się zużycie takich środków, gdyż rośliny GM są odporne na herbicydy i inne środki chemiczne, co umożliwi większe ich użycie bez szkody dla roślin. W efekcie doprowadza to do skażenia gleby oraz wody. Z raportu Benbrooka wynika, że w USA ilość zużytych herbicydów i insektycydów w latach 2001-2003 w uprawach transgenicznych była o 5-11,5% wyższa niż przy tradycyjnych uprawach²⁷.

Zagrożeniem związanym z genetycznie modyfikowanymi organizmami jest naruszenie bioróżnorodności, które wynika z niekontrolowanej modyfikacji uwolnionych

²⁵ J.J. Nowak, *op. cit.*, s. 142 i n., zob. też ISAAA Briefs No. 53, *op. cit.*

²⁶ J. Łopata, *GMO – zagrożenia ekologiczne, zdrowotne, ekonomiczne*, <http://www.gmo.icppc.pl> [dostęp: 12.03.2018]; M. Szkarłat, *Żywność genetycznie modyfikowana w stosunkach międzynarodowych*, Wyd. UMCS, Lublin 2011, s. 77 i n.

²⁷ J. Ptaśńska, *Żywność modyfikowana genetycznie – argumenty za i przeciw*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie” 2008, nr 781, s. 164.

do środowiska organizmów transgenicznych. Zmodyfikowane odmiany mogą wyprzeć tradycyjne odmiany roślin i ograniczyć liczbę niektórych gatunków. Powstanie monokultur rolnych przyczynia się do uodpornienia gatunków roślin lub owadów na środki chemiczne je zwalczające i do znacznego wzrostu ich populacji. Krzyżowanie transgenicznych roślin z dziko rosnącymi szybko doprowadziło do powstania „superchwastów”. Przykładem jest Argentyna, w której z upraw GM odpornych na herbicydy właśnie ta cecha przeszła do polnych chwastów. Rozprzestrzenianie się „superchwastów” – trawa rajgras i nowe chwasty – powoduje też wzrost kosztów związanych z ich usuwaniem²⁸.

Zagrożenie zanieczyszczenia systemów ekologicznych dotyczy nie tylko dziko rosnących roślin, ale także pól z tradycyjnymi i ekologicznymi uprawami. Najlepszym przykładem jest sprawa P. Schmeisera, kanadyjskiego rolnika, któremu rzepak GM koncernu Monsanto z sąsiednich pól zanieczyścił ekologiczne uprawy uszlachetnianych od 50 lat odmian rzepaku. Koncern Monsanto pozwał P. Schmeisera do sądu, zarzucając naruszenie patentu na biotechnologiczny rzepak, tj. bezprawnego wykorzystania jego technologii. Na początku sąd uznał zasadność roszczenia koncernu i zasądził na jego rzecz wysokie odszkodowanie. W wyniku odwołań od wyroku rolnik został zwolniony z zapłaty odszkodowania, ale uznano, że wyhodowanie rzepaku GM na polu Schmeisera było bezprawne²⁹.

Rzeczywiste korzyści ekonomiczne z upraw GM są niższe od oczekiwanych. W ocenie specjalistów jest to wynik braku stabilności genetycznej upraw transgenicznych. Działanie mechanizmu obronnego genów pierwotnych powoduje dezaktywizację wprowadzonego do rośliny materiału genetycznego, a w efekcie prowadzi do nietrwałości plonów. Osiągane są niższe plony i niższe zyski w porównaniu do upraw roślin tradycyjnych. I tak np. w uprawach soi GM w USA w 1998 r. i 2001 r. plony były niższe o 4%, a dochód o 27% w stosunku do soi tradycyjnej, zaś plony kukurydzy Bt były wprawdzie wyższe, ale dochody o ok. 7% niższe. Podobnie było z uprawami rzepaku czy buraków cukrowych, których zbiory były od 5 do 10% niższe w porównaniu do odmian konwencjonalnych. Szczególnym przypadkiem była prawie całkowita utrata plonów bawełny Bt z nasion dostarczonych przez koncern Monsanto w Indiach, co było przyczyną bankructw wielu rolników³⁰.

W przypadku upraw roślin transgenicznych wysokie są koszty wstępne ich wprowadzenia. Ceny nasion odmian GM są w większości krajów znacznie wyższe niż ceny

²⁸ *Ibidem*, s. 166; M. Sękowski, B. Gworek, *op. cit.*, s. 53; S.K. Wiąckowski, *Żywność roślin genetycznie zmodyfikowanych i związane z nią zagrożenia*, „Nad Odrą” 2013, nr 3-5, s. 41.

²⁹ A. Goodman, *Percy Schmeiser vs Monsanto: The Story of Canadian Farmer's Fight to Defend the Rights of Farmers and the Future of Seeds*, https://www.democracynow.org/2010/9/17/percy_schmeiser_vs_monsanto_the_story [dostęp 24.01.2018]. Na temat spraw sądowych rolników przeciw korporacjom biotechnologicznym zob. J.J. Nowak, *op. cit.*, s. 150 i n.

³⁰ J.J. Nowak, *op. cit.*, s. 147 i n.

nasion tradycyjnych, gdyż do ceny ziarna siewnego wliczana jest opłata licencyjna (*technology fee*). W umowach z rolnikami przedsiębiorstwa biotechnologiczne zakazują przechowywania nasion na następny sezon i zobowiązują rolnika do corocznego nabywania u nich nowych nasion. Do dalszego ograniczenia wolności wyboru rolników i swobody prowadzonej przez nich działalności może przyczynić się technologia „terminator” (*Technology Protection System*). Technologia ta polega na pozbawieniu ziaren możliwości kiełkowania, tak że rolnicy zostają pozbawieni możliwości wykorzystania do siewu w następnym sezonie ziarna uzyskanego z własnych zbiorów roślin transgeniczných. Stosowanie tej technologii trwale uzależnia rolników od koncernów biotechnologicznych posiadających patent na takie ziarno, jak i może zagrozić bezpieczeństwu żywnościowemu³¹.

W sferze gospodarczej poważnym zagrożeniem jest koncentracja sektora agrobiotechnologicznego, koszty koegzystencji upraw transgenicznych i tradycyjnych oraz powstawanie monokultur. Korporacje międzynarodowe, produkujące nasiona GM i rozwijające nowe technologie genetyczne chronią swoje produkty patentami, prowadzą akcję zwiększania powierzchni upraw GM oraz w coraz większym stopniu uzależniają od siebie rolników. Do największych korporacji – dostawców produktów GM należą: Bayer CropScience, Dow, AgroSciences, DuPont, Monsanto i Syngenta. Monopolizacja sektora agrobiotechnologicznego wywiera wpływ na poziom cen nasion i ograniczenie wyboru odmian roślin oferowanych przez korporacje międzynarodowe. Koncentracja sektora powoduje także wypieranie z rynku producentów tradycyjnych nasion, tak jak to miało miejsce w USA w przypadku nasion bawełny. Dużym ryzykiem obciążeni są przedsiębiorcy uprawiający odmiany GM i tradycyjne, gdyż ponoszą dodatkowe koszty związane z segregacją, przewozem i dystrybucją obu odmian i zobowiązani są dostosować się do restrykcyjnych wymogów prawnych koegzystencji upraw. Kolejnym zagrożeniem jest powstawanie monokultur, co może wpływać na bioróżnorodność i na sytuację gospodarczą danego kraju. Zależność rolnictwa od uprawy jednego gatunku rośliny zwiększa ryzyko działalności gospodarczej. W przypadku urodzaju i wysokich plonów będą rosły dochody w rolnictwie, a w przypadku spadku plonów na skutek np. niepogody, suszy, zmniejszają się dochody w sektorze i działach gospodarki z nim powiązanych³².

Kwestią o podstawowym znaczeniu jest bezpieczeństwo żywności transgenicznej oraz lekarstw dopuszczonych do obrotu. Spożywanie takich produktów może zagrozić życiu i zdrowiu ludzi. Modyfikacje genetyczne roślin i zmiana w ich strukturze genetycznej może doprowadzić do powstania nowych białek, które nie są znane organizmowi

³¹ K. Lisowska, M. Chorąży, *Genetycznie modyfikowane uprawy i żywność – przegląd zagrożeń*, „Nauka” 2010, nr 4, s. 128; *Transgenic Crops: AN Introduction and Resource Guide*, <https://cls.casa.colostate.edu/transgeniccrops/terminator.html> [dostęp 6.05.2019].

³² K. Lisowska, M. Chorąży, *op. cit.*, s. 131; M. Szkarłat, *op. cit.*, s. 187 i n.

człowieka. Spożycie takich protein wywołuje alergię – reakcję obronną układu odpornościowego człowieka. Przykładem na reakcje alergiczne jest dodanie do soi genu orzecha brazylijskiego, który zawiera alergen, jakim jest albumina. Alergie wystąpiły u szczurów karmionych kukurydzą GM z korporacji Monsanto, a w przypadku kukurydzy StarLink z genem Bt z firmy Aventis u ludzi³³.

Inne zagrożenie wynika ze stosowania w biotechnologii markerów antybiotykowych, od których zależy odporność roślin na antybiotyki. Taka cecha odporności na antybiotyki może być przeniesiona z roślin na człowieka je spożywającego. W konsekwencji zmniejsza się skuteczność kuracji antybiotykowych stosowanych w przypadku infekcji. Wyraźny zakaz wprowadzania do obrotu takich produktów GM obowiązuje w Unii Europejskiej³⁴.

Z przeprowadzonych doświadczeń na szczurach karmionych żywnością GM wynika, że wystąpiły przypadki chorób nowotworowych, zakłócenia w funkcjonowaniu organów wewnętrznych, które prowadzą do chorób przewlekłych i bezpłodności. Jeden z eksperymentów przeprowadzał A. Pusztai, który badał reakcje w organizmie szczurów karmionych ziemniakiem Desiree zawierającym gen przebiśniegu, zwiększający odporność na mszyce i nicienie. Stan zdrowia badanych zwierząt, których dieta składała się z takiego ziemniaka, uległ pogorszeniu. Spożywanie ziemniaka Desiree wpłynęło na wzrost, rozwój organów, przemianę materii i funkcje immunologiczne szczurów³⁵. Podobnie negatywne rezultaty co do stanu zdrowia badanych szczurów uzyskał zespół G.E. Séraliniego. Przeprowadzono testy na szczurach karmionych genetycznie zmodyfikowaną kukurydzą i soją tolerującymi lub wytwarzającymi pestycyd. Stwierdzono występowanie w nerkach i wątrobie badanych ssaków objawy wskazujące na początek chorób przewlekłych i konieczność prowadzenia dalszych testów³⁶.

Przeciwnicy GMO wskazują na istnienie związku przyczynowego między spożyciem żywności transgenicznej a wzrostem ryzyka pojawienia się komórek nowotworowych w organizmie człowieka. Modyfikacje genetyczne żywności mogą wywołać aktywację pewnych części ludzkiego genomu, które zdolne są do transpozycji, czyli do dalszych zmian. Zainicjowanie takiego procesu przez żywność GM może spowodować pojawienie się patologicznych zmian takich jak guzki, nacieki nowotworowe. Za sprawą Światowej Organizacji Zdrowia wycofany z obrotu został ziemniak GM, zawierający w swoim składzie poliakrylamid, który przy gotowaniu lub pieczeniu rozkładał się do

³³ S.K. Wiąckowski, *op. cit.*, s. 44.

³⁴ M. Szkarłat, *op. cit.*, s. 241, zob. też I. Wrześniewska-Wal, *op. cit.*, s. 314 i n.

³⁵ A. Pusztai, *Ludzkość nie może sobie pozwolić na ryzyko związane z inżynierią genetyczną*, http://www.icppc.pl/antygmo/wp-content/uploads/2016/08/2007_04-_25_arpad_pusztai.pdf [dostęp 30.04.2019].

³⁶ G.E. Séralini, R. Mesnage, E. Clair, S. Gress, J. Spiroux de Vendômois, D. Cellier, *Genetically modified crops safety assessments: present limits and possible improvements*, <https://doi.org/10.1186/2190-4715-23-10>, [dostęp 10.03.2018].

toksycznego akrylamidu. Produkty spożywcze (frytki i chipsy) wytwarzane z tej odmiany ziemniaka odznaczały się wysoką rakotwórczością, a ich spożywanie było niebezpieczne dla zdrowia ludzi³⁷.

W wielu publikacjach i wypowiedziach niezależnych uczonych zwraca się uwagę na brak badań epidemiologicznych, które potwierdziłyby empirycznie, że spożywanie żywności GM lub żywności powstałej przy udziale organizmów genetycznie zmodyfikowanych jest bezpieczne dla ludzi w długim okresie. Nie są określone długofalowe efekty uwolnienia zmodyfikowanych produktów do organizmu ludzkiego i środowiska naturalnego³⁸. Przeprowadzane dotychczas na niewielką skalę badania wykonywane były z reguły na zlecenie przedsiębiorstw przemysłu biotechnologicznego i nie są uznawane za wiarygodne. Korporacje, korzystając z ochrony patentowej, utrudniają dostęp niezależnym badaczom do nowego produktu transgenicznego, co może uniemożliwić przeprowadzenie badań laboratoryjnych. Zarzuca się, że korporacje biotechnologiczne w swoim dążeniu do osiągnięcia jak najwyższych zysków działają w sposób niedający pogodzić się z etyką³⁹.

Powszechne stosowanie żywności zmodyfikowanej genetycznie jest też traktowane jako zagrożenie praw człowieka. Brak długofalowych badań dotyczących skutków spożywania roślin GM dla organizmów ludzkich uznawane jest za naruszenie prawa do ochrony życia i środowiska naturalnego oraz prawa do pełnej i rzetelnej informacji i wyboru.

Tabela 7. Korzyści i zagrożenia związane z uprawami GMO

Korzyści z upraw GM	Zagrożenia związane z uprawami GM
Zwiększona produktywność łączona z globalnym bezpieczeństwem żywności, wzrostem plonów i obniżką kosztów	Wysokość i jakość plonów roślin transgenicznych po początkowym wzroście stawała się niższa niż tradycyjnych upraw
Samowystarczalność na gruntach ornych	Uzależnienie rolników przechodzących na uprawy GM od koncernów biotechnologicznych kontrolujących rynek nasion
Ochrona bioróżnorodności	Naruszenie równowagi systemu ekologicznego, negatywny wpływ na środowisko przyrodnicze. Zmniejsza się częstość występowania odmian i gatunków naturalnych. Powstanie monokultur
Łagodzenie wyzwań związanych ze zmianami klimatu	Wiązanie obcych gatunków może być niebezpieczne dla człowieka i środowiska
Poprawa korzyści ekonomicznych, zdrowotnych i społecznych	Negatywny wpływ na zdrowie – alergie, problemy immunologiczne, odporność na antybiotyki, toksyczność upraw GM

³⁷ M. Szkarłat, *op. cit.*, s. 246.

³⁸ P. Krajewski, *Znane i nieznanne problemy bioetyki XXI wieku. (Nie) bezpieczne biotechnologie?*, Wyd. UWM, Olsztyn 2007, s. 74; K. Lisowska, M. Chorąży, *op. cit.*, s. 130.

³⁹ S.K. Wiąckowski, *op. cit.*, s. 39 i n. Szerzej na ten temat zob. J.M. Smith, *Nasiona kłamstwa czyli o igrzyskach przemysłu i rządów na temat żywności modyfikowanej genetycznie*, Oficyna Wydawnicza 3.49, Poznań 2007.

Korzyści z upraw GM	Zagrożenia związane z uprawami GM
Zaletą nasion transgenicznych jest możliwość zmniejszenia użycia środków ochrony roślin	Pojawiły się superchwasty, które są odporne na stosowane opryski. Przykładem może być odporny na herbicydy szczep przymiotnia kanadyjskiego
Możliwość wyżywienia ludzi. Zwiększenie obszaru upraw GM w krajach rozwijających się	GM nie rozwiązuje problemu głodu na świecie. Stosowanie technologii transgenicznych zaburza równowagę istniejących ekosystemów, a następnie wyjaławia glebę, obniża plony, stałe zagrożenie chorobami. Patentowanie nasion lub roślin niszczy podstawy bytu rolników
Polepszenie cech żywieniowych surowców roślinnych przez wzbogacenie ich w witaminy, składniki mineralne, aminokwasy	Zmodyfikowane organizmy mogą wytwarzać nieznane wcześniej kombinacje białek i wywoływać nieprzewidywalne efekty. W konsekwencji mogą prowadzić do straty wartości odżywczej rośliny
	Genetycznie modyfikowane nasiona, rośliny i inne organizmy są objęte ochroną patentową, co zwiększa kontrolę korporacji międzynarodowych nad rolnikami, produkcję i konsumpcją żywności
	Skażenie upraw niemodyfikowanych i organicznych przez uprawy GM to straty finansowe w przemyśle rolno-spożywczym, wycofanie produktów, utrata udziałów w rynku lub utrata rynków
	Wysokie koszty wstępne upraw odmian transgenicznych: ceny nasion GM są wyższe niż nasion tradycyjnych, rolnicy uiszczają opłatę za użytkowanie technologii i zakaz przechowywania nasion na następny sezon. Przykład upraw bawełny Bt w Indiach i bankructwa, samobójstwa rolników

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie

Rozwój i osiągnięcia inżynierii genetycznej oraz wprowadzenie jej produktów do obrotu gospodarczego jako składnika żywności, samej żywności, paszy czy wreszcie samych upraw transgenicznych jest przedmiotem ożywionej dyskusji i licznych kontrowersji. Poważnym problemem jest zapewnienie bezpieczeństwa żywności i organizmów GM uwolnionych do środowiska. Zasady prawa międzynarodowego czy prawa UE określiły warunki dopuszczenia organizmów transgenicznych do środowiska, w tym przewidują badanie zagrożeń dla życia i zdrowia ludzi oraz ekosystemów. Pojawiły się zastrzeżenia co do sposobu i czasu trwania takich badań. Uzasadnione jest domaganie się, aby badania były obowiązkowe, ulepszone i przedłużone oraz rozszerzone o badania reprodukcyjne i wielopokoleniowe. Dodatkowo postuluje się zapewnienie rzetelności

eksperymentów i ich dokonywanie przez niezależne od korporacji biotechnologicznych grupy uczonych – badaczy.

Od rozpoczęcia komercjalizacji organizmów GM w 1996 r. rozszerza się obszar upraw transgenicznych, które obejmują kraje Ameryki Północnej i Południowej, Afryki, Azji, Europy i Australię. Wśród państw uprawiających rośliny transgeniczne przeważają kraje rozwijające się, a Brazylia, Argentyna, Indie, Paragwaj, Pakistan, Chiny, RPA, Boliwia i Urugwaj znajdują się w grupie tzw. Mega-krajów GMO. Wszystkie państwa uprawiające rośliny GM korzystają z dostaw międzynarodowych korporacji biotechnologicznych. Na rynkach światowych podmioty te umacniają swoją pozycję, a niepokojącym zjawiskiem jest monopolizacja tego sektora przez kilka liczących się przedsiębiorstw, tj. Monsanto, Du Pont, Dow, Bayern, CropScience, Syngenta, co wpływa na ceny, jakość oferowanych produktów oraz swobodę wyboru i działania innych podmiotów gospodarczych, w tym rolników i przedsiębiorstw – dostawców tradycyjnych produktów. Korporacje biotechnologiczne uzależniają od siebie rolników, a konsolidacja rynku ziarna siewnego i patenty na nasiona zmniejszają swobodę działania tych podmiotów gospodarczych. Zwiększanie stopnia zależności następuje przez zastrzeżenie w umowach obowiązku nabywania od producenta nasion transgenicznych na sezon i niekorzystanie z ziaren zebranych z własnej uprawy oraz przez stosowanie w produkcji technologii „terminator” (zapewnia ona jałowość ziarna GM w drugim pokoleniu).

Niewystarczająca znajomość złożonych mechanizmów życia i nowych konstrukcji genetycznych wymaga zachowania ostrożności przy zezwalaniu na dopuszczenie do komercjalizacji organizmów GM. Uzasadnione i wskazane jest zatem stosowanie w odniesieniu do nich zasady przezorności, oznaczającej taki sposób postępowania, który umożliwi kontrolę niepewnej sytuacji, odnoszącej się do ochrony życia i zdrowia ludzi oraz ich środowiska. Dlatego tak ważne jest prowadzenie długich i rzetelnych badań oddziaływania organizmów transgenicznych na człowieka i środowisko, jak i z uwagi na bezpieczeństwo żywnościowe na świecie.

Bibliografia

Literatura

- Krajewski P., *Ochrona prawna człowieka i jego środowiska wobec ekspansji organizmów genetycznie zmodyfikowanych w prawie wspólnotowym i międzynarodowym*, Wydawnictwo UWM, Olsztyn 2010.
- Krajewski P., *Znane i nieznanne problemy bioetyki XXI wieku. (Nie) bezpieczne biotechnologie?*, Wyd. UWM, Olsztyn 2007.
- Lisowska K., Choraży M., *Genetycznie modyfikowane uprawy i żywność – przegląd zagrożeń*, „Nauka” 2010, nr 4, s. 127-136.

- Lucińska M., Grajeta H., *Wpływ modyfikacji genetycznych na jakość i bezpieczeństwo żywności*, „Problemy Higieny Epidemiologicznej” 2015, nr 96, s. 705-712.
- Maciołek H. (red.), *Aspekty ekonomiczne, zdrowotne i fitosanitarne żywności modyfikowanej genetycznie*, Naukowe Wydawnictwo Piotrkowskie, Piotrków Trybunalski 2004.
- Malepszy S. (red.), *Biotechnologia roślin*, PWN, Warszawa 2001.
- Nowak J.J. *Uwalnianie GMO do środowiska rolniczego i żywności a bezpieczeństwo żywnościowe*, [w:] A. Bobko, K. Cynk (red. nauk.), *Genetycznie modyfikowane organizmy jako przedmiot oceny moralnej*, Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2014, s. 141-163.
- Ptasińska J., *Żywność modyfikowana genetycznie – argumenty za i przeciw*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie” 2008, nr 781, s. 155-169.
- Sękowski M., Gworek, B., *Genetycznie modyfikowane organizmy w środowisku*, Wydawnictwo Naukowe Gabriel Borowski, Warszawa 2008.
- Smith J.M., *Nasiona kłamstwa czyli o łgarstwach przemysłu i rządów na temat żywności modyfikowanej genetycznie*, Oficyna Wydawnicza 3.49, Poznań 2007.
- Szkarłat M., *Żywność genetycznie modyfikowana w stosunkach międzynarodowych*, Wyd. UMCS, Lublin 2011.
- Wiąckowski S.K., *Żywność roślin genetycznie zmodyfikowanych i związane z nią zagrożenia*, „Nad Odrą” 2013, nr 3-5, s. 39-46.
- Wrześniewska-Wal I., *Prawne aspekty wprowadzania do obrotu żywności genetycznie zmodyfikowanej*, „Postępy Nauk Medycznych” 2009, nr 4, s. 310-316.

Źródła

- Konwencja o bioróżnorodności biologicznej, sporządzona w Rio de Janeiro dnia 5 czerwca 1992 r., Dz. U. z 2002 r., Nr 184, poz. 1532.
- Protokół kartageński o różnorodności biologicznej, sporządzony w Montrealu dnia 29 stycznia 2001 r., Dz. U. z 2003 r., Nr 216, poz. 2199, 2200, 2201.
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2001/18/WE z dnia 12 marca 2001 r. w sprawie zamierzonego uwalniania do środowiska organizmów zmodyfikowanych genetycznie i uchylająca dyrektywę Rady nr 90/220/EWG (Dz. Urz. L 106 z 17.04.2001 r.).
- Rozporządzenie nr 1830/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 22 września 2003 r. dotyczące możliwości śledzenia i etykietowania organizmów zmodyfikowanych genetycznie oraz możliwości śledzenia żywności i produktów paszowych wyprodukowanych z organizmów zmodyfikowanych genetycznie (Dz. Urz. WE L 268 z 18.10.2003 r.).
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2009/41/WE z dnia 6 maja 2009 r. w sprawie ograniczonego stosowania mikroorganizmów zmodyfikowanych genetycznie (Dz. Urz. WE L 125 z 21.05.2009 r.).
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2015/2283 z dnia 25 listopada 2015 r. w sprawie nowej żywności, zmieniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 oraz uchylające rozporządzenie (WE) nr 258/97 Parlamentu Europejskiego i Rady oraz rozporządzenie Komisji (WE) nr 1852/2001 (Dz. Urz. UE L 327 z 11.12.2015 r.).
- Ustawa z dnia 22 czerwca 2001 r. o mikroorganizmach i organizmach genetycznie modyfikowanych. GMO (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 706).

Internet

- Protokół z Nagoi do Konwencji o różnorodności biologicznej dotyczący dostępu do zasobów genetycznych oraz uczciwego i sprawiedliwego podziału korzyści wynikających z ich wykorzystania, <https://www.cbd.int/abs/doc/protocol/nagoya-protocol-polish.pdf> (dostęp: 10.04.2019 r.).
- GMO – co to jest i jak się wykorzystuje w produkcji żywności <http://www.farmio.com/gmo-co-to-jest-wykorzystuje-produkcji-zywnosci> [dostęp 10.04.2018].
- Goodman A., *Percy Schmeiser vs Monsanto: The Story of Canadian Farmer's Fight to Defend the Rights of Farmers and the Future of Seeds*, https://www.democracynow.org/2010/9/17/percy_schmeiser_vs_monsanto_the_story [dostęp 24.01.2018].
- Holm F., Żywność modyfikowana genetycznie, http://www.pttz.org/raporty/zywnosc_mod.doc [dostęp 10.04.2017].
- James C., 20th Anniversary (1996 to 2015) of the Global Commercialization of Biotech Crops and Biotech Crop Highlights In 2015, ISAAA Brief No. 51. ISAAA: Ithaca, NY, <http://isaaa.org/resources/publications/briefs/51/default.asp> [dostęp 27.01.2018].
- ISAAA Briefs No. 53, Global Status of Commercialized Biotech/GM Crops in 2017: Biotech Crop Adoption Surges as Economic Benefits Accumulate in 22 Years, 2017, <https://www.isaaa.org/resources/publications/briefs/53/download/isaaa-brief-53-2017.pdf> [dostęp 27.01.2019].
- Łopata J., *GMO – zagrożenia ekologiczne, zdrowotne, ekonomiczne*, <http://www.gmo.icppc.pl> [dostęp 12.03.2018].
- Pusztai A., *Ludzkość nie może sobie pozwolić na ryzyko związane z inżynierią genetyczną*, http://www.icppc.pl/antygmo/wp-content/uploads/2016/08/2007_04-25_arpad_pusztai.pdf [dostęp 30.04.2019].
- Séralini G.E., Mesnage R., Clair E., Gress S., Spiroux de Vendômois J., Cellier D., *Genetically modified crops safety assessments: present limits and possible improvements*, <https://doi.org/10.1186/2190-4715-23-10> [dostęp 10.03.2018].
- Transgenic Crops: AN Introduction and Resource Guide, <https://cls.casa.colostate.edu/transgeniccrops/terminator.html> [dostęp 6.05.2019].
- Wiackowski S.K., *Żywność roślin genetycznie zmodyfikowanych i związane z nią zagrożenia*, http://nad-odra.pl/wp-content/uploads/2016/02/nad_odra_3-5_2013_internet.pdf [dostęp 10.04.2018].
- Żywność modyfikowana, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/zywnosc-modyfikowana:3942613.html> [dostęp 12.04.2018].

Problemy codziennego funkcjonowania psychospołecznego w związku z dietą bezglutenową w narracji autobiograficznej osoby z celiakią – studium przypadku

Problems of everyday psychosocial functioning related to gluten-free diet in autobiographical narration of a person with coeliac disease – case study

Małgorzata Pietras-Mrozicka¹

Uniwersytet Łódzki

ORCID: [0000-0002-5192-9341](https://orcid.org/0000-0002-5192-9341)

Streszczenie

Akceptacja choroby przewlekłej, jaką jest celiakia, oraz jej jedynej formy leczenia, czyli diety bezglutenowej to długotrwały proces, wiążący się z przeżywaniem odmiennych stanów emocjonalnych. Zaburzając biografię, choroba wnosi konieczność przeorganizowania dotychczasowych rytuałów ze względu na ograniczenia dietetyczne. Efektem może być poczucie obniżonej jakości życia w związku z chorobą, niechęć do diety oraz unikanie pełnego uczestnictwa w życiu społecznym. W artykule przedstawiono analizę subiektywnego sposobu doświadczania choroby i diety bezglutenowej. Wykorzystano dane uzyskane za pomocą metody wywiadu biograficznego. Zwrócono uwagę na to, jak choroba zostaje wpisana w biografię, zmieniając sposób funkcjonowania psychospołecznego i wymuszając modyfikację stylu. W porównaniu z życiem sprzed diagnozy codzienność osób na diecie bezglutenowej wiąże się między innymi z poczuciem braku swobody organizowania własnej rzeczywistości, utrudnieniami praktycznymi w życiu rodzinnym, zawężeniem sieci relacji społecznych oraz dotychczas podejmowanych aktywności. Sposób postrzegania ograniczeń przekłada się na to, jak chorzy radzą sobie z chorobą i jakie piętno odciska ona na ich jakości życia. Negatywna ocena nowej rzeczywistości, będącej efektem choroby jest źródłem doświadczania trudnych emocji. Akceptacja własnego stanu i pozytywna reinterpretacja choroby sprzyjają natomiast poprawie funkcjonowania oraz stanu zdrowia.

Słowa kluczowe

restrykcje dietetyczne, choroba przewlekła, celiakia, jakość życia, funkcjonowanie psychospołeczne, biografia

Abstract

The acceptance of a chronic disease on the example of Coeliac Disease (CD) and its only form of treatment with a gluten free diet (GFD) is a long lasting process which entails distinct emotional

¹ E-mail: margapi17@hotmail.com

states. By disturbing the biography, the illness obliges to transform previous everyday rituals, because of the dietary restrictions. In effect, CD sufferers experience worsening of the health-related quality of life, reluctance to the diet adherence and avoidance of active social life participation. The paper presents the analysis of the subjective way CD and GFD are experienced. The studies are based on the data gathered in an in-depth biographical interview. The focus is on the way the illness becomes a part of the biography, modifying psychosocial functioning. The everyday life of people adhering to a GFD, when compared to the life before the diagnosis, is affected among others, by the loss of freedom of choice, practical constraints within the family life, narrowing of social nets and withdrawal from previous activities. The way they perceive the illness is reflected in the strategies they use to deal with it and the extent to which CD affects their life satisfaction. The negative assessment of the new reality is the source of difficult emotional states, while its acceptance and positive reinterpretation of CD favour better psychosocial functioning and health.

Keywords

dietary restrictions, chronic disease, coeliac disease, quality of life, psychosocial functioning, biography

JEL: I

Wstęp

„Nie samym chlebem człowiek żyje”. Staropolskie przysłowie wskazuje, że oprócz potrzeb ciała człowiek ma potrzeby duchowe. Jednakże tak zdecydowane zaprzeczenie jego nadrzędnej wartości jest jednocześnie informacją, że pokarm i jego spożywanie znajdują się wysoko w hierarchii ludzkich potrzeb. Obok zaspokojenia głodu sytuacje związane z konsumpcją pełnią również funkcję psychologiczną, sprzyjając emocjonalnemu dobrostanowi oraz są kanwą zachowań społecznych. Wspólna konsumpcja towarzyszy spotkaniom intymnym, rodzinnym, towarzyskim czy biznesowym. Utrata swobody w tym zakresie, charakterystyczna dla przewlekłych chorób dietozależnych, wpływa na każdy ze wspomnianych powyżej aspektów funkcjonowania. Zaburzając codzienne rytuały, uzmysławia istotę jedzenia w życiu człowieka.

Dzieje się tak w przypadku osób z celiakią, dla których bezwzględnie konieczne jest stosowanie restrykcyjnej diety eliminującej gluten, co wymaga całkowitego przeorganizowania dotychczasowego sposobu jedzenia. Przytoczone wyżej przysłowie odnosi się do nich zatem nie tylko w przenośnym, lecz i w dosłownym znaczeniu. To w chlebie bowiem najwięcej jest zakazanego glutenu. I choć nie sposób się nie zgodzić, że jedzenie (chleba) nie jest najważniejsze, to zaspokojenie zarówno potrzeb podstawowych, jak i wyższego rzędu zależy od tego, jak chorzy radzą sobie z dietą. Utrudnienia związane z leczeniem celiakii wymagają od nich wysiłku, samodyscypliny i samoregulacji w obliczu niezliczonych zakazów. Jak w związku z tym przekłada się to na jakość funkcjonowania psychospołecznego w celiakii?

Celem artykułu jest przedstawienie subiektywnego sposobu doświadczania choroby i związanych z nią obciążeń oraz czy i jak w narracji osoby chorej zmienia się postrzeganie funkcjonowania psychospołecznego, samej siebie oraz relacji społecznych. W powyższym celu wykonuję studium pojedynczego przypadku, skupiając się na przebiegu konstruowania biografii zakłóconej diagnozą celiakii. Źródłem informacji poddanych analizie są dane pochodzące z wywiadu biograficznego, który pochodzi z prowadzonych przez autorkę w ramach rozprawy doktorskiej pogłębionych badań jakościowych nad światem społecznym osób z celiakią.

Teoretyczny aspekt badań

Choroba przewlekła, wyznaczając nowy scenariusz życia, sama w sobie staje się jego nieodłącznym elementem i wpływa na całokształt funkcjonowania. Rozpatrywana za Michaelem Buryem w kategorii „zakłócenia biograficznego” (*biographical disruption*)² wymaga od chorego włączenia jej do własnej biografii, gdyż, ze względu na przewlekły charakter, nie ma od niej ucieczki. Osoba ta musi podjąć wysiłek związany z reorganizacją życia w rzeczywistości odmiennej od tej sprzed stanu choroby, który obejmuje pracę nad chorobą, nad codziennością oraz nad własną biografią³. Choroba, wprowadzając do życia człowieka element wszechogarniającego zamętu, uruchamia mechanizm trajektorii choroby, czyli procesu bezładu i cierpienia, dzieląc biografię na okres przed wejściem i po wejściu w tenże. Koncepcja trajektorii umożliwia badanie zmienności życia w obliczu choroby⁴.

Drastyczna zmiana sposobu odżywiania w chorobach dietozależnych wprowadza element chaosu i skłania do poddania dotychczasowego stylu życia pogłębionej refleksji. Styl życia, rozumiany za Sicińskim⁵ jako „zespół codziennych zachowań członków owej zbiorowości, umożliwiający ich społeczną identyfikację” zależy bowiem również od preferencji żywieniowych⁶. Każdorazowo spożywanie pokarmu uświadamia stratę, prowadząc do modyfikacji własnej tożsamości, sposobu funkcjonowania psychospołecznego,

² B. Moskalewicz, *Świat postępującej choroby przewlekłej – doświadczenia kobiet*, [w:] A. Ostrowska i M. Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2015, s. 404.

³ J. Corbin i A. Strauss, *Managing Chronic Illness at Home. Three Lines of Work*, „Qualitative Sociology” 1985, s. 8.

⁴ G. Rieman, F. Shütze, *Trajektoria jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych*, „Kultura i Społeczeństwo” 1992, t. 2, s. 92.

⁵ A. Siciński, *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*, PWN, Warszawa 1978, s. 13-14.

⁶ Michael Bourdieu zauważył, że preferencje żywieniowe, będące rezultatem niepoddanych refleksji wyborów opartych na wzorcach utrwalonych w procesie socjalizacji są elementem stylu życia, [za:] A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie: z zagadnień promocji zdrowia*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1999, s. 19-25.

postrzegania świata zewnętrznego oraz świata społecznego osób pozostających w podobnej sytuacji. Jednocześnie uświadamia nieodwracalność narzuconych zmian.

Załamaniem dotychczasowej linii biograficznej po diagnozie celiakii⁷ związane jest ze specyfiką tej choroby, polegającą na tym, że jedynym znanym sposobem leczenia jest dożywotnie i bezwzględne przestrzeganie diety eliminującej gluten⁸. Podjęcie leczenia wiąże się więc ze zmianą dotychczasowych układów odniesienia, zwłaszcza w aspekcie spożywania posiłków, co zgodnie z założeniami teorii fenomenologicznych i teorii wiedzy powoduje chaos. Próby jego opanowania wymagają ponownego zdefiniowania sensów, transformacji tożsamości, zmodyfikowania zasobów wiedzy podręcznej, uwiarygodnienia i uprawomocnienia nowej rzeczywistości⁹. W przypadku osób z celiakią doświadczanie choroby we wszystkich kategoriach analitycznych zaproponowanych przez Juliet Corbin i Anselma Straussa¹⁰ wiąże się z jedzeniem. Praca nad chorobą i nad codziennością ogniskują się wokół diety. Ponadto to dieta, a nie sama choroba, jest głównym powodem konieczności pracy nad biografią w celu wykształcenia nowej tożsamości.

Przechodząc na dietę, chorzy na celiakię stają się członkami nowego społecznego świata skoncentrowanego wokół restrykcyjnej diety. Natychmiast dokonują jego oceny, która zależy od uwarunkowań społecznych nabytych przez nich w procesie socjalizacji, takich jak postawy względem zdrowia, choroby czy jedzenia, zasobów natury psychologicznej, cech indywidualnych (temperamentalno-osobowościowych) oraz zaburzeń psychicznych. Na percepcję choroby i diety rzutuje także czynnik biologiczny, rozumiany jako stan zdrowia somatycznego lub indywidualne cechy organizmu (typ układu nerwowego). Od tego jak ocenią tę nową rzeczywistość, będącą wypadkową uwarunkowań socjo-psycho-biologicznych, zależeć będzie ich sposób dostosowania się do wymogów reżimu dietetycznego.

Adaptacja do diety to proces długi i wymagający zaangażowania. Oprócz opanowania kwestii praktycznych i teoretycznych wiąże się z przepracowaniem poczucia

⁷ Celiakia (choroba trzewna) to choroba autoimmunologiczna, spowodowana nietolerancją glutenu, białka występującego w pszenicy, jęczmieniu i życie. Jego spożycie, w najmniejszych ilościach, wywołuje u osób chorych natychmiastową reakcję ze strony układu immunologicznego, również w sytuacji braku bezpośrednich objawów somatycznych. Dochodzi wówczas do zaniku kosmków jelitowych i zaburzeń wchłaniania. Choroba dotyka od około 1 do 3% populacji (World Gastroenterology Organisation, 2007). Skutkiem nieleczonej celiakii mogą być między innymi anemia, bezpłodność, zaburzenia odporności, wyniszczenie organizmu, zwiększona zachorowalność na nowotwory złośliwe, choroby psychiczne oraz śmierć, zob. D.H Dewar, P.J. Ciclitira, *Clinical features and diagnosis of celiac disease*, „Gastroenterology” 2005, vol. 128, Iss. 4, Supp. 1), s. 19-24.

⁸ C. Olsson, A. Hörnell, A. Ivarsson, Y.M. Sydner, *The everyday life of adolescent coeliacs: issues of importance for compliance with the gluten-free diet*, „Journal of Human Nutrition and Dietetics” 2008, vol. 21, s. 359-367.

⁹ A. Shütz, *O wielości światów. Szkice z socjologii fenomenologicznej*, NOMOS, Kraków 2008, s. 74-87.

¹⁰ J. Corbin i A. Strauss, *op. cit.*, s. 8.

straty, pojawiającego się w obliczu piętrzących się trudności, braku poczucia wolności wyboru oraz niezrozumienia specyfiki tego sposobu leczenia przez innych, w tym najbliższych. Konieczność zabezpieczenia bezpiecznych posiłków eliminuje szereg możliwości korzystania z ofert komercyjnych w zakresie czynności zawodowych, towarzyskich, wypoczynkowych i wielu innych. Problematyczne okazuje się zapewnienie wyżywienia w placówkach edukacyjnych czy zdrowotnych. W celiakii każdy spożywany posiłek przypomina o ograniczeniach i stratach, stąd początkowe okresy stosowania diety mogą obfitować w wiele trudnych emocji oraz wiązać się z koniecznością przeżycia żałoby na drodze ku akceptacji restrykcji dietetycznych i pogodzenia się ze stratą. Zmiana dotychczasowego stylu odżywiania się pociąga za sobą konieczność modyfikacji stylu życia.

Zrozumienie tego, jak osoby chore radzą sobie ze zmianami, wymaga dotarcia do subiektywnego postrzegania zaistniałych zmian oraz siebie samych. To ono, a nie zmienne obiektywne, decyduje o sposobie doświadczania ograniczeń i o tym, jakie znaczenia im nadają. W ujęciu fenomenologów indywidualnie nadawane sensory i oceny znajdują odzwierciedlenie w zmianach sposobu funkcjonowania¹¹ i poczuciu jakości życia. Stanowią więc fundament, na którym chorzy konstruują dalsze życie i wypracowują metody radzenia sobie.

Metodologia

Wybór metody biograficznej podyktowany był chęcią lepszego poznania i opisanie sposobu funkcjonowania z dietą bezglutenową. Tak prowadzone badania jakościowe umożliwiają skupienie się na indywidualnych perspektywach osób doświadczających choroby i jej skutków oraz pełniejszy wgląd badacza w sposób doświadczania choroby ujawniany w narracji. Spontaniczna opowieść o własnym życiu stanowi źródło bogatej wiedzy na temat stylu życia, sposobu funkcjonowania oraz subiektywnej oceny jakości własnej rzeczywistości. Pozwala na powiązanie doświadczeń indywidualnych z doświadczeniami zbiorowymi osób o podobnych doświadczeniach oraz będących członkami tego samego społecznego świata.

Aby poznać to, jak ludzie „wcielają schorzenie w życie”¹², należy zatem bliżej przyjrzeć się ich doświadczeniom, co zauważa Bożena Moskalewicz, opisując świat kobiet doświadczających postępującej choroby przewlekłej¹³. Tylko poprzez dotarcie do subiektywnej percepcji choroby, siebie w chorobie, relacji ze światem oraz wyobrażenia o sposobie postrzegania ich samych przez innych zbliża socjologa do poznania „fenomenu

¹¹ A. Shütz, *op. cit.*

¹² M. Blaxter, *Zdrowie*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2009, s. 103.

¹³ B. Moskalewicz, *op. cit.*, s. 401-419.

choroby i chorowania”¹⁴ w ujęciu interakcjonistycznym M. Bury’ego¹⁵. Podejście to zwraca uwagę na podmiotowość osoby chorej, podkreślając istotę powiązań pomiędzy faktem pojawienia się choroby, reakcją społeczną na nią oraz sposobem doświadczania jej przez chorego. W przypadku choroby przewlekłej konieczne jest przyjrzenie się temu, jak reżim związany z leczeniem „pokrzyżował biografię” chorego, wpływając na jego funkcjonowanie, i jak przebiega proces adaptacji do zmienionych warunków życia¹⁶.

Ze względu na obszerność uzyskanych danych nie ma możliwości przedstawienia w artykule pełnego spektrum aspektów funkcjonowania z celiakią. Omówione zostaną zatem wybrane z nich, celem przedstawienia stopnia, w jakim choroba i jej leczenie problematyzują dotychczasowe życie i jakie wymuszają zmiany. Wybrane kategorie analizy obejmą niepewność diagnozowania, inkluzję do świata osób z celiakią, emocjonalno-społeczne zmiany dotychczasowego stylu życia i ich ocenę, redefinicję tożsamości oraz reinterpretację choroby.

Analiza wywiadu biograficznego

Pani A. to osoba, u której chorobę zdiagnozowano w wieku dorosłym. Ma dwoje dzieci. Pozostaje w związku małżeńskim z drugim mężem. Jej pierwsze małżeństwo rozpadło się. Pozostaje aktywna zawodowo oraz kontynuuje w trybie zaocznym studia, które przerwała, gdy urodziła pierwsze dziecko. Dietę bezglutenową stosuje od około pięciu lat i jest jedyną osobą w swojej rodzinie, która eliminuje gluten. Do badania została zaproszona za pośrednictwem grupy społecznościowej, zrzeszającej członków Polskiego Stowarzyszenia Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej. Przed rozmową została poinformowana o specyfice wywiadu metodą biograficzną. Poproszona o przedstawienie własnej historii życia, płynnie weszła w rolę narratora. Zachowała chronologię swojej opowieści, zaczynając ją od czasów dzieciństwa. Choć badana wiedziała o zainteresowaniach badawczych autorki, to od niej samej zależało, w jaki sposób i w jakim stopniu skoncentruje się na doświadczaniu celiakii i diety bezglutenowej. Pomimo tego narracja ogniskuje się wokół nich. Wydaje się zatem, że w jej przypadku, podobnie jak u innych osób z chorobą przewlekłą, choroba wyznacza nowy scenariusz życia i to wokół niej koncentrują się myśli i działania podejmowane w codziennym życiu.

¹⁴ B. Tobiasz-Adamczyk, *Jakość życia w chorobie z perspektywy socjologicznej*, [w:] A. Ostrowska i M. Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2015, s. 258.

¹⁵ M. Bury, *The Sociology of Chronic Illness: A Review of Research and Prospects*, „Sociology of Health & Illness” 1991, vol. 13, s. 451-456.

¹⁶ B. Tobiasz-Adamczyk, *op. cit.*, s. 257.

Niepewność diagnozy

Sposób prowadzenia narracji odzwierciedla długotrwały proces dochodzenia do medycznego rozpoznania celiakii. Pani A. przedstawia krok po kroku, jak zbliżała się do ostatecznej diagnozy, doświadczając jednocześnie stopniowego zniechęcenia i utraty zaufania w kompetencje lekarzy. W międzyczasie, w wyniku postępującego pogorszenia zdrowia rozwijają się kolejne choroby współistniejące, których objawy dodatkowo komplikują próby dotarcia do przyczyny złego samopoczucia. Zdaje sobie sprawę z tego, że proces diagnozy w Polsce jest długotrwały i może ciągnąć się latami¹⁷, jednakże wywołuje to u niej żal wynikający ze straty czasu, który mógł być wykorzystany na leczenie dietą:

„po całym organizmie szkody są. Gdzie człowiek nawet nie zdaje sobie sprawy, że wystarczyłoby nie jeść tego glutenu... no... takie białeczko [...] gdyby człowiek wiedział wcześniej, takie efekty tego niedożywienia, gdzie no... nie widać tego, bo człowiek jakoś się trzyma... od środka jest duże zło”.

W obliczu piętrzących się dolegliwości zdrowotnych chora przejmuje odpowiedzialność¹⁸ za swoje zdrowie, poszukując rozwiązania „ziarnko do ziarnka”. Ona, a nie specjaliści, staje się koordynatorem całego procesu. Lekarze w tym procesie zajmują się jedynie leczeniem objawów, ona sama natomiast konsekwentnie draży i łączy fakty, co widać w słowach:

„nie było łatwo wyłapać mi skąd się to bierze, [...] że jest to jakiś tam proces, że jest to od jedzenia”.

Próby przyspieszenia tempa i uzyskania pomocy ze strony służb medycznych skłaniają ją ku sięgnięciu po wsparcie społeczne (instrumentalne), polegające na skorzystaniu z tak zwanej sieci znajomości zawodowych. Praca w obszarze służby zdrowia stawia ją w uprzywilejowanej pozycji. Mimo to czasochłonność diagnozy, spotykanie się z brakiem zainteresowania, niechęć do pogłębiania badań diagnostycznych i niekończące się wizyty u kolejnych specjalistów doprowadzają do poczucia zmęczenia i frustracji, ponieważ, jak mówi narratorka, „to wszystko podcinało mi skrzydła”. Diagnoza choroby trzewnej pojawia się przypadkowo, a jej postawienie poprzez osobę spoza

¹⁷ Diagnoza w Polsce trwa średnio 10-13 lat. Problem ten podnoszony jest na konferencjach naukowych i naukowo-szkoleniowych poświęconych celiakii przez przedstawicieli świata medycznego, laboratoriów diagnostycznych oraz Polskiego Stowarzyszenia Osób z Celiakią i na Diecie Bezglutenowej (przyp. autorki).

¹⁸ O odpowiedzialności chorych, zwłaszcza kobiet, za swoje zdrowie w chorobach przewlekłych pisze M. Blaxter, *op. cit.*, s. 80-81.

kręgu diagnozujących lekarzy utwierdza chorą w przekonaniu, że to ona jest jedyną osobą odpowiedzialną za stan swojego zdrowia:

„tylko gdy człowiek sam poszuka i jakieś fakty jest w stanie połączyć, to jest w stanie jakoś sobie pomóc”.

Inkluzja do Świata Osób z Celiakią

Starając się przyjrzeć inkluzji Pani A. do świata osób z celiakią, należy pamiętać o przewlekłym charakterze choroby, która nie jest przejściową niedyspozycją, lecz już na zawsze będzie stałym elementem życia chorej. Niezbędne jest zatem włączenie jej do własnej historii życia. Diagnoza, zakłócając biografię, wskazuje na zmianę statusu osoby dotychczas zdrowej na status chorego. Przejście to wiąże się z nowym sposobem widzenia samej siebie, relacji z innymi i ról społecznych naznaczonych chorobą.

Ostateczna diagnoza jest dla Pani A. źródłem poczucia ulgi, po którym następuje załamanie. W przypadku celiakii to nie sama diagnoza, lecz dieta jest zakłóceniem dotychczasowej linii życia. Po postawieniu rozpoznania lekarz nie przepisuje leków, które należy przyjmować do końca życia, lecz zaleca dożywotnie stosowanie restrykcyjnej diety. Już pierwsze próby jej wprowadzenia uświadamiają, że niezbędne jest całkowite przeorganizowanie dotychczasowego sposobu jedzenia, rezygnacja z lubianych potraw oraz zmiana nawyków związanych z zakupami i konsumpcją poza domem. Błędy w prowadzeniu diety, rozwój chorób współistniejących oraz nagłe ograniczenia przekładają się na pogorszenie zdrowia psychicznego i somatycznego, zwiększenie masy ciała oraz gorsze funkcjonowanie psychospołeczne. Dla chorej na tym etapie najtrudniejsze wydaje się być:

„Przestawienie się na takie myślenie, że to już nie jest hulaj dusza, piekła nie ma, robimy co chcemy, yyy, tylko... taka praca też nad sobą, że no nie wolno ci tego. Ja już stosowałam wiele diet w swoim życiu i te inne diety są do czasu, [...] a tutaj... to już jest na całe życie, tak? Przpracowanie tego to największa trudność”.

Następuje konsternacja co do sposobu leczenia i dalszego funkcjonowania ze względu na „brak kompendium wiedzy” i konieczne staje się:

„przpracowanie tej świadomości, że to już jest na zawsze, i że jak ja się odnajdę, i to jak święta będą wyglądać, no i szukanie po sklepach rzeczy”.

Zdefiniowanie początków stosowania diety jako czasu „rozeznania tego gruntu, tych sklepów, tego co można, a co nie” wskazuje na towarzyszącą wtedy narratorki niepewność. Sama ocenia ten etap jako „mocno depresyjny” ze względu na ogarniające

poczucie wyobcowania i osamotnienia. Jej bunt przybiera bierną formę i wyraża się wycofaniem z dotychczasowych aktywności i relacji oraz zaburzeniami nastroju.

Organizacja leczenia i poradzenia sobie w nowej rzeczywistości wymaga wyętej pracy, polegającej na uczeniu się specyfiki diety i wypracowaniu nowych sposobów radzenia sobie z dotychczas rutynowymi czynnościami. Świadomość choroby i prowadzenia diety jest stale pogłębiana przez narratorkę. Zdaje sobie sprawę, że wszelkie odstępstwa od reżimu mogą nieść za sobą niebezpieczne skutki zdrowotne. Przewlekłe choroby zwykle sami stają się ekspertami w swojej dolegliwości i sposobach jej leczenia. Podobnie jest w przypadku Pani A., która nie tylko w codziennej praktyce, ale również w teorii poszerza wiedzę na temat choroby i prowadzenia diety. Po pięciu latach jej stosowania wie już znacznie więcej niż na początku, jednak codziennie uczy się, jak żyć z chorobą.

Emocjonalne i poznawcze oswojenie choroby sprzyja odnalezieniu nowych punktów odniesienia i reintrodukcji ładu oraz spokoju do własnej biografii. Eliminacja początkowych błędów i stopniowe osvajanie się z emocjami towarzyszącymi leczeniu poprawiają jakość życia. Wciąż jednak pojawiają się smutek i poczucie krzywdy, że nie można już korzystać z życia na takich zasadach jak przed chorobą. Nadal „rozdrapuje rany” i szuka odpowiedzi, dlaczego ją to dotknęło i jak sama mogła się do tego przyczynić. By sobie radzić, dokonuje pierwszych prób reinterpretacji choroby i nadania jej głębszego sensu.

Zmiany funkcjonowania – praca nad emocjami

Sytuacje związane z jedzeniem są czynnikiem spustowym, wyzwalającym emocje związane z poddanym ograniczeniom funkcjonowaniem na diecie. Na poziomie emocjonalnym życiu z celiakią towarzyszy poczucie nieufności i konieczność zachowania ciągłej czujności w związku z brakiem możliwości zaufania innym, że są w stanie zapewnić bezpieczne posiłki. Narratorka przypisuje to brakom wystarczającej świadomości społecznej na temat specyfiki celiakii. Nie ufa producentom żywności, restauratorom a nawet bliskim znajomym i rodzinie, że proponowane jej przez nich dania są całkowicie wolne od glutenu. Zachowuje zatem czujność; wycofuje się z sytuacji, w których ktoś przygotowuje dla niej jedzenie, bądź sama je dla siebie przygotowuje w domu i zabiera na spotkania.

„wiele osób chce podążać za modą i oferuje te posiłki bezglutenowe, które do posiłków bezglutenowych..., no naprawdę... wiele do życzenia pozostawiają. No i mogą zrobić krzywdę, bo... tak... jak osoba, która jest na diecie, no bo jest moda, no to OK, bo nic jej nie będzie... Natomiast ja wiem, ile mnie zdrowia kosztuje, jak gdzieś się coś... trafi nawet nieświadomie. [...] dzień wyjęty z życia”.

Trudność stanowi też otwarte mówienie o swojej chorobie, mimo że wokół niej ogniskuje się tożsamość osób przewlekle chorych oraz obraz i sposób definiowania samego siebie¹⁹. Mówienie o chorobie i jej leczeniu może budzić u Pani A. lęk wynikający z subiektywnego doznania, że inni oceniają ją jako przewrażliwioną i zbyt skupioną na swoim zdrowiu. Hipotetyczne bycie obciążeniem dla innych potęguje poczucie wstydu, odmienności i wyizolowania. Reakcje innych pociągają za sobą zagrożenie, że nie będzie ona mogła dłużej utrzymać „*credible self*”, czyli godnej uznania jaźni²⁰. Wiąże się to z problematyczną legitymizacją samej choroby. Inni, ze względu na brak widocznych na zewnątrz objawów oraz brak przyjmowania medykamentów, mogą odmówić uznania choroby. Potencjalne reakcje innych, opisane w pracy Magdaleny Fiternickiej-Gorzko²¹, mogą prowadzić do dyskredytacji ze względu na chorobę bądź obaw przed wysuwaniem roszczeń przez osoby chore. Postawy nadmiernego współczucia, żalu, lekceważenia, ale też niechęci są bolesne dla chorych. Dzieje się tak w przypadku Pani A., która odczuwa dyskomfort związany z otwartym mówieniem o wymogach reżimu bezglutenowego i swoich potrzebach żywieniowych. Nie lubi być „na świeczniku” bądź „wywoływana” jako ta, która ma specjalnie przygotowane odmienne dania. Dotyczy to spotkań z dalszą rodziną, ze znajomymi, spotkań zawodowych, wyjazdów czy pobytu na uczelni wyższej. Nawet udany wyjazd służbowy może obfitować w lęk, wstyd, poczucie straty:

„No tam trochę się bałam. No tak mi głupio było o tym mówić, a dlaczego, a jak, a po co, no i od nowa kolejny raz... [...] Nie lubię, że coś jest, że pode mnie”.

Wachlarz nowych emocji sprzyja odmawianiu sobie przyjemności, wycofaniu z relacji oraz ograniczeniu własnych aktywności do wąskiej sieci bezpiecznych i sprawdzonych punktów. Smutek i żal z tego powodu towarzyszy całej narracji. Porównując życie przed i po diagnozie, Pani A. wskazuje na zasadnicze różnice. Nie tylko sama mówi o negatywnych emocjach, ale są one także widoczne w sposobie prowadzenia narracji, zawieszaniu głosu, zmianie tonu wypowiedzi.

Funkcjonowanie społeczne

Wspomniane już emocje oraz praktyczne ograniczenia związane z dietą są powodem wycofania bądź konieczności przeformułowania dotychczasowo podejmowanych

¹⁹ K. Charmaz, *Good Days, Bad Days: The Self In Chronic Illness and Time*, Rutgers University Press, New Brunswick 1991, s. 107.

²⁰ *Ibidem*, s. 116.

²¹ M. Fiternicka-Gorzko, „Precypitacja”, *doświadczenie ekstremalne, zwrotnica i zasób: choroba z perspektywy biograficznej*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2014, nr 10(1), s. 119.

aktywności i sposobów wypełniania społecznych ról. Choroba problematyzuje rutynę codzienności i wywraca „do góry nogami” życie rodzinne, towarzyskie, zawodowe.

Kwestie praktyczne związane z organizacją diety, jak rozdzielenie przestrzeni kuchennej i sprzętów kuchennych, osobne gotowanie, czasochłonność zakupów, zwiększone nakłady finansowe, utrudniają zadowolenie z przygotowywania i konsumpcji posiłków. Wymagają ciągłej kontroli i ostrożności. Przyrządzanie odmiennych dań wskazuje na wyobcowanie oraz obciąża dodatkową pracą i prowadzi do przemęczenia. Narratorka mówi o tym w następujący sposób:

„gotowanie na kilka garnków, tyle desek, łyżek... nie pamiętałam już, co którą mieszałam... i czułam już złość do siebie... potem mycie od nowa... no odruchy zostają”.

Zmienia się w konsekwencji sposób gotowania i zakres przyrządzanych potraw, na takie, które nie wymagają podziału, bo są z natury bezglutenowe, ponieważ Pani A. nie ma „już siły na kilka makaronów”.

Rozłam w kuchni wywołuje emocje złości, niechęci, braku bycia zrozumianym, co może skutkować kryzysami, tak pomiędzy małżonkami, jak i pomiędzy chorą a dziećmi. Starszy syn w pewnym momencie wolał być u babci niż w domu, ponieważ:

„Atmosfera no czasami była też na ostrzu noża, no bo choroba, stres, obowiązki. Gdzieś te nasze drogi z mężem się bardzo rozjechały... Mąż faktycznie wtedy był bardzo nerwowy, no ciężko mu było... bo z kim innym się poznał i kogo innego poślubił, a tu nagle z czasem okazało się... że... się dzieją złe rzeczy”.

Relacje partnerskie są wówczas źródłem dodatkowego stresu. Mimo że dom jest miejscem, które w zestawieniu z innymi daje poczucie bezpieczeństwa, to zasadniczo zmienia się sposób celebrowania posiłków, a zmiana oceniana jest negatywnie.

„Kiedyś to były kolacyjki jakies takie... bardziej wystawne. Kiedyś żyliśmy, żeby jeść, a teraz jemy, żeby żyć”.

Sposób mówienia o odmienności posiłków przeznaczonych dla osoby chorej poprzez zaprzeczanie ich „normalności” i rezerwowania prawa do nich tylko dla niej może także potęgować poczucie podziału rodziny i bezpowrotnej utraty poczucia wspólnoty.

„Mąż mówił: «My możemy normalnie, a Ty jedz to. To jest dla mamy ciasto»”.

Nadopiekuńczość względem chorego może być dodatkowym mechanizmem wykluczenia, ponieważ utrwała przekonanie o własnej odmienności i potęguje poczucie straty. Z drugiej strony może też sprzyjać wypracowaniu przez chorą postawy roszczeniowej względem osób zdrowych, której nie ujawnia narracja Pani A. Narratorka nie mówi o tym wprost, jednak z opowieści wynika, że czuje wielokrotnie przymus, by zjeść

posiłek przygotowany specjalnie dla niej przez męża, mimo że jej nie służy bądź jest zbyt obfity.

„Mąż się przejął bardzo. Był gestapowcem i pilnował lodówki. Mówił: to dla mamy, tego nie wolno... a co mama potem zje. Nie będzie miała co jeść”.

Dieta zmienia także możliwości finansowe rodziny ze względu na wyższe koszty produktów bezglutenowych. Czynniki te rzutując na jakość życia wszystkich domowników, może powodować u osoby chorej poczucie winy, a co za tym idzie rezygnację z własnej przyjemności. Pani A. zrezygnowała z jedzenia pieczywa, ponieważ dostępne na rynku gotowe produkty nie są zadowalające pod względem jakości, a samodzielne wypiekanie tylko dla niej jest zbyt kosztowne:

„Kiedyś zastanawiałam się, żeby piec, ale ciężko... ta mąka jest trudna... poza tym kosztowo bardzo dużo też to wychodzi, jak mam sama dla siebie upiec [...]”.

Modyfikacja dotychczasowego stylu funkcjonowania dotyczy też aktywności zawodowej. Ciągłość życia zawodowego Pani A. nie została przerwana przez chorobę. Wymagało ono jednak modyfikacji, a sytuacje związane z pracą wciąż stanowią źródło trudnych doświadczeń w aspekcie diety:

„Nie mogę z koleżankami [w pracy] świętować różnych rzeczy, urodzin... albo jestem wyróżniona (z przekąsem) czymś, co zawsze bije po mnie... doceniam zawsze to, że ktoś pomyślał szczególnie ale niejednokrotnie jest mi po prostu przykro”.

Dieta może wpływać na zawężenie możliwości pełnego uczestnictwa w życiu zawodowym i okołozawodowym oraz blokować możliwości dalszego rozwoju poprzez utrudnienia w aktywnym uczestnictwie w spotkaniach i wyjazdach służbowych. Przełożeni mogą rezygnować z udziału w nich osoby na diecie. Według narratorki, gdy zdarzają się wyjazdy służbowe, jej potencjalny udział w nich budzi konsternację:

„I mówią: ‘Co z A.?... albo jej nie weźmiemy, bo będzie trzeba coś załatwić specjalnie dla niej...’, no albo jestem na tym świeczniku wystawiona”.

Sama też wycofuje się z udziału w celu uniknięcia komplikowania życia innym i skupiania na sobie uwagi. Co więcej, perspektywa wyjazdu jest sytuacją stresogenną i budzi lęk:

„Boję się, jak bym... no, miała jakieś wyjazdy służbowe”.

Pod wpływem choroby dotychczas bujne życie towarzyskie kurczy się. Następuje redefinicja sieci zaufania, ponieważ nie wszyscy na poważnie traktują jej ograniczenia bądź sami przestali ją zapraszać na spotkania. Brak wystarczającej wiedzy powoduje, że osoba z celiakią nie może korzystać z przygotowanych dla niej posiłków:

„No bo rodzina pamięta, tak.. i starają się takie rzeczy robić, ale też nie zawsze mają świadomość, bo nie zdają sobie sprawy, że nawet w zwykłych przyprawach może coś być”.

Dom stał się bezpiecznym azylem wolnym od zagrożenia spożycia zanieczyszczonego jedzenia. Zamyka się w nim, by uniknąć bycia postrzeganą jako uciążliwy gość, przyjmując postawę biernego wycofania z sytuacji społecznych, w których przed diagnozą aktywnie uczestniczyła:

„Ukróciły się wyjścia do znajomych. No bo jak miałam służyć ‘co ja Ci mogę dać’... idę ze swoim albo na herbatę... no ale ukróciły się. Mało jest miejsc, gdzie możemy wyjść i usiąść”.

Dla osoby towarzyskiej jest to niezwykle obciążające i pociąga kolejne zmiany stylu życia, tożsamości oraz obniża zadowolenie z własnego funkcjonowania. Mówiąc o tym, Pani A. ścisza i zawiesza głos, a ton wypowiedzi wskazuje na żal i smutek.

Choroba dotyka również sfery aktywności fizycznej oraz rekreacyjnej. Ze względu na objawy choroby oraz na uciążliwość diety narratorka przerywa uprawianie dotychczas lubianych sportów, wyjazdy turystyczne czy korzystanie z ofert komercyjnych. Brak szerszego wsparcia społecznego ze strony instytucji oraz odpowiedniej oferty dla osób z celiakią powoduje, że dostępne dla wszystkich wyjazdy czy restauracje znajdują się poza jej zasięgiem. Każdy wyjazd okupiony jest żmudnymi przygotowaniami i podróżowaniem z własnym prowiantem. Podobnie dzieje się w przypadku wyjścia do restauracji, pracy czy na uczelnię. Nie może pozwolić sobie na spontaniczność i swobodę, którą kiedyś miała:

„No wszelkie wyjazdy no trzeba mocno przemyśleć, tak?... tak jak kiedyś nie miałam problemu, by zorganizować wyjazd, nie przejmowałam się tym, gdzie pojadę, co będę jadła... teraz trzeba to wszystko jednak dobrze przemyśleć, zaplanować. No i koszty są niewspółmierne”.

Wspominając wyjazd zagraniczny, do którego przekonała ją siostra, mówi:

„No i też miałam takie zagwozдки, czy tam sobie poradzę ze znalezieniem tego jedzenia”.

Jednak nawet przygotowana nie zawsze ma pewność, czy będzie mogła swobodnie i ze smakiem zjeść swój prowiant, gdyż nie wszędzie są ku temu warunki oraz przyzwolenie na wnoszenie jedzenia:

„No i bałam się na lotnisku, te kanapki... czy nie będą kazali wyrzucić”

oraz

„Ja teraz to już się nauczyłam, biorę zawsze jedzenie ze sobą... no w pracy tak... no ale w szkole sobie nie podgrzeję”.

W obliczu odmowy musi poradzić sobie ze smutkiem, rozczarowaniem i głodem, zadowolając się, jeśli to możliwe, owocem lub warzywem.

Korzystanie ze wsparcia innych osób z celiakią pomaga docierać do informacji o dostępnych produktach bezglutenowych, mimo to codzienne zakupy też pozbawione są swobody, ponieważ:

„problemem jest wyszukiwanie produktów w miarę dobrych jakościowo... po różnych sklepach... dobrze, że jest grupa i na różnych forach ktoś coś wrzuci i napisze”.

Utracone dawne życie w zestawieniu z życiem w chorobie przedstawione jest jako pełne swobody, radości, bardziej hedonistycznego korzystania z konsumpcji i życia towarzyskiego.

Tożsamość

Podział narracji na okres przed i po diagnozie może być sygnałem braku ciągłości postrzegania siebie w przypadku Pani A. Jest to powszechne zjawisko wśród osób doświadczających choroby, a zwłaszcza choroby przewlekłej. Z dzisiejszej perspektywy pięć lat życia na diecie ocenia jako „szkołę charakteru”, w trakcie której ewoluuje jej tożsamość. Po okresie szoku, zagubienia, prób oswojenia nowej rzeczywistości i doświadczaniu kolejnych porażek przychodzi chwila zadumy nad jej istotą. Przyczynia się do tego zmienione chorobą ciało, które dotychczas było wyznacznikiem jakości życia i rutynowego funkcjonowania. Stało się ono ciałem nieposłusznym, wymykającym się kontroli i niespełniającym społecznych oczekiwań²². Nie pozwala na powrót do funkcjonowania sprzed choroby. Utrudnia wypełnianie roli matki, żony, koleżanki czy pracownicy. W chorobie „Ja” i ciało przestają być jednością²³. Dochodzi do rozszczepienia, co widać w pytaniach, które pewnego dnia zadaje sobie narratorka: „zastanawiałam się: kim Ty jesteś?” oraz w innym miejscu „Co się z Tobą dzieje?”. Negocjuje własną tożsamość z tą „drugą, nieznaną osobą ukrytą w ciele”. Jednocześnie alienuje się od niej i czuje do niej złość:

„Ja..., siedziałam tak sama ze sobą kiedyś i myślę: ‘Wsadziłabym Cię w betonowe buciki i wrzuciła do tej rzeki’. Oceniałam swoje postępowanie”.

Intensywnie przeżywana choroba traumatyzuje osobę chorą, ponieważ stanowi wydarzenie ekstremalne²⁴, które zrywa dotychczasową rutynę codzienności. Pani A.

²² B. Tobiasz-Adameczyk, *op. cit.*, s. 259.

²³ M. Blaxter, *op. cit.*, s. 81.

²⁴ Zagrożenie życia, diagnoza choroby, intensywne subiektywne przeżycia jak doświadczenie kryzysu mogą być uznane za wydarzenia ekstremalne, które wpływają na sposób postrzegania rzeczywistości po

doświadczając go w aspekcie jedzenia, zmienia subiektywny sposób postrzegania rzeczywistości, co skutkuje transformacją koncepcji własnej osoby i percepcji własnego ciała. Prowadząc do odczuwania dystansu do przyziemnych obowiązków o ulotnym charakterze, zmiana ta prowadzi jednocześnie do afirmacji zwykłych rutynowych czynności codziennych, które utraciła lub może utracić. Może to być zwykła pizza lub kupiona kanapka:

„brak tej swobody, tego niemyślenia... po prostu wchodzę, kupuję... albo zamawiamy pizzę”,
podczas gdy w innym miejscu mówi:

„Muszę zaplanować wszystko, bo nie wyskoczę i nie kupię od Pana kanapki”.

Jednocześnie choroba, skłaniając do refleksji nad własnym życiem, przyczynia się do dostrzeżenia obszarów, w których chora może się rozwijać i czerpać radość życia. Mimo pogorszenia możliwości poznawczych Pani A. wraca na przerwane dawno temu studia i zmienia pracę na mniej stresującą, ponieważ poprzednia jej „nie służyła”, a stres nią spowodowany prawdopodobnie przyczynił się do aktywacji choroby.

Zdefiniowanie nowej „Ja” nie było łatwe. Z dzisiejszej perspektywy narratorka czuje ulgę, że poznała odpowiedź na pytanie o własną tożsamość. Jej obecna wersja cechuje się większą samoświadomością, umiejętnościami planowania i przewidywania oraz wiedzą ekspercką na temat zdrowego odżywiania. Lepiej niż przed chorobą radzi sobie ze stresem, samodyscypliną i samoregulacją.

Reinterpretacja choroby

Choć narracja ujawnia żal związany ze stratą, to widać też docenianie tego, co ma, i chęć, by czerpać z tego radość. Choroba przekuta zostaje w doświadczenie może nie do końca pozytywne i chciane, ale pozwalające na pełniejsze i bardziej świadome życie. Jest tu pewnego rodzaju dychotomia. Z jednej strony strata i żal, a z drugiej przekonanie, że gdyby nie było tej straty, to życie nie byłoby tak świadomie przeżywane:

„Może po to to było..., żeby się tak jednak otworzyła bardziej... coś w tym jest. Po coś to życie nam przynosi takie rzeczy, no żebyśmy popracowali nad sobą jeszcze”.

Doświadczenie choroby i szukanie jej przyczyn pozwoliło jej na wejście na „wyższy” poziom samoświadomości i pozytywny wzrost. Obecnie lepiej radzi sobie z problemami niż przed chorobą, ponieważ wówczas nie była ich świadoma. Refleksja w chorobie była pewnego rodzaju oświeceniem, wskazała na obszary życia, które wymagały przepracowania i doprowadziła ją do momentu, w którym mówi „teraz już wiem”.

kryzysie, zob. M. Fiternicka-Gorzko, *op. cit.*, s. 125.

Podsumowanie

Doświadczanie choroby i jej leczenia w przypadku autorki biografii pociąga za sobą transformację sposobu funkcjonowania. Choroba przewlekła pociąga za sobą skupienie na własnym zdrowiu, a w przypadku celiakii również skupienie na jedzeniu, gdyż staje się ono wyznacznikiem zdrowia.

Radzenie sobie z tą nową rzeczywistością to wieloetapowy proces, który jak w przypadku innych chorych wiąże się z przeżyciem fazy szoku, rozpacz, pozornego, a następnie konstruktywnego przystosowania się. Napotykanne trudności, poddane negatywnej, subiektywnej ocenie mogą prowadzić do pogorszenia funkcjonowania w stosunku do tego sprzed choroby w pewnych aspektach życia. Pozytywne porządzenie sobie z nimi i przejście przez kolejne etapy mogą wzbogacić osobę chorą poprzez zmianę w wewnętrznych standardach i celach życiowych.

Zmiany funkcjonowania w chorobie dietozależnej są odpowiedzią na pojawiające się emocje i utrudnienia natury praktycznej. Dotyczą głównie sposobu jedzenia i reorganizacji czynności z nim związanych, które z kolei wywołują dalsze przeobrażenia w aktywnościach podejmowanych na gruncie rodziny, w życiu społecznym i zawodowym oraz w możliwościach korzystania z ofert komercyjnych i instytucjonalnych. Sposób postrzegania tych zmian ma więc ogromne znaczenie dla funkcjonowania w chorobie.

Narracja choroby odzwierciedla wielowymiarowy charakter satysfakcji z życia, na poczucie której składają się: kondycja fizyczna, poczucie dobrostanu psychologicznego i społecznego oraz duchowe znaczenie choroby. Proces przeżywania choroby w przypadku Pani A. przebiega etapami, w których kolejno podejmuje ona pracę nad każdym z tych czynników. Początkowe etapy choroby i leczenia koncentrują się głównie wokół kondycji fizycznej, po to by następnie przejść do skupienia się na poczuciu dobrostanu. Po latach Pani A. nadal poszukuje duchowego znaczenia choroby i dokonuje, przynajmniej w niektórych aspektach, pozytywnej reinterpretacji. Jednakże pomimo wszystko nie sposób oprzeć się wrażeniu, że narracja przesycona jest poczuciem żalu, straty i wyizolowania. Konieczność rezygnacji z wielu dotychczasowych aktywności oraz wspomnianie z nostalgią życia przed diagnozą wywołuje smutek. Świadomość choroby i zgoda na jej leczenie nie jest równoznaczna z całkowitą jej akceptacją. Wydaje się, że narratorka powoli zaczyna wchodzić w fazę godzenia się z chorobą i wychodzenia z trajektorii, choć sprawia wrażenie, jakby to sama chciała przekonać siebie i innych, że się pogodziła z sytuacją. Być może jest nadal w fazie tożsamości temporalnej, która pozwala radzić sobie z obecną sytuacją biograficzną. Wciąż wycofuje się z wielu aktywności i ról, których podejmowanie

jest utrudnione na diecie. Może to być mechanizm umożliwiający wypracowanie nowej tożsamości, o czym, za G.B. Shawem pisze A. Strauss w *Zwierciadłach i maskach*²⁵.

Literatura

- Blaxter, M., *Zdrowie, Sic!*, Warszawa 2009, s. 80-81.
- Bury, M., *The Sociology of Chronic Illness: A Review of Research and Prospects*, „Sociology of Health & Illness” 1991, vol. 13, s. 451-456.
- Charmaz, K., *Good Days, Bad Days: The Self In Chronic Illness and Time*, Rutgers University Press, New Brunswick 1991.
- Corbin, J. i Strauss, A., *Managing Chronic Illness at Home. Three Lines of Work*, „Qualitative Sociology” 1985, s. 8.
- Dewar, D.H. i Ciclitira, P.J., *Clinical features and diagnosis of celiac disease*, “Gastroenterology” 2005, vol. 128, Iss. 4, Supp. 1), s. 19-24.
- Fiternicka-Gorzko, M., „Precypitacja”, *doświadczenie ekstremalne, zwrotnica i zasób: choroba z perspektywy biograficznej*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2014, nr 10(1), s. 119.
- Moskalewicz, B., Świat postępującej choroby przewlekłej – doświadczenia kobiet, [w:] A. Ostrowska i M. Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2015.
- Olsson, C., Hörnell, A., Ivarsson, A., Sydner Y.M., *The everyday life of adolescent coeliacs: issues of importance for compliance with the gluten-free diet*, „Journal of Human Nutrition and Dietetics” 2008, vol. 21, s. 359–367.
- Ostrowska, A., *Styl życia a zdrowie: z zagadnień promocji zdrowia*, Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 1999.
- Rieman, G. i Shütze, F., *Trajektoria jako podstawowa koncepcja teoretyczna w analizach cierpienia i bezładnych procesów społecznych*, „Kultura i Społeczeństwo” 1992, t. 2, s. 92.
- Shütz, A., *O wielości światów. Szkice z socjologii fenomenologicznej*, NOMOS, Kraków 2008, s. 74-87.
- Siciński, A., *Styl życia. Przemiany we współczesnej Polsce*, PWN, Warszawa 1978.
- Strauss, A.L., *Zwierciadła i maski*, NOMOS, Kraków 2013.
- Tobiasz-Adamczyk, B., *Jakość życia w chorobie z perspektywy socjologicznej*. [w:] A. Ostrowska i M. Skrzypek (red.), *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza. Nurty badawcze, najważniejsze osiągnięcia, perspektywy rozwoju*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 2015, s. 258.

²⁵ A.L. Strauss, *Zwierciadła i maski*, NOMOS, Kraków 2013, s.117.

Rozdział 3

Współczesne wyzwania dla opieki zdrowotnej

Biblijna koncepcja etiologii choroby i integralnego uzdrowienia w ujęciu teologii prawosławnej

Biblical concept of illness etiology and integral healing in orthodox theology

Jacek Froniewski

Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu

ORCID: [0000-0003-0133-3125](https://orcid.org/0000-0003-0133-3125)

Streszczenie

Nowoczesna medycyna naukowa oparta na paradygmacie biomedycznym zdominowała dzisiejsze podejście do choroby i procesu leczenia. Dla współczesnego człowieka obce stało się tym samym myślenie o chorobie w kategoriach teologicznych, a jeszcze bardziej ontologicznych, tak głęboko zakorzenione w tradycji wschodniego chrześcijaństwa. Wobec narastającej w Polsce fali migracyjnej z za naszej wschodniej granicy istotne wydaje się zrozumienie mentalności pacjentów z tego kręgu religijno-kulturowego oraz ich potrzeb w zakresie opieki duchowej, stąd celem artykułu jest przede wszystkim ukazanie teologicznych fundamentów rozumienia choroby i uzdrowienia w ujęciu prawosławnym. Zaprezentowane zostaną poglądy dotyczące tematu choroby i uzdrowienia najwybitniejszych współczesnych teologów tego nurtu chrześcijaństwa, a więc przede wszystkim J.-C. Larcheta i J. Zizioulasa, które ukażą ich interpretację dorobku tradycji prawosławnej w tym zakresie. Szczególnie rozpatrzone będą tu dwa zaprezentowane przez nich modele teologiczne: Chrystus-lekarz i Kościół-szpital. W ostatniej części ta teologiczna wykładnia zostanie przełożona na konkretne zastosowania w praktyce duszpasterstwa pacjentów prawosławnych na przykładzie sakramentu namaszczenia chorych, który w prawosławiu ma specyficzną formę wobec tradycji rzymskokatolickiej. Prezentacja ta odkrywa przed nami zapomniane w dużej mierze na Zachodzie bogactwo i odmienną myśl wschodniego chrześcijaństwa rozwijającego się swoimi torami na innych podstawach filozoficznych i teologicznych niż znana nam myśl chrześcijaństwa łacińskiego, które ukształtowało sposób myślenia w naszym kręgu kulturowym. W odniesieniu do biblijnej koncepcji etiologii choroby teologia wschodnia jest tu bardziej kosmologiczna, a mniej indywidualistyczna niż teologia zachodnia. Natomiast w kwestii uzdrowienia prawosławie bardzo mocno akcentuje holistyczne podejście do procesu terapii. Cała ta wiedza w przełożeniu na aspekty praktyczne, dotyczące duchowej opieki nad pacjentem prawosławnym, powinna stać się także elementem kształcenia kompetencji międzykulturowych personelu medycznego.

Słowa kluczowe

teologia prawosławna, choroba, zdrowie, namaszczenie chorych, duszpasterstwo chorych, kompetencje międzykulturowe

Abstract

Modern scientific medicine, based on the biomedical paradigm, has dominated the today's approach to the illness and the treatment process. Consequently, thinking about illness in theological categories,

and even more in ontological ones, so deeply rooted in the tradition of Eastern Christianity, has become alien for the modern man. Facing the growing migration wave from our Eastern border, it seems essential to understand the mentality of patients coming from those religious and cultural circles and their needs with respect to spiritual care. Thus, the objective of the paper is in the first place presenting the theological basis for the understanding of illness and healing in the Orthodox terms. Views on illness and healing of the most outstanding modern theologians representing this Christianity mainstream will be discussed, above all of J.-C. Larchet and J. Zizioulas. They will show how these scholars interpret the output of the Orthodox tradition in this domain. Two theological models proposed by them will be considered in a special way: Christ-physician and Church-hospital. In the last part this theological interpretation will be translated into specific applications to the practice of Orthodox patients chaplaincy, using the example of the sacrament of the sick anointment – which in the Orthodoxy has a distinctive form as compared to the Roman-Catholic tradition. This presentation reveals to us the richness and distinctness of the Eastern Christianity line of thought, largely forgotten in the West - the line of thought which has been evolving on its own paths, established on other philosophical and theological foundations than the line of thought we know: that of the Latin Christianity, which has shaped the way of thinking in our cultural circles. With respect to the biblical concept of illness etiology, Eastern theology is here more cosmological and less individualistic than the Western theology. On the other hand, as far as healing is concerned, the Orthodoxy puts a very strong emphasis on the holistic approach to the therapy process. All this knowledge, translated into practical aspects regarding the spiritual care of the Orthodox patient, should become also an element of the process of intercultural qualifications shaping of medical personnel.

Keywords

orthodox theology, illness, health, anointment of the sick, chaplaincy of the sick, intercultural qualifications.

JEL: I19, Z12

Wprowadzenie

Nowoczesna medycyna naukowa oparta na paradygmacie biomedycznym, koncentrująca się w procesie leczenia na zaburzeniach funkcji biologicznych organizmu człowieka zdominowała dzisiejszy sposób myślenia o chorobie i przywróceniu zdrowia w zachodnim kręgu kulturowym¹. Artykuł niniejszy odwołując się do ujęcia tematu choroby i uzdrowienia w teologii prawosławnej, stawia sobie za główny cel otwarcie na inną perspektywę myślenia w tym zakresie. W istocie należy zwrócić uwagę na kilka płaszczyzn, gdzie wkład myśli prawosławnej w tej tematyce może być niezmiernie aktualny i inspirujący. Po pierwsze w medycynie obserwujemy proces stopniowego przechodzenia od paradygmatu biomedycznego do holistycznego, uwzględniającego pełniej psychosomatyczną jedność człowieka² i tutaj antropologia prawosławna zakorzeniona

¹ Por. J.-C. Larchet, *Le chrétien devant la maladie, la souffrance et la mort*, Les Éditions du Cerf, wyd. 2, Paris 2010, s. 76-77.

² Zob. A. Ostrzyżek, J.T. Marcinkowski, *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka kliniczna*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, t. 93, nr 4, s. 683-684. Por. J. Lewko,

głęboko w klasycznej ontologii proponuje w rzeczy samej całościową wizję procesu uzdrawiania człowieka. Po drugie, w tym kontekście, ważne będzie ukazanie oryginalności teologii prawosławnej wobec rozwiązań chrześcijaństwa łacińskiego, które ukształtowało fundamenty naszego modelu myślenia w zachodnim kręgu kulturowym. Dalej należy zauważyć, że jesteśmy aktualnie w Polsce świadkami wielkiej fali migracyjnej zza wschodniej granicy, która sprawia, że w naszym dotychczas dość monogenicznym religijnie i kulturowo społeczeństwie pojawiła się bardzo liczna grupa społeczna ukształtowana przez wschodnie chrześcijaństwo. Tym samym, przechodząc konkretnie na obszar opieki medycznej, mamy do czynienia dużo częściej z pacjentem prawosławnym, którego mentalność i potrzeby powinny być rozumiane przez personel medyczny. Wobec tego rodzi się potrzeba przekazywania wiedzy w tym zakresie, na co obecnie coraz bardziej zwracają uwagę nauki o zdrowiu, podkreślając konieczność uwzględnienia w procesie kształcenia medycznego kompetencji transkulturowej³.

Ponieważ opracowanie to, choć posiada pewne wychylenie interdyscyplinarne, ma jednak charakter teologiczny, a nie socjologiczny czy medyczny, stąd w badaniu posłużono się metodami przyjętymi w naukach teologicznych. Za podstawową przyjęto metodę teologiczno-historyczną opartą na analizie źródeł biblijnych, patrystycznych i liturgicznych prawosławia, a w przypadku tego zagadnienia zwłaszcza najnowszych prac w tym zakresie w obszarze teologii prawosławnej. Ze względu na ekumeniczne ukierunkowanie tematu podjętego przez autora katolickiego, jako uzupełnienie służy metoda ekumeniczna zakładająca konstruowanie prezentacji otwartej na konfesyjną wielowymiarowość prawdy teologicznej. Należy tu szczególnie pamiętać o specyfice wschodniej tradycji teologicznej, która właściwie już od wczesnego średniowiecza rozwijała się odrębnym torem, w pewnej izolacji wobec teologii zachodniej. Specyfika ta polega zwłaszcza na fundamentalnym osadzeniu w tradycji greckich Ojców Kościoła, a co za tym idzie na zakorzenieniu w starożytnej filozofii greckiej, stąd sposób myślenia teologów prawosławia ma charakter głęboko metafizyczny, a zatem mamy tu do czynienia z gruntownie ontologicznym spojrzeniem na rzeczywistość i człowieka. Dla współczesnego czytelnika ukształtowanego przez nowożytną zachodnią tradycję filozoficzną jest to często obszar już mało zrozumiały, gdyż w istocie na Zachodzie w sferze nauki jesteśmy właściwie dziedzicami późnośredniowiecznego nominalizmu, który

Holistyczny model opieki nad chorym, [w:] E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau (red.), *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum, Poznań 2016, s. 289-290; A. Dyrka, *Postawa chrześcijańska wobec zdrowia w nauczaniu Jana Pawła II*, „Roczniki Teologiczne” 2014, t. LXI z. 5, s. 7-11.

³ K.B. Głodowska, A. Bendowska, *Transkulturowa opieka medyczna niezbędnym elementem w programach nauczania na uniwersytetach medycznych w Polsce*, [w:] E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau (red.), *op. cit.*, s. 791-798.

zapoczątkował myślenie w kategoriach jednostkowych, indywidualistycznych, odchodząc od spojrzenia uniwersalistycznego, sięgającego istoty bytu i celu ostatecznego człowieka.

1. Etiologia choroby według wschodniej tradycji teologicznej

Na początku należy jasno doprecyzować, iż pytając się o etiologię choroby, stawiamy ten problem w perspektywie biblijnej, a Biblia nie jest księgą medyczną i opisując choroby, nie odpowiada ona, jak do nich dochodzi od strony medycyny naukowej, ale głównie pyta, dlaczego w ogóle dotyczą one człowieka. Mamy tu więc na myśli chorobę w sensie ogólnym, a nie choroby w znaczeniu szczegółowym, czyli konkretne schorzenia, których przyczyn poszukują poszczególne działy medycyny⁴. W najnowszej teologii prawosławnej kompletnego opracowania tego tematu dokonał wybitny francuski patrolog Jean-Claude Larchet w pozycji *Théologie de la maladie* (1991)⁵. Punktem wyjścia jest dla niego przede wszystkim grecka tradycja patrystyczna bardzo skrupulatnie udokumentowana imponującą liczbą bezpośrednich cytatów. Ojcowie Kościoła zgodnie, wychodząc z przekazu biblijnego, jako pierwotne źródło choroby wskazują upadek pierwszych ludzi w raju. Stworzenie dokonane przez Boga było w swoim stanie oryginalnym dobre, a więc człowiek w raju był wolny od wszelkiego zepsucia – w tym także od choroby. Nie wynikało to z jego natury, stworzonej – jak mówi Biblia – z prochu ziemi, lecz z łaski Boga⁶. Poprzez swoje nieposłuszeństwo wobec Stwórcy, które w istocie było formą pychy – chęcią szukania przebóstwienia niezależnie od Boga (por. Rdz 3,5), pierwsi ludzie utracili tę łaskę, która dawała im nadprzyrodzoną kondycję. Odwracając się od Zasady istnienia, człowiek popada w niebyt – traci wszelkie boskie dobra, w których już uczestniczył⁷. Ojcowie Kościoła często dla opisu grzechu pierworodnego i jego konsekwencji posługują się terminologią medyczną, porównując go do śmiertelnej choroby, która zainfekowała całą ludzką naturę⁸. Co więcej, katastrofalne skutki tego grzechu naznaczyły nie tylko naturę ludzką, doprowadzając do dezintegracji

⁴ Por. J.-C. Larchet, *Le chrétien devant la maladie...*, s. 75; J. Wilkinson, *The Bible and Healing. A Medical and Theological Commentary*, The Handsel Press Ltd – Wm.B. Eerdmans Publishing Co., Edinburgh-Grand Rapids 1998, s. 52.

⁵ Tutaj odnosić się będziemy do angielskiego tłumaczenia tej książki – *The Theology of Illness*, St Vladimir's Seminary Press, Crestwood (NY) 2002. Jean-Claude Larchet urodził się w 1949 roku w rodzinie katolickiej, w 1971 roku przeszedł na prawosławie; świecki teolog, aktualnie jeden z czołowych patrologów prawosławnych o międzynarodowej sławie, autor blisko 30 książek, w których współczesne kwestie teologiczne ukazuje w świetle nauki Ojców Kościoła.

⁶ *Ibidem*, s. 19-21; *idem*, *Le chrétien devant la maladie...*, s. 49-50.

⁷ *Idem*, *Terapia chorób duchowych. Wstęp do tradycji ascetycznej Kościoła prawosławnego*, Wydawnictwo Bratczyk, Hajnówka 2013, s. 34-35. Por. H. Alfiejew, *Misterium wiary. Wprowadzenie do prawosławnej teologii dogmatycznej*, Warszawska Metropolia Prawosławna, Warszawa 2009, s. 94-97.

⁸ J.-C. Larchet, *Terapia chorób duchowych...*, s. 40.

człowieka, ale wprowadziły dysharmonię w całym kosmosie, co szczególnie podkreślał w swoim nauczaniu św. Maksym Wyznawca⁹. Warto zwrócić uwagę, że tradycja wschodnia dużo wyraźniej podkreśla kosmiczne skutki upadku pierwszego człowieka, rozciągając je na całe stworzenie, gdzie teologia zachodnia za św. Augustynem skupia się właściwie na konsekwencjach dotyczących ludzkości jako potomstwa upadłego Adama¹⁰. Ponadto, jak podkreśla Larchet, w nowożytnej tradycji filozoficznej Zachodu bardzo często (np. Spinoza, Hegel, Freud) używa się terminu „natura” czy „stan naturalny” w odniesieniu do człowieka bardziej na poziomie biologicznym, gdzie w istocie ma się na myśli stan upadłej natury ludzkiej w rozumieniu Ojców Kościoła, którzy naturę ludzką rozumieli ontologicznie¹¹, co pokazuje, jak może być trudne dla współczesnych ludzi wykształconych w zachodniej kulturze właściwe rozumienie samego terminu „natura” stosowanego w klasycznej filozofii w odniesieniu do człowieka.

Choroby jako efekt upadku człowieka, pod wpływem działania Złego zaczęły się mnożyć, wzrastać i umacniać, gdyż jego celem jest niszczenie Bożego stworzenia. Jednak Bóg, który pragnie zbawienia człowieka, a poprzez niego całego wszechświata, w swojej Opatrzności ograniczał negatywne działanie sił zła. Również człowiek, choć przez grzech utracił podobieństwo do Boga, to jednak, jak z naciskiem podkreśla teologia wschodnia, nigdy nie przestał być nosicielem obrazu Boga, jaki uzyskał w akcie stworzenia, nawet jeśli grzech ten obraz zdeformował. Tutaj szczególnie ujawnia się pewien optymizm antropologii prawosławnej na tle teologii zachodniej, zwłaszcza idącej skrajnie za Augustynem teologii protestanckiej, która głosi kompletne zepsucie człowieka po grzechu pierworodnym. Tak więc człowiek nie został pozbawiony całkowicie możliwości powrotu do źródła łaski – zwrócenia się do Boga, choć ta jego zdolność była bardzo krucha, co szczególnie uwidaczniało się właśnie w momentach walki w obliczu choroby i cierpienia¹².

Widzimy więc, że choroba, tak jak wszelkie zepsucie, cierpienie i śmierć, jest wpisana w upadłą naturę człowieka poprzez grzech Adama, będącego prototypem ludzkiej natury i stąd jako skutek grzechu pierworodnego dotyka ona wszystkich jego potomków¹³. Z tej perspektywy uwidacznia się jasno w nauczaniu ojców greckich, że choroba spotyka człowieka nie ze względu na jego osobiste grzechy, ale przez fakt udziału w upadłej naturze przejętej po grzechu pierworodnym od pierwszego człowieka.

⁹ *Idem, The Theology of Illness...*, s. 30-32.

¹⁰ Zob. szerzej nt. różnic między wschodnią a zachodnią interpretacją skutków grzechu pierworodnego – J. Meyendorff, *Teologia bizantyjska. Historia i doktryna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, wyd. 2, Kraków 2007, s. 133-137. Por. J.-C. Larchet, *Le chrétien devant la maladie...*, s. 54-55.

¹¹ J.-C. Larchet, *Theology of the Body*, St Vladimir's Seminary Press, Yonkers (NY) 2017, s. 39.

¹² Zob. szerzej *idem, The Theology of Illness...*, s. 26-33.

¹³ Zob. szerzej nt. różnych wariantów interpretacji skutków grzechu pierworodnego w teologii prawosławnej – W. Hryniewicz, *Wiara rodzi się w dialogu*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2015, s. 184-195.

Co prawda w Starym Testamencie nierzadko pojawiają się sugestie, że choroby są skutkiem grzechu, są karą za nieposłuszeństwo Bogu konkretnej osoby lub społeczności i takie przekonanie było rozpowszechnione w judaizmie czasów Jezusa¹⁴. W Biblii znajdujemy jednak fragmenty, które pokazują, że nie można apriorycznie determinować każdej choroby jako bezpośredniego skutku grzechu konkretnej osoby (zwłaszcza takim przykładem jest historia Hioba). Potwierdza to Jezus, uzdrawiając niewidomego od urodzenia (J 9,2-3), gdy kategorycznie stwierdza, że nie należy przyczyn każdej choroby dopatrywać się wprost w skutkach osobistych grzechów – choroba na płaszczyźnie relacji z Bogiem nie jest karą za konkretny grzech cierpiącego człowieka bądź też dziedzictwem grzechów jego rodziców. Z drugiej jednak strony fakt, że Adam jest przyczyną upadku ludzkiej natury, nie sprawia, że on sam ponosi odpowiedzialność za obecny stan człowieka – w tym za choroby, gdyż wszyscy ludzie poprzez swoje grzechy są jego naśladowcami i ponoszą winę za stałą degradację ludzkiej natury (por. Rz 5,12 oraz 3,23)¹⁵.

2. Koncepcja integralnego uzdrowienia człowieka w teologii prawosławnej

Dopiero po ukazaniu interpretacji etiologii choroby w tradycji opartej na wschodnich Ojcach Kościoła możemy zrozumieć, że choroba nie może być spowodowana jedynie do dysfunkcji biologicznej organów ciała ludzkiego, jak ją postrzega mainstreamowa medycyna¹⁶. Teologia wschodnia, wychodząc z głęboko ontologicznej koncepcji osoby, rozumie uzdrowienie integralnie, jako szeroko rozumiany powrót do harmonii ciała i duszy, gdzie człowiek rozumiany jest holistycznie¹⁷. Jak pisze Larchet: „Według Ojców zdrowie dla człowieka, w sensie ogólnym, oznacza bycie pod każdym względem w stanie odpowiadającym rozkwitowi jego integralnego jestestwa albo – innymi słowy – bycie całkowicie zgodnym ze swą prawdziwą naturą. A jego prawdziwa natura [...] polega na realizacji tej doskonałości jego jestestwa, której pragnie Bóg, poprzez upodobnienie się do Chrystusa w Duchu Świętym”¹⁸. Idąc dalej za nauczaniem Ojców greckich, takie ujęcie pozwala nam w tym kontekście odczytać nowotestamentalny przekaz w ten sposób, że źródłem przywrócenia stanu pełnego odnowienia ludzkiej natury jest Wcielenie Chrystusa – nowego Adama, którego ludzka natura w unii hipostatycznej jest wolna od

¹⁴ Zob. szerzej J. Wilkinson, *op. cit.*, s. 32-52.

¹⁵ Zob. szerzej J.-C. Larchet, *The Theology of Illness...*, s. 36-39. Por. P. Pietkiewicz, *Zdrowie człowieka i przyczyny jego utraty według antropologii prawosławnej*, „Elpis” 2018, t. 20, s. 254.

¹⁶ Por. J.-C. Larchet, *Le chrétien devant la maladie...*, s. 76-77.

¹⁷ Zob. K. Ware, *Misteria uzdrowienia*, Prawosławna Diecezja Lubelsko-Chełmska, Lublin 2004, s. 18-22. Por. P. Pietkiewicz, *op. cit.*, s. 256, zwłaszcza przypis 25, gdzie autor podkreśla, że „zdrowy w j. cerkiewnosłowiańskim znaczy *cehyy*, czyli cały, zjednoczony, zintegrowany, zharmonizowany”.

¹⁸ J.-C. Larchet, *Terapia chorób duchowych...*, s. 29.

zepsucia, oraz którego dzieło odkupieńcze definitywnie wyzwala człowieka z destrukcyjnej mocy grzechu¹⁹. Jednak nie oznacza to, że już został usunięty ze świata sam grzech i jego skutki – to ciągle jest możliwy wybór człowieka, a choroba ciała przypomina nam o chorobie na dużo głębszym poziomie całej naszej upadłej natury. Ale kto wybiera życie w Chrystusie, już doświadcza uwolnienia od grzechu i jego zepsucia – od strony duchowej już rozpoczyna się w nim proces uzdrowienia. Pozostajemy jednak w tym świecie naznaczonym skutkami grzechu, który wprowadza nieporządek w całym kosmosie, stąd pełnia uzdrowienia ludzkiej natury przyjdzie na końcu czasów, gdy przez Chrystusa Bóg będzie „wszystkim we wszystkich” (1 Kor 15,28; por. Kol 1,19-20)²⁰. Jak podkreśla Larchet, zarówno sceny uzdrowień w Ewangeliach, jak i wschodnie teksty liturgiczne, zwłaszcza formularz *Świętego Oleju* – sakramentu namaszczenia chorych, jasno wskazują, że pierwszorzędnym etapem powrotu do zdrowia jest uzdrowienie duchowe, które zewnętrznie manifestuje się oddawaniem chwały i dziękczynienia Bogu²¹. Poniżej zaprezentujemy rozwinięcie prawosławnej koncepcji uzdrowienia w dwóch modelach: tradycyjnym – ukazującym Chrystusa jako lekarza oraz współczesnym, będącym dopełnieniem tego pierwszego, wypracowanym przez J. Zizioulasa, gdzie wobec Kościoła zastosowano metaforę szpitala.

2.1. Chrystus – lekarz

Ewangelie w wielu sytuacjach prezentują Jezusa jako lekarza – tak bezpośrednio przedstawia on sam siebie (Mk 2,17, por. Łk 4,18-23), również ten element w charakterystyce jego działalności eksponują ewangeliści (Mt 8,5-17), tak częstokroć traktowały go też tłumy szukające uzdrowienia ze swoich chorób. Warto zauważyć, że już samo imię Jezus (hebr. Jeszua) oznacza „Jahwe zbawia”, gdzie słowo „zbawić” używane w greckim tekście Nowego Testamentu oznacza zarówno „uratować”, „ocalić”, jak i „uzdrowić”. Idąc tym tropem, widzimy, że Jezus przynosząc ludziom zbawienie, nie koncentruje się jedynie na sferze duchowej, ale niejednokrotnie stając w obliczu ludzkiego cierpienia i choroby, jak to z detalami w licznych relacjach uzdrowień opisują ewangeliści, jest lekarzem nie tylko duszy, ale i ciała. Kiedy w takich sytuacjach mówi On: „twoja wiara cię uzdrowiła”, to jest to równoznaczne z „twoja wiara cię zbawiła”²². Ten wątek podejmują i rozwijają liczni Ojcowie Kościoła, akcentując, że Chrystus

¹⁹ Zob. *ibidem*, s. 19-22; *idem*, *The Theology of Illness...*, s. 40-41. Por. J. Zizioulas, *Illness and Healing in Orthodox Theology*, Sebastian Press, Alhambra (CA) 2016, s. 25-26.

²⁰ Zob. szerzej J.-C. Larchet, *The Theology of Illness...*, s. 41-53.

²¹ Zob. *ibidem*, s. 80-81.

²² Zob. *idem*, *Le chrétien devant la maladie...*, s. 250-252; P. Evdokimov, *Prawosławna wizja teologii moralnej. Bóg w życiu ludzi, Homo Dei*, Kraków 2012, s. 87. Por. P. Pietkiewicz, *op. cit.*, s. 255; K. Leśniewski, „Nie potrzebują lekarza zdrowi...”. *Hezychastyczna metoda uzdrawiania człowieka*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006, s. 137.

przyszedł uzdrowić całą ludzką osobę i często nazywają go Lekarzem duszy i ciała²³. Ta „medyczna” koncepcja zbawienia przeszła w Kościele prawosławnym z Tradycji Ojców do liturgii, gdzie szczególnie objawia się w rytach sakramentalnych, czego czytelnym przykładem jest Boska Liturgia św. Jana Chryzostoma, gdzie Chrystus wprost wzywany jest jako „Lekarz dusz i ciał naszych”²⁴. Potwierdza to także praktyka sakramentu pokuty w prawosławiu, gdzie – jak pisze P. Evdokimov – „koncepcja grzechu i postawa wobec grzesznika są zasadniczo terapeutyczne, wiążą się nie z trybunałem, lecz z kliniką”²⁵. Ten terapeutyczny wymiar sakramentów zakorzeniony w Tradycji wschodniej, jak zauważa Larchet, uległ na przestrzeni dziejów sporej dewaloryzacji. Jednocześnie przestrzega on przed przeciwstawną deformacją, aktualnie pojawiającą się w tendencjach niektórych wspólnot charyzmatycznych – katolickich i protestanckich, które w uzdrowieniu duchowym widzą czasem prostą alternatywę dla psychoterapii lub klasycznej medycyny. A trzeba pamiętać, że choć wymiar terapeutyczny sakramentów wymaga współcześnie na nowo dowartościowania, to nie wolno nigdy sakramentów instrumentalizować, bo ich ostatecznym celem nie jest wszak bycie jedynie „lekarstwem”, lecz przede wszystkim zbawienie i przebóstwienie²⁶.

W teologii wschodniej istota uzdrowienia przyniesionego przez Jezusa nie leży w spektakularnych aktach cudotwórczych, lecz wynika z Wcielenia Boskiego Logosu, gdyż Chrystus jednocząc w jednej Boskiej Osobie dwie natury boską i ludzką dokonuje uzdrowienia ludzkiej natury z grzechu i jego konsekwencji²⁷. A zatem Chrystus uzdrowił człowieka, stając się człowiekiem – ten wątek podkreślają liczni Ojcowie wschodni, mówiąc tu nawet o perychorezie, która dokonuje się w osobie Chrystusa między dwoma naturami, gdzie natura boska przenika w unii hipostatycznej naturę ludzką, czyniąc ją doskonałą i przebóstwioną. Stąd można stwierdzić, że Chrystus jest jedynym prawdziwie zdrowym ludzkim bytem, nie dlatego, że jest także Bogiem, gdyż pojęcia choroby i zdrowia nie można odnosić do Boga, lecz dlatego, że Jego ludzka natura jest całkowicie wolna od zepsucia i śmierci poprzez permanentne zjednoczenie hipostatyczne z Bogiem²⁸.

²³ J.-C. Larchet, *The Theology of Illness...*, s. 82-83, zwłaszcza przypis 21. Liczne szczegółowe przykłady u Ojców Kościoła zob. *idem, Terapia chorób duchowych...*, s. 247-251; M. Dörnemann, *Einer ist Arzt, Christus. Krankheitsdeutung in den Schriften der frühen griechischen Kirchenväter*, [w:] G. Thomas, I. Karle (eds.), *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2009, s. 248-260; J. Mette, *Heilung durch Gottesdienst? Ein liturgietheologischer Beitrag*, Verlag Friedrich Pustet, Regensburg 2010, s. 200-208.

²⁴ J.-C. Larchet, *Terapia chorób duchowych...*, s. 251.

²⁵ P. Evdokimov, *Wiek życia duchowego. Od Ojców pustyni do naszych czasów*, Wydawnictwo Znak, Kraków 1996, s. 121.

²⁶ Zob. J.-C. Larchet, *La vie sacramentelle*, Les Éditions du Cerf, Paris 2014, s. 26-28.

²⁷ Tę ideę znajdujemy także na Zachodzie u papieża Leona Wielkiego – zob. *Liturgia Godzin*, t. II, Pallottinum, Poznań 1984, s. 251-252.

²⁸ Zob. J.-C. Larchet, *Terapia chorób duchowych...*, s. 251-253; J. Zizioulas, *Illness and Healing...*, s. 25-26. Por. K. Leśniewski, *op. cit.*, s. 127-129.

Jednak z miłości do ludzi w swojej kenozie Chrystus dobrowolnie zrzeka się tej ludzkiej natury przebóstwionej, by poddać się temu wszystkiemu, czego doświadcza natura ludzka po upadku z wyjątkiem grzechu, a zatem przyjmuje na siebie także ból i cierpienie (por. Flp 2,6-8), by móc nas z nich uwolnić²⁹ – jak pięknie to wyraził św. Maksym Wyznawca: „Sam dał lekarstwa, które uzdrawiają i uleczył tych, którzy byli zranieni, jawiąc się sam jako będący jednym z nich”³⁰. Chrystus przyjmuje następstwa grzechu po to, by je w sobie samym – jako wolnym od wszelkiego grzechu – zniszczyć. Ostatecznym aktem zbawczego dzieła Słowa Wcielonego jest jego Pascha, gdzie przez definitywne pokonanie grzechu i śmierci następuje przywrócenie pełnego zdrowia ludzkiej natury. Tu widzimy, że śmierć Jezusa w teologii wschodniej widziana jest nie tyle, jak to akcentuje zachodnie chrześcijaństwo, w kategoriach etycznych i prawniczych jako zażalenie, ale przede wszystkim jako ontologiczna odnowa ludzkiej natury przyjętej przez Syna Bożego³¹. I tak jak skażenie wywołane upadkiem traktowane było przez Ojców wschodnich jako choroba, która dotknęła całą ludzkość, tak odkupienie uznawali za akt zniszczenia na krzyżu siłą boskości Chrystusa grzechu i wszelkich jego następstw, ofiarowane wszystkim ludziom. Chrystus jako dobry lekarz po wsze czasy nikogo nie wyklucza ze zbawienia³².

2.2. Kościół – szpital

Oryginalne rozwinięcie idei Chrystusa-lekarza, tak głęboko wpisanej w tradycję prawosławnej myśli teologicznej, daje jeden z najwybitniejszych współczesnych teologów prawosławnych Joanis Zizioulas (ur. 1931)³³, który przenosi ją na Kościół jako szpital³⁴. Centralną ideą w teologii Zizioulasa jest pojęcie „komunii”, które odnosi nie tylko do Kościoła, ale – co u niego oryginalne – w wymiarze fundamentalnym do osoby jako bytu komunijnego i na takich założeniach antropologii buduje eklezjologię³⁵. Ten sposób myślenia aplikuje także do tematu choroby, nazywając Kościół szpitalem w niewielkiej

²⁹ Zob. J.-C. Larchet, *Terapia chorób duchowych...*, s. 253; *idem*, *The Theology of Illness...*, s. 128. Por. W. Hryniewicz, *Chrystus nasza Pascha. Zarys chrześcijańskiej teologii paschalnej – tom 1*, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1982, s. 274-279.

³⁰ *Homilie* (Coll II), XXVI, 25 – cytata za: J.-C. Larchet, *Terapia chorób duchowych...*, s. 254.

³¹ Zob. szerzej J. Meyendorff, *op. cit.*, s. 150-152; K.Ch. Felmy, *Współczesna teologia prawosławna*, Prawosławna Diecezja Białostocko-Gdańska, Białystok 2005, s. 164-170; W. Hryniewicz, *Chrystus nasza Pascha...*, s. 136-146; W. Łoski, *Teologia dogmatyczna*, Bractwo Młodzieży Prawosławnej w Polsce, Białystok 2000, s. 95-96.

³² Zob. szerzej J.-C. Larchet, *Terapia chorób duchowych...*, s. 257-264.

³³ Zob. więcej R. Małecki, *John Zizioulas. Komunijna prawda o człowieku, Kościele i świecie*, [w:] J. Majewski, J. Makowski (red.), *Leksykon wielkich teologów XX/XXI wieku*, t. II, Biblioteka „Więzi”, Warszawa 2004, s. 372-388.

³⁴ Należy jednak zauważyć, że takie określenie pojawia się pierwotnie już u św. Jana Chryzostoma, który Kościół nazywa „duchowym szpitalem” (PG 53,22) – zob. J. Mette, *op. cit.*, s. 205.

³⁵ Zob. szerzej R. Małecki, *op. cit.*, s. 374-384. Por. K.Ch. Felmy, *op. cit.*, s. 193-198.

książeczce *Illness and Healing in Orthodox Theology*, będącej syntetycznym przełożeniem jego teologii na dialog z naukami medycznymi. Otóż Kościół, według tego greckiego teologa, leczy nie tyle tym, co ma – jak zazwyczaj się uważa – ale raczej tym, czym jest, czyli komunią³⁶. Kościół jest komunią miłości – nie na jakiś sposób sentymentalny, ale jej początkiem jest przebaczenie doświadczane w chrzcie i spowiedzi, które pozwala wyjść z izolacji wywołanej indywidualizmem objawiającym się skupieniem na sobie. Przebaczenie i akceptacja ludzi jako osób w komunii Kościoła jest sercem terapeutycznego rozumienia Kościoła jako szpitala. Ów proces integracji osoby w komunię Kościoła polega na uzdolnieniu jej do wzrostu w zdolności do kochania i bycia kochanym. Ten sposób uzdrawiania jest szczególnie czytelny przy chorobach duchowych oraz mentalnych, gdy wejście w komunię Kościoła pozwala przekroczyć indywidualizm i egoizm, które są przyczyną izolacji i lęku, by wejść w relacje osobowe budujące komunię, gdzie istotą jest wyjście z siebie w miłości ku innym. W istocie więc ów zbawczo-uzdrowieńczy proces jest odwróceniem zamknięcia się w zgubnej indywidualizacji, która była jądrem grzechu pierwotnego³⁷ i polega na przywróceniu człowiekowi pierwotnego sposobu istnienia w komunii osobowej³⁸.

Dla zrozumienia w pełni tego modelu przedstawionego przez Zizioulasa kluczowym jest pojęcie osoby przejęte z nauki o Trójjedynym Bogu poprzez chrystologię i pneumatologię. W Trójcy osoba jest afirmującą relacją, a różność osób nie wynika z ich oddzielenia, lecz z nierozzerwalnego związku między nimi: „Ty” czyni mnie „Ja”, bez którego „Ja” jest niemożliwe do pomyślenia. Co istotne, ta inność i unikalność osób Trójcy nie jest uzasadniona psychologicznie, lecz ontologicznie³⁹. Jak to ujmuje Evdokimov: „Każda Osoba Boża jest samoistnym darem w miłosnym zjednoczeniu Trzech. Każda istnieje w odniesieniu do Drugiego; jest to współistnienie (*co-esse*). Osoba Boża istnieje dla trójjedynnej wspólnoty; w rzeczy samej, istnieje dzięki wspólnocie”⁴⁰. Ta nierozdzielna jedność daje ontologiczną pełnię i prawdziwe życie – w tym kontekście Zizioulas podkreśla mocno, że pojęcie komunii nie należy do poziomu woli czy działania, ale jest kategorią ontologiczną⁴¹. Człowiek stworzony na obraz Boga pragnie stać się osobą poprzez udział w Boskim archetypie, przekraczając samego siebie – przechodząc od jednostki-indywidualności stanowiącej cel dla siebie do osoby otwartej na wszystkich⁴².

³⁶ J. Zizioulas, *Illness and Healing...*, s. 41.

³⁷ Zob. szerzej *idem*, *Being as Communion. Studies in Personhood and the Church*, Darton, Longman and Todd Ltd, wyd. 5, London 2017, s. 101-107.

³⁸ *Idem*, *Illness and Healing...*, s. 42-43, 47-48. Por. R. Małecki, *op. cit.*, s. 375-376.

³⁹ J. Zizioulas, *Illness and Healing...*, s. 45-46.

⁴⁰ P. Evdokimov, *Prawosławna wizja teologii...*, s. 96.

⁴¹ Por. J. Zizioulas, *Being as Communion...*, s. 86.

⁴² Zob. szerzej P. Evdokimov, *Prawosławna wizja teologii...*, s. 95-97, gdzie zwłaszcza warto zwrócić uwagę na rozróżnienie w odniesieniu do pojęcia osoby między terminem *prosopon* – rozumianym jako psychologiczny aspekt bytu, a terminem *hipostaza*, preferowanym w antropologii prawosławnej jako termin

Kościół w nauczaniu Zizioulasa jest komunią jako odbicie tej trynitarniej komunii osób, a doświadcza się tego praktycznie w sposób szczególny, uczestnicząc w Eucharystii, gdzie komunια eucharystyczna wprowadza w relacje pełne miłości i może tym samym leczyć ludzi, przemieniając ich właśnie z indywidualności w osoby w pełnym tego znaczeniu komunijne na wzór Trójcy. Żeby lepiej zrozumieć to centralne znaczenie Eucharystii w procesie uzdrowienia, jakiego można doświadczyć w Kościele, należy w nawiązaniu do tego, co napisano wyżej o Chrystusie-lekarzu, pamiętać także, że uzdrowienie jest możliwe tylko poprzez inkorporację w Chrystusa – jedyne prawdziwie zdrowego bytu ludzkiego po upadku człowieka⁴³. Przywołując tu patrystyczną formułę *extra ecclesiam nulla salus*, Zizioulas stwierdza, że nie oznacza ona, iż środki zbawienia są tylko w Kościele, lecz że Kościół jest właśnie tym miejscem, gdzie można realnie doświadczyć tego, co dokonuje się w misterium trynitarniej komunii osób⁴⁴. A zatem istota uzdrowienia w jego ujęciu leży nie na poziomie psychologicznym czy moralnym, lecz ontologicznym. Prawdziwe uzdrowienie dokonuje się przez miłość w doświadczeniu komunii, co objawia się w przejściu od skierowania ku sobie do otwarcia na innych w Bogu w konkretnie przestrzeni Kościoła jako komunii urzeczywistniającej się w Eucharystii, gdzie ta miłość realizuje się jako osobowa egzystencja, w której osoba uzyskuje pełnię w relacji z Bogiem i innymi osobami⁴⁵. Podsumowując, otrzymujemy tu oryginalną koncepcję integralnego uzdrowienia zbudowaną na założeniach personalizmu chrześcijańskiego inspirowanego dorobkiem greckich Ojców Kościoła⁴⁶, która w zamierzeniu Zizioulasa stanowi punkt wyjścia do dialogu teologii prawosławnej ze współczesną medycyną.

2.3. Rola i ograniczenia medycyny w procesie integralnego uzdrowienia

To wszystko, co napisano powyżej, może się wydać nieco abstrakcyjne wobec konkretnego doświadczenia choroby tu i teraz, ale pamiętajmy, że odnosiliśmy się do specyficznie religijnego, teologicznego znaczenia uzdrowienia. Chrześcijaństwo od swoich początków, czerpiąc też z tradycji Starego Testamentu, afirmowało również świecki

metafizyczny, wyrażający duchowy aspekt bytu ludzkiego. Por. J. Zizioulas, *Being as Communion...*, s. 31-41; W. Łoski, *Teologia mistyczna Kościoła Wschodniego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007, s. 53-60; D.B. Hinshaw, *Suffering and the Nature of Healing*, St Vladimir's Seminary Press, Yonkers (NY) 2013, s. 154-155; W. Hryniewicz, *Pascha Chrystusa w dziejach człowieka i wszechświata. Zarys chrześcijańskiej teologii paschalnej*, t. 3, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1991, s. 69-70.

⁴³ J. Zizioulas, *Illness and Healing...*, s. 26.

⁴⁴ *Ibidem*, s. 48.

⁴⁵ *Ibidem*, s. 51-52. Zob. też *idem*, *The Eucharistic Communion and the World*, T&T Clark International, London-New York 2011, s. 127-128.

⁴⁶ R. Małecki, *op. cit.*, s. 374.

wymiar uzdrowienia, jaki oferowała medycyna w danej epoce. Warto zauważyć, że już w Kościele pierwszych wieków wielu wybitnych chrześcijan, w tym duchownych, a nawet biskupów było praktykującymi medykami, poczynając od Łukasza Ewangelisty⁴⁷. Ojcowie Kościoła, gdy pisali o fizjologii i uzdrowieniu cielesnym, używali pojęć przejętych od twórców medycyny starożytnej Hipokratesa i Galena. W Cesarstwie Bizantyjskim to właśnie monastery i szkoły kościelne były centrami kształcenia medycznego, wydając wielu wybitnych lekarzy tamtych czasów, a od IV wieku Kościół prowadził tam już sporą sieć publicznych szpitali. Pomoc medyczna była w zasadzie postrzegana przez Ojców jako szczególny sposób praktykowania miłosierdzia, aczkolwiek niektórzy z autorów wypowiadali się krytycznie o pewnych praktykach medycznych, uznając je za pogańskie i z duchowej perspektywy ocena ta zależała od intencji moralnej osoby, która ją stosowała. Jednak zasadniczo zawód lekarza był traktowany jak każdy inny, a Kościół akceptował aktualne metody diagnostyki i terapii⁴⁸. Zatem w gruncie rzeczy według Ojców nic nie stało na przeszkodzie, by chrześcijanie w potrzebie szukali pomocy lekarza, idąc za radą mędrca Starego Testamentu: „daj miejsce lekarzowi, bo jego też stworzył Pan, nie odsuwaj się od niego, albowiem jest on ci potrzebny. Bywa taki czas, kiedy w ich rękach jest wyjście z choroby” (Syr 38,12-13)⁴⁹. Możliwe zagrożenie, na jakie wskazywali tu niektórzy Ojcowie, to sytuacja, gdy wiara w działanie lekarzy zajmie miejsce wiary w Boga, a to przecież ostatecznie Bóg jest jedynym lekarzem, bo w istocie wszelkie środki lecznicze pochodzą ze stworzonej natury, której źródłem jest jej Stwórca. Również wiedza medyczna, jak wszelka wiedza, jest według Biblii dana człowiekowi jako dar Bożej mądrości (Syr 1,1; por. Syr 38,1-7). Tak więc zarówno wiedza medyczna, jak i środki lecznicze stosowane w świeckiej medycynie mają prowadzić do odkrycia Bożej Opatrzności, która działa przez rzeczy widzialne, a samo uzdrowienie jako rezultat działań lekarzy pochodzi ostatecznie od Boga: „Oddaj lekarzowi cześć należną jego posłudze, albowiem i jego stworzył Pan. Od Najwyższego pochodzi uzdrowienie...” (Syr 38,1-2). Ta świadomość wymagana jest szczególnie od chrześcijańskich lekarzy, co powinno się wyrażać poprzez modlitwę o inspirację, gdy stawiają diagnozę i podejmują działania lecznicze (por. Syr 38,14)⁵⁰.

W tym właśnie punkcie Ojcowie wskazują potencjalne zagrożenia dla medycyny – idąc za mędrcom biblijnym: „Wiedza lekarza podnosi mu głowę, nawet i wobec władców będą go podziwiać” (Syr 38,3) – wyraźnie przestrzegają lekarzy przed wiarą, że

⁴⁷ Zob. szerzej katalog takich postaci – J.-C. Larchet, *The Theology of Illness...*, s. 102-103.

⁴⁸ *Ibidem*, s. 104-108. Np. Orygenes, *Przeciw Celsusowi*, Akademia Teologii Katolickiej, wyd. 2, Warszawa 1986, s. 244, pisze: „Lekarze przecież przewidują pewne sprawy dzięki swej wiedzy lekarskiej, choćby nawet sami byli ludźmi moralnie złymi” (IV, 96).

⁴⁹ Por. Orygenes, *op. cit.*, s. 146, gdzie pisze, że medycyna jest „przydatna, a nawet niezbędna dla ludzi” (III, 12).

⁵⁰ Zob. szerzej J.-C. Larchet, *The Theology of Illness...*, s. 114-118.

moc uzdrowienia pochodzi od nich samych lub z samej medycyny jako nauki. Tak więc z jednej strony, jak to wyżej nakreślono, Ojcowie uznają wartość nauki i profesjonalizmu medyków, ale też jasno wyrażają ograniczenia ich kompetencji, szczególnie gdy absolutyzują swoje znaczenie w procesie uzdrowienia i zapominają, że ostatecznym źródłem wszelkiego uzdrowienia jest sam Bóg. Człowiek nie może swojej nadziei pokładać jedynie w wiedzy lekarza, bo to Bóg jest dawcą życia i śmierci⁵¹.

Wskazując na głębsze ograniczenia medycyny, należy zauważyć, że jako nauka zajmuje się ona w zasadzie chorobą jako fenomenem dotyczącym organizmu, a nie całą osobą, która cierpi – widzi jedynie „przypadek” zredukowany do zespołu symptomów chorobowych. A przecież chore ciało jest zawsze częścią osoby, która ma jeszcze sferę psychiczną oraz duchową i dlatego ostateczna przyczyna choroby w poszczególnym przypadku niejednokrotnie leży poza możliwością zrozumienia dla lekarza, gdyż on w zakresie swoich kompetencji jest w stanie rozpoznać jedynie przyczyny naturalne, podczas gdy, jak to pokazaliśmy wyżej, choroba ma również przyczyny na poziomie metafizycznym. Tak więc proces uzdrowienia z perspektywy klinicznej w gruncie rzeczy pozostawia często pewne sprawy nierozwiązane, co ujawnia się poprzez pewne specyficzne dla danej osoby reakcje na zastosowaną terapię, które wykazują niestandardowe efekty, mimo spełnienia procedur, które powinny w świetle aktualnej wiedzy medycznej być skuteczne. Medycyna zaś próbuje to mimo wszystko wyjaśniać swoimi metodami, choć w istocie, jako pierwszorzędne, potrzebne jest naprawienie relacji z Bogiem. Okazuje się więc, że przedstawiony wcześniej szeroki opis natury człowieka i jego ostatecznego celu, wyrażony w terminologii teologii chrześcijańskiej, pozwala nam tu lepiej odkrywać ograniczenia medycyny nie tylko w zakresie jej zdolności do zrozumienia choroby czy też samej chorej osoby, ale także w zakresie jej efektywności⁵². W nauczaniu prawosławnym człowiek zawsze w procesie uzdrowienia powinien być widziany jako całość złożona z ciała i duszy, bo tylko wówczas uzdrowienie jest w pełni integralne. Ale tu potrzebne jest spojrzenie na człowieka w kategoriach zbawienia jego całego bytu na wieczność – wówczas dopiero odkrywa się, że choroby duchowe są dużo poważniejsze niż cielesne. Takie ujęcie relatywizuje chorobę ciała i chroni przed absolutyzacją zdrowia fizycznego⁵³. Stwierdzenia te nie mają na celu stawiania medycyny i teologii w opozycji, wręcz przeciwnie, sugerują, że możliwa i konieczna jest współpraca lekarzy i duchownych w procesie uzdrawiania, gdyż: „Kościół nie przychodzi zająć miejsca lekarza, gdy ten wyczerpie możliwości nauki. Nie, Kościół przychodzi, aby człowieka cierpiącego i zaniepokojonego – na nowo wprowadzić w miłość i życie

⁵¹ *Ibidem*, s. 119-120.

⁵² *Ibidem*, s. 120-121. Por. K. Leśniewski, *op. cit.*, s. 10.

⁵³ J.-C. Larchet, *The Theology of Illness...*, s. 124-126.

Boże, które jest samym Życiem”⁵⁴. Trzeba dostrzec, że obie te dziedziny mają za przedmiot człowieka i to jest pole o niezwykłym potencjale do owocnej współpracy. Teologia może otwierać medycynę na transcendencję bytu ludzkiego, w ten sposób gruntownie ją humanizując, a medycyna może pomagać zrozumieć teologii człowieka w jego cieleśności i w jego relacji do środowiska naturalnego, chroniąc ją przed pokusą przesadnej spirytualizacji⁵⁵.

3. Specyfika prawosławnej praktyki posługi duchowej wobec chorych na przykładzie sakramentu namaszczenia chorych

Zamykając prezentację teologicznego ujęcia uzdrowienia w prawosławiu, należy krótko naszkicować pastoralne przełożenie tych treści na praktykę posługi duchowej wobec chorych, akcentując szczególnie to, co może się tu wydawać specyficzne w naszych warunkach kulturowych, gdyż jest to elementarna wiedza przydatna zwłaszcza dla personelu medycznego, który styka się z pacjentem prawosławnym oraz duchownym jemu posługującym. Z drugiej strony, co jeszcze ważniejsze, wedle starożytnej zasady *lex orandi lex credendi*, do której na chrześcijańskim Wschodzie zawsze przywiązywano ogromną wagę, praktyka liturgiczna jest potwierdzeniem wyznawanej wiary i teologii Kościoła. W Kościołach chrześcijańskich zasadniczym elementem posługi duchowej wobec chorych jest udzielanie sakramentów, a zwłaszcza spowiedzi, komunii św. i namaszczenia chorych. Tak też jest i w prawosławiu, ale choć istnieje powszechne przekonanie o zasadniczej zgodności praktyki sakramentalnej w Kościele katolickim i prawosławnym, to jednak w przypadku sakramentu chorych można dostrzec pewne znaczące różnice, które wymagają tu pewnych szerszych wyjaśnień, co też pomoże nam najlepiej na tym właśnie przykładzie zilustrować przełożenie zaprezentowanych powyżej poglądów teologicznych na praktykę pastoralną.

Pełny formularz sakramentu chorych – *Obrzędu Świętego Oleju*⁵⁶ stosowany obecnie w Polskim Autokefalicznym Kościele Prawosławnym jest niezwykle rozbudowany i należy do najbardziej skomplikowanych bizantyjskich rytów liturgicznych, choć i tak jest mocno zredukowany wobec średniowiecznych pierwowzorów⁵⁷ – to kilkadziesiąt stron tekstów różnych obrzędów, które wymagają posługi aż siedmiu kapłanów.

⁵⁴ *Bóg żywy. Katechizm Kościoła Prawosławnego*, Kairos – Wydawnictwo WAM, Kraków 2001, s. 394.

⁵⁵ Zob. J. Zizioulas, *Illness and Healing...*, s. 7-10. Por. K. Leśniewski, *op. cit.*, s. 9-11.

⁵⁶ *Euchologion*, t. 1, Warszawska Metropolia Prawosławna, Warszawa 2016, s. 143-212 (odnosimy się tutaj do tekstu w j. polskim, większość parafii na terenie Polski używa analogicznego tekstu w j. cerkiewno-słowiańskim).

⁵⁷ Zob. P. Meyendorff, *Pasterskie rozważania o sakramencie namaszczenia chorych*, „Elpis” 2003, t. 5, s. 7-8, s. 286-292.

Oprócz rytu podstawowego funkcjonuje również formularz skrócony dla nagłych wypadków do użytku w szpitalu lub domu chorego – *Obrzęd małego poświęcenia oleju*⁵⁸, a także bardzo zwięzły obrzęd stosowany w obliczu śmieci chorego⁵⁹. Również pełny obrzęd w praktyce często sprawowany jest w formie uproszczonej i przez mniej niż siedmiu księży⁶⁰.

Struktura pełnego obrzędu namaszczenia chorego sprawowanego przez siedmiu kapłanów jest następująca. Przed namaszczeniem należy przygotować w świątyni lub w domu stół, a na nim naczynie z pszenicą, na której stawia się kandelę, czyli naczynie z oliwą. Na stole umieszcza się także Ewangelię. Kapłani ze świecami w rękach stoją wokół tego stołu. Pierwszy kapłan okadza najpierw stół i świątynię (dom). Na początku obrzędu mamy rozbudowaną pozostałość dawnej wigilii katedralnej i jutrznię, która to część nazywana jest także „obrzędem pocieszenia”. Część druga to poświęcenie oleju. Potem następuje namaszczenie powtarzane siedem razy, każdorazowo poprzedzone czytaniem i rozbudowaną modlitwą o uzdrowienie duszy i ciała chorego, gdzie treść każdej z nich skupia się na innym aspekcie uzdrowienia⁶¹. Każde z siedmiu namaszczeń wraz z poprzedzającymi je czytaniem jest taką miniaturową liturgią, którą sprawuje kolejno każdy z siedmiu kapłanów. Namaszczenie chorego odbywa się w formie znaku krzyża w siedmiu miejscach na ciele chorego: na czole, nosie, policzkach, ustach, klatce piersiowej i po obu stronach dłoni. Do namaszczenia służą gałązki owinięte bawełną (lub papierem) na kształt pędzelka zanurzone w poświęconym oleju. Część czwarta zawiera modlitwę absolicji, podczas której otwarta księga Ewangelii trzymana jest nad głową chorego. Ostatnią częścią rytu jest rozesłanie i udzielenie choremu błogosławieństwa⁶².

Zgodnie z klasycznym fragmentem Listu św. Jakuba (5,14-15) stanowiącym podstawę biblijną sakramentu chorych prawosławie łączy uzdrowienie z uwolnieniem od grzechu i stąd fundamentalny sens liturgii sakramentu namaszczenia chorych wyraża treść używanych tam modlitw, które nawiązując do tego tekstu i scen uzdrowień z Ewangelii, koncentrują się bardziej na uwolnieniu od grzechu niż na chorobie. W niektórych momentach ten związek między chorobą a grzechem teksty modlitw akcentują niezwykle mocno, ale zasadniczo nie jest on ujmowany tu bezpośrednio przyczynowo. Stan choroby widziany jest tu jednak na o wiele głębszym poziomie – choroba fizyczna jest

⁵⁸ *Euchologion, op. cit.*, s. 212-228.

⁵⁹ *Ibidem*, s. 229-231.

⁶⁰ *Bóg żywy, op. cit.*, s. 395.

⁶¹ Zob. J.-C. Larchet, *The Theology of Illness...*, s. 92-93.

⁶² Por. P. Meyendorff, *The Anointing of the Sick*, St Vladimir's Seminary Press, Crestwood (NY) 2009, s. 52-55; P. Evdokimov, *Prawosławie*, IW PAX, wyd. 3, Warszawa 2003, s. 318-319; H. Paprocki, *Chorych namaszczenie. II. W Kościele prawosławnym*, [w:] *Encyklopedia Katolicka*, t. III, TN KUL, Lublin 1985, k. 260.

postrzegana jako zewnętrzna manifestacja rzeczywistości duchowej. Choroba nigdy nie jest jedynie fizyczna, zawsze ma wymiar duchowy, stąd też liturgia sakramentu chorych jest posługą kompleksowo ujmowanego uzdrowienia. Owszem teksty modlitw zawierają wyraźną prośbę o uzdrowienie fizyczne, ale właściwie najważniejszym ich wątkiem jest uzdrowienie duchowe i przebaczenie grzechów, bez których wszelkie uzdrowienie fizyczne nie osiąga swojego celu, gdyż istotą uzdrowienia jest reintegracja chorej osoby poprzez przywrócenie pełnej komunii z Bogiem w Kościele. W gruncie rzeczy dość trudno tu rozdzielić oba wątki – uzdrowienia fizycznego i duchowego, w treści modlitw tworzą one pewną całość, wyrażając tym samym integralność uzdrowienia rozumianego holistycznie. Trzeba jednak zauważyć, że uzdrowienie duchowe nie jest tu redukowane jedynie tylko do odpuszczenia grzechów – ma ono w prawosławnym rycie namaszczenia chorych także wymiar terapeutyczny, gdyż rytuały te zawierają elementy swoistej anamnezy uzdrowicielskiej działalności Jezusa⁶³.

Teologia prawosławna bardzo mocno akcentuje także eklezjalność sakramentu chorych, uznając ten wymiar za centralny, na podstawie klasycznego tekstu z Listu św. Jakuba, gdzie mowa jest o sprowadzeniu „prezbiterów Kościoła”. Wyrażenie to odczytywane jest tu jako obraz całego Kościoła gromadzącego się wokół swoich chorych członków. Po pierwsze wyraża to w praktyce zalecenie, aby w miarę możliwości był on sprawowany w kościele (cerkwi), ale przede wszystkim jest on zawsze udzielany przez Kościół jako wspólnotę, czego widzialnym znakiem jest wymagana do sprawowania tego sakramentu liczba siedmiu kapłanów, która symbolizuje pełnię obecności Kościoła⁶⁴. Tym samym czytelny staje się istotny cel tego sakramentu, jakim jest reintegracja chorej osoby w komunie eklezjalną, która jest wyrazem komunii z Bogiem. Kościół staje tu przy chorym w czasie jego cierpienia, by odkrywał swoje włączenie w Ciało Chrystusa. To jeden z powodów, dla których obrzęd ten jest tak długi, gdyż chodzi tu o wyrwanie chorego, poprzez doświadczenie komunii z Chrystusem w jego Kościele, z izolacji, będącej często skutkiem jego zamknięcia się w swoim cierpieniu⁶⁵. Widzimy zatem, że liturgia sakramentu namaszczenia chorych, sięgająca swymi korzeniami pierwszego tysiąclecia chrześcijaństwa, potwierdza, że uzdrowienie jest wpisane w misję Kościoła oraz wyraża w praktyce to, co stanowi rdzeń przedstawionej powyżej prawosławnej teologii choroby i uzdrowienia.

⁶³ P. Meyendorff, *The Anointing of the Sick...*, s. 77-84. Por. *Bóg żywy...*, s. 394.

⁶⁴ Por. P. Evdokimov, *Prawosławie...*, s. 318; H. Paprocki, *op. cit.*, k. 260; P. Meyendorff, *Pasterskie rozważania...*, s. 292-295.

⁶⁵ P. Meyendorff, *The Anointing of the Sick...*, s. 85-87.

Podsumowanie

Cała ta naszkicowana powyżej panorama uświadamia nam przede wszystkim, że stykając się z prawosławiem – a w konkretnie życia z jego wiernymi – spotykamy się z bardzo odmienną od naszej zachodniej tradycją religijną i filozoficzną, w której poza fundamentalnym odniesieniem do Biblii bardzo istotne jest zakorzenienie w greckiej tradycji patrystycznej. Wspólne z tradycją zachodniego chrześcijaństwa myślenie w kategoriach biblijnych owszem pozwala nam w pewnym stopniu wejść w sposób myślenia prawosławia o chorobie i uzdrowieniu, a tym samym zrozumieć na poziomie elementarnym stosunek wiernych prawosławnych do cierpienia i ich zachowania w procesie leczenia. Jednak na głębszym poziomie rozumienie uzdrowienia ma w myśli prawosławnej charakter zdecydowanie bardziej całościowy – mówiąc dzisiejszym językiem holistyczny – obejmujący całego człowieka w jego strukturze bytowej. Tak głęboko wpisane w dzieła wschodnich Ojców Kościoła myślenie w kategoriach ontologicznych antycznej filozofii jest bardzo trudne dla współczesnego człowieka Zachodu, ukształtowanego już poprzez nowożytne nurty filozoficzne. Trzeba również pamiętać, że w ogóle odniesienia do wiary chrześcijańskiej spotykają się nierzadko w dzisiejszym świecie zachodnim, a szczególnie w obszarze nauki z uprzedzeniami. Warto jednak odkryć, że w warstwie uniwersalnej teologia prawosławna w zakresie tematyki choroby i uzdrowienia wnosi myślenie głęboko osobowe, podkreślające rolę relacji personalnych dla procesu uzdrowienia. Ta perspektywa personalistyczna wydaje się być płaszczyzną do twórczego dialogu pomiędzy teologią a medycyną, który daje szansę na odzyskiwanie przez medycynę waloru głęboko humanistycznego, uwalniając ją od silnych dzisiaj tendencji redukujących jej zadania jedynie do aspektów czysto ekonomicznych czy biologicznych, narastających wraz z pogłębiającą się aktualnie technicyzacją procesów diagnostyki i leczenia, co dehumanizuje relacje pomiędzy lekarzem a pacjentem⁶⁶. Potencjalnie jawi się więc to spotkanie, tych wydawać by się mogło bardzo odległych od siebie dziedzin, jako niebagatelny impuls mogący pomóc przekroczyć medycynie jej własne ograniczenia jako nauce, której przedmiotem ostatecznie jest przecież cały człowiek, a nie tylko jego organizm. Ponadto od strony praktycznej, w dzisiejszych warunkach globalizacji i ruchów migracyjnych, wiedza zaprezentowana tutaj, przynajmniej na poziomie podstawowym, staje się – w ramach kształcenia kompetencji międzykulturowych – niezbędną dla personelu medycznego w spotkaniu z pacjentem prawosławnym zwłaszcza w warunkach hospitalizacji⁶⁷.

⁶⁶ Por. D.B. Hinshaw, *op. cit.*, s. 105-112.

⁶⁷ Zob. szerzej J. Fiedorczuk, I. Fiedorczuk, J. Fiedorczuk-Fidziukiewicz, *Pacjent prawosławny wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej*, [w:] E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau (red.), *op. cit.*, s. 559-571.

Bibliografia

Literatura

- Alfiejew H., *Misterium wiary. Wprowadzenie do prawosławnej teologii dogmatycznej*, Warszawska Metropolia Prawosławna, Warszawa 2009.
- Dörnemann M., *Einer ist Arzt, Christus. Krankheitsdeutung in den Schriften der frühen griechischen Kirchenväter*, [w:] G. Thomas, I. Karle (eds.), *Krankheitsdeutung in der postsäkularen Gesellschaft. Theologische Ansätze im interdisziplinären Gespräch*, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2009, s. 247-260.
- Dyrka A., *Postawa chrześcijańska wobec zdrowia w nauczaniu Jana Pawła II*, „Roczniki Teologiczne” 2014, t. LXI, z. 5, s. 5-20.
- Evdokimov P., *Prawosławie*, IW PAX, wyd. 3, Warszawa 2003.
- Evdokimov P., *Prawosławna wizja teologii moralnej. Bóg w życiu ludzi*, Homo Dei, Kraków 2012.
- Evdokimov P., *Wieki życia duchowego. Od Ojców pustyni do naszych czasów*, Wydawnictwo Znak, Kraków 1996.
- Felmy K.Ch., *Współczesna teologia prawosławna*, Prawosławna Diecezja Białostocko-Gdańska, Białystok 2005.
- Fiedorczyk J., Fiedorczyk I., Fiedorczyk-Fidziukiewicz J., *Pacjent prawosławny wobec zagadnień choroby i opieki zdrowotnej*, [w:] E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau (red.), *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum, Poznań 2016, s. 559-571.
- Głodowska K.B., Bendowska A., *Transkulturowa opieka medyczna niezbędnym elementem w programach nauczania na uniwersytetach medycznych w Polsce*, [w:] E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lankau (red.), *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum, Poznań 2016, s. 791-798.
- Hinshaw D.B., *Suffering and the Nature of Healing*, St Vladimir’s Seminary Press, Yonkers (NY) 2013.
- Hryniewicz W., *Chrystus nasza Pascha. Zarys chrześcijańskiej teologii paschalnej*, t. 1, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1982.
- Hryniewicz W., *Pascha Chrystusa w dziejach człowieka i wszechświata. Zarys chrześcijańskiej teologii paschalnej*, t. 3, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 1991.
- Hryniewicz W., *Wiara rodzi się w dialogu*, Wydawnictwo WAM, Kraków 2015.
- Larchet J.-C., *La vie sacramentelle*, Les Éditions du Cerf, Paris 2014.
- Larchet J.-C., *Le chrétien devant la maladie, la souffrance et la mort*, Les Éditions du Cerf, wyd. 2, Paris 2010.
- Larchet J.-C., *Terapia chorób duchowych. Wstęp do tradycji ascetycznej Kościoła prawosławnego*, Wydawnictwo Bratczyk, Hajnówka 2013.
- Larchet J.-C., *The Theology of Illness*, St. Vladimir’s Seminary Press, Crestwood (NY) 2002.
- Larchet J.-C., *Theology of the Body*, St. Vladimir’s Seminary Press, Yonkers (NY) 2017.
- Leśniewski K., *„Nie potrzebują lekarza zdrowi...”. Hezychastyczna metoda uzdrawiania człowieka*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.

- Lewko J., *Holistyczny model opieki nad chorym*, [w:] E. Krajewska-Kułak, A. Guzowski, G. Bejda, A. Lan-
kau (red.), *Pacjent „inny” wyzwaniem opieki medycznej*, Wydawnictwo Naukowe Silva Rerum,
Poznań 2016, s. 289-299.
- Łoski W., *Teologia dogmatyczna*, Bractwo Młodzieży Prawosławnej w Polsce, Białystok 2000.
- Łoski W., *Teologia mistyczna Kościoła Wschodniego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kra-
ków 2007.
- Małecki R., *John Zizioulas. Komunijna prawda o człowieku, Kościele i świecie*, [w:] J. Majewski, J. Ma-
kowski (red.), *Leksykon wielkich teologów XX/XXI wieku*, t. II, Biblioteka „Więzi”, Warszawa 2004,
s. 372-388.
- Mette J., *Heilung durch Gottesdienst? Ein liturgietheologischer Beitrag*, Verlag Friedrich Pustet, Regens-
burg 2010.
- Meyendorff J., *Teologia bizantyjska. Historia i doktryna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego,
wyd. 2, Kraków 2007.
- Meyendorff P., *Pasterskie rozważania o sakramencie namaszczenia chorych*, „Elpis” 2003, t. 5, z. 7-8,
s. 285-298.
- Meyendorff P., *The Anointing of the Sick*, St Vladimir’s Seminary Press, Crestwood (NY) 2009.
- Orygenes, *Przeciw Celsusowi*, Akademia Teologii Katolickiej, wyd. 2, Warszawa 1986.
- Ostrzyżek A., Marcinkowski J.T., *Biomedyczny versus holistyczny model zdrowia a teoria i praktyka klinicz-
na*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2012, t. 93, nr 4, s. 682-686.
- Paprocki H., *Chorych namaszczenie. II. W Kościele prawosławnym*, [w:] *Encyklopedia Katolicka*, t. III, TN
KUL, Lublin 1985, k. 260-261.
- Pietkiewicz P., *Zdrowie człowieka i przyczyny jego utraty według antropologii prawosławnej*, „Elpis” 2018,
t. 20, s. 253-257.
- Ware K., *Misteria uzdrowienia*, Prawosławna Diecezja Lubelsko-Chełmska, Lublin 2004.
- Wilkinson J., *The Bible and Healing. A Medical and Theological Commentary*, The Handsel Press Ltd –
Wm.B. Eerdmans Publishing Co., Edinburgh-Grand Rapids 1998.
- Zizioulas J., *Being as Communion. Studies in Personhood and the Church*, Darton, Longman and Todd Ltd,
wyd. 5, London 2017.
- Zizioulas J., *Illness and Healing in Orthodox Theology*, Sebastian Press, Alhambra (CA) 2016.
- Zizioulas J., *The Eucharistic Communion and the World*, T&T Clark International, London-New York 2011.

Źródła

- Bóg żywy. Katechizm Kościoła Prawosławnego*, Kairos – Wydawnictwo WAM, Kraków 2001.
- Euchologion*, t. 1, Warszawska Metropolia Prawosławna, Warszawa 2016.
- Liturgia Godzin*, t. II, Pallottinum, Poznań 1984.

Przyszłość opieki zdrowotnej w Polsce – nowe horyzonty

The future of healthcare in Poland – new horizons

Iwona Czerska

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu¹

ORCID: [0000-0002-9680-6695](https://orcid.org/0000-0002-9680-6695)

Angelika Trojanowska

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu²

ORCID: [0000-0002-3546-138X](https://orcid.org/0000-0002-3546-138X)

Tetiana Korpak

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu³

ORCID: [0000-0003-2209-3642](https://orcid.org/0000-0003-2209-3642)

Streszczenie

Celem opracowania jest przedstawienie nowych rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej w Polsce. Rodzajem wykorzystanej metodologii badawczej jest analiza literatury przedmiotu oraz stron internetowych prezentujących nowoczesne rozwiązania, w tym informatyczne, w obszarze ochrony zdrowia. Omówiono koncepcję e-zdrowia, skupiając się na platformie P1 oraz elektronicznej dokumentacji medycznej: e-zwolnieniu, e-recepcie i e-skierowaniu. Wskazano na aspekty: funkcjonalność, wydajność, bezpieczeństwo, jak również na bariery techniczne oraz mentalne związane z wprowadzaniem elektronicznej dokumentacji medycznej. Zaprezentowano mapy potrzeb zdrowotnych w kontekście nowych wyzwań. Zwrócono uwagę na trwające prace nad nowym kształtem map, a także ich praktycznym znaczeniem dla tworzenia bieżącej polityki zdrowotnej na poziomie regionalnym. Przedstawiono innowacyjne rozwiązania w zakresie mobilnej obsługi pacjenta. Omówiono istotę opieki koordynowanej w kontekście budowania więzi między podstawową opieką zdrowotną, ambulatoryjną opieką zdrowotną a szpitalnictwem (trójkąt współpracy). Podniesiono kwestię holistycznego ujęcia potrzeb pacjenta jako konsumenta usług zdrowotnych.

Słowa kluczowe

opieka zdrowotna, e-zdrowie, mapy potrzeb zdrowotnych, opieka koordynowana

Abstract

The aim of the study is to present new healthcare solutions in Poland. The type of research methodology used is the analysis of literature and websites presenting modern solutions, including IT, in health

¹ E-mail: iwona.czerska@ue.wroc.pl

² E-mail: angelika.trojanowska1991@gmail.com

³ E-mail: tetiana.korpak@gmail.com

protection. The concept of eHealth was discussed, focusing on the P1 platform and electronic medical records: e-ZLA, e-prescription and e-referral. The following aspects were pointed out: functionality, efficiency, safety, as well as technical and mental barriers related to the introduction of electronic medical records. Health needs maps were presented in the context of new challenges. Attention was drawn to the ongoing works on the new shape of maps, as well as their practical meaning for creating current health policy at the regional level. Innovative solutions in the mobile patient service were presented. The essence of coordinated care in the context of building links between basic health care, outpatient health care and hospitality (cooperation triangle) was discussed. The issue of a holistic approach to the needs of the patient as a consumer of health services was raised.

Keywords

healthcare, eHealth, health needs maps, coordinated care

JEL: I13, I18, Q55

1. Wstęp

Celem opracowania jest przedstawienie nowych rozwiązań w zakresie opieki zdrowotnej w Polsce. Podmiotem analizy jest polski system ochrony zdrowia. Przedmiotem analizy są innowacyjne rozwiązania techniczno-technologiczne w obszarze ochrony zdrowia. Przedstawiono rozwiązania w zakresie mobilnej obsługi pacjenta. Podniesiono kwestię projektowania opieki zdrowotnej według zasady *digital first*. Opieka zdrowotna powinna czerpać z doświadczeń innych gałęzi gospodarki w kontekście wykorzystywania Internetu i najnowszych technologii.

2. Metodologia badań

Rodzajem wykorzystanej metodologii badawczej jest analiza literatury przedmiotu oraz stron internetowych prezentujących nowoczesne rozwiązania, w tym informatyczne, w obszarze ochrony zdrowia.

3. E-zdrowie jako narzędzie efektywnej opieki zdrowotnej

Zmieniający się świat i wciąż nowe technologie oraz zauważalna cyfrowa transformacja społeczeństwa pozwalają na rozwój systemów pomagających w usprawnianiu procesów, również w kontekście rynku zdrowia. Zautomatyzowanie systemów zdrowotnych ma na celu usprawnienie pracy całego personelu medycznego, ale również zapewnia sprawniejszy obieg dokumentacji, umożliwiając tym samym lepszą organizację leczenia pacjenta oraz sprawną wymianę informacji pomiędzy głównymi ogniwami

systemu, takimi jak podstawowa opieka zdrowotna (POZ), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) i szpitale. Rozwijające się kierunki w zakresie e-zdrowia są odpowiedzią na potrzeby i oczekiwania społeczeństwa XXI wieku, a powszechna i dostosowana do potrzeb użytkowników informatyzacja może pomóc w ograniczeniu czasu poświęcanego na wprowadzanie dokumentacji medycznej do systemu, zwiększając tym samym czas dostępny dla pacjenta. Rejestry medyczne, które są nieodłącznym elementem cyfryzacji w kontekście rynku usług zdrowotnych, będą miały również na celu wpłynąć na monitorowanie leczenia oraz zwiększyć wiedzę pacjenta dotyczącą dostosowanych do jego potrzeb badań profilaktycznych.

Jednym z pierwszych kroków transformacji było wprowadzenie e-zwolnień (e-ZLA), które lekarze mogą wystawiać już od stycznia 2016 roku. Zwolnienia na papierowym formularzu mogły być wystawiane do końca listopada 2018 roku, natomiast od 1 grudnia 2018 r. winny być wystawiane wyłącznie drogą elektroniczną. Współpraca pomiędzy jednostkami medycznymi i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych pozwoliła na szybki i sprawny przebieg procesu, dzięki któremu możliwe było wprowadzenie kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub podpisu zaufanego, a zwolnienia w prosty i szybki sposób trafiają do pracodawców. System dopuszcza wystawianie zwolnień również przez asystentów medycznych od 23 października 2018 r. W przypadku braku profilu pracodawcy na Platformie Usług Elektronicznych (PUE) pracownik może otrzymać wydruk zwolnienia^{4,5}.

Do kolejnych istotnych zadań, które stawia przed sobą, jednostkami medycznymi i pacjentami Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Ministerstwem Cyfryzacji, jest wprowadzenie e-skierowań oraz e-dokumentacji. Zasadniczym krokiem w procesie informatyzacji jest również uświadamianie pacjentów, jak ważne są zmiany idące w kierunku informatyzacji oraz zdobycie akceptacji społeczeństwa wobec powyższych zmian.

Od 1 stycznia 2020 roku wszyscy lekarze będą zobowiązani do wystawiania elektronicznych recept, które pacjent będzie mógł zrealizować na terenie całego kraju⁶. E-recepta daje uproszczenia w zakresie poziomu refundacji. Zalet wynikających z wdrożenia tego rozwiązania jest wiele, a najważniejszymi z nich są: czytelność recept oraz kompletność danych. Statystyki pokazują, że w Polsce wystawia się około 250 mln recept rocznie, z czego około 6% jest błędnie wystawianych. E-recepta to produkt,

⁴ *Elektroniczne zwolnienia lekarskie (e-ZLA)*, ZUS 2018, <https://www.zus.pl/ezla> [dostęp 25.03.2019].

⁵ J. Klimek, *Wsparcie e-ZLA*, „Gazeta Lekarska” 2018-2019, nr 12-1, s. 5.

⁶ M. Tomczak, *Zagadkowy rok*, „Gazeta Lekarska” 2019, nr 2, s. 18.

który zniweluje te problemy, ale żeby była równie funkcjonalna, co recepta papierowa, musi dawać gwarancję możliwości zrealizowania jej w każdej aptece⁷.

E-recepta pozwala na szybki przepływ danych pomiędzy podmiotami uczestniczącymi w procesie wystawienia recepty, jak i jej realizacji. Lekarz elektronicznie wystawia oraz podpisuje e-receptę, następnie pacjent otrzymuje wydruk informacyjny lub e-receptę drogą elektroniczną (e-mail lub SMS); kolejnym krokiem jest zgłoszenie się do farmaceuty, gdzie dokument jest skanowany lub pracownik apteki wpisuje czterocyfrowy kod oraz pesel pacjenta, dając tym samym możliwość wykupienia danych leków⁸. Na jednej e-receptce można wypisać jeden lek, recepta zbiorcza może zawierać maksymalnie pięć e-recept, które są dostępne do zrealizowania w różnych aptekach, bez przymusu wykupienia przez pacjenta wszystkich leków w jednej jednostce farmaceutycznej⁹. W ciągu pierwszych dwóch miesięcy tego roku wystawiono 300 tysięcy e-recept, które trafiły do 60 tys. pacjentów¹⁰.

Kluczowe znaczenie dla pacjentów ma transgraniczna e-recepta. Jest to jeden z celów strategicznych Unii Europejskiej mający służyć poprawie opieki zdrowotnej w Europie. Pierwszym krokiem w zakresie wymiany danych pacjenta w granicach UE była możliwość realizacji e-recept przez fińskich pacjentów w aptekach na terenie Estonii¹¹. E-recepty realizowane są w 100% m.in. w Estonii, Danii, Szwecji, Islandii i Chorwacji¹². Do końca 2019 roku usługi e-zdrowia dotyczące e-recept oraz podstawowych informacji o pacjencie mają uruchomić Finlandia, Estonia, Czechy, Luksemburg, Portugalia, Chorwacja, Malta, Cypr, Grecja i Belgia¹³.

Kolejnym ważnym krokiem w cyfryzacji usług zdrowotnych są e-skierowania, które powinny być realizowane oraz wystawiane na terenie całej Polski już od 1 stycznia 2021 roku¹⁴. Skierowania te mają dotyczyć zarówno badań diagnostycznych, skierowań do specjalistów, jak i do szpitali. Program pilotażowy został uruchomiony 16 października 2018 roku w wybranych podmiotach leczniczych w Warszawie i trwał do końca października 2019 roku. Założenia programu pilotażowego mówią o około 200 placówkach,

⁷ K. Kopańko, *E-recepty w praktyce i e-skierowania na testach. Tak Polska buduje fundament pod przyszłość e-zdrowia*, 2019, <https://www.spidersweb.pl/2019/03/e-recepta-e-skierowanie.html> [dostęp 25.03.2019].

⁸ *E-recepta – jak to działa*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, https://pacjent.gov.pl/pomoc/e-recepta_jak_to_dziala [dostęp 25.04.2019].

⁹ *FAQ e-Recepta: Farmaceuci*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/faq_e_recepta_farmaceuci_v_2_0_5b97d683d55ad.pdf [dostęp 25.04.2019].

¹⁰ *Więcej świadczeń bez limitu*, „OSOZ” 2019, nr 2, s. 12.

¹¹ *E-recepta*, Internetowe Konto Pacjenta, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, https://pacjent.gov.pl/pomoc/czym_jest_erecepta [dostęp 25.04.2019].

¹² *Polska. Krajobraz e-zdrowia*, „OSOZ” 2018, Raport specjalny, s. 43.

¹³ *Transgraniczna e-recepta już działa*, „OSOZ” 2019, nr 1, s. 35.

¹⁴ L. Sulikowska, *E-ZLA, e-recepta, e-skierowanie. Kiedy dofinansowanie?*, „Gazeta Lekarska” 2018, nr 11, s. 34.

które sukcesywnie będą do niego dołączały. Pierwsze e-skierowanie zostało wystawione do poradni okulistycznej w Warszawie 12 grudnia 2018 roku w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Targówek¹⁵.

E-skierowanie ma na celu m.in. skrócenie kolejek do specjalistów. Pacjent nie będzie mógł pobrać skierowania dwukrotnie, jeśli nie zakończy leczenia w danej poradni ani tym samym zapisać się w dwóch jednostkach medycznych jednocześnie do tego samego specjalisty.

Technologie w ekosystemie opieki zdrowotnej mają dać szansę na rozwój wielu dziedzin medycyny, a tym samym pomóc w walce z nierównościami w dostępie do leczenia i zminimalizować jego rosnące koszty¹⁶. Jednym z rozwiązań, które ma mieć istotny wpływ na digitalizację systemów opieki zdrowotnej, jest platforma P1, na której będzie m.in. e-recepta, e-skierowanie, e-dokumentacja oraz internetowe konto pacjenta¹⁷. Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1) mająca na celu umożliwienie organom administracji publicznej oraz obywatelom gromadzenie, analizę i udostępnianie dokumentacji zdrowotnej pacjenta¹⁸, ma służyć również jako platforma publikacyjna Ministra Zdrowia oraz ma pomóc w analizie biznesowej gromadzonych danych. P1 ma działać jako centralny system, do którego będą przesyłane dane z systemów regionalnych oraz lokalnych, dzięki czemu pacjent będzie miał możliwość bieżącego dostępu do dokumentacji medycznej, a jednostkom opieki zdrowotnej pozwoli to na sprawniejszą wymianę diagnoz i opinii. Polepszeniu działań ukierunkowanych na dobro pacjenta ma służyć również utworzenie przestrzeni do całodobowej opieki medycznej przez wykorzystanie technologii i urządzeń. Służyć temu mają m.in. aplikacje oraz inne narzędzia pozwalające na monitorowanie stanu zdrowia pacjentów poza jednostką medyczną. Zdalne konsultacje ze specjalistami z różnych dziedzin medycyny pozwolą na zmniejszenie zapotrzebowania na wizyty w przychodniach¹⁹.

Dla e-zdrowia priorytetem jest również pozyskanie jak największej liczby użytkowników Internetowych Kont Pacjenta (IKP), dzięki którym adresaci będą mogli na bieżąco mieć dostęp do swojej historii choroby, udzielonych i rozliczonych świadczeń w zakresie profilaktyki zdrowotnej. IKP ma na celu ułatwienie pacjentowi oraz personelowi

¹⁵ Plan, który pomoże wdrożyć terminowo e-receptę, „OSOZ” 2019, nr 1, s. 26.

¹⁶ *Technologie w walce z globalnymi zagrożeniami zdrowotnymi*, „OSOZ” 2019, nr 2, s. 48.

¹⁷ I. Czerska, *Nowoczesna obsługa pacjenta*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu” 2015, nr 40, s. 105.

¹⁸ *Projekt P1*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2015, <https://www.csioz.gov.pl/projekty/realizowane/projekt-p1/> [dostęp 28.04.2019].

¹⁹ I. Gieruszczak, P. Piątosza, *Platformy eZdrowie jako narzędzie dla efektywnej opieki zdrowotnej w Polsce*, COMARCH 2016, *passim*, http://medtrends.pl/wp-content/uploads/2016/03/Platformy-eZdrowie-jako-narzedzie-dla-efektywnej-opieki-zdrowotnej-w-Polsce-_P.Piatosa_SesjaII.pdf [dostęp 28.04.2019].

medycznemu m.in. sprawnego obiegu dokumentacji, badań lekarskich, konsultacji specjalistycznych, informacji o przebytych chorobach oraz zaordynowanych lekach, wykazów uczuleń i możliwych interakcji pomiędzy lekami. System IKP ma pozwolić także na podgląd do e-recept, e-skierowań oraz dodatkowo dostarczać pacjentowi informacje dotyczące badań profilaktycznych, które powinien on wykonać. W trosce o dobro pacjenta planowane jest też wdrożenie modułu ankietowego, za pomocą którego użytkownik będzie mógł zweryfikować, czy powinien zainteresować się stanem swojego zdrowia i podjąć odpowiednie działania w tym kierunku. Powyższe działania mają upowszechnić Internetowe Konto Pacjenta, a tym samym pomóc w realizacji planu Ministerstwa Zdrowia, który przewiduje pod koniec 2019 roku około 10 mln użytkowników IKP. W 2019 roku ma zostać zaprezentowana aplikacja, dzięki której lekarze będą mieli możliwość wystawiania e-recept, e-skierowań, e-zwolnień, a także zleceń na wyroby medyczne za pomocą każdego urządzenia mobilnego²⁰.

Dla podsumowania zagadnień e-zdrowia warto wskazać na rozwiązania światowe w tym zakresie. Chińska platforma e-zdrowia *Ping An Good Doctor* ma 265 mln użytkowników. Platforma zapewnia pacjentom porady telemedyczne, umożliwia umawianie wizyt, jak i zamawianie leków on-line. Wewnątrz systemu zrzesza 1196 lekarzy, integrując ich wraz z narzędziami sztucznej inteligencji, zewnętrznymi lekarzami (5203 osób) oraz sieciami 3 tys. szpitali i 15 tys. aptek. Średnia dzienna liczba e-konsultacji pod koniec 2018 roku wynosiła 535 tys.²¹

Kolejnym rozwiązaniem z dziedziny e-zdrowia jest medyczna wyszukiwarka internetowa – *OpenMD.com*²². Jest to narzędzie pomocne nie tylko pacjentom, ale i pracownikom służby zdrowia, ułatwiając dostęp do danych referencyjnych. System przeszukuje miliardy dokumentów pochodzących z zaufanych organizacji zdrowia, instytucji rządowych, czasopism medycznych. Zaletą tego rozwiązania jest filtracja treści reklamowych i tych generowanych przez użytkowników internetu²³.

4. Mapy potrzeb zdrowotnych w kontekście nowych wyzwań

Mapy potrzeb zdrowotnych to narzędzie Narodowego Funduszu Zdrowia do budowania strategii rozwoju opieki zdrowotnej oraz wspomagające podejmowanie decyzji zarządczych w ochronie zdrowia. Decyzje te mogą dotyczyć realizacji inwestycji,

²⁰ W. Kuta, *Zakup drukarek nie jest najlepszym pomysłem na inwestowanie w rozwój e-zdrowia*, „Rynek Zdrowia” 2019, <http://www.rynekzdrowia.pl/Technologie-informacyjne/Zakup-drukarek-nie-jest-najlepszym-pomyslem-na-inwestowanie-w-rozwoj-e-zdrowia,192044,7,2.html> [dostęp 29.04.2019].

²¹ *Sukces e-zdrowia w Chinach*, „OSOZ” 2019, nr 2, s. 22.

²² *About*, New York 2019, <https://openmd.com/site/about> [dostęp 29.04.2019].

²³ *Zamiast „dr Google”*, „OSOZ” 2019, nr 2, s. 21.

zawierania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak również planowania zakupów świadczeń czy opracowania koszyka świadczeń gwarantowanych.

Mapy mają być wsparciem roli podstawowej opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia poprzez analizę potrzeb zdrowotnych i szacowanie ryzyk zdrowotnych. Potrzeby zdrowotne społeczeństwa powinny być analizowane z różnych perspektyw, począwszy od profilaktyki, poprzez promocję zdrowia, medycynę naprawczą, aż po rzeczywiste potrzeby zdrowotne. Konsekwencją takich analiz powinna być poprawa danych epidemiologicznych oraz dalsze zmiany reorganizacyjne systemu ochrony zdrowia.

Najważniejszą częścią mapy, określającej potrzeby zdrowotne poszczególnych regionów i całego kraju, jest prognoza tworzona na podstawie zgromadzonych danych demograficznych, epidemiologicznych oraz wykorzystywanych zasobów i realizowanych świadczeń²⁴.

Pierwsza edycja map ukazała się w kwietniu 2016 r. jako odpowiedź na potrzebę racjonalizacji lokowania zasobów systemu ochrony zdrowia w zakresie infrastruktury i kadr, a sam projekt, w ramach którego powstały mapy, zakładał poprawę jakości zarządzania zasobami systemu ochrony zdrowia poprzez opracowanie i popularyzację narzędzi prognostycznych. Jednak, według oceny Najwyższej Izby Kontroli, pierwsza edycja map potrzeb zdrowotnych zawierała wiele nierzetelnych, niekompletnych, a przede wszystkim nieaktualnych danych z lat 2012-2013²⁵. Dlatego Ministerstwo Zdrowia opracowało aktualizacje map, które opierają się na danych za rok 2016 i zostały przygotowane dla każdego województwa w zakresie 30 grup chorych. Aktualizacja map z grudnia 2018 r. obejmuje podstawową opiekę zdrowotną, ambulatoryjną opiekę specjalistyczną, leczenie szpitalne oraz nowe obszary – jakość udzielanych świadczeń oraz ich dostępność dla pacjentów²⁶.

Konsekwencją funkcjonowania systemu mapowania potrzeb zdrowotnych ma być między innymi przeprowadzenie szczegółowej analizy POZ, a także opracowanie modeli wielochorobowości, co w kontekście starzenia się społeczeństwa wydaje się być kluczowe. Jednak obecnie pozyskiwane dane pochodzą z różnych źródeł, przez co nie są jednorodne, co stanowi istotną kwestię w kontekście użyteczności map potrzeb zdrowotnych. Oprócz NFZ-u, który gromadzi na chwilę obecną najwięcej danych, chociaż nie jest ich źródłem, badania statystyczne i rejestry podmiotów medycznych generują dużą liczbę danych. Mimo dostępności tych danych brak jest automatyzacji procesu ich przetwarzania. Ta sytuacja ma ulec poprawie, ponieważ w najbliższym czasie Ministerstwo Zdrowia

²⁴ *Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych*, Opracowanie Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2014.

²⁵ *Nowe mapy potrzeb zdrowotnych - czy są lepsze od poprzednich?* „Rynek Zdrowia” 2018, <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Nowe-mapy-potrzeb-zdrowotnych-czy-sa-lepsze-od-poprzednich,184523,14,1.html> [dostęp 24.03.2019].

²⁶ *Aktualizacja map potrzeb zdrowotnych*, „Rynek Zdrowia” 2019, nr 2 (156), s. 9.

planuje digitalizację map, która ma ułatwić dostęp do zawartych w nich opracowań i danych oraz umożliwić ich porównywanie między poszczególnymi latami.

Dzięki automatyzacji procesu przetwarzania danych ich aktualizowanie ulegnie znacznemu skróceniu. Proces ten będzie możliwy dzięki ogólnodostępnej, niewymagającej logowania, platformie cyfrowej – Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych²⁷. Ta platforma internetowa, z której korzystają: Ministerstwo Zdrowia, Centrala i Oddziały Wojewódzkie NFZ, wojewodowie, marszałkowie, świadczeniodawcy, a także właściciele i kadra zarządzająca placówek ochrony zdrowia, stanowi aspekt praktyczny wykorzystania informacji z map. Od 2019 r. kolejne aktualizacje map będą publikowane wyłącznie na tej platformie.

Reasumując, mapy potrzeb zdrowotnych prezentują holistyczne podejście do analizy rodzajów świadczeń w systemie opieki zdrowotnej, a dzięki platformie cyfrowej umożliwiają precyzyjne zmapowanie stanu systemu ochrony zdrowia²⁸.

5. Koordynowana opieka zdrowotna jako model holistycznego ujęcia pacjenta

Opieka koordynowana to inaczej opieka zintegrowana, kierowana, kompleksowa, interdyscyplinarna, wszechstronna, całościowa, współdzielona^{29, 30, 31}. Terminem przeciwstawnym jest opieka fragmentaryczna. W Polsce ciągle mamy do czynienia z fragmentacją systemu opieki zdrowotnej, co przejawia się jako³²:

- brak ścisłej współpracy pomiędzy lekarzem POZ a specjalistami, a konkretnie brak przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi segmentami opieki zdrowotnej oraz brak odpowiedzialności finansowej za podejmowane decyzje terapeutyczne;
- brak elementów motywujących lekarzy POZ do sprawowania faktycznej roli koordynatora poprzez przerzucanie kosztów na wyższe i droższe poziomy opieki zdrowotnej.

²⁷ BASiW, Ministerstwo Zdrowia 2017, <https://basiw.mz.gov.pl/> [dostęp 13.03.2019].

²⁸ I. Czerna, *Koncepcje działań naprawczych w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 526, s. 152.

²⁹ W.P. Kalbarczyk, *Koordynowana, czyli jaka?*, 2016, <http://www.medexpress.pl/koordynowana-czyli-jaka/64736> [dostęp 03.04.2019].

³⁰ A. Konopacka, II Sympozjum „Zintegrowana Opieka Zdrowotna – integracja i koordynacja”, Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego, Gdańsk 2016.

³¹ G. Schrijvers, *Integrated care - better and cheaper*, Reed Business Information, Amsterdam 2016.

³² K. Kwiatkowska, *Koordynowana opieka zdrowotna w Polsce*, Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, <https://www.termedia.pl/f/f/c1f8620ac80cf5958dbec8a68dfcdfe2.pdf> [dostęp 01.05.2019].

Założeniem wprowadzenia opieki koordynowanej do systemu ochrony zdrowia jest zapewnienie lepszego zdrowia, zwiększenie jakości usług zdrowotnych oraz obniżenie kosztów leczenia. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z 2014 r. koordynowana opieka zdrowotna to usługi medyczne zarządzane i dostarczane osobom w sposób zapewniający uzyskanie kontinuum promocji zdrowia, zapobiegania chorobom, diagnozy, leczenia, zarządzania chorobami, rehabilitacji oraz paliatywnych usług medycznych, na różnych poziomach oraz w różnych miejscach systemu opieki zdrowotnej, zgodnie z zapotrzebowaniem, w okresie całego życia i w formie stałej dyskusji z pacjentami³³. Model koordynowanej opieki zdrowotnej jako model integrujący różne szczeble opieki i zapewniający pacjentom kompleksowość i ciągłość dostarczanych usług, jest rekomendowanym przez WHO modelem docelowym dla systemów zdrowia³⁴. Zasadniczym wyróżnikiem opieki koordynowanej jest jej kompleksowość przejawiająca się kompleksowym zarządzaniem dostępem do świadczeń oraz kompleksowym zarządzaniem jakością udzielanych świadczeń³⁵.

Główną zasadą opieki koordynowanej jest aktywne zaangażowanie i wzmocnienie roli pacjenta, co przekłada się na efekty świadczonej opieki zdrowotnej, satysfakcję pacjenta i świadczeniodawców oraz na efektywność kosztową³⁶. Ważne jest przy tym ujęcie holistyczne uwzględniające, oprócz samych pacjentów, także opiekunów, społeczności lokalne, jak również mniejszości i grupy bardziej wrażliwe³⁷.

Koordynacja opieki będzie możliwa dzięki informatyzacji systemu zdrowotnego, co pozwoli na wzajemną wymianę informacji, bieżący kontakt oraz monitorowanie opieki nad pacjentem. Oprócz informatyzacji również telemedycyna stanowi wsparcie opieki koordynowanej, pozwalając lepiej i wydajniej nadzorować prace całego zespołu lekarzy, pielęgniarek i rehabilitantów, co w sytuacji braku kadry medycznej wydaje się słusznym rozwiązaniem³⁸.

³³ WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services, Draft for consultation, Switzerland 2015, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/180984/WHO_HIS_SDS_2015.20_eng.pdf;sequence=1 [dostęp 05.04.2019].

³⁴ I. Rudawska, Wykorzystanie metody delfickiej do określenia atrybutów jakości obsługi pacjenta w sektorze ochrony zdrowia, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 526, s. 134.

³⁵ A. Zapaśnik, J. Skłucki, J. Tumas, P. Szykiewicz, T. Jędrzejczyk, P. Popowski, *Koncepcja Koordynowanej Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej*, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, Gdańsk 2016, s. 8.

³⁶ K.V. Stein, *Opieka koordynowana na świecie. Przykłady mające pomóc usprawnić (podstawową) opiekę zdrowotną w Polsce*, Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala, Departament Analiz i Strategii, Warszawa 2016, s. 13.

³⁷ *Ibidem*, s. 27.

³⁸ *Opieka koordynowana? Tam, gdzie już działa, przynosi efekty*, „Polityka Zdrowotna” 2018, <https://www.politykazdrowotna.com/31135,opieka-koordynowana-tam-gdzie-juz-dziala-przynosi-efekty> [dostęp 01.05.2019].

Można wyróżnić sześć wymiarów opieki zintegrowanej: rodzaj, uznanie pacjenta za partnera, jakość opieki, płatności, zagadnienia e-zdrowia, zarządzanie zmianami w systemie opieki zdrowotnej³⁹. Wszystkie te wymiary powinny ze sobą współgrać, by, po pierwsze, zbudować więź między podstawową opieką zdrowotną, ambulatoryjną opieką zdrowotną, a szpitalnictwem (trójkąt współpracy), a po drugie, by móc zrealizować tzw. potrójny cel (*triple aim*) opieki koordynowanej: poprawę zdrowia populacji, podwyższenie jakości opieki indywidualnej oraz zmniejszenie kosztów w przeliczeniu na osobę⁴⁰.

K.M. McDonald, V. Sundaram, D.M. Bravata podają 5 niezbędnych elementów organizacyjnych koncepcji modelu koordynowanej opieki zdrowotnej⁴¹:

- 1) grupa kilku podmiotów udzielających świadczeń (niekoniecznie niezależnych);
- 2) współzależność funkcjonalna pomiędzy poszczególnymi podmiotami;
- 3) świadomość poszczególnych świadczeniodawców swojej roli oraz roli innych podmiotów;
- 4) możliwość ciągłej wymiany informacji między uczestnikami opieki koordynowanej;
- 5) ułatwienie dostarczania właściwego poziomu opieki jako efekt integracji działań uczestników opieki koordynowanej.

Obecnie polski system ochrony zdrowia nie jest w pełni przygotowany do wdrożenia założeń opieki koordynowanej, jednak od 2013 r., w którym to Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Bank Światowy zainicjowały dyskusję na temat systemu opieki koordynowanej, trwają nieustanne przygotowania w tym zakresie. Nowy model opieki zdrowotnej ma być zogniskowany na osobie pacjenta, wykorzystujący instrumenty profilaktyki oraz reagujący na współczesne wyzwania w sektorze zdrowia. Efektami nowego modelu mają być integracja opieki, organizacyjna integracja świadczeń dostosowanych do potrzeb pacjenta oraz integracja ścieżek klinicznych, jak również wzrost satysfakcji pacjenta⁴².

Podsumowując, można wskazać istotne różnice między obecnym systemem opieki zdrowotnej a opieką koordynowaną w przyszłości (Tabela 1).

³⁹ G. Schrijvers, *passim*.

⁴⁰ P. Szykiewicz, *Koordynowana opieka zdrowotna – podejście procesowe*, [w]: P. Szykiewicz, W. P. Kalbarczyk, T. Jędrzejczyk, „Koordynowana opieka zdrowotna”, Prometriq Akademia Zarządzania, Sopot 2017, s. 4.

⁴¹ K.M. McDonald, V. Sundaram, D.M. Bravata et al., *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Volume 7: Care Coordination*, Agency for Healthcare Research and Quality (US), „Technical Reviews” 2007, No. 9.7.

⁴² *Opieka koordynowana: Projekt modeli do programu pilotażowego. Strategia wdrożenia*, International Bank for Reconstruction and Development /The World Bank, Washington DC 2017, s. 11.

Tabela 1. Strategiczne podejście do zmiany systemu realizacji świadczeń w ochronie zdrowia w Polsce

Obecny system opieki zdrowotnej	Opieka koordynowana w przyszłości
Zogniskowany na świadczeniach	Zogniskowana na potrzebach
Scentralizowany na fundamencie opieki specjalistycznej i stacjonarnej	Zdecentralizowana do opieki ambulatoryjnej: POZ zyskuje na znaczeniu
Reaktywny i reagujący	Proaktywna i zapobiegająca
Tryb nagły i ostry	Tryb planowy i systematyczny
Pacjent bierny, niedoinformowany i traktowany przedmiotowo	Pacjent aktywny, dobrze poinformowany i traktowany podmiotowo
Personel medyczny pracuje niezależnie od siebie	Personel medyczny współpracuje
Za partnerów uznaje się tylko lekarzy	Za partnerów uznaje się cały personel medyczny
Słabe wsparcie technologiczne	Technologia w służbie opieki zdrowotnej jako narzędzie wspierające i usprawniające jej funkcjonowanie

Źródło: *Opieka koordynowana: Projekt modeli do programu pilotażowego. Strategia wdrożenia*, International Bank for Reconstruction and Development /The World Bank, Washington DC 2017, s. 18.

6. Innowacyjne rozwiązania w zakresie mobilnej obsługi pacjenta

Transformacja cyfrowa obecna jest w każdej organizacji niezależnie od jej wielkości. Cechuje się ona skomplikowanymi procesami, powodując konieczność podejmowania przez kadrę zarządzającą decyzji trudnych i przemyślanych. Twierdzenie, że transformacja ta wpływa w sposób znaczący i korzystny na funkcjonowanie przedsiębiorstw, potwierdza Organizacja MTC Center for Business. Według organizacji Aberdeen Group największy wpływ na istnienie firm wywierają zasadnicze technologie digitalizacji, którymi są: Internet rzeczy (IoT) dostarczający dane operacyjne; Big Data, czyli duża ilość danych dostarczająca ważne informacje, potrzebna do analizy w celach planistycznych i prognostycznych, oraz chmura, której kluczową zaletą jest jej skalowalność⁴³.

Zarządzanie danymi w roku 2019 również ulegnie zmianie i przyjmie postać modelu mniej zdemokratyzowanego, w większym stopniu zautomatyzowanego ze sterowaniem przez procesy. Taka transformacja obejmie też technologie wspomagające identyfikację danych i ich rodzajów, profilowanie i przekształcanie danych bez względu na miejsce ich przechowywania (system lokalny, środowisko SaaS, chmura czy internet)⁴⁴.

⁴³ P. Krupczyk, *Zmniejszenie ryzyka transformacji cyfrowej*, „DLP Expert” 2018, nr 4 (27), s. 24-25.

⁴⁴ N. Tozer, *Jak będziemy przetwarzać dane w 2019 roku*, „DLP Expert” 2018, nr 4 (27), s. 40.

Procesy transformacji powodują wprowadzanie do medycyny nowych rozwiązań, przykładem których jest *blockchain*, czyli idea rejestrów rozproszonych. Polega to na odejściu od tradycyjnego scentralizowania i rozmieszczenie danych przechowywanych w tzw. węzłach. Technologia ta pozwala na dostęp do informacji, zarówno placówkom medycznym, jak i samym pacjentom. Dzięki regułom poszukiwania danych gwarantowane jest odpowiednie bezpieczeństwo informacyjne dla każdego użytkownika⁴⁵.

Digitalizacja placówek medycznych jest nowym etapem rozwoju współczesnej medycyny. Codziennymi praktykami, a nie tylko planami na przyszłość, stają się zdalna opieka medyczna, poprawa wyników leczenia oraz spersonalizowane podejście do pacjenta⁴⁶. Zdaniem Tomasza Staszela, dyrektora ds. digitalizacji grupy Polpharma: „Cyfryzacja ma przywrócić pacjentowi centralną rolę w systemie opieki zdrowotnej”. Jest to również szansa na życie zdrowsze oraz dłuższe, czemu sprzyja profilaktyka, diagnostyka na wczesnych etapach, zwiększona skuteczność oraz efektywność kosztowa i czasowa⁴⁷.

Wśród innowacyjnych rozwiązań na uwagę zasługują urządzenia typu stetoskop dla wykorzystywania przez lekarzy oraz samych pacjentów. Poznańscy lekarze i naukowcy opracowali po raz pierwszy na świecie inteligentny stetoskop połączony z aplikacją mobilną. Urządzenie obecnie jest testowane w 10 krajach, a główną jego cechą jest możliwość nagrywania i identyfikowania dźwięków oraz zapisywania obrazu graficznego dla lekarzy. Po zakończeniu badania pacjent otrzymuje informację o stanie zdrowia z ewentualną sugestią kontroli lekarskiej, a samo urządzenie pomoże ograniczyć częstotliwość wizyt lekarskich⁴⁸. Kolejną światową innowacją jest naklejka kontrolująca serce. Urządzenie nieinwazyjnie kontroluje ciśnienie krwi dzięki falom ultradźwiękowym, które odbijają się od tkanek krwi. Na monitorowanie parametrów zdrowia pozwala różna częstotliwość ich wracania⁴⁹.

Oprócz specjalistycznych technologii medycznych opracowywane są aplikacje pomocne w podtrzymywaniu zdrowego stylu życia oraz zapobieganiu chorobom. Jednym z takich rozwiązań jest aplikacja *Quit Meat* zachęcająca do zmniejszenia spożycia czerwonego mięsa w celu profilaktyki nowotworowej. Z kolei dla poprawy kondycji ciała oraz osiągnięcia celu, którym jest zrzucenie zbędnych kilogramów lub budowa mięśni, opracowana została aplikacja *Keep Trainer*. Korzystając z niej, użytkownik ma możliwość wykonywania specjalistycznych ćwiczeń w domu dopasowanych do własnego celu,

⁴⁵ W. Zawalski, *Technologia blockchain wkracza do medycyny*, „Rynek Zdrowia” 2019, nr 2 (156), s. 47-48.

⁴⁶ M. Kielar, *Cyberbezpieczeństwo w placówce medycznej: ryzyko na własne życzenie?*, „Medium” 2018-2019, nr 12-1 (341-342), s. 8.

⁴⁷ T. Staszela, *Cyfrowe ambicje farmacji*, „OSOZ” 2019, nr 1, s. 39.

⁴⁸ *Stetoskop jak termometr?*, „Gazeta Lekarska” 2019, nr 3, s. 53.

⁴⁹ *Innowacje*, „OSOZ” 2019, nr 1, s. 16.

w czym pomagają filmiki instruktażowe oraz głos trenera. Dobrą motywacją do rzucenia palenia papierosów może być korzystanie z aplikacji *Quit Genius*. Program codziennie monitoruje postępy, pokazuje korzyści z niepalenia przez 90 dni, proponuje nowe rozwiązania zamiast palenia (ćwiczenia oddechowe, medytacja, treningi)⁵⁰. Aplikacja *Fabulous – daily motivation* jest zaprojektowana z myślą o pomocy w walce ze złymi nawykami w życiu. Cel, który wybiera użytkownik (może być to zdrowy sen, równowaga psychiczna czy inne) jest przekształcany w 19-dzienny plan, który pomaga utrwalić nowy nawyk. Jest to połączenie kalendarza z codziennymi przypomnieniami motywacyjnymi, które śledzą drogę rozwoju konkretnego użytkownika⁵¹. Kolejna aplikacja stworzona na potrzeby pacjenta ceniącego swój czas i zdrowie to *Your.MD*⁵². Jest to aplikacja, która pozwala ocenić stan zdrowia użytkownika niezależnie od miejsca jego położenia oraz postawić wstępną diagnozę. Wirtualny asystent zadaje pytania, aby zapewnić jak najlepsze rozpoznanie, po udzieleniu odpowiedzi na pytania oraz wprowadzeniu niepokojących objawów pacjent otrzymuje listę możliwych dolegliwości z określeniem prawdopodobieństwa ich wystąpienia⁵³.

Raport *Taking the pulse of eHealth in the EU* przedstawia wyniki na temat rozwiązań zdrowia mobilnego w państwach Unii Europejskiej. Wynika z niego, iż 73% respondentów nigdy nie używało mobilnych aplikacji zdrowotnych, natomiast 75% osób korzystających z aplikacji m-zdrowia to osoby w wieku 35 lat lub mniej. Najbardziej motywującym czynnikiem przemawiającym za pobraniem jest chęć prowadzenia zdrowego trybu życia. Główna bariera ograniczająca zastosowanie aplikacji to brak zaufania do technologii, zaś 55% ankietowanych jako główne bariery w korzystaniu z aplikacji zdrowotnych wskazuje niski stopień wiarygodności, bezpieczeństwo danych oraz brak certyfikacji ze strony organizacji ochrony zdrowia⁵⁴.

Wraz ze wzrostem digitalizacji medycyny rośnie zapotrzebowanie na nowe sposoby identyfikacji pacjentów. Jednym z takich rozwiązań może być nowy dowód osobisty z warstwą elektroniczną. Daje on możliwość szybkiej i bezbłędnej rejestracji pacjentów bez podawania kodu PIN⁵⁵. E-dowód będzie od 1 stycznia 2023 roku alternatywnym rozwiązaniem dla pacjentów, którzy będą korzystać z publicznej ochrony zdrowia⁵⁶.

Zdaniem Komitetu ds. Medycyny opartej na dowodach cyfryzacja w znacznym stopniu może pomóc w monitorowaniu wskaźników skuteczności systemu zdrowia, którymi może być postęp po leczeniu, zmniejszenie bólu lub priorytetowe elementy dla

⁵⁰ *Innowacje, aplikacje zdrowotne*, „OSOZ” 2019, nr 1, s. 14.

⁵¹ *Ibidem*, s. 13.

⁵² *What is Your.MD?*, 2019, <https://www.your.md/about> [dostęp 30.04.2019].

⁵³ *Your.MD*, „OSOZ” 2019, nr 2, s. 19.

⁵⁴ *Percepcja M-Zdrowia*, „OSOZ” 2018, Raport specjalny, s. 16-17.

⁵⁵ *E-dowód osobisty. Czy to dobry identyfikator pacjenta?*, „OSOZ” 2019, nr 1, s. 8.

⁵⁶ S. Badurek, *Sila postępu czy postępowanie na siłę?*, „Gazeta Lekarska” 2018, nr 9, s. 14.

pacjenta. Joep Roet twierdzi, że dzisiaj odchodzi się od modelu opartego na usłudze na korzyść modelu mieszanego uwzględniającego także wynik. Przykładem może być model medycyny personalizowanej⁵⁷.

Reasumując, nowoczesne technologie tworzą szansę na wzmocnienie architektury służby zdrowia. Wszelkie działania związane z cyfryzacją są krokiem do optymalizacji warunków budowania dobrej relacji z beneficjentem, są wyrazem troski o pacjenta jako jednostkę oraz podwyższają jakość jego obsługi.

7. Wnioski

Opieka zdrowotna w Polsce wymaga gruntownych przemian. Reformowanie sektora zdrowotnego rozpoczęło się po dokonaniu transformacji ustrojowej, jednak nie przyniosło oczekiwanych efektów. Słabymi punktami opieki zdrowotnej są: dostępność i jakość świadczeń, zasoby kadrowe i rzeczowe⁵⁸, informatyzacja systemu zdrowotnego.

Obecnie prowadzone są intensywne prace nad wprowadzeniem rozwiązań dostosowanych do zmieniających się potrzeb społeczeństwa. Automatyzacja, robotyzacja oraz informatyzacja ochrony zdrowia to współcześnie nieodłączne elementy budowania odpowiedzialności za zdrowie populacji. Informatyzacja systemów ochrony zdrowia powoduje zwiększenie świadomości pacjentów, ale również usytuowanie pacjenta jako jednostki w centrum wszelkich procesów.

W rozwoju opieki zdrowotnej bardzo ważną rolę odgrywają również nowe media, które stanowią istotny *touchpoint* w komunikowaniu się danej placówki medycznej z odbiorcami jej usług, czyli pacjentami. Kształtowanie pozytywnych relacji podmiotów medycznych z interesariuszami (pacjentami, dostawcami, partnerami, darczyńcami) wspomóc mogą w znaczny sposób *social media*, umożliwiając budowanie społeczności wokół danej placówki medycznej, instytucji czy organizacji zdrowia publicznego.

Transformacja systemu opieki zdrowotnej w Polsce powinna przebiegać stopniowo. System ma być pacjentocentryczny z akcentem na dostęp do świadczeń i leków oraz zwiększone finansowanie pacjentów. Dlatego jednym z najważniejszych kierunków rozwoju ochrony zdrowia, a według specjalistów jedynym możliwym rozwiązaniem w zakresie kompleksowej obsługi pacjenta, jest opieka koordynowana holistycznie traktująca potrzeby pacjenta jako konsumenta usług zdrowotnych. W kontekście fragmentarycznego charakteru obecnego systemu opieki zdrowotnej wprowadzenie opieki koordynowanej wydaje się słusznym krokiem do uzyskania sprawiedliwej i ekonomicznie

⁵⁷ *Stwórzmy wzorową ochronę zdrowia*, „OSOZ” 2019, nr 1, s. 22-24.

⁵⁸ J. Hady, M. Leśniowska, *Finansowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle wybranych krajów Unii Europejskiej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2011, nr 10, *passim*.

zrównoważonej opieki zdrowotnej wysokiej jakości. Przesłanką wprowadzenia opieki koordynowanej są mapy potrzeb zdrowotnych mające stanowić trwałe mechanizmy identyfikacji potrzeb zdrowotnych na skalę niespotykaną wcześniej w sektorze publicznym.

Wszelkie kroki w cyfryzacji usług zdrowotnych mają prowadzić do sytuowania pacjenta na pierwszym miejscu, a proces digitalizacji powinien pomóc odnaleźć się pacjentowi w procesach i usługach, z których może i ma prawo korzystać.

Jednak największym wyzwaniem dla współczesnej medycyny jest starzejące się społeczeństwo, które generuje coraz większe koszty leczenia. Według raportu ONZ starzenie się społeczeństwa stanowi bezprecedensowy trend demograficzny determinujący istotne zmiany we wszystkich dziedzinach życia do co najmniej 2050 roku. Według tego dokumentu w Polsce odsetek osób w wieku 60 plus stanowił w 2017 r. 24%⁵⁹, natomiast według prognozy Głównego Urzędu Statystycznego w roku 2050 udział osób mających co najmniej 60 lat wzrośnie do ponad 40%⁶⁰. Dlatego obecnie ogromnym wyzwaniem staje się system wsparcia społecznego osób starszych w ramach polityki senioralnej.

Reasumując, istnieje potrzeba opracowania długofalowej strategii opieki zdrowotnej, w ramach której koniecznym wydaje się systematyczne mierzenie i porównywanie wyników zdrowotnych w kraju w celu ich poprawy. Narzędziem umożliwiającym przeprowadzanie takich pomiarów i analiz danych zdrowotnych są bez wątpienia mapy potrzeb zdrowotnych, natomiast najważniejszym, według wielu autorów, narzędziem wspomagającym planowanie i koordynację opieki zdrowotnej, służącym do komunikacji z pacjentem, jest elektroniczna dokumentacja medyczna. Dokumentacja ta jest również niezbędna do skutecznego stosowania instrumentów z zakresu telemedycyny, e-zdrowia i m-zdrowia (mobilnych rozwiązań w zakresie obsługi pacjenta). Autorzy niniejszego opracowania uwzględnili w swoich rozważaniach właśnie te obszary: e-zdrowie, koordynowaną opiekę zdrowotną, mobilne rozwiązania dla usprawnienia opieki nad pacjentem, aby zwrócić uwagę na konieczność zmian w organizacji i funkcjonowaniu ochrony zdrowia w Polsce oraz wskazać na najnowsze trendy rynkowe i innowacyjne rozwiązania w zakresie opieki zdrowotnej.

⁵⁹ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2017. *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP/248, s. 20.

⁶⁰ *Alarmujące dane GUS: w 2050 r. ponad 40 proc. Polaków będzie w wieku 60 plus*, 2016, <https://forsal.pl/artykuly/927780,dane-gus-demografia-w-polsce-starzenie-sie-spoleczenstwa.html> [dostęp 25.04.2019].

Bibliografia

Literatura

- Aktualizacja map potrzeb zdrowotnych*, „Rynek Zdrowia” 2019, nr 2 (156), s. 9.
- Badurek S., *Siła postępu czy postęp na siłę?*, „Gazeta Lekarska” 2018, nr 9, s. 14.
- Czerna I., *Koncepcje działań naprawczych w podstawowej opiece zdrowotnej w Polsce*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 526, s. 147-154.
- Czerna I., *Nowoczesna obsługa pacjenta*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu” 2015, nr 40, s. 101-109.
- E-dowód osobisty. Czy to dobry identyfikator pacjenta?*, „OSOZ” 2019, nr 1, s. 8.
- Hady J., Leśniowska M., *Finansowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle wybranych krajów Unii Europejskiej*, „Rozprawy Ubezpieczeniowe” 2011, nr 10, s. 97-111.
- Innowacje*, „OSOZ” 2019, nr 1, s. 16.
- Innowacje, aplikacje zdrowotne*, „OSOZ” 2019, nr 1, s. 13-14.
- Kielar M., *Cyberbezpieczeństwo w placówce medycznej: ryzyko na własne życzenie?*, „Medium” 2018-2019, nr 12-1 (341-342), s. 8.
- Klimek J., *Wsparcie e-ZLA*, „Gazeta Lekarska” 2018-2019, nr 12-1, s. 5.
- Konopacka A., II Sympozjum „Zintegrowana Opieka Zdrowotna – integracja i koordynacja”, Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego, Gdańsk 2016.
- Krupczyk P., *Zmniejszenie ryzyka transformacji cyfrowej*, „DLP Expert” 2018, nr 4 (27), s. 24-25.
- Mapy potrzeb zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych*, Opracowanie Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, Warszawa 2014.
- McDonald K.M., Sundaram V., Bravata D.M. et al., *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Volume 7: Care Coordination*, Agency for Healthcare Research and Quality (US), “Technical Reviews” 2007, No. 9.7.
- Opieka koordynowana: Projekt modeli do programu pilotażowego. Strategia wdrożenia*, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington DC 2017.
- Percepcja M-Zdrowia*, „OSOZ” 2018, Raport specjalny, s. 16-17.
- Plan, który pomoże wdrożyć terminowo e-receptę*, „OSOZ” 2019, nr 1, s. 26.
- Polska. Krajobraz e-zdrowia*, „OSOZ” 2018, Raport specjalny, s. 43.
- Rudawska I., *Wykorzystanie metody delfickiej do określenia atrybutów jakości obsługi pacjenta w sektorze ochrony zdrowia*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2018, nr 526, s. 133-146.
- Schrijvers G., *Integrated care - better and cheaper*, Reed Business Information, Amsterdam 2016.
- Staszelis T., *Cyfrowe ambicje farmacji*, „OSOZ” 2019, nr 1, s. 39.
- Stein K.V., *Opieka koordynowana na świecie. Przykłady mające pomóc usprawnić (podstawową) opiekę zdrowotną w Polsce*, Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala, Departament Analiz i Strategii, Warszawa 2016.
- Stetoskop jak termometr?*, „Gazeta Lekarska” 2019, nr 3, s. 53.
- Stwórzmy wzorową ochronę zdrowia*, „OSOZ” 2019, nr 1, s. 22-24.

Sukces e-zdrowia w Chinach, „OSOZ” 2019, nr 2, s. 22.

Sulikowska L., *E-ZLA, e-recepta, e-skierowanie. Kiedy dofinansowanie?*, „Gazeta Lekarska” 2018, nr 11, s. 34-35.

Szynkiewicz P., *Koordynowana opieka zdrowotna – podejście procesowe*, [w]: P. Szynkiewicz, W.P. Kalbarczyk, T. Jędrzejczyk, „Koordynowana opieka zdrowotna”, Prometrix Akademia Zarządzania, Sopot 2017, s. 1-10.

Technologie w walce z globalnymi zagrożeniami zdrowotnymi, „OSOZ” 2019, nr 2, s. 48.

Tomczak M., *Zagadkowy rok*, „Gazeta Lekarska” 2019, nr 2, s. 17-19.

Tozer N., *Jak będziemy przetwarzać dane w 2019 roku*, „DLP Expert” 2018, nr 4 (27), s. 40.

Transgraniczna e-recepta już działa, „OSOZ” 2019, nr 1, s. 35.

Więcej świadczeń bez limitu, „OSOZ” 2019, nr 2, s. 12.

Your.MD, „OSOZ” 2019, nr 2, s. 19.

Zamiast „dr Google”, „OSOZ” 2019, nr 2, s. 21.

Zapaśnik A., Skłucki J., Tumas J., Szynkiewicz P., Jędrzejczyk T., Popowski P., *Koncepcja Koordynowanej Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej*, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, Gdańsk 2016.

Zawalski W., *Technologie blockchain wkracza do medycyny*, „Rynek Zdrowia” 2019, nr 2 (156), s. 47-48.

Źródła

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2017. *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP/248.

Internet

About, New York 2019, <https://openmd.com/site/about> [dostęp 29.04.2019].

Alarmujące dane GUS: w 2050 r. ponad 40 proc. Polaków będzie w wieku 60 plus, 2016, <https://forsal.pl/artykuly/927780,dane-gus-demografia-w-polsce-starzenie-sie-spoleczenstwa.html> [dostęp 25.04.2019].

BASiW, Ministerstwo Zdrowia 2017, <https://basiw.mz.gov.pl/> [dostęp 13.03.2019].

Elektroniczne zwolnienia lekarskie (e-ZLA), ZUS 2018, <https://www.zus.pl/ezla> [dostęp 25.03.2019].

E-recepta, Internetowe Konto Pacjenta, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, https://pacjent.gov.pl/pomoc/czym_jest_erecepta [dostęp 25.04.2019].

E-recepta – jak to działa, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, https://pacjent.gov.pl/pomoc/e-recepta_jak_to_dziala [dostęp 25.04.2019].

FAQ e-Recepta: Farmaceuci, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa, https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/faq_e_recepta_farmaceuci_v_2_0_5b97d683d55ad.pdf [dostęp 25.04.2019].

Gieruszczak I., Piątosa P., *Platformy eZdrowie jako narzędzie dla efektywnej opieki zdrowotnej w Polsce*, COMARCH 2016, http://medtrends.pl/wp-content/uploads/2016/03/Platformy-eZdrowie-jako-narzedzie-dla-efektywnej-opieki-zdrowotnej-w-Polsce-_P.Piatosa_SesjaII.pdf [dostęp 28.04.2019].

Kalbarczyk W.P., *Koordynowana, czyli jaka?* 2016, <http://www.medexpress.pl/koordynowana-czyli-jaka/64736> [dostęp 03.04.2019].

- Kopańko K., *E-recepty w praktyce i e-skierowania na testach. Tak Polska buduje fundament pod przyszłość e-zdrowia*, 2019, <https://www.spidersweb.pl/2019/03/e-recepta-e-skierowanie.html> [dostęp 25.03.2019].
- Kuta W., *Zakup drukarek nie jest najlepszym pomysłem na inwestowanie w rozwój e-zdrowia*, „Rynek Zdrowia” 2019, <http://www.rynekzdrowia.pl/Technologie-informacyjne/Zakup-drukarek-nie-jest-najlepszym-pomyslem-na-inwestowanie-w-rozwoj-e-zdrowia,192044,7,2.html> [dostęp 29.04.2019].
- Kwiatkowska K., *Koordynowana opieka zdrowotna w Polsce*, Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa, <https://www.termedia.pl/f/f/c1f8620ac80cf5958dbec8a68dfcdfe2.pdf> [dostęp 01.05.2019].
- Nowe mapy potrzeb zdrowotnych - czy są lepsze od poprzednich?* „Rynek Zdrowia” 2018, <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Nowe-mapy-potrzeb-zdrowotnych-czy-sa-lepsze-od-poprzednich,184523,14,1.html> [dostęp 24.03.2019].
- Opieka koordynowana? Tam, gdzie już działa, przynosi efekty*, „Polityka Zdrowotna” 2018, <https://www.politykazedrowotna.com/31135,opieka-koordynowana-tam-gdzie-juz-dziala-przynosi-efekty> [dostęp 01.05.2019].
- Projekt PI*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia 2015, <https://www.csioz.gov.pl/projekty/realizowane/projekt-p1/> [dostęp 28.04.2019].
- What is Your.MD?*, 2019, <https://www.your.md/about> [dostęp 30.04.2019].
- WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. Executive Summary. Placing people and communities at the centre of health services*, Draft for consultation, Switzerland 2015, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/180984/WHO_HIS_SDS_2015.20_eng.pdf;sequence=1 [dostęp 05.04.2019].

Apteki w procesie wzmacniania zdrowia pacjentów

Pharmacies in the process of improving patient's health

Henryk Mruk

Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu

ORCID: [0000-0003-4518-2605](https://orcid.org/0000-0003-4518-2605)

Streszczenie

W starzejących się społeczeństwach będzie wzrastało zapotrzebowanie na korzystanie z opieki zdrowotnej przez pacjentów. Ograniczoność środków w systemach ubezpieczeń zdrowotnych oraz rosnące koszty nowych leków i technologii medycznych będą czynnikami przyspieszającymi włączenie aptek do systemów ochrony zdrowia. Konieczne będzie wprowadzenie refundowanej opieki farmaceutycznej w aptekach oraz przygotowanie farmaceutów do komunikacji z pacjentami na zasadach doradztwa. Istotne będzie także wprowadzanie do aptek technik związanych z powiększaniem sprzedaży leków oraz produktów związanych ze zdrowiem, wyglądem, pielęgnacją. Właściwe będzie budowanie odpowiednich relacji między aptekami a placówkami medycznymi, a także między farmaceutami a lekarzami i technikami farmaceutycznymi.

Słowa kluczowe

apteki, zdrowie pacjentów, farmaceuci w służbie zdrowia pacjenta

Abstract

In aging societies, the demand for patients to use healthcare will increase. The limited resources in health insurance systems and the rising costs of new medicines and medical technologies will be accelerating the integration of pharmacies into health care systems. It will be necessary to introduce reimbursed pharmaceutical care in pharmacies and to prepare pharmacists for communication with patients on the basis of counseling. It will also be important to introduce to pharmacies techniques related to increasing the sale of medicines and products related to health, appearance and care. It will be appropriate to build appropriate relationships between pharmacies and medical facilities as well as between pharmacists and pharmaceutical physicians and technicians.

Keywords

pharmacies, patient health, pharmacists in patient health care

JEL: I11, I12, I19

Wprowadzenie

Zdrowie jako wartość przejawia się w codziennym komunikowaniu się między ludźmi. Osoba, która kichnie, zwykle usłyszy: „na zdrowie”. Życzenia urodzinowe, imieninowe są z reguły oparte na zdrowiu, pomyślności. Nawet toasty są wznoszone z hasłem „na zdrowie”. Można to oceniać pozytywnie. W świadomości, a szczególnie w podświadomości, zdrowie pozycjonuje się bardzo wysoko. Życzenia są ważne, jednak nie jest to warunek wystarczający, aby żyć długo, do tego w dobrym zdrowiu. Dopóki ludzie są zdrowi, nie myślą, że może być inaczej. Z przejęciem i zrozumieniem czyta się wiersz Jana Kochanowskiego „Szlachetne zdrowie”. Jednakże niewiele osób zdaje sobie sprawę z tego, że w znacznym stopniu życie i zdrowie jest w ich rękach. Łatwo wszystko rzucić na zły los – „zepsuło mi się zdrowie”, „straciłem zdrowie”. Rzadko ludzie spoglądają krytycznie na własne zachowania, tryb życia pod kątem związku tych elementów z ich zdrowiem. Tymczasem przyczyny zawału, cukrzycy, nadciśnienia w znacznym stopniu wynikają z trybu życia. Nikt nie troszczy się latem o jakość powietrza, oddychając na spacerach. Inaczej jednak jest zimą, kiedy smog otwiera ludziom oczy na skutki ich niefrasobliwych działań. Jednak i wtedy raczej nie mają sobie nic do zarzucenia, obwiniając innych. Tak też dopiero choroba pozwala ludziom docenić wartość zdrowia. Wiedząc o tym wszystkim, można spojrzeć na rolę aptek jako podmiotów nastawionych na wspomaganie pacjentów w ich wysiłkach na rzecz życia w dobrym zdrowiu, bez bólu, w szczęściu. Znaczenie aptek w systemie opieki zdrowotnej będzie wzrastało z wielu powodów. Społeczeństwa bogate starzeją się w szybkim tempie, a to wpływa na wzrost popytu na świadczenia medyczne. Rządy będą się wycofywały z ponoszenia pełnej odpowiedzialności za refundowanie świadczeń z uwagi na ograniczone fundusze ubezpieczeniowe. Nowe leki oraz technologie medyczne są bardziej kosztowne, a to także obciąża fundusze ubezpieczeniowe. Farmaceuci, kończąc studia, mają odpowiednie przygotowanie, aby wspomagać pacjentów w ich stylu życia. Tak wysokie kwalifikacje należy wykorzystywać bardziej produktywnie niż tylko do wydania pacjentom opakowań z lekami. Te, a także inne czynniki będą wpływały na wzmocnienie roli aptek na rynku, w kontekście opieki nad pacjentami, w ich włączaniu w cały system opieki zdrowotnej.

Elementy otoczenia oraz ich zmienność

Przełom września i października to czas, kiedy pszczoły zbijają się w kłęb, aby rój dotrwał do ciepłych, wiosennych dni, kiedy możliwe będzie przyniesienie do ula nektaru i pyłku. Ta metafora obrazuje zależność świata istot żywych od warunków

otoczenia. Tak jest także w odniesieniu do ludzi. Mają oni o tyle silniejszą pozycję niż pszczoły, że mogą się lepiej dostosować do zmian w otoczeniu. Zimą mogą ogrzewać domy i miejsca pracy, przemieszczać się samochodami po odśnieżonych drogach. Im więcej wytworzą dóbr, im bardziej będą bogaci, tym skuteczniej mogą wspierać swoje zdrowie. W XXI wieku, w zamożnych krajach, dobre zdrowie, długie życie, zachowanie młodości, a nawet dążenie do nieśmiertelności, stawiane są jako cele pierwszoplanowe¹. Bogactwo nie jest jednak rozłożone równomiernie. Osoba zamożna może łatwiej skorzystać z opieki medycznej. Mając mało środków pieniężnych, trzeba czekać w kolejkach lub żyć krócej, w bólu, z mniejszą sprawnością fizyczną lub psychiczną. Istniejące systemy ubezpieczeń zdrowotnych nie są w stanie sfinansować rosnących w szybkim tempie potrzeb oraz oczekiwań związanych ze zdrowiem². Rządy wielu państw będą zainteresowane działaniami, które przyczynią się do zmniejszania kosztów leczenia. Będą zatem przychylnie rozwiązaniami typu polecenie pacjentom leków pochodzących z importu równoległego oraz leków generycznych. W takich warunkach apteki będą zachęcane przez producentów do podejmowania z nimi współpracy na takich zasadach, które będą wzmacniały relacje wytwórcy i dystrybutora. Producenci dysponują odpowiednimi budżetami marketingowymi, wyszkolonym personelem, sprawdzonymi narzędziami, aby realizować własne cele. W całym systemie opieki zdrowotnej krzyżują się interesy rządów, ubezpieczycieli, producentów, dystrybutorów oraz pacjentów.

Społeczeństwa krajów zamożnych starzeją się w szybkim tempie, co wpływa na powiększanie się luki między potrzebami zdrowotnymi a możliwościami ich sfinansowania. W 2018 roku postulowano w Polsce zwiększenie udziału środków przeznaczanych na zdrowie z 4,8 do 6% PKB. Ma to być wdrożone w perspektywie roku 2020. Jednakże w krajach bogatszych od Polski (np. Szwecja) udział wydatków na zdrowie wynosi 11% PKB, a i tak są kolejki do lekarzy oraz istnieją ograniczenia w refundowaniu świadczeń zdrowotnych. Trzeba jeszcze powiedzieć, że są bardzo ograniczone możliwości, aby zaspokoić rosnące potrzeby społeczeństwa związane z ich zdrowiem i jakością życia. Każde państwo tworzy własne uregulowania prawne. Są one w dużej mierze powiązane z czynnikami politycznymi. Obok uwarunkowań demograficznych oraz ekonomicznych także czynniki polityczne i prawne wpływają na funkcjonowanie sfery zdrowia, w tym także ma na to wpływ rola aptek w całym systemie. Istotne znaczenie mają także zmiany społeczne. Obywatele oczekują gwarancji świadczeń ze strony państwa, a jednocześnie nie wyrażają zgody na podwyższenie poziomu składek na ubezpieczenia zdrowotne. Rozwój technologii zwiększa paletę wyboru w zakresie leków oraz technologii medycznych. Są

¹ Y. Harari, *Homo deus. Krótka historia jutra*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2018.

² D. Pacenti, P. Mancini, *Marketing produktów farmaceutycznych. Nowe strategie dla sektora ochrony zdrowia*, CEDEWU, Warszawa 2015.

one z reguły droższe, a to zwiększa koszty świadczenia opieki zdrowotnej. Zmianie ulegają także czynniki naturalne. Zanieczyszczenie środowiska, powietrza, ocieplanie się klimatu, długofalowo wpływają negatywnie na stan zdrowia obywateli. Wymienione, a także wiele innych czynników będzie powodowało konieczność krytycznego spojrzenia na istniejące rozwiązania w systemie opieki zdrowotnej. W Polsce w 2012 roku zmieniono prawo farmaceutyczne, którego jednym z wymiarów był zakaz reklamy aptek. W połowie 2017 roku weszła w życie kolejna reforma prawa farmaceutycznego. Zgodnie z nim apteka może być prowadzona wyłącznie przez farmaceutę, który może mieć co najwyżej cztery apteki. Wprowadzono także kryterium demograficzne i przestrzenne w odniesieniu do wyrażania zgody na otwieranie aptek. Zmienność otoczenia będzie wymuszała kolejne modyfikacje prawne, aby apteki mogły być wsparciem dla pacjentów oraz dla całego systemu opieki zdrowotnej. Są one niejako placówkami z sąsiedztwa, a zatem są łatwo dostępne dla pacjentów, co ma znaczenie w starzejących się społeczeństwach. We wszystkich zamożnych krajach trwają dyskusje na temat włączenia aptek do systemu opieki zdrowotnej. Będą to jednak zmiany wprowadzane powoli, bowiem istniejące od lat rozwiązania siłą bezwładu bronią wypracowanych w przeszłości systemów. Zasadne będzie ograniczanie wpływu polityków na rzecz wzmocnienia głosu ekspertów w zakresie podejmowania decyzji strategicznych, związanych z reformowaniem systemu opieki zdrowotnej³.

Emocje dominują nad racjonalnością w zachowaniach ludzi

Rozwój nauk ekonomicznych, prawie do końca XX wieku opierał się na paradygmacie o racjonalności zachowań ludzi. Zakładano, że konsumenci, także pacjenci, w swoich decyzjach oraz zachowaniach, kierują się przesłankami opartymi na rozumie. Prowadzone najpierw przez psychologów, a następnie także przez ekonomistów badania wskazują, że to jednak emocje mają decydujący wpływ na postępowanie konsumentów, w tym także pacjentów⁴. Na gruncie zmienionego paradygmatu rozwinęła się ekonomia behawioralna, której znajomość może być bardzo przydatna z punktu widzenia skuteczności funkcjonowania aptek oraz realizacji misji zawodu przez farmaceutów. Znajomość psychologii pacjenta ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia opieki nad pacjentem. Mamy tutaj na myśli wiele różnorodnych obszarów – od postrzegania lokalizacji apteki przez ułożenie asortymentu preparatów w jej wnętrzu, po bezpośrednią komunikację farmaceutów z pacjentami. Skoro emocje wywierają istotny wpływ na zachowania pacjentów, to farmaceuci powinni znać sposoby wpływania na nich, aby zwiększyć stopień

³ D. Dennett, *Od bakterii do Bacha. O ewolucji umysłów*, Wyd. Copernicus Center Press, Kraków 2017.

⁴ D. Kahneman, *Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym*, Media Rodzina, Poznań 2012.

racjonalizacji decyzji. To wszystko po to, aby ludzie mogli żyć długo, w dobrym zdrowiu fizycznym oraz psychicznym. Pacjenci nie przyznają się do tego, jednak kupują leki pod wpływem reklamy. Wiedza przemysłu farmaceutycznego na temat psychologii pacjenta pozwala na tworzenie skutecznych reklam. Asymetria informacji między wytwórcami a pacjentami przyczynia się do podejmowania decyzji przez pacjentów bez głębszej refleksji⁵. Wiedząc o tym, farmaceuta może doradzić pacjentowi, aby udał się w pewnych przypadkach do lekarza, a nie leczył się sam reklamowanym preparatem. Może zaproponować substytucję leku, rekomendować bardziej odpowiedni dla pacjenta preparat. W sferze gospodarczej podmioty kierują się własnymi interesami. Producentowi zależy na sprzedaży, jednak pacjent także powinien się kierować własnymi celami. I w tym zakresie pomoc farmaceuty może być nieoceniona. Jednak efekty nie zawsze są właściwe. Reklama, zwłaszcza odwołująca się do emocji, jest tak silnym bodźcem (tzw. efekt kotwicy, czyli pierwszej informacji), że nie jest łatwo go zneutralizować. Świat i społeczeństwa nie zawsze są logicznie zbudowane. Prawo zabrania deptania trawników, ale pozwala na sprzedaż produktów o wysokiej zawartości cukru. Można szeroko reklamować preparaty OTC, suplementy diety, a jednocześnie obowiązuje w Polsce zakaz reklamy aptek. A to właśnie w aptekach pracują farmaceuci, których wiedza może być wsparciem dla pacjentów w procesie zarządzania swoim zdrowiem. Właściwe będzie podejmowanie dyskusji na temat określania roli aptek w systemie opieki zdrowotnej. W wielu zamożnych krajach są wprowadzane nowe rozwiązania, które zwiększają udział aptek w opiece nad pacjentami.

Ludzie mają ograniczoną zdolność skupiania uwagi na perspektywie długofalowej. Tymczasem skutki niewłaściwej diety oraz złego trybu życia mogą się ujawniać po wielu latach. Każdego lata media donoszą o zatruciach spowodowanych używaniem tzw. „dopalaczy”. Różne podmioty apelują do młodych ludzi, aby ich unikali. Jednak apele nie odnoszą takiego skutku, jak się sądzi. Mapa z punktami szczepień, które są na niej zaznaczone, daje lepsze efekty niż apele o szczepienie się. Ograniczanie dostępności „dopalaczy” to bardziej skuteczny sposób niż apele. W całej Norwegii (4,5 mln osób) jest mniej sklepów prowadzących sprzedaż alkoholu niż w Warszawie (2,5 mln osób). Nie wiadomo także, jakie będą skutki tatuaży, którymi ludzie pokrywają swoje ciała w drugiej dekadzie XXI wieku. Zdając sobie sprawę z ograniczonej racjonalności pacjentów, należy poszukiwać rozwiązań, które będą dla nich wsparciem⁶. Ułożenie dań „zdrowych” w stołówkach szkolnych na wysokości oczu uczniów powoduje, że mają mniejszą nadwagę (chętniej wybiera się to, co jest na wysokości oczu). Ważne jest, aby

⁵ R. Nestorowicz, *Asymetria wiedzy a aktywność informacyjna konsumentów na rynku produktów żywnościowych*, Wyd. UE, Poznań 2017.

⁶ R. Thaler, *Zachowania niepoprawne. Tworzenie ekonomii behawioralnej*, Media Rodzina, Poznań 2018.

był wybór – czyli frytki oraz chipsy powinny być na wyższych i niższych półkach. Łatwiej wybiera się to, co jest w środku. Tak też może farmaceuta budować ofertę dla pacjenta – co jest najbardziej dla niego korzystne, ustawić w środku. Skuteczne są także bodźce ekonomiczne. Pacjent może uzyskać zwrot części pieniędzy wpłaconych na ubezpieczenia, jeśli wykaże się witalnością, zmieni styl życia. Program polega na badaniu włosa raz na pół roku. Taka analiza informuje o tym, czy palił papierosy, zażywał narkotyki, czy pił alkohol. Jeśli poddaje się badaniom profilaktycznym, gimnastykuje się, jeździ rowerem – także otrzymuje zwrot części składki. Różne podmioty, w tym także apteki, mogą szukać innowacyjnych rozwiązań, które wzmocnią racjonalną stronę decyzji pacjentów. Wsparciem dla aptek i pracy farmaceutów mogą być różnorodne aplikacje, które pomagają wspierać zdrowie. Jednak farmaceutom potrzebna jest wiedza o tym, jakie aplikacje są dostępne, które można polecić oraz wskazać, w jaki sposób one działają. W 2018 roku szacowano, że istnieją około 320 tysięcy różnych aplikacji dotyczących zdrowia.

Odwotywanie się do rozumu jest także konieczne w obliczu zachodzących zmian. Żołądek wysyła sygnał, że jest głodny, na dwie godziny wcześniej, aby był czas, w grupie zbieraczy, na poszukanie pożywienia. Droga do lodówki zajmuje 10 sekund. To jeden z czynników, który wpływa na wzrost odsetka osób z nadwagą i otyłością. Oczywiście sfera wytwarzania zaprojektuje wózki, ruchome schody, rowery z silnikami, łóżka szpitalne dla pacjentów ważących 250 kg itp. Na rynku sprzedaje się coraz więcej insuliny. Rosną obroty przedsiębiorstw produkujących leki na obniżenie ciśnienia. Jednakże istnieje alternatywa – zmiana diety i stylu życia. Można to osiągnąć, zmieniając nawyki⁷. Ludziom nie przychodzi to łatwo. Potrzebują wsparcia drugiej osoby. Apteka mogłaby otrzymywać np. premię, jeśli efektem podejmowanych przez nią działań będzie mniej osób z nadwagą, cukrzycą czy nadciśnieniem. Na razie tkwimy w modelach mentalnych poszukujących wsparcia w przypadku choroby. Można to jednak zmienić, promując zdrowie. To jest o wiele bardziej racjonalne i tego typu działania są już podejmowane w niektórych krajach, także przez niektóre grupy pacjentów⁸. W Algierii, osuszenie bagien spowodowało polepszenie stanu zdrowia mieszkańców⁹. Zapobieganie pewnym rzeczom może być bardziej skuteczne niż zajmowanie się skutkami, które one wywołują. Można tutaj wymienić działania na rzecz ograniczania smogu w miastach czy opodatkowania mniej zdrowych dla ludzi produktów.

Poruszając się w przestrzeni zamkniętej (apteka), pacjenci szukają podparcia dla prawej ręki, czyli chodzą odwrotnie do ruchu wskazówek zegara. Pacjenci są bardziej

⁷ Ch. Duhigg, *Mądrzej, szybciej, lepiej*, PWN, Warszawa 2016.

⁸ F. Laloux, *Pracować inaczej*, Studio EMKA, Warszawa 2016.

⁹ S. Landes, *Bogactwo i nędza narodów. Dlaczego jedni są tak bogaci, a inni tak ubodzy*, Warszawskie Wydawnictwo Literackie, Warszawa 2015.

usatysfakcjonowani, jeśli mają dwie ręce wolne¹⁰. Za właściwe można uznać umieszczenie półek pod pierwszym stołem, aby można było położyć tam torebkę. Ludzie mają ograniczoną zdolność do wprowadzania zmian¹¹. Zaledwie 8% pacjentów jest w stanie dokonać trwałych zmian w swoich nawykach oraz stylu życia. Około 75% ludzi w swoich postanowieniach trwa w okresie jednego tygodnia, a później wraca do dawnych przyzwyczajzeń. Im częściej będą stymulowani, tym tym wyższa może być skuteczność postanowień. W tym zakresie, zwłaszcza w warunkach wprowadzania opieki farmaceutycznej, apteki mogą mocniej wspierać pacjentów w zarządzaniu zdrowiem. Jest to tym bardziej uzasadnione, że tradycyjnie stosowane metody (np. ostrzeżenia na opakowaniach papierosów, pod reklamami leków OTC), nie przynoszą spodziewanych efektów.

Ekonomia behawioralna dostarcza też dowodów, że część działań, która są podejmowane, nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Przykładem mogą być zdjęcia osób chorych na nowotwory, umieszczane na opakowaniach papierosów¹². Osoby palące podświadomie sądzą, że to ich nie dotyczy. Byłoby zatem efektywniej, gdyby te środki (zmiany opakowań papierosów) przeznaczać na działania profilaktyczne bądź dofinansowanie opieki farmaceutycznej w aptekach. Także wprowadzanie podatku od cukru ma sens wówczas, kiedy uzyskane środki będą zasilają fundusze ubezpieczeń zdrowotnych oraz instytucje prowadzące akcje profilaktyczne. Odwołując się jeszcze raz do osiągnięć ekonomii behawioralnej, warto podjąć dyskusje na temat roli państwa w edukowaniu społeczeństwa na rzecz większej racjonalizacji zachowań¹³. W USA oraz w Wielkiej Brytanii powołano na szczeblu rządowym instytucje, które odpowiadają za wdrażanie rozwiązań, mających na celu zwiększenie racjonalności zachowań obywateli. W zmieniających się warunkach otoczenia uzasadnione jest prowadzenie rozmów, dyskusji na temat roli aptek w systemie opieki zdrowotnej. W tych placówkach pracują farmaceuci, którzy mają profesjonalną wiedzę na temat leków oraz organizmu człowieka. Byłoby ogromnym marnotrawstwem, gdyby mieli oni jedynie wydawać opakowania z lekami. Nawet jeśli udział leków przygotowywanych w aptece będzie wzrastał w strukturze obrotów lekami, to co najwyżej osiągnie on 5% rynku. Wydawanie leków na receptę może być czynione przez automaty, których skuteczność jest wyższa niż ludzi¹⁴. Natomiast nic nie zastąpi relacji między ludźmi, bezpośredniej rozmowy pacjenta z farmaceutą. Kontakt człowieka z człowiekiem jest i będzie bardzo skutecznym narzędziem budowania wspólnego dobra. Jednakże wiedza na temat leków i zdrowia rozrasta się

¹⁰ P. Underhill, *Dlaczego kupujemy?*, MT Biznes, Warszawa 2001.

¹¹ M. Gazzaniga, *Kto tu rządzi – ja czy mój mózg?*, Smak Słowa, Sopot 2013.

¹² M. Lindstrom, *Zakupologia*, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków 2009.

¹³ J. Thaler, C. Sunstein, *Impuls. Jak podejmować właściwe decyzje dotyczące zdrowia, dobrobytu i szczęścia*, Zysk i S-ka, Poznań 2012.

¹⁴ Y. Harari, *op. cit.*

w takim tempie, że nie będzie możliwe jej pełne opanowanie przez umysł jednego człowieka. Jeśli do tego dołożyć nowe aplikacje, technologie, zasady prowadzenia dokumentacji, to tym bardziej trzeba rozwijać sztuczną inteligencję, która może być nieocenionym wsparciem dla farmaceutów zatrudnionych w aptekach. Konieczne będzie także przekonanie wewnętrzne, że korzystanie ze wsparcia sztucznej inteligencji będzie służyło tak pacjentom, jak i farmaceutom.

Apteka jako placówka z sąsiedztwa

Pacjenci są wygodni i dlatego chętnie korzystają z porad w miejscach, do których łatwo można dotrzeć. Takimi obiektami są bez wątpienia apteki, których w Polsce, w 2018 roku, było około 14 tysięcy (3,3 tysiąca w 1989 roku, czyli przed zmianą systemu). Sieć aptek jest o wiele gęstsza w miastach, zwłaszcza dużych. Inaczej jest na terenach wiejskich, gdzie aptek jest mniej. Pomocne są tam punkty apteczne, także praca techników farmaceutycznych. Należy zdawać sobie sprawę z konieczności osiągania przez apteki dodatniej marży netto. A to powoduje, że trzeba dbać o taką lokalizację, która zapewni odpowiedni obrót. W miastach jest to łatwiejsze, na wsiach – trudniejsze. Rentowność nie pozostaje w sprzeczności z misją. Jednak sama misja nie zapewni aptece rentowności.

Poszukiwanie rozwiązań, które połączą te warunki, wiąże się z dysonansem poznawczym farmaceutów. Z jednej strony są oni przekonani do realizowania misji zawodu, a z drugiej strony muszą uwzględniać stosowanie technik merchandisingowych, koszyków promocyjnych, aby zagwarantować obrót, który pokryje koszty i zapewni marżę, będącej warunkiem trwania apteki na rynku. Oznacza to postępowanie zgodne z wytyczoną i systematycznie wdrażaną strategią rozwoju. W aptekach sieciowych strategia jest opracowywana dla całej organizacji. W przypadku aptek indywidualnych właściciel, lider, odpowiada za budowanie i realizowanie strategii rozwoju. Na rynku jest miejsce dla wszystkich podmiotów. Różnorodność rozwiązań jest korzystna dla całego systemu. Każdy jednak podmiot powinien się skupiać na podążaniu własną, unikatową ścieżką, aby trwać na rynku w długim horyzoncie czasu. Pracując nad strategią apteki, należy mieć na uwadze, że wynik finansowy jest różnicą między kosztami funkcjonowania a wysokością obrotów. Oznacza to, że właściciel apteki powinien analizować obydwa składniki rachunku ekonomicznego. Jedną jego stroną są koszty. Ich poziom zależy od wielu elementów. Posiadanie własnego lokalu bywa bardziej korzystne niż wynajmowanie powierzchni. Ceny zakupu wpływają na realizowaną marżę netto. Koszty nie powinny być dużo wyższe niż w innych aptekach. Tam, gdzie istnieją możliwości racjonalizowania kosztów (np. opłaty za energię elektryczną), należy to czynić. Nadmierne zapasy, niskie wskaźniki rotacji to koszty zmniejszające rentowność. Stare komputery,

brak odpowiedniego oprogramowania, mało atrakcyjne wejście do apteki to być może wydatki, które należy planować w przyszłości, aby dostosować aptekę do konkurencji. O marży decyduje różnica między ceną zakupu leków i ceną ich sprzedaży. Konkurencja powoduje, że nie ma dużego pola manewru w ustalaniu cen dla pacjenta. Warto zatem skutecznie negocjować ceny zakupu leków. Grupa zakupowa uzyska lepsze warunki cenowe niż pojedyncza apteka. Za właściwe można zatem uznać rozważenie kwestii przystąpienia do organizacji typu grupa zakupowa. Takie rozwiązania będą korzystne dla aptek indywidualnych. Bez wspólnej polityki będzie im bardzo trudno konkurować z aptekami sieciowymi. Zakupienie pakietu „zima” w czerwcu pozwoli na uzyskanie lepszych warunków niż zakupienie go we wrześniu. Dobre relacje z przedstawicielami handlowymi producentów także mogą powodować uzyskanie korzyści w zakupach oraz ofertach marketingowych. Za właściwe należałoby także uznać podejmowanie rozmów na temat zakresu działania organizacji samorządowych w odniesieniu do aptek oraz zawodu farmaceuty. W warunkach rynku, na którym funkcjonują międzynarodowe sieci oraz apteki indywidualne, te drugie mogą oczekiwać silniejszego wsparcia o charakterze gospodarczym od organizacji zrzeszających apteki.

Nie zapominając o znaczeniu kosztów, warto wprowadzać rozwiązania w zakresie zwiększania obrotów. Pacjenci lubią promocje, okazje, gratisy, oferty specjalne. Apteka może mieć najniższe ceny w kraju, jednak przegra z apteką, która będzie miała ceny wyższe, natomiast zastosuje różnorodne, zgodne z prawem działania marketingowe. Pacjent lubi okazje, przeceny, prezenty. Dlatego apteka indywidualna powinna oferować produkty w koszyku promocyjnym, doradzać, budować relacje z pacjentami, proponując zamienniki. Ustalając ceny leków trzeba się kierować rentownością. Nie można pozwolić sobie, aby mieć najniższe ceny w okolicy, bowiem nie osiągnie się wówczas celu, jakim jest odpowiedni obrót oraz dodatnia marża. Wiadomo, że pacjenci porównują ceny i mogą przychodzić z roszczeniami, że w innej, sąsiedniej aptece jakiś lek jest tańszy. Wówczas należy wskazać, że w koszyku promocyjnym jest preparat, który ma najlepszą cenę w okolicy. I o to należy każdego dnia zadbać. Należy obserwować działania aptek konkurencyjnych i przygotować unikatową, własną propozycję, tak w zakresie koszyka promocyjnego, jak również w kontaktach z pacjentami przy pierwszym stole. Choć cena jest ważna, o niej się dużo mówi, to jednak pacjenci cenią sobie oferowane wartości. I to na obmyślaniu oraz komunikowaniu wartości należy się skupić, aby pozyskać pacjentów i zdobyć ich serca oraz umysły. Najważniejszym składnikiem wartości, obok bezpieczeństwa i skuteczności leku, są relacje międzyludzkie. Pacjenci chętniej odwiedzają apteki, które są dla nich przyjazne. Apteki niezależne będą osiągały cel, skupiając się na budowaniu relacji farmaceutów z pacjentami. Można to wiązać z wysoką kulturą organizacyjną apteki. Zawiera się ona w życzliwości do pacjentów, podmiotowym,

partnerskim ich traktowaniu, dobrych relacjach między personelem apteki. Wysoka kultura organizacyjna aptek jest nie tylko widoczna, ale także intuicyjnie wyczuwana przez pacjentów. Tak jest to odbierane, kiedy apteka jest pełna zaangażowania, otwartości, nastawienia na potrzeby pacjentów, skupiona na misji oraz zapewnieniu rentowności. A kultura organizacyjna apteki jest kształtowana przede wszystkim przez system wartości oraz styl zarządzania lidera. Oznacza to konieczność doskonalenia siebie przez właścicieli oraz liderów zarządzających aptekami. Ich zaangażowanie będzie motywowało personel apteki do bardziej efektywnej pracy. Te kwestie nie są wcale takie oczywiste. Zaangażowanie pracowników w krajach Europy Zachodniej jest szacowane na poziomie 10%. Jest ono nieco wyższe w Europie Wschodniej, gdzie wynosi około 15%. Natomiast w USA oraz w Kanadzie zaangażowanie pracowników jest najwyższe i wynosi 31%.

Wartością dla pacjentów jest także wygląd apteki, jej otoczenie oraz wnętrze. Pierwsze wrażenie odbierają pacjenci, spoglądając na szyld, przyjazne wejście, udogodnienia tak ważne dla seniorów (poręcze, uchwyty, płytki antypoślizgowe, automatycznie otwierane drzwi). Pacjenci dobrze się czują we wnętrzu, które jest uporządkowane, odpowiednio oświetlone. Im mniej barier, tym bardziej przyjazna jest apteka. Rozmowa przy stole, który jest bez szyby, bez okienka, jest bardziej naturalna, bezpośrednia. Czytelny układ asortymentu zwiększa komfort zakupów (szczególnie w przypadku samoobsługi). Pacjenci podejmują decyzje w większości pod wpływem bodźców. Część decyzji ma charakter impulsowy – kupują to, co zobaczą, co usłyszą w kolejce w aptece. Preparat OTC zamknięty w szufladzie nie będzie się dobrze sprzedawał. Natomiast jeżeli się go ustawi na półce blisko kasy, na wysokości oczu pacjenta, sprzedaż wzrośnie bardzo wyraźnie. Warto zatem stosować różnorodne techniki merchandisingowe, które zwiększą obrót, a jednocześnie satysfakcjonują pacjentów. Odpowiednie ułożenie preparatów to co najmniej jedna osoba z obsługi więcej, jednak bez dodatkowych kosztów. Dobre z punktu widzenia generowania dodatkowego obrotu są miejsca przy kasie oraz za plecami farmaceutów. Można tam eksponować tzw. produkty impulsowe, czyli nabywane na zasadzie zauważenia. Skuteczne w zwiększaniu sprzedaży jest proponowanie dodatkowego zakupu. Jeśli pacjent zakupi leki za np. 97 zł, wówczas można zaproponować herbatkę ziołową za 5,90. Działa to na zasadzie reguły kontrastu – 5,90 to niewiele wobec kwoty 97 zł, a herbata wykrztuśna może być przydatna w okresie jesieni. Obok działań bieżących można czynić przygotowania do poszerzania usług przez apteki. Mamy tutaj na myśli działania strategiczne, długofalowe, zgodne z prawem. Nie ulega wątpliwości, że także prawo będzie się zmieniało, aby podoląć nowym wyzwaniom rynkowym. Wobec wydłużających się kolejek do lekarzy coraz więcej pacjentów będzie szukało porady w aptekach, u farmaceutów. Chętniej zwrócą się do kogoś, kogo znają, komu

ufają. Uzasadnia to podejmowanie działań na rzecz budowania marki apteki oraz marek osobistych farmaceutów. Do aptek w miarę łatwo dotrzeć, ich sieć jest gęsta, są placówkami z sąsiedztwa. W Polsce, co można ocenić bardzo pozytywnie, trwają prace nad wdrożeniem opieki farmaceutycznej. Popyt na ten rodzaj świadczeń będzie rosnący. Apteki powinny z wyprzedzeniem przygotowywać się do świadczenia takich usług. W niektórych krajach można się w aptece zaszczepić przeciw grypie (USA), bez kolejki, szybko. W Wielkiej Brytanii rząd skierował szeroką kampanię informacyjną dla rodziców z dziećmi do 5. roku życia, aby w drobnych sprawach udawali się po poradę do aptek, do farmaceutów. Na pewno będzie się rozwijała usługa związana z dostarczaniem leków przez apteki do domów pacjentów. Obok dostarczenia leku ważna będzie okazja do rozmowy, do udzielenia rady, a to ma istotne znaczenie dla właściwego zarządzania własną energią przez pacjentów. Dobrze przygotowanie do nowych wyzwań to także sposób budowania pozycji rynkowej apteki niezależnej. Warto w tym celu obserwować rozwiązania, które są wdrażane w innych krajach, bowiem część z nich na pewno pojawi się także w Polsce.

W dobie mediów społecznościowych ważna jest także lokalizacja wirtualna apteki. Za właściwe należy uznać zbudowanie nowoczesnej strony internetowej apteki oraz jej odpowiednio częste aktualizowanie. Apteka może także budować lojalność pacjentów, zamieszczając na stronie wiarygodne informacje dotyczące zdrowia pacjentów. Zmiana sposobu komunikowania się – mniej o chorobach, a więcej o zdrowiu – jest warta rozważenia. Traktując aptekę jako placówkę zdrowia, tym bardziej można się koncentrować na promowaniu odpowiedniego stylu życia.

Z punktu widzenia budowania pozycji rynkowej apteki kluczowe znaczenie ma strategia. Jej opracowanie wymaga mądrej, kreatywnej pracy właściciela (lidera) oraz całego zespołu. Dobrze jest szukać własnych, oryginalnych rozwiązań. Wymaga to przygotowania diagnozy. Polega ona na uważnym obserwowaniu otoczenia, dokonaniu analizy oczekiwań, potrzeb pacjentów, którzy będą nabywcami w aptece. Na podstawie diagnozy należy sformułować cel oraz opracować sposób jego osiągnięcia. Jednak jeszcze ważniejsze jest konsekwentne, systematyczne wdrażanie strategii w życie. Przygotowanie dobrej strategii wymaga wysiłku, konsekwencji, niezależności oraz pracy zespołowej¹⁵. Podobnie jak rzadko w naturze występują diamenty, tak też trzeba mądrej pracy dla zbudowania oraz wprowadzenia w życie skutecznej strategii w zarządzaniu apteką. Wysoka zmienność otoczenia wymusza stosowania elastycznych, zwinnych metod zarządzania w aptekach. Istotne jest także podejmowanie wspólnych działań na rzecz włączenia aptek w cały system opieki zdrowotnej. Dotyczy to wspomagania aptek od strony finansowej w zakresie wyposażenia w komputery oraz odpowiednie oprogramowanie. Wprowadzenie opieki

¹⁵ R. Rumelt, *Dobra strategia, zła strategia*, MT Biznes, Warszawa 2013.

farmaceutycznej, także e-recepty będzie związane z koniecznością zainwestowania środków w sprzęt, w nowe technologie. Trudno będzie aptekom pokryć te koszty z marży, która jest ograniczona zapisami w prawie (np. stałe marże). Coraz większego znaczenia będzie nabierała także sztuczna inteligencja, bazująca na dostępie do coraz większych zasobów informacji. Użyteczność tych rozwiązań może być bardzo wysoka z punktu widzenia zdrowia pacjentów, jednak odpowiednio wysokie są koszty ich wprowadzania. W tym zakresie niezbędne jest wsparcie zewnętrznych źródeł finansowania aptek.

Marka apteki i jej znaczenie

W globalnym otoczeniu, w dobie rosnącego znaczenia różnych bodźców, wzrasta znaczenie marki w sferze biznesu. Dotyczy to także aptek, które powinny rozważyć przygotowanie planu budowania marki apteki, a także marki osobistej właściciela oraz farmaceutów. Pacjenci, w obliczu nieznanego, wybierają znane. Mając ograniczone możliwości odbierania informacji z otoczenia, wiążą swoje decyzje z markami, którym ufają. Przemawia to za celowością wdrożenia strategii zarządzania marką apteki. Farmaceuci, podobnie jak strażacy, są osobami zaufania publicznego. Pomagają ludziom w różnych sytuacjach. Dbają o swój profesjonalizm, podnosząc kwalifikacje zdobywając punkty w programach edukacyjnych. A zatem misja zawodu jest syntezą wartości, które są kamieniem węgielnym budowania marki apteki oraz marki osobistej farmaceuty. Dobrze jest, kiedy wartości wynikające z misji zawodu zostaną nazwane i będą komunikowane. Każdy farmaceuta ma własne silne strony i to na nich warto budować markę osobistą. Lepiej doskonalić się w jednej dziedzinie, niż po trochu znać się na wielu rzeczach. Będąc profesjonalistą, lepiej można służyć i pomagać innym. Trzeba też być samemu silnym, aby można być użytecznym dla pacjentów. A zatem w procesie świadomego budowania marki osobistej należy zacząć od spisania własnych wartości, zasad, reguł działania. Tak jak wspomniano, warto to połączyć z silnymi stronami. To, co stanowi wartość, powinno być przypominane. Załogi samolotów, które przed startem powtarzają procedurę startową, mają mniej wypadków niż te, które tego nie czynią. Zdaniem D. Ariely'ego etyczność działania lekarzy byłaby na wyższym poziomie, gdyby co roku, w rocznicę wygłoszenia przysięgi Hipokratesa, na koniec studiów, wracali na uczelnie i ponownie składali ślubowanie¹⁶. To, co jest podstawą funkcjonowania, wymaga skupiania uwagi. Budowanie marki osobistej obejmuje wiele różnych działań. Na początek należy wspomnieć o wizerunku farmaceuty w aptece. Zanim farmaceuta cokolwiek powie, stojąc za pierwszym stołem, to będzie oceniany przez pacjentów na

¹⁶ D. Ariely, *Potęga irracjonalności*, Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław 2009.

podstawie swojego wyglądu. Taka jest istota pierwszego wrażenia. Stąd warto dokładać starań, aby prezentować się profesjonalnie. W zawodzie farmaceuty ułatwieniem jest fartuch. Jednak zawsze widać, czy jest starannie wyprasowany, zapięty, czy nie został nałożony na rzeczy, które do niego nie pasują. Najwięcej informacji czerpią pacjenci z mowy ciała. Kluczowe znaczenie ma mikroekspresja twarzy. Pacjenci widzą, kiedy farmaceuta jest szczęśliwy, zadowolony, spokojny, pewien siebie. Tego nie można udawać. Oznacza to, że oczy, twarz, oddają to wszystko, co wypełnia serce i umysł farmaceuty. To podstawa budowania własnej mocy i przekazywania jej pacjentom. Wypoczynek, właściwe relacje domowe, towarzyskie, uzupełniania wiedza, budują pewność siebie, a tym samym wzmacniają zaufanie pacjentów¹⁷. Kolejna kwestia to brzmienie głosu, wypowiedane słowa, komunikacja z pacjentem. Za właściwe można uznać kontrolowanie sposobu mówienia, a także wykonywanie w domu drobnych ćwiczeń, które pozwolą na doskonalenie siebie w relacjach z pacjentami. Wymienione zachowania budują zaufanie pacjenta do farmaceuty. Ono ma kluczowe znaczenie dla wzniesienia energii życiowej u pacjentów. Dobrze wiadomo, że zaufanie, atmosfera rozmowy w aptece wspomagają działanie leku. Wszystko, co dotąd napisano o relacjach farmaceuty z pacjentem, ma również swoje źródło w udanym życiu osobistym, rodzinnym, towarzyskim, społecznym, a także w zespole pracowników danej apteki. Wiadomo, że właściwa kultura organizacyjna apteki wzmacnia każdego członka zespołu i pomaga w budowaniu marki osobistej¹⁸. Należy też tutaj wspomnieć o tym, aby farmaceuci w kontaktach z pacjentami potrafili komunikować wyznawane wartości. Od czasu do czasu można podkreślić dobre zaopatrzenie apteki, zmiany czynione dla dobra pacjentów, sukcesy w otoczeniu oraz przekazywać użyteczne dla pacjentów informacje, także ich edukować w tym wszystkim, co będzie wpływało na ich dobrostan. Jest to również istotne z tego powodu, że są wprowadzane, na coraz szerszą skalę, preparaty oferowane pod marką aptek. Silna marka apteki ułatwia zwiększanie sprzedaży preparatów pod marką własną.

Niezależnie od lokalizacji rzeczywistej apteki coraz większego znaczenia nabiera strona (lokalizacja) wirtualna apteki. W dobie mediów społecznościowych coraz więcej pacjentów, nie tylko tych najmłodszych, szuka różnych informacji w Internecie. Jest to zatem sfera, która ma coraz większe znaczenie w procesie budowania marki osobistej farmaceuty, ale także marki apteki. Warto zatem umieścić na stronie zdjęcia farmaceutów z odpowiednimi informacjami. Kto z farmaceutów uzna to za właściwe, może systematycznie zamieszczać istotne dla danego segmentu pacjentów informacje. Ważne jest to, aby były one ciągle aktualizowane. Wszystko, co jest zamieszczone na stronach internetowych, szybko staje się nieaktualne. Można zaproponować, aby raz, a nawet dwa

¹⁷ D. Lieberman, *Jak rozszyfrować każdego. Nie daj się*, Rebis, Warszawa 2017.

¹⁸ P. Lencioni, *Pięć dysfunkcji pracy zespołowej*, MT Biznes, Warszawa 2013.

lub trzy razy w tygodniu zamieszczać istotne dla pacjentów informacje. Kolejną kwestią to edukacja pacjentów. Można również rozważyć ten aspekt budowania marki osobistej – farmaceuta jako źródło rzetelnej wiedzy. Byłoby dobrze, aby – od najmłodszych lat – uczyć pacjentów odpowiedzialności za własne zdrowie. W szkołach w Polsce dzieci uczą się o glebach w Australii, poznają daty zbudowania komputerów różnej generacji, natomiast mało jest zajęć poświęconych dbałości o własne zdrowie. W tym duchu farmaceuci mogą budować własną markę, edukując poszczególne segmenty pacjentów. I tutaj trzeba wspomnieć o zmianach, które zachodzą w kolejnych generacjach. Młodzi pacjenci znacznie chętniej oglądają filmy, zdjęcia, niż czytają zwarte teksty. To wymaga nowych umiejętności po stronie farmaceutów. Aby budować własną markę, należy zamieszczać zdjęcia i krótkie filmy. Zdjęcia powinny być odpowiedniej jakości. To samo dotyczy filmów. Pacjentom starcza cierpliwości do obejrzenia filmu 4-5-minutowego. Jeśli dany farmaceuta uzna, że będzie budował markę osobistą, zamieszczając na stronie apteki informacje w postaci filmów, to znajdzie na pewno krąg odbiorców. Wymaga to jednak współpracy z osobą, która takie filmy nakręci, obrobi i zamieści na stronie. Konieczne będzie także nawiązanie współpracy z aktorami, dziennikarzami, nawet reżyserami, aby zdobyć umiejętności swobodnego zachowania się przed kamerą. W trosce o dobro pacjentów można zamieszczać filmy, także informacje tekstowe, które będą odpowiadały na najczęściej zadawane przez pacjentów pytania. Dobrze będzie odbierane zamieszczanie komentarzy związanych ze zmianami w otoczeniu (np. zmiana prawa farmaceutycznego, zmiany na listach leków refundowanych itp.). W odniesieniu do tekstów pisanych znaczenie ma to, aby były krótkie i zrozumiałe dla pacjentów. Poza kwestiami dotyczącymi apteki, farmacji czy zdrowia można zamieszczać informacje o koncertach, sztukach wystawianych w teatrach, filmach oraz o wartych przeczytania książkach. To będzie związane z holistycznym, całościowym spojrzeniem na potrzeby pacjenta, czyli tak kwestie związane z jego stroną fizyczną, jak i duchową oraz społeczną. W odniesieniu do marki osobistej można się także odwoływać do hobby, do własnych pasji, zainteresowań. Jedna z pań farmaceutek mówiła o wartościach, których doświadczyła na spotkaniach Woodstock. Było to niezwykle budujące i optymistyczne przesłanie, zaprzeczające obiegowo, emocjonalnie wypowiedzanym stereotypowym opiniom.

Niezależnie od lokalizacji wirtualnej apteki farmaceuci mogą także skorzystać z wielu innych narzędzi w budowaniu marki osobistej. Jednym z nich może być obecność na portalu LinkedIn. To może być użyteczne dla kierowników aptek. Wspomniany portal ma w znacznej części charakter biznesowy. Dla wielu farmaceutów zasadną będzie obecność na Facebooku, ewentualnie na portalach Instagram, Twitter bądź Snapchat. Znako- mitym narzędziem dla budowania marki osobistej może być prowadzenie własnego bloga. Farmaceuta, który lubi pisać, dzielić się informacjami z innymi, może wspomagać

pacjentów w ich działaniach. Warto podkreślić, że media społecznościowe, w tym przywołane tutaj instrumenty, mogą budować markę farmaceuty na całym świecie. Osoba, która wyjechała z Polski do Kanady, może śledzić bloga prowadzonego przez farmaceutę w dowolnej aptece w Polsce. Właśnie technologie pozwalają na to, że pojedynczy farmaceuta może zbudować swoją markę na całym świecie. I to jest efekt zmian. W przeszłości było to ograniczone do danej społeczności lokalnej. W XXI wieku można tworzyć kręgi, plemiona, wioski, składające się z ludzi, z pacjentów rozsianych na całym świecie. W Australii funkcjonuje powiedzenie, że „ptaki o podobnych piórach trzymają się razem”. To można przenieść na grunt technologii globalnych – pacjenci, o podobnych wartościach, zainteresowaniach, potrzebach edukacyjnych, mogą trzymać się razem. Spoiwem może być marka osobista farmaceuty, wspierana różnymi narzędziami.

Na przełomie 2017 i 2018 roku Kamil Stoch zajął pierwsze miejsce w turnieju czterech skoczni. Jego trener, S. Horngacher, przeanalizował upadek skoczka przy lądowaniu, który miał miejsce na tym turnieju rok wcześniej. Dokonał starannej analizy przyczyny i znalazł powody. Przez cały rok, pod okiem trenera, Kamil Stoch ćwiczył drobne zmiany dotychczasowych nawyków. Nieco inaczej ustawiał ręce i dłonie w czasie lotu. Nieco inaczej pochylał się przy lądowaniu oraz skorygował ustawienie nóg w chwili lądowania. Sukces jest efektem setek godzin pracy nad wprowadzeniem drobnych zmian. W taki sposób można podchodzić do podnoszenia własnych kwalifikacji przez farmaceutów. Za właściwe można uznać doskonalenie działań organizacji samorządowych w odniesieniu do aptek. Mogą one rozważyć wprowadzanie nowych działań, które byłyby pomocne aptekom i farmaceutom w budowaniu swojej pozycji na całym rynku zdrowia.

Profesjonalizm w obsłudze pacjentów będzie polegał na doskonaleniu pewnych aspektów posiadanych kwalifikacji. Farmaceuci są coraz lepiej przygotowani do pracy w aptece, z pacjentami. Aby ich zadowolenie z pracy za pierwszym stołem było większe, można rozważyć wprowadzanie drobnych zmian, udoskonaleń. W tym tekście poruszymy różnorodne kwestie, związane z doskonaleniem komunikacji. Są to rzeczy raczej drobne, natomiast wdrożone do praktyki umożliwią wzrost satysfakcji pacjentów oraz lepsze efekty działania apteki. Może to być tym bardziej pomocne, kiedy zakończy się pilotażowy program wprowadzania opieki farmaceutycznej i zostanie ona wdrożona we wszystkich aptekach w Polsce. W bezpośrednich rozmowach prowadzonych z pacjentami, na siedząco, w dłuższym czasie, skuteczne mogą się okazać opisane dalej formy w komunikowaniu się. Ich przydatność może być różnorodna. Bez wątpienia mogą być skuteczne w relacjach z pacjentami. Będą także przydatne w tworzeniu kultury organizacyjnej w zespole pracowników apteki. Przydadzą się również w negocjacjach oraz w kontaktach z otoczeniem. Z powodzeniem będzie je można zastosować w życiu rodzinnym i towarzyskim.

Różnorodność na usługach efektywności

W XXI wieku, także w warunkach globalizacji, szczególnego znaczenia nabiera podejście do różnorodności. Ma ono wiele odcieni i wymaga zachowania dystansu do uprzedzeń oraz stereotypów. W odniesieniu do budowania pozycji aptek w całym systemie opieki zdrowotnej należy rozważyć kilka istotnych kwestii. Dotyczą one obszarów, które wymykają się tradycyjnemu spojrzeniu na rynek zdrowia. Jedną z kwestii to zasada parytetu, która coraz częściej jest podnoszona w spojrzeniu na udział kobiet i mężczyzn w zarządzaniu. Kolejną kwestią dotyczy wieku. Szybkie tempo zmian powoduje, że można natrafiać na bariery związane z tworzeniem skutecznie pracujących zespołów, w których będą osoby z różnych generacji. Niskie wskaźniki bezrobocia w Polsce w 2018 roku wpływają na zwiększanie się zatrudnienia osób pochodzących z innych kultur. W szpitalach, po części także w aptekach, część personelu to pracownicy z Ukrainy oraz innych krajów. Konieczne staje się dostosowanie programów edukacyjnych do pracowników pochodzących z innych kultur. Konieczna jest także rewizja podejścia do postrzegania orientacji seksualnej, w którym to obszarze pojawiają się liczne kontrowersje. Od czasu do czasu w mediach, w debatach publicznych, podnoszone są kwestie klauzuli sumienia. Istnieje ona w uregulowaniach dotyczących zawodu lekarza, natomiast toczy się dyskusja na temat celowości akceptowania takiej klauzuli w stosunku do farmaceutów. Sporo kontrowersji pojawia się na styku odpowiedzialności zawodowej techników oraz magistrów farmacji. Krytycznie należy spojrzeć na pojawianie się sądów wartościujących, wygłaszanych w przestrzeni publicznej. Jako niewłaściwe należy oceniać przeciwstawianie odpowiedzialności techników oraz magistrów farmacji w odniesieniu do ich miejsca w opiece zdrowotnej. W zarządzaniu sferą zdrowia potrzebny jest personel o zróżnicowanych kwalifikacjach. Oznacza to, że na rynku usług zdrowotnych jest miejsce tak dla techników jak i dla farmaceutów. Można dyskutować na temat programów kształcenia, odpowiedzialności zawodowej, zakresów wykonywanych obowiązków, jednak nie jest właściwe traktowanie tej kwestii w kategoriach zero-jedynkowych. Jest to koniunkcja, a nie alternatywa. Oznacza to potrzebę istnienia w aptekach, w placówkach związanych ze zdrowiem, zarówno magistrów farmacji, jak i techników farmacji. Równie niebezpieczne jest ocenianie roli lekarzy oraz farmaceutów w procesie leczenia pacjentów. Prawo farmaceutyczne nakłada na farmaceutów obowiązek poinformowania pacjenta, w określonych przypadkach, o możliwości skorzystania przez pacjenta z odpowiednika (zamiennika) przepisanego przez lekarza leku. Złożoność rynku, rosnące potrzeby pacjentów, pogłębiająca się specjalizacja, wymuszają poszerzanie się pola współpracy między lekarzami a farmaceutami. W przeszłości, z powodu wielu powodów, istniały stereotypowe konflikty. Ważne jest to, aby jeszcze w okresie studiów organizować

wspólne spotkania przyszłych lekarzy i farmaceutów, aby budować zaufanie, relacje, bowiem będzie to konieczne w obsłudze pacjentów. Również w tym obszarze niezbędne jest prowadzenie rozmów opartych na wiedzy eksperckiej, w celu wypracowania akceptowanych przez wszystkie podmioty rozwiązań. Za niewłaściwą, także w tym zakresie, można uznać nadmierną ingerencję polityków w tego typu debaty. Nie jest także właściwe, aby rozmawiać w przestrzeni publicznej, z udziałem mediów. Nie ma bardziej skutecznego rozwiązania niż prowadzenie rozmów, negocjacji, z udziałem osób trzymających na wodzy emocje oraz posługujących się racjonalnymi argumentami. Zarówno lekarze, jak i farmaceuci posiadają stosowne izby (stowarzyszenia), których zadaniami będzie wypracowywanie wspólnych zasad funkcjonowania. Można w tym zakresie korzystać, na zasadzie punktu odniesienia a nie kopiowania, istniejących w wielu krajach ustaleń.

Zasady skutecznego komunikowania się z pacjentami

Wspomniana wcześniej asymetria informacji może stanowić barierę w skutecznym komunikowaniu się farmaceutów z pacjentami. Może to wynikać z wielu powodów. Znajomość anatomii, biologii, chemii, nazw substancji czynnej, może utrudniać porozumiewanie się pacjentów z farmaceutami. Można zatem uznać za właściwe, aby doskonalic się w sposobach komunikowania się z pacjentami. Istniejąca wiedza wskazuje, że mowa ciała (komunikacja niewerbalna) ma kluczowe znaczenie w przekazywaniu informacji. Będzie zatem właściwe, jeśli słowa (komunikacja werbalna) będą wzmacniane odpowiednią mową ciała. Te kwestie, czyli wyglądu, gestykulacji, wizerunku, były już wcześniej sygnalizowane. Warto jednak rozważyć kwestie posługiwania się odpowiednimi zwrotami oraz słowami, aby zwiększać skuteczność w procesie doradzania pacjentom, komunikowania się z nimi. W rozmowie z pacjentem, który martwi się sumą wydawanych pieniędzy, dobrze jest używać terminu inwestycja. Ten termin, w podświadomości, lepiej się kojarzy z sensem dokonanego zakupu. Inwestycja we własne zdrowie to coś innego niż wydawanie pieniędzy na leki. Pacjenci zwykle mówią o wydatkach albo o kosztach (np. ile muszę wydać?). W odpowiedzi należy powiedzieć: „można zainwestować 76 zł w ten zestaw witamin”. Słowo inwestycja, w mózgu nieświadomym, kojarzy się ze zwrotem z decyzji zakupowej, z pieniędzy. Laboratoria dr Ireny Eris kojarzą się inaczej niż inne marki oferujące np. środki higieny intymnej. Właściwym terminem, w odniesieniu do informacji o cenie leku, jest wyrażenie „preparat wysokowartościowy”. Pacjent z reguły używa słowa drogi (np. „ale drogi jest ten aparat do mierzenia ciśnienia”). W odpowiedzi lepiej jest zaakcentować wartość, mówiąc: „ten aparat do mierzenia ciśnienia to wysokowartościowy produkt”. Można ewentualnie

dodać: „niewiele osób go kupiło, natomiast wszyscy, którzy tego dokonali, są bardzo zadowoleni”. Termin „niewiele” kieruje do mózgu sygnał, że pacjent będzie należał do elitarnego grona użytkowników tego sprzętu, a to może, na zasadzie efektu placebo, zwiększać pozytywne efekty zażycia bądź użytkowania. Proponując pacjentowi zamiennik, lek generyczny czy pochodzący z importu, należy komunikować, że to jest lek w korzystnej cenie (w lepszej cenie). Należy unikać słowa „tańszy”. To bowiem może sugerować niższą jakość, niższą skuteczność (na zasadzie efektu nocebo). Tak samo można postępować w rozmowach na temat oferty w koszyku promocyjnym – w lepszej cenie zamiast tańszy. Pacjenci pozytywnie i spokojnie odbierają termin „rozsądnie”. A zatem należy mówić o tym, że apteka ma „rozsądne” ceny, „jest to rozsądna propozycja, oferta itp.” Znajomość psychologii pacjenta może dobrze służyć obydwu stronom.

W codziennej pracy farmaceuci mogą nie być świadomi, że można skrzywdzić pacjenta za pomocą nieodpowiednich słów. Jednym z nich jest termin „udało się”. Jeśli pacjent powie, że zredukował wagę np. o 12 kg, to należy pogratulować wysiłku. Jeśli koleżanka z apteki zda ważny dla niej egzamin, to także należy wyrazić uznanie. Termin „udało się” deprecjonuje wysiłek, mądrą, systematyczną pracę, którą ktoś wkłada w zrealizowanie postawionego zadania. Jeśli ktoś wygra w Lotto, to można powiedzieć, że się udało. W podnoszeniu skuteczności komunikowania się z pacjentami można korzystać z metod wywierania wpływu¹⁹. Oferując np. w koszyku promocyjnym dany preparat, można powiedzieć: „wiele osób dzisiaj kupiło ten krem i wszyscy są bardzo zadowoleni”. Nawiązuje to do reguły społecznego dowodu słuszności (tak jak inni) oraz zwiększa poczucie bezpieczeństwa i przekonanie o słuszności podejmowanych przez pacjenta decyzji. Na podobnej zasadzie dobrze jest powiedzieć pacjentowi: „proszę żyć zgodnie z zaleceniami pana doktora” (proszę zastosować się do zaleceń lekarza). Takie sformułowanie jest bardziej właściwe niż „proszę spróbować żyć zgodnie z zaleceniami lekarza”. Termin „spróbować” ma w sobie zakodowaną porażkę (po co mam próbować, i tak w tym nie wytrwam). Warto zrezygnować z posługiwania się terminem „spróbować”. Pacjenci rzadko stosują się do zaleceń. W celu zachęcenia pacjenta do angażowania się w myślenie o własnym zdrowiu można skorzystać z terminu „jak możemy współpracować?”. Uruchamia on z reguły pozytywne myślenie pacjenta i wzmacnia jego energię. Ten termin może być także skuteczny w rozmowach z pacjentami trudnymi, konfliktowymi. Słyszając „jak możemy współpracować?”, pacjent może porzucić styl narzekania, formułowania roszczeń. Korzystne jest używanie spójnika „i” zamiast „ale”. Słowo „ale” wykasowuje pierwszą część zdania. Jeśli farmaceuta powie: „to dobrze, że regularnie pan zażywa leki, ale ważne są również spacerzy, na które pan nie chodzi”. Albo rozmowa z koleżanką: „jesteś skrupulatna, ale z punktualnością masz problem”. Rozmówca

¹⁹ R. Cialdini, *Zasady wywierania wpływu na ludzi*, Helion, Gliwice 2011.

zapamiętuje głównie to, co usłyszy w drugiej części zdania. Spójnik „i” podkreśla znaczenie obydwu członów: „dobrze, że regularnie pan zażywa leki i na spacerzy na pewno zacznie pan chodzić”. A także drugie zdanie może brzmieć tak: „jesteś skrupulatna i z punktualnością też sobie poradzisz”. Skuteczne jest również stosowanie presupozycji, czyli zdań, które kierunkują myślenie pacjenta. Oto przykłady: „wszyscy wiemy, że w trosce o własne zdrowie ważna jest systematyczność”, „jak powszechnie wiadomo, dieta ma istotne znaczenie dla zdrowia”, „każdy zgodzi się z tym, że badania profilaktyczne pomagają nam żyć dłużej i do tego w dobrym zdrowiu”. Kiedy nie ma pewności, czy dany preparat jest w aptece, lepiej powiedzieć: „sprawdzę w systemie”, „sprawdzę na zapleczu”, zamiast „nie wiem”, „chyba nie ma”. Niezwykle skuteczne w budowaniu relacji z pacjentami są metafory – np. „systematyczne zażywanie leków to jak podkładanie drewna do kominka – cały czas ogień daje przyjemny blask oraz ciepło”. Dobrze jest też zdawać sobie sprawę z tego, że słowa farmaceuty, używane zwroty, energia w głosie, mogą wyzwalać energię u pacjenta. Oto propozycje rad: „proszę systematycznie powtarzać: «codziennie czuję się lepiej», «moje serce każdego dnia jest zdrowsze», «moja sprawność jest większa dzięki codziennym ćwiczeniom». Zgodnie z przytoczonymi zasadami można być pewnym, że słowa mają moc uzdrawiającą. Nie tylko słowa, także energia, życzliwość, zaangażowanie, z którymi są one wypowiedane. Warto je kontrolować, bowiem nie ma możliwości cofnięcia tego, co się powie. Wszystko, co zostało tutaj przedstawione, powinno być krytycznie ocenione przez każdego farmaceutę. Należy wprowadzać w życie to, do czego ma się pełne przekonanie. Zmiana nawyków w odniesieniu do porozumiewania się z pacjentami wymaga wielu godzin konsekwentnej, codziennej pracy nad sobą, nad wypowiedzianymi słowami i stosowanymi zwrotami. Można też pozytywnie podchodzić do własnych błędów czy porażek (im więcej porażek, tym więcej sukcesów). I jeszcze jedno – stając za pierwszym stołem, należy być wypoczętym, sytym, spokojnym. Trudno być skutecznym w opiekowaniu się, doradzaniu pacjentom, jeśli nie ma się zaspokojonych własnych, podstawowych potrzeb.

Zakończenie

Wysoki poziom bogactwa w krajach zamożnych będzie czynnikiem przesuwającym popyt społeczeństwa w kierunku preparatów oraz usług wzmacniających zdrowie oraz podnoszących jakość życia. Stawia to nowe wyzwania przed placówkami ochrony zdrowia, w tym przed aptekami, których rola będzie podlegała zmianom. W XXI wieku skraca się cykl życia produktów, a to wymaga inwestowania w podnoszenie wiedzy wśród personelu medycznego. Dotyczy to również farmaceutów, którym potrzebne będzie podnoszenie kwalifikacji związanych z doradzaniem pacjentom, ze świadczeniem

opieki farmaceutycznej. Można być pewnym, że także pacjenci będą inspirować apteki oraz farmaceutów do oferowania nowych usług. Angażując się w procesy samoleczenia, korzystając z leków oferowanych bez recepty, z tysięcy dostępnych aplikacji związanych ze zdrowiem, pacjenci będą w większym zakresie odwiedzać apteki, szukając tam porad. Niezależnie od zmian zachodzących po stronie popytu za właściwe można uznać prowadzenie projektów związanych z włączaniem aptek do całego systemu opieki zdrowotnej. Taki rozwiązania są od lat stosowane w różnych krajach, co umożliwia przyspieszenie procesów dostosowujących cały system opieki zdrowotnej do zmieniających się oczekiwań społeczeństwa. Można z wysokim prawdopodobieństwem przyjąć, że pacjenci jedynie w ograniczonym zakresie będą angażowali się w skuteczne zarządzanie własnym zdrowiem i jakością życia. Natura ludzka zmienia się bardzo wolno. Wobec tego konieczne będzie reformowanie, wprowadzanie zmian w systemie opieki zdrowotnej, w celu zwiększenia skuteczności oraz efektywności wydatków. Dużą rolę w tym zakresie odegra wbudowanie roli aptek oraz pracy farmaceutów w harmonijnie funkcjonujący system opieki zdrowotnej. Przyjmowanie perspektywy strategicznej w odniesieniu do tych wyzwań będzie warunkiem zwiększenia produktywności nakładów oraz zadowolenia pacjentów ze świadczonych usług, w tym także inaczej zaprogramowanych usług aptecznych.

Bibliografia

- Ariely D., *Potęga irracjonalności*, Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław 2009.
- Cialdini R., *Zasady wywierania wpływu na ludzi*, Helion, Gliwice 2011.
- Dennett D., *Od bakterii do Bacha. O ewolucji umysłów*, Wyd. Copernicus Center Press, Kraków 2017.
- Duhigg Ch., *Mądrzej, szybciej, lepiej*, PWN, Warszawa 2016.
- Gazzaniga M., *Kto tu rządzi – ja czy mój mózg?*, Smak Słowa, Sopot 2013.
- Harari Y., *Homo deus. Krótka historia jutra*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 2018.
- Kahneman D., *Pułapki myślenia. O myśleniu szybkim i wolnym*, Media Rodzina, Poznań 2012.
- Laloux F., *Pracować inaczej*, Studio EMKA, Warszawa 2016.
- Landes S., *Bogactwo i nędza narodów. Dlaczego jedni są tak bogaci, a inni tak ubodzy*, Warszawskie Wydawnictwo Literackie, Warszawa 2015.
- Lencioni P., *Pięć dysfunkcji pracy zespołowej*, MT Biznes, Warszawa 2013.
- Lieberman D., *Jak rozszyfrować każdego. Nie daj się*, Rebis, Poznań 2017.
- Lindstrom M., *Zakupologia*, Społeczny Instytut Wydawniczy Znak, Kraków 2009.
- Nestorowicz R., *Asymetria wiedzy a aktywność informacyjna konsumentów na rynku produktów żywnościowych*, Wyd. UE, Poznań 2017.

- Pacenti D., Mancini P., *Marketing produktów farmaceutycznych. Nowe strategie dla sektora ochrony zdrowia*, CEDEWU, Warszawa 2015.
- Rumelt R., *Dobra strategia, zła strategia*, MT Biznes, Warszawa 2013.
- Thaler R., *Zachowania niepoprawne. Tworzenie ekonomii behawioralnej*, Media Rodzina, Poznań 2018.
- Thaler J., Sunstein C., *Impuls. Jak podejmować właściwe decyzje dotyczące zdrowia, dobrobytu i szczęścia*, Zysk i S-ka, Poznań 2012.
- Underhill P., *Dlaczego kupujemy?*, MT Biznes, Warszawa 2001.

Orientacja prozdrowotna pracodawców w Polsce w świetle badań

Pro-health orientation of employers in Poland as a research result

Agnieszka Sadowa¹

Uniwersytet Wrocławski

ORCID: [0000-0003-4672-0356](https://orcid.org/0000-0003-4672-0356)

Małgorzata Sadowa²

Wyższa Szkoła Bankowa we Wrocławiu

ORCID: [0000-0002-7677-5799](https://orcid.org/0000-0002-7677-5799)

Streszczenie

Celem artykułu jest rozpoznanie prozdrowotnych zachowań pracodawców na rynkach pracy w Polsce. Przedmiotem badań pierwotnych były zachowania prozdrowotne pracodawców. Podmiotem badań były oferty pracy umieszczone na portalu OLX.pl w czterech największych miastach w Polsce, tj.: Warszawie, Łodzi, Krakowie i Wrocławiu. Badania pierwotne przeprowadzono w dniach od 28.04 do 5.05.2019 r. w oparciu o niemalże 15 tysięcy ogłoszeń o pracę. Do przedstawienia wyników badań wykorzystano podstawowe miary statystyczne. Orientację prozdrowotną najczęściej stosują pracodawcy z Wrocławia, jednak jest to zaledwie 15% wszystkich wrocławskich pracodawców, najrzadziej zaś przedsiębiorcy z Krakowa. Pracodawcy oferują najczęściej świadczenie prozdrowotne w postaci pakietu sportowego. Zdecydowanie najwięcej ofert pracy na zasadach umowy o pracę posiada informację o przyznawaniu związanych ze zdrowym stylem życia benefitów (19%). Orientację prozdrowotną deklaruje najwięcej przedsiębiorstw zatrudniających kasjerów i ekspedientów. Nasuwa się podstawowy wniosek, iż zbyt mało przedsiębiorstw w Polsce działa w obszarze promocji zdrowia.

Słowa kluczowe

zdrowie, promocja zdrowia, orientacja prozdrowotna, benefity dla pracowników, systemy pozapłacowe, opieka medyczna

Abstract

The aim of this article is the identification of pro-health behaviors of employers in the Polish labor market. The original research was based on employers' pro-health behaviors. The object of the research were different job advertisements posted on OLX.pl website in four the biggest cities in Poland: Warsaw, Łódź, Cracow, and Wrocław. The original research was conducted from 24 April to

¹ E-mail: agnieszka.sadowa@uwr.edu.pl

² E-mail: malgorzata.sadowa.1996@gmail.com

5 May current year and was based on almost 15 thousand job advertisements. To clearly present the results, statistical techniques were used. Pro-health orientation is mostly followed by employers from Wrocław, which only stands for 15 % of all employers from Wrocław. When it comes to employers from Cracow, they are the last that follow pro-health orientation. The most often benefit offered by employers are the sports one. Definitely the advertisements concerning employment contract contain information about benefits connected with a healthy lifestyle. Pro-health orientation is mostly followed by employers hiring cashiers and salesmen. Concluding, there are still too little companies caring for the promoting of a healthy lifestyle.

Keywords

health, health promotion, pro-health orientation, benefits for employees, non-wage systems, medical care

JEL: I19, J63

Wstęp

Każdy człowiek zdrowie rozumie w inny sposób. Zależy to m.in.: od wieku, poziomu wykształcenia czy osobistych doświadczeń związanych ze zdrowiem swoim i bliskich. Bez wątplenia jednak życzeniem każdego człowieka jest cieszyć się dobrym zdrowiem. W Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia z 22 lipca 1946 r. czytamy, że „korzystanie z najwyższego osiągalnego poziomu zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej bez podziału na rasę, religię, przekonania polityczne, a także bez względu na warunki ekonomiczne lub społeczne” (Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477) ³. Zachowania zdrowotne są jednym z nadrzędnych elementów stylu życia i determinują poziom zdrowia. Pogarszająca się sytuacja zdrowotna społeczeństw wymusiła podjęcie nowatorskich działań w obszarze zdrowia. Był to początek rozwoju promocji zdrowia. W XXI wieku pracodawcy angażują się w promocję zdrowia, oferując pracownikom benefity pozapłacowe, takie jak: karty sportowe, prywatną opiekę medyczną czy dodatkowe ubezpieczenia. Z najnowszego badania ARC Rynek i Opinia, dotyczącego budżetów przeznaczanych na pozapłacowe świadczenia dla pracowników, wynika, iż średnia kwota, jaką w 2018 roku pracodawcy przeznaczyci na jednego pracownika, wynosiła niemal do 2 tys. zł. Celem artykułu jest rozpoznanie prozdrowotnych zachowań pracodawców na rynkach pracy w Polsce. Przedmiotem badań pierwotnych są zachowania prozdrowotne pracodawców. Podmiotem badań są oferty pracy umieszczone na portalu OLX.pl w czterech największych miastach w Polsce, tj. Warszawie, Łodzi, Krakowie i Wrocławiu. Badania są próbą odpowiedzi na pytania, w którym

³ *Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia*, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku dnia 22 lipca 1946 r., Dz. U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477.

z analizowanych miast na rynku pracy jest obecnych najwięcej pracodawców stosujących orientację prozdrowotną oraz który rodzaj prozdrowotnych świadczeń pozapłacowych jest oferowany przez przedsiębiorstwa najczęściej w poszczególnych miastach. Badania pierwotne przeprowadzono w dniach od 28.04 do 5.05.2019 r. na podstawie niemalże 15 tysięcy ogłoszeń o pracę. Do przedstawienia danych posłużono się metodami statystycznymi.

Definiowanie podstawowych pojęć – przegląd literatury

Przedstawiciele różnych dziedzin naukowych w odmienny sposób odnoszą się do problematyki związanej ze zdrowiem⁴. Problem zdrowia ma złożony i interdyscyplinarny charakter. Dotyczy zagadnień nie tylko z zakresu medycyny, ale również socjologii, polityki społecznej, psychologii czy pedagogiki⁵. W literaturze spotkać można wiele definicji zdrowia, Według B. Woynarowskiej (2010) opracowano ich już 300⁶. Powszechnie stosowaną i najczęściej cytowaną definicją zdrowia jest definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), zawarta w stworzonej przez tę organizację Konstytucji. Zgodnie z nią „**zdrowie** jest stanem zupełnej pomyślności fizycznej, umysłowej i społecznej, a nie jedynie brakiem choroby lub ułomności”⁷. Przytoczone sformułowanie łączy wymiary zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, dlatego można stwierdzić, iż zdrowie jest pojęciem wielowymiarowym, obejmującym wzajemnie uzupełniające się wymiary⁸. Definicja zdrowia sformułowana przez WHO stała się podstawą do budowania, przez przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych, nowych pozytywnych definicji zdrowia. Autorzy ujmują zdrowie w różny sposób⁹:

- a. **Zdrowie jako funkcja lub zdolność** człowieka do codziennego funkcjonowania, zaspokajania własnych potrzeb, adaptacji do zmieniającego się środowiska, niwelowania napięć.

⁴ B. Uramowska-Żyto, *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*, [w:] A. Ostrowska (red.) *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy Kategorie analizy*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2009, s. 65.

⁵ K. Kowalczywska-Grabowska, *Promocja zdrowia w środowisku lokalnym. Założenia teoretyczne i praktyczne egzemplifikacje (perspektywa pedagogiczna)*, Uniwersytet Śląski, Katowice 2013, s. 13.

⁶ B. Woynarowska, *Zdrowie i czynniki je warunkujące*, [w:] B. Woynarowska, Z. Izdebski, A. Kowalewska, K. Komosińska, *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 234.

⁷ *Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia*, op. cit.

⁸ T. Maszczak, *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, „Roczniki Naukowe. Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu” 2005, z. 54, s. 74, http://www.wbc.poznan.pl/Content/72029/Maszczak_T.pdf [dostęp 10.04.2019].

⁹ B. Woynarowska, op. cit., s. 234-235.

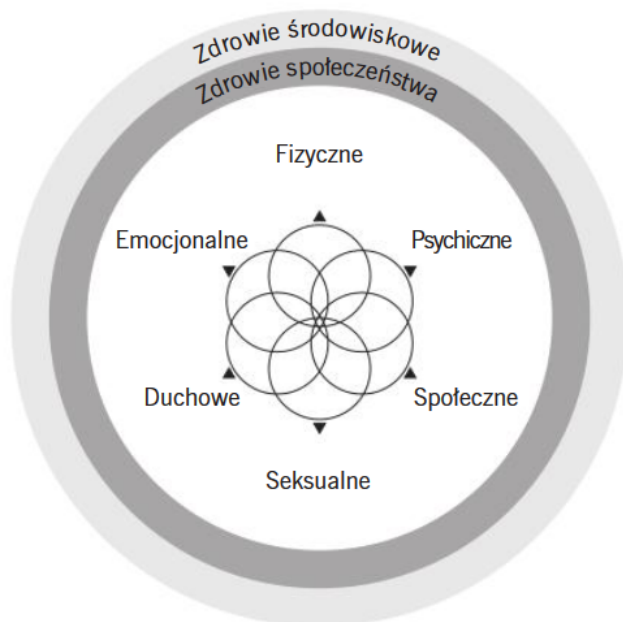
- b. **Zdrowie jako zdolność do wszechstronnego rozwoju**, czyli do osiągnięcia własnych optymalnych możliwości fizycznych, społecznych i psychicznych.
- c. **Zdrowie jako potencjał fizyczny i psychiczny**, oznaczający możliwość podejmowania aktywności, np. samorealizacji, twórczego życia.
- d. **Zdrowie jako równowaga i harmonia** możliwości fizycznych, psychicznych, oraz społecznych, np. zdolność do utrzymania równowagi między organizmem człowieka, a warunkami środowiska.
- e. **Zdrowie jako dobra jakość życia**, m.in.: szczęście, zadowolenie z życia, dobre samopoczucie.

W XXI wieku analizując zagadnienie zdrowia, przyjmuje się tzw. koncepcję holistyczną. Zdrowie jednostki składa się z kilku powiązanych i zależnych od siebie wymiarów, znajdujących się z centrum szerszego podejścia, w którym zdrowie rozpatrywane jest w kontekście społeczeństwa i środowiska (rysunek 1). Koncepcja holistyczna zdrowia obejmuje¹⁰:

- a. **Zdrowie fizyczne**, odnoszące się do ciała, dotyczące prawidłowego biologicznego funkcjonowania organizmu, np. bez objawów choroby lub niepełnosprawności.
- b. **Zdrowie psychiczne**, podzielone na zdrowie umysłowe (np. zdolność do spójnego myślenia), oraz zdrowie emocjonalne (m.in. zdolność do radzenia sobie ze stresem).
- c. **Zdrowie społeczne**, obejmujące utrzymywanie prawidłowych relacji z ludźmi oraz pełnienie ról społecznych.
- d. **Zdrowie duchowe**, związane z przestrzeganiem zasad, wewnętrzną harmonią czy religią.
- e. **Zdrowie seksualne**, które zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia łączy biologiczne, emocjonalne, intelektualne i społeczne aspekty życia seksualnego, koniecznego do pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości.

¹⁰ *Ibidem*, s. 236-237.

Rysunek 1. Holistyczny model zdrowia



Źródło: B. Woynarowska, *Zdrowie i czynniki je warunkujące*, [w:] B. Woynarowska, Z. Izdebski, A. Kowalewska, K. Komosińska, *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010, s. 236, za: V Simovska, B.B. Jensen, M. Carlsson, C. Albeck, *Shape up Europe. Towards a healthy and balanced growing up*, P.A.U. Publisher, Barcelona 2006.

Do określenia **zachowań związanych ze zdrowiem** używa się wielu sformułowań. Używane w literaturze anglojęzycznej to np.: *health behavior, medical behavior, health-related activities, health practices, healthy lifestyles, illness behavior, healthdamaging behavior*. W literaturze polskiej znajdziemy terminy takie jak: działania zdrowotne, zachowania medyczne, zachowania w chorobie, działania profilaktyczne, praktyki zdrowotne, a najczęściej zdrowe style życia i zachowania zdrowotne¹¹. Zachowania zdrowotne i style życia to przewodnie pojęcia dla promocji zdrowia.

Terminu zachowania zdrowotne (*health behavior*) po raz pierwszy użył Koos w 1954 roku¹². W Polsce w 1971 roku J. Indulski i J. Leowski **zachowaniami zdrowotnymi** nazwali takie zachowania człowieka jak: nawyki higieniczne, stosowanie diety, regularne wykonywanie ćwiczeń fizycznych, które są podejmowane celem umocnienia zdrowia¹³. E. Mazurkiewicz **zachowania zdrowotne** przedstawia jako „wszelkie

¹¹ E. Korzeniowska, *Socjologia w promocji zdrowia. Zachowania i świadomość zdrowotna w sferze pracy*, Wydawca Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Łódź 1997, s. 42.

¹² H. Sęk, *Zdrowie behawioralne*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik Akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, t. 3, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk 2000, s. 535.

¹³ E. Korzeniowska, *op. cit.*, s. 42-43.

zachowania (nawyki, zwyczaje, postawy, wartości uznawane przez jednostki ludzkie i grupy społeczne) w dziedzinie zdrowia¹⁴. D.S. Gochman określa **zachowania zdrowotne** jako cechy osobiste, takie jak przekonania, oczekiwania, motywy, wartości, percepcje i inne elementy poznawcze; cechy osobowości, z uwzględnieniem stanów i cech afektywnych i emocjonalnych; oraz jawne wzorce zachowań, działania i nawyki związane z utrzymaniem zdrowia, odbudową zdrowia i poprawą zdrowia¹⁵. W późniejszym opracowaniu Gochman dodaje, iż leczenie nie jest zachowaniem. Ponadto naprawianie złamanych kości, gojenie się ran, odporność na choroby i odporność na infekcje to raczej odbicia stanów cielesnych niż zachowań. Zachowanie zdrowotne nie obejmuje zatem poprawy klinicznej ani zdrowienia fizjologicznego, ale obejmuje analizy konkretnych zachowań, które mają wpływ na poprawę lub powrót do zdrowia. Stan zdrowia nie jest zachowaniem, ale postrzeganie przez osobę stanu zdrowia lub poprawy, powrotu do zdrowia lub innych zmian stanu zdrowia to zachowania zdrowotne¹⁶. Według definicji Skommer **zachowania zdrowotne** „to te, które człowiek podejmuje w dziedzinach zdrowia, niezależnie od tego czy podejmowane są one w sposób świadomy czy nie”¹⁷. K. Szalonka i G. Światowy dodają, iż pojęcie **zachowania zdrowotnego** jest też definiowane jako „każde zachowanie, które może wpłynąć na zdrowie fizyczne lub psychiczne”¹⁸. E. Dybińska zaznacza, iż **zachowania zdrowotne** kształtują się od wczesnego dzieciństwa pod wpływem wzorców w domu, przedszkolu, szkole czy też pod wpływem reklam¹⁹. K. Puchalski dokonał przeglądu definicji zachowań zdrowotnych i w 1990 roku zaproponował własną. Według autora **zachowaniami zdrowotnymi** są „wybrane przez obserwatora, lub (i) podmiot działania, zachowania (czy typy zachowań), które na gruncie pewnego systemu wiedzy (np. przekonań potocznych, danej koncepcji naukowej, ideologii społecznej itp.) pozostają w istotnym, określonym w przyjętej opcji związku ze zdrowiem, ujmowanym w znaczeniu ustalonym w tym systemie wiedzy”²⁰.

¹⁴ E. Mazurkiewicz, *Podstawy wychowanie zdrowotnego*, [w:] J. Brzeziński, C.W. Korczak (red.), *Higiena i ochrona zdrowia*, PZWL, Warszawa 1978, s. 15.

¹⁵ D.S. Gochman, *Labels, systems and motives: Some perspectives for future research*, „Health Education Quarterly” 1982, no. 9, s. 169.

¹⁶ D.S. Gochman, *Health Behavior: Emerging Research Perspectives*, Springer Science+Business Media, New York 1998, s. 3.

¹⁷ J. Skommer, *Promocja zdrowia*, [w:] J.T. Marcinkowski (red.), *Podstawy higieny*, Volumed, Wrocław 1997, s. 19.

¹⁸ G. Światowy, K. Szalonka, *Zachowania zdrowotne w stylach życia: ujęcie modelowe w kontekście zrównoważonego rozwoju*, „Marketing i Rynek” 2018, nr 4, s. 544, http://www.marketingirynek.pl/files/1276809751/file/marketing_i_rynek_4_2018_artykuly_na_plyte.pdf [dostęp 11.04.2019].

¹⁹ E. Dybińska, *Prozdrowotny styl życia oraz zainteresowania aktywnością ruchową w opiniach uczniów wybranych krakowskich szkół ponadgimnazjalnych*, „Zdrowie i Dobrostan” 2004, nr 2, s. 30, http://www.neurocentrum.pl/dcten/wp-content/uploads/dybi%C5%84ska_e2-p.pdf [dostęp 11.04.2019].

²⁰ K. Puchalski, *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia*, [w:] A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne*, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź 1990, s. 56.

Zachowanie zdrowotne, według podejścia psychologicznego, dzieli się na zachowania prozdrowotne i antyzdrowotne. D. Harris i S. Guten **zachowania prozdrowotne** określają jako „zachowania, które jednostka podejmuje w celu ochrony, utrzymania i rozwoju zdrowia niezależnie od obiektywnych efektów zdrowotnych”²¹. **Zachowania prozdrowotne**, inaczej pozytywne, to te sprzyjające zdrowiu, mające dobry wpływ na zdrowie. Obejmują one sfery zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, a także zachowania profilaktyczne. Zachowania związane ze zdrowiem fizycznym to m.in.: odpowiednia aktywność fizyczna, utrzymanie higieny osobistej, racjonalne żywienie, odpowiednie warunki pracy, dbałość o sen. Do zachowań zdrowotnych związanych ze zdrowiem psychicznym oraz społecznym można zaliczyć utrzymywanie kontaktów społecznych i radzenie sobie ze stresem. Zachowania profilaktyczne to kontrolowanie stanu zdrowia, poddawanie się badaniom profilaktycznym, zachowanie bezpieczeństwa w życiu codziennym. **Zachowania antyzdrowotne**, inaczej negatywne, to wszystkie zagrażające zdrowiu: palenie tytoniu czy spożywanie alkoholu i narkotyków oraz wszystkie inne destrukcyjne zachowania dla organizmu. Ryzyko dla zdrowia mogą stanowić też niedostatki zachowań prozdrowotnych²².

Zachowania zdrowotne są jednym z nadrzędnych elementów stylu życia i determinują poziom zdrowia. Według definicji WHO **styl życia** to „sposób życia oparty o wzajemny związek pomiędzy warunkami życia, [...] a indywidualnymi wzorcami zachowań zdeterminowanymi przez czynniki społeczno-kulturowe i cechy indywidualne”²³. H. Sęk wyróżniła dwie definicje stylów życia – z punktu widzenia socjologicznego oraz psychologicznego. W pierwszym podejściu duże znaczenie przywiązuje się wzorcom społecznym i sytuacji społecznej, dlatego **styl życia** jest „odzwierciedleniem przynależności do warstwy społecznej i wyrazem działania prawidłowości systemu społeczno-politycznego, gospodarczego i kulturowego. Człowiek realizuje w swoim stylu życia wzory wpływów społecznych i wzory kultury”. Z psychologicznego punktu widzenia **styl życia związany ze zdrowiem** jest „charakterystycznym dla jednostki systemem zachowań zdrowotnych, uwarunkowanych cechami temperamentu, wiedzą, uogólnionymi poglądami i przekonaniami na temat świata, życia i własnej osoby, kompetencjami, systemem wartości i indywidualnymi doświadczeniami w zakresie zdrowia oraz zmiennymi społeczno-kulturowymi”. H. Sęk w swojej publikacji pokazuje podział stylów życia na **prozdrowotne** (prozdrowotną dietę, aktywność fizyczną, właściwy

²¹ D. Harris, S. Guten, *Health protective behavior: An exploratory study*, „Journal of Health and Social Behavior” 1979, no. 20, s. 17-29.

²² K. Szalotka, L. Witek, *Postawy i zachowania prozdrowotne pokolenia Z w świetle badań pierwotnych*, „Marketing i Zarządzanie” 2016, nr 3 (44), s. 191.

²³ Zespół ds. Edukacji Zdrowotnej Europejskiego biura regionalnego WHO, *Styl życia a zdrowie*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1 (1-2), s. 101.

wypoczynek, radzenie sobie ze stresem) oraz **antyzdrowotne style życia** (pośpiech, nałogi)²⁴. K. Szalonka i G. Światowy **styl życia** określają jako „wzajemnie połączone postawy oraz aktywności”, a **prozdrowotny styl życia** jako „zachowania, które optymalizują działania ukierunkowane za zdrowie”²⁵.

Świadomość i wiedza dotycząca zdrowia i jego promocji w cywilizacji wielu narodów była i jest niewystarczająca. Wynikiem nieświadomości i braku wiedzy jest pogarszająca się sytuacja zdrowotna społeczeństw²⁶. Medycyna naprawcza była bezradna wobec chorób cywilizacyjnych diagnozowanych od połowy XX wieku. Wymagane było podjęcie nowych, nowatorskich działań w obszarze zdrowia. Zgromadzona do tej pory wiedza oraz doświadczenia w zakresie medycyny dały początek dla rozwoju **promocji zdrowia**²⁷. Tabela 1 przedstawia najistotniejsze w rozwoju koncepcji promocji zdrowia dokumenty.

Tabela 1. Najważniejsze dokumenty w rozwoju koncepcji promocji zdrowia

Lp.	Rok	Dokument
1.	1974	Raport <i>Nowe perspektywy dla zdrowia Kanadyjczyków</i> , autorstwa ministra Kanady Marca Lalonde’a, był pierwszą na świecie narodową strategią polityki zdrowotnej opartą na koncepcji promocji zdrowia
2.	1985	Strategia <i>Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku</i> opracowana przez Światową Organizację Zdrowia
3.	1986	<i>Karta ottawska</i> , przyjęta podczas konferencji WHO w Ottawie
4.	1990	Europejska karta na temat zdrowia i środowiska
5.	1998	Program Światowej Organizacji <i>Zdrowie Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku</i>
6.	1998	Światowa Deklaracja Zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Sygit, *Zdrowie publiczne*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010, s. 452 oraz K. Kowalczevska-Grabowska, *Promocja zdrowia w środowisku lokalnym. Założenia teoretyczne i praktyczne egzemplifikacje (perspektywa pedagogiczna)*, Uniwersytet Śląski, Katowice 2013, s. 30-38

W 1986 roku na Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w Ottawie sporządzono dokument *Karta Ottawska Promocji Zdrowia*. Dokument ten zawiera pełną definicję promocji zdrowia, która mówi, że **promocja zdrowia** to „proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem i poprawę jego stanu”. Aby osiągnąć stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrobytu, jednostka lub

²⁴ H. Sęk, *op. cit.*, s. 542-543.

²⁵ G. Światowy, K. Szalonka, *op. cit.*, s. 547.

²⁶ T.B. Kulik, A. Pacian (red.), *Zdrowie publiczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014, s. 7.

²⁷ K. Kowalczevska-Grabowska, *op. cit.*, s. 29.

grupa musi być w stanie zidentyfikować i zrealizować aspiracje, zaspokoić potrzeby i zmienić lub poradzić sobie ze środowiskiem²⁸. Według M. Demela **promocja zdrowia** polega na „mobilizacji sił, naturalnych i społecznych, sprzyjających zdrowiu. Ich nośnikami są warunki i organizacja życia, oraz stylu życia jednostki i zbiorowości”. Promocja zdrowia zależy od nas samych oraz od wspólnot, do których należymy, tj.: rodziny, grupy rówieśniczej, szkoły, miejsca pracy czy państwa²⁹. M. Barica podkreśla, że **promocja zdrowia** „obejmuje edukację w zakresie zdrowia, oraz działania ukierunkowane na zmiany w środowisku rodzinnym, społecznym, w funkcjonowaniu służb społecznych oraz tworzenie w społeczeństwie systemu wsparcia”³⁰.

Promocja zdrowia w miejscu pracy – przegląd badań

Od końca XX wieku WHO promuje paradygmat społeczno-ekologiczny M. Lalonde’a, zawierający się w myśli przewodniej „twoje zdrowie – w twoich rękach”³¹. Autor wymienia czynniki najsilniej wpływające na stan zdrowia człowieka. Są to – w największym stopniu – styl życia oraz pozostałe: ludzka biologia, środowisko i organizacja opieki medycznej³².

W wydanym w 1994 roku dokumencie Światowej Organizacji Zdrowia *Globalna Strategia Zdrowia dla wszystkich w miejscu pracy – jak zachować zdrowie w pracy* znalazły się jedne z pierwszych wytycznych dla pracodawców z zakresu promocji zdrowia w miejscu pracy³³. W Europie 1996 roku powołano Europejską Sieć Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, która rok później opracowała Deklarację nt. Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy w Unii Europejskiej, zawierającą definicję **promocji zdrowia w miejscu pracy**, jako „nowoczesną strategię w przedsiębiorstwie, nakierowaną na wzmacnianie potencjału zdrowotnego i budowanie dobrostanu pracujących”³⁴. W XXI

²⁸ Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization), *The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion*, Ottawa 1986, <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [dostęp 11.04.2019].

²⁹ T. Maszczak, *op. cit.*, s. 78.

³⁰ T.B. Kulik, A. Pacian (red.), *op. cit.*, s. 7.

³¹ G. Światowy, K. Szalonka, *op. cit.*, s. 544.

³² M. Lalonde, *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, [w:] *Minister of Supply and Services Canada*, Public Health Agency of Canada, 1974, s. 31-34, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> [dostęp 12.04.2019].

³³ Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization), *Global strategy on occupational health for all: The way to health at work. Recommendation of the second meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health*, Beijing 1994, https://www.who.int/occupational_health/globstrategy/en/ [dostęp 11.04.2019].

³⁴ G. Juszczyk, M. Pergoł, D. Olejniczak, B. Walewska-Zielecka, J. Ślusarczyk, *Badanie zaangażowania firm oferujących pracownikom opiekę medyczną w promowanie zdrowia w miejscu pracy w Polsce*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2012, nr 66(3), s. 548.

wieku pracodawcy angażują się w promocję zdrowia, oferując pracownikom benefity pozapłacowe, takie jak: karty sportowe, prywatną opiekę medyczną czy dodatkowe ubezpieczenia.

W 2016 roku K. Szalonka i L. Witek przeprowadziły badania zachowań studentów z pokolenia Z w obszarze żywienia, aktywności fizycznej oraz konsumpcji autodestrukcyjnej. Są to ludzie młodzi (urodzeni po 1990 roku), którzy właśnie rozpoczęli lub w najbliższym czasie rozpoczną dorosłe życie – podejmą zatrudnienie. Badania pokazały, iż jedna trzecia badanych (34,4%) uważa, że prowadzi prozdrowotny styl życia, a 27% przyznaje się, że prowadzi antyzdrowotny styl życia. Duża grupa (32,4%) nie potrafiła określić, czy prowadzi prozdrowotny styl życia. Trzy czwarte respondentów oceniło swój stan zdrowia jako bardzo dobry i dobry. Tylko 15,5% studentów wskazało, iż ma nadwagę. Prawie 40% badanych studentów ćwiczy regularnie, ale tylko 16% z nich ćwiczy raz lub dwa razy w tygodniu przynajmniej 45 minut. Zalecenia ekspertów dla młodych ludzi wskazują na 60 minut aktywności fizycznej dziennie³⁵. Wprowadzenie przez pracodawców benefitów pozapłacowych związanych z promocją zdrowia oraz komunikowanie o tym fakcie w swoich ofertach pracy może zachęcić przyszłych młodych pracowników do kontynuowania obecnych dobrych nawyków prozdrowotnych, a dla niedbających o zdrowie może stać się zachętą do rozpoczęcia prowadzenia zdrowego stylu życia, takiego jak współpracownicy.

S. Stachowska w 2011 roku przeprowadziła badania mające na celu identyfikację oczekiwań przedstawicieli pokolenia Y (wtedy osoby w wieku 20-30 lat) wobec pracy i pracodawców. Respondenci wybierali 5 benefitów spośród wymienionych piętnastu. Respondenci za najbardziej wartościowe świadczenia dodatkowe uznali finansowanie szkoleń i dokształcania (72%). Wśród preferowanych znalazły się także: dodatkowa opieka medyczna (51,8%), dodatkowe ubezpieczenia (34%) oraz zajęcia sportowo-rekreacyjne (26,9%)³⁶.

K. Puchalski i E. Korzeniowska badali zaangażowanie zakładów pracy w promocję zdrowia w Polsce w latach 1998-2001. Działania pracodawców koncentrowały się głównie na świadczeniach medycznych, odpowiednim dostosowaniu miejsca pracy oraz stymulowaniu aktywności sportowo-rekreacyjnej poprzez ułatwienie pracownikom dostępu do obiektów sportowych³⁷.

³⁵ K. Szalonka, L. Witek, *op. cit.*, s. 193.

³⁶ S. Stachowska, *Oczekiwania przedstawicieli pokolenia Y wobec pracy i pracodawcy*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2012, nr 2, s. 49-50, http://www.ipiss.com.pl/wp-content/uploads/downloads/2015/01/ZZZL_2-2012_Stachowska-S_33-56.pdf [dostęp 15.04.2019].

³⁷ K. Puchalski, E. Korzeniowska, *Zaangażowanie zakładów pracy w Polsce w promocję zdrowia personelu. Kierunki rozwoju w latach 1998–2001*, „Medycyna Pracy” 2002, t. 53, nr 5, s. 356-357, <http://www.imp.lodz.pl/upload/oficyna/artykuly/pdf/full/Puch1-05m-02.pdf> [dostęp 15.04.2019].

W 2011 roku G. Juszczyk i inni przeprowadzili badania w organizacjach, w których pracownicy korzystają z opieki medycznej w ramach abonamentów firmowych zakontraktowanych przez LUX MED sp. z o. o. (oferującą dostęp do konsultacji i badań diagnostycznych dla pracowników i ich rodzin). Celem badania było sprawdzenie, czy organizacje oferujące opiekę medyczną dbają także o promocję zdrowia w miejscu pracy, czy jedynie zapewniają opiekę medyczną podczas choroby. Wyniki wskazują, iż 44% badanych przedsiębiorstw deklaruje, że promowanie zdrowia w miejscu pracy, m.in. poprzez: dobre samopoczucie, zdrowy styl życia, bezpieczeństwo i higienę pracy, jest częścią misji firmy i/lub spisanej filozofii. 16% przedsiębiorstw posiadało spisane politykę działania w tym obszarze. 64% badanych firm nie daje pracownikom możliwości uczestnictwa w działaniach w zakresie promowania zdrowia, a aż 68% nawet jeśli prowadzi takie działania, nie informuje o nich swoich pracowników. Małe firmy (zatrudniające do 10 pracowników) najczęściej włączały zadania z zakresu promocji zdrowia do swojej kultury organizacyjnej. Wraz ze wzrostem licznych zatrudnionych malał odsetek firm włączających promocję zdrowia do misji przedsiębiorstwa. Tendencja ta odwracała się dopiero wśród firm zatrudniających ponad 250 pracowników. Prawie połowa (49%) firm posiadających plan w zakresie wspierania aktywności fizycznej podejmowała działania wspierające aktywność fizyczną poprzez zapewnienie pracownikom dostępu do urządzeń typu fitness (karty sportowe, zniżki na karnety do siłowni). Te działania podejmowało też 37% firm bez takiego planu. Inne działania deklarowane przez pracodawców to np.: zapewnienie wsparcia profesjonalnych trenerów, zachęcanie pracowników do przychodzenia do pracy pieszo czy dostęp w miejscu pracy do informacji na temat zdrowej aktywności fizycznej³⁸.

Portal pracuj.pl w 2018 roku przygotował raport dotyczący motywujących do pracy świadczeń pozapłacowych. Aż 69% respondentów otrzymuje w swojej pracy przynajmniej jeden benefit, lecz prawie 37% respondentów w wieku od 40 do 49 lat nie otrzymuje żadnych dodatków pozapłacowych. Przy zmianie pracy dla respondentów obok dofinansowań do urlopu (72%) i szkoleń (70%) największe znaczenie miał dostęp do prywatnej opieki medycznej – 62%. Autorzy raportu sprawdzili także, w jakim stopniu benefity oferowane przez pracodawców pokrywają się z oczekiwaniami pracowników. Najczęściej przyznawanym benefitem jest opieka medyczna i karta sportowa. Jednak według respondentów opiekę medyczną oferuje za mało pracodawców – 43%, przy 58% zapotrzebowaniu badanych pracowników. Kartę sportową oferuje natomiast 39% pracodawców, gdy tylko 29% pracowników uważa ją za atrakcyjny dodatek pozapłacowy. Nie wykazano różnic w oczekiwaniach ze względu na płeć respondenta, jednak im respondent młodszy, ten wykazuje większą potrzebę otrzymywania benefitów (w grupie wiekowej

³⁸ G. Juszczyk, M. Pergoń, D. Olejniczak, B. Walewska-Zielecka, J. Ślusarczyk, *op. cit.*, s. 548-549.

18-29 lat było to 43% respondentów). Zapotrzebowanie na benefity wzrasta wraz ze wzrostem wynagrodzeń³⁹.

Z najnowszego badania ARC Rynek i Opinia (2018), dotyczącego budżetów przeznaczanych na pozapłacowe świadczenia dla pracowników, wynika, iż środki finansowe na działania motywacyjne wzrosły w co trzeciej firmie. Średnia kwota, jaką w 2018 roku pracodawcy przeznaczali na jednego pracownika, wynosiła niemal do 2 tys. zł. (1995zł). Co piąta duża firma w 2018 roku przeznaczyła na świadczenia pozapłacowe dla jednego pracownika powyżej 4 tys. zł. Benefity pozapłacowe nadal najczęściej występują w firmach zatrudniających ponad 250 pracowników. Ze świadczeń tych korzystało w 2018 roku 87% pracowników. Według prognoz rynek benefitów pozapłacowych wciąż będzie się powiększał, także w obszarze zdrowia pracowników. Wśród benefitów niegotówkowych jednymi z najbardziej popularnych świadczeń są karty sportowe i prywatna opieka medyczna⁴⁰.

Metodyka badań

Celem artykułu jest rozpoznanie prozdrowotnych zachowań pracodawców na rynkach pracy w Polsce. Badania przeprowadzono w dniach 28.04 - 5.05.2019 r. na próbie prawie 15 tysięcy ogłoszeń (14 778). Przedmiotem badań pierwotnych były zachowania prozdrowotne pracodawców w Polsce. Podmiotem badań były oferty pracy umieszczone na portalu OLX.pl w czterech największych, pod względem liczby ludności, miastach w Polsce w kwietniu 2019 roku. Badania są próbą odpowiedzi na pytania, w którym z analizowanych miast na rynku pracy jest obecnych najwięcej pracodawców stosujących orientację prozdrowotną oraz który rodzaj prozdrowotnych świadczeń pozapłacowych jest oferowany przez przedsiębiorstwa najczęściej w poszczególnych miastach.

Organizację badań pierwotnych można podzielić na cztery etapy. Pierwszy etap dotyczył wyboru miast do badań pierwotnych. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego za rok 2018 największymi miastami pod względem liczby ludności, były kolejno: Warszawa, Kraków, Łódź i Wrocław. Wybrano te miasta. W drugim etapie autorki przeprowadziły krótkie wywiady bezpośrednie⁴¹ na próbie 20 osób pracujących

³⁹ Raport portalu pracuj.pl, *Benefity – czyli co motywuje pracowników*, 2018, s. 4-22, https://prowly-uploads.s3.amazonaws.com/uploads/landing_page_image/image/87533/Benefity-czyli_co_motywuje_pracownik_w_-_Raport_Pracuj_pl.pdf [dostęp 16.04.2019].

⁴⁰ ARC Rynek i Opinia, *Budżety na pozapłacowe świadczenia dla pracowników*, na zlecenie *benefit-systems.pl*, 2018, <https://www.benefit-systems.pl/o-nas/centrum-prasowe/komunikat/12-miliardow-zlotych-na-benefit-pracownicze-w-2018-r/> [dostęp 16.04.2019].

⁴¹ Z. Kędzior, K. Karcz, *Badania marketingowe w praktyce*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2007, s. 112.

i poszukujących obecnie pracy. Podstawowe pytanie brzmiało: „Z jakich portali internetowych korzysta Pan/Pani przy poszukiwaniu pracy i dlaczego?”. Najczęściej wymieniano portale: OLX.pl, pracuj.pl, praca.pl, linkedin.com oraz goldenline.pl. Trzeci etap polegał na sprawdzeniu liczby ogłoszeń na każdym z portali w czterech wybranych do badań miastach. Najwięcej ogłoszeń znajduje się na portalu linkedin.com, jednak podział ogłoszeń na pojemne kategorie (o czym informowali także respondenci w wywiadach) uniemożliwił przeprowadzanie wstępnych badań w zróżnicowanych grupach zawodowych. Wybrano kolejny pod względem liczby ogłoszeń o pracę portal, tj. OLX.pl. Na podstawie danych z tego portalu w etapie czwartym prowadzono badania pierwotne. W udostępnionych na portalu ogłoszeniach szukano haseł związanych z działaniami prozdrowotnymi pracodawcy kierowanymi do przyszłych pracowników firmy: karta sportowa, ubezpieczenia, opieka medyczna itp. Do opracowania wyników badań wykorzystano podstawowe miary statystyczne.

Omówienie wyników badań

Największą liczbę ogłoszeń o pracę w kwietniu 2019 roku odnotowano w stolicy (6410 ogłoszeń). Zauważono, że najbardziej poszukiwanym pracownikiem na rynku pracy w każdym z miast był pracownik gastronomii. Jeśli chodzi o kolejne pozycje – są różnice w zależności od miasta. W Warszawie, Krakowie i Wrocławiu drugie miejsce pod względem zapotrzebowania na pracę zajmuje kategoria kasjer/sprzedawca (jest to prawie 18% wszystkich ogłoszeń o pracę w Warszawie, przez 16% we Wrocławiu, do ponad 14% w Krakowie). W Łodzi jest to kategoria budowa/remonty – 18,65%. Trzecia kategoria pod względem liczby ogłoszeń w Warszawie to administracja biurowa (11%), w Krakowie budowa/remonty (9,8%), w Łodzi i Wrocławiu produkcja (odpowiednio 14,86% i 11,69%). Szczegółowe dane przedstawia tabela 2.

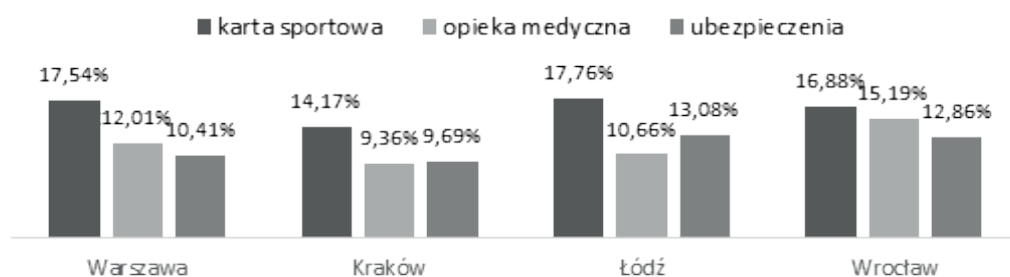
Tabela 2. Liczba ofert pracy oraz ich udział (%) w całości ogłoszeń w danym mieście w kwietniu 2019 r. z podziałem na kategorie zawodowe

rodzaj pracy	Warszawa		Kraków		Łódź		Wrocław	
	Liczba ogłoszeń	Udział (%)	Liczba ogłoszeń	Udział (%)	Liczba ogłoszeń	Udział (%)	Liczba ogłoszeń	Udział (%)
administracja biurowa	705	11,00%	166	6,00%	303	11,26%	204	7,01%
budowa/remonty	681	10,62%	273	9,87%	502	18,65%	339	11,65%
finanse/księgowość	269	4,20%	96	3,47%	100	3,71%	72	2,48%
fryzjer/kosmetyczka	383	5,98%	112	4,05%	94	3,49%	107	3,68%
gastroonomia	1 150	17,94%	794	28,70%	516	19,17%	553	19,01%
HR	64	1,00%	21	0,76%	35	1,30%	37	1,27%
hotelarstwo	108	1,68%	147	5,31%	42	1,56%	95	3,27%
IT/telekomunikacja	133	2,07%	69	2,49%	20	0,74%	41	1,41%
kasjer/ekspedient	1 149	17,93%	398	14,38%	252	9,36%	469	16,12%
magazynier	253	3,95%	110	3,98%	186	6,91%	244	8,39%
marketing/PR/media	126	1,97%	49	1,77%	28	1,04%	56	1,93%
mechanik/blacharz/lakiernik	172	2,68%	74	2,67%	33	1,23%	57	1,96%
obsługa klienta/call center	653	10,19%	210	7,59%	131	4,87%	215	7,39%
ochrona	307	4,79%	75	2,71%	50	1,86%	80	2,75%
produkcja	257	4,01%	173	6,25%	400	14,86%	340	11,69%
Suma liczby ogłoszeń w poszczególnych miastach	6410		2767		2692		2909	

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Według przeprowadzonych badań najczęściej wymienianym prozdrowotnym świadczeniem pozapłacowym przez stosujących orientację prozdrowotną pracodawców w Polsce jest karta sportowa/pakiet sportowy. **Orientację prozdrowotną najczęściej stosują pracodawcy z Wrocławia** (liczba oferowanych benefitów w ogłoszeniach o pracę w kwietniu 2019 roku była tam największa). Jednak na 100 ofert tylko 15 zawierało informacje o dodatkowych świadczeniach pozapłacowych, takich jak karta sportowa, opieka medyczna czy ubezpieczenie. Najczęściej pracodawcy we Wrocławiu w swoich ogłoszeniach wymieniali te trzy benefity jednocześnie. W powstałej hierarchii miast stosujących orientację prozdrowotną kolejno klasyfikowały się: Łódź, w której prawie 14% ogłoszeń posiadało informację o benefitach pozytywnie wpływających na zdrowie, następnie Warszawa – 13,32% i Kraków – 11%. Analizując jednak wyniki badań ze względu na rodzaj benefitu, zauważono inną proporcję. Benefit w postaci **pakietu sportowego** najczęściej pojawiał się w ogłoszeniach dla Łodzi (17,76%) i Warszawy (17,54%), nieco rzadziej dla Wrocławia (16,88%). Kolejny benefit – **opieka medyczna** – najczęściej wymieniany był wśród ofert pracodawców z Wrocławia (15,19%). Ostatnim analizowanym w artykule dodatkiem prozdrowotnym w ogłoszeniach o pracę są **ubezpieczenia**. Są to zarówno ubezpieczenia zdrowotne, jak i na życie. Wyniki wskazują, iż najwyższy odsetek ogłoszeń dla Łodzi posiadał informację o dodatkowym ubezpieczeniu – ok. 13%. W każdej z kategorii benefitów Kraków zawsze znajdował się na ostatnim miejscu (wykres 1).

Wykres 1. Udział (%) ofert pracy zawierających informację o świadczeniach pozapłacowych do wszystkich ofert pracy w poszczególnych miastach



Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Autorki dokonały także analizy oferowanych benefitów ze względu na rodzaj proponowanej umowy (o pracę, o dzieło, zlecenie). Z danych wynika, że pracodawcy proponujący **umowy o pracę** najczęściej stosują orientację prozdrowotną. W ok. 19 ofertach na 100 znajdowała się informacja o dodatku prozdrowotnym do umowy o pracę. Z podziałem na miasta we Wrocławiu, Warszawie i Łodzi było to ponad 20% ogłoszeń, jednak w Krakowie tylko 16,5%. Znacznie rzadziej dodatki związane z promocją

zdrowia umieszczane są w ogłoszeniach o pracę na podstawie umowy zlecenia. Łącznie średnia ze wszystkich miast to około 9 na 100 ogłoszeń. Procentowo najczęściej takich ogłoszeń było dla stolicy – 12,6%. Z powodu specyfiki umowy o dzieło oferty pracy zawierające dodatkowe benefity pozapłacowe są rzadkością. Oferta umowy o dzieło z kartą sportową pojawiła się jedynie dla Wrocławia (wykres 2).

Wykres 2. Udział (%) ofert pracy zawierających informację o świadczeniach prozdrowotnych do wszystkich ofert pracy w czterech miastach z podziałem na rodzaj proponowanej umowy



Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Tabela 3 przedstawia procentowy udział ogłoszeń posiadających informację o oferowanych przez pracodawcę prozdrowotnych świadczeniach pozapłacowych w poszczególnych kategoriach zawodowych. Według danych dla **Warszawy** orientację prozdrowotną deklaruje najczęściej pracodawców poszukujących do pracy kasjerów i ekspedientów – identyczna sytuacja występuje w **Krakowie** – kolejno osób do obsługi klienta i call center. W Krakowie na drugim miejscu znajduje się gastronomia. Udział oferowanych świadczeń w tych miastach jest najwyższy dla każdego z wymienianych benefitów, tj. pakietu sportowego, opieki medycznej i dodatkowych ubezpieczeń. W Łodzi, wśród ustalonych kategorii, to przedsiębiorstwa produkcyjne oferują najczęściej karty sportowe (5,13%), opiekę medyczną (3,23%) oraz ubezpieczenia (3,34%). Jedynie we **Wrocławiu** występuje zróżnicowanie ze względu na rodzaj świadczenia prozdrowotnego. Kartę sportową oferują najczęściej firmy produkcyjne, a opiekę medyczną i ubezpieczenie, tak jak w przypadku Warszawy i Krakowa, chcący zatrudnić kasjerów i ekspedientów.

Tabela 3. Udział (%) ofert pracy z informacją o prozdrowotnych świadczeniach pozapłacowych w danych kategoriach zawodowych

rodzaj pracy	Warszawa			Kraków			Łódź			Wrocław			suma
	udział (%) ogłoszeń z kartą sportową	udział (%) ogłoszeń z opieką medyczną	udział (%) ogłoszeń z ubezpieczeniami	udział (%) ogłoszeń z opieką medyczną	udział (%) ogłoszeń z ubezpieczeniami	udział (%) ogłoszeń z opieką medyczną	udział (%) ogłoszeń z opieką medyczną	udział (%) ogłoszeń z kartą sportową	udział (%) ogłoszeń z opieką medyczną	udział (%) ogłoszeń z ubezpieczeniami	udział (%) ogłoszeń z ubezpieczeniami		
administracja biurowa	2,22%	1,64%	1,09%	0,76%	0,47%	0,36%	2,01%	1,56%	1,82%	1,24%	1,27%	0,79%	15,23%
budowa/remonty	0,14%	0,25%	0,34%	0,11%	0,18%	0,43%	0,15%	0,30%	0,52%	0,21%	0,38%	0,41%	3,42%
finanse/księgowość	1,09%	0,89%	0,55%	0,65%	0,72%	0,69%	0,26%	0,19%	0,48%	0,45%	0,38%	0,48%	6,83%
fryzjer/kosmetyczka	0,03%	0,17%	0,05%	0,14%	0,11%	0,07%	0,00%	0,07%	0,04%	0,10%	0,03%	0,07%	0,88%
gastromonia	3,26%	0,67%	1,72%	3,43%	1,37%	1,77%	2,08%	0,45%	1,67%	0,58%	2,58%	1,51%	21,09%
HR	0,22%	0,20%	0,27%	0,18%	0,11%	0,11%	0,22%	0,19%	0,33%	0,21%	0,38%	0,17%	2,59%
hotelarstwo	0,14%	0,23%	0,14%	0,22%	0,43%	0,11%	0,19%	0,11%	0,11%	0,58%	0,62%	0,34%	3,22%
IT/telekomunikacja	0,30%	0,23%	0,20%	0,22%	0,22%	0,22%	0,22%	0,11%	0,19%	0,17%	0,24%	0,10%	2,42%
kasjer/ekspedient	4,18%	3,37%	2,31%	3,90%	2,93%	3,47%	3,53%	1,82%	1,45%	3,85%	1,65%	2,78%	35,24%
magazynier	0,75%	0,69%	0,62%	0,69%	0,54%	0,51%	1,78%	1,11%	1,63%	1,75%	2,61%	1,55%	14,23%
marketing/PR/media	0,16%	0,14%	0,08%	0,11%	0,04%	0,07%	0,00%	0,00%	0,04%	0,17%	0,17%	0,07%	1,05%
mechanik/blacharz/lakiernik	0,14%	0,19%	0,09%	0,22%	0,29%	0,18%	0,04%	0,00%	0,04%	0,28%	0,14%	0,21%	1,82%
obsługa klienta/call center	4,01%	2,62%	1,92%	2,39%	1,34%	0,83%	2,04%	1,37%	1,15%	1,93%	2,48%	1,10%	23,18%
ochrona	0,48%	0,20%	0,53%	0,14%	0,11%	0,22%	0,11%	0,15%	0,26%	0,07%	0,21%	0,72%	3,20%
produkcja	0,42%	0,51%	0,50%	1,01%	0,51%	0,65%	5,13%	3,23%	3,34%	3,61%	3,75%	2,54%	25,20%
suma	17,54%	12,01%	10,41%	14,17%	9,36%	9,69%	17,76%	10,66%	13,08%	15,19%	16,88%	12,86%	

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

Podsumowanie i wnioski

Cel badań został zrealizowany. Wyniki dały odpowiedź na postawione pytania badawcze. Z badań wynika, że orientację prozdrowotną najczęściej stosują pracodawcy z Wrocławia, jednak jest to zaledwie 15% wszystkich wrocławskich pracodawców rekrutujących do pracy za pośrednictwem portalu OXL.pl. W tym zestawieniu najgorzej wypada Kraków (11%). We wszystkich badanych miastach pracodawcy oferują najczęściej świadczenie prozdrowotne w postaci pakietu sportowego. Spośród wszystkich miast to największy odsetek ogłoszeń z Łodzi zawierał informacje o pakiecie sportowym i dodatkowym ubezpieczeniu, natomiast prywatna opieka medyczna oferowana jest częściej we Wrocławiu (15%) niż w pozostałych miastach. Zdecydowanie najwięcej ofert pracy na zasadach umowy o pracę posiada informację o świadczeniach prozdrowotnych (19%). Ciekawe jest, iż w największych miastach w Polsce orientację prozdrowotną deklaruje najwięcej przedsiębiorstw zatrudniających kasjerów i ekspedientów oraz przedsiębiorstw produkcyjnych. **Jednoznacznie nasuwa się wniosek, że zbyt mało przedsiębiorstw działa w obszarze promocji zdrowia.** Najmniej przedsiębiorstw z Krakowa stosuje orientację prozdrowotną. Informacja ta szczególnie wywołuje rozczarowanie, biorąc pod uwagę, iż to właśnie Kraków jest miastem o najbardziej zanieczyszczonym powietrzu spośród badanych w artykule miast⁴². Badania miały charakter eksploracyjny i są traktowane jako wstęp do dalszych badań.

Literatura

Publikacje tradycyjne

- Gochman D. S., *Labels, systems and motives: Some perspectives for future research*, „Health Education Quarterly” 1982, vol. 9.
- Gochman D.S., *Health Behavior. Emerging Research Perspectives*, Springer Science+Business Media, New York 1998.
- Harris D., Guten S., *Health protective behavior: An exploratory study*, „Journal of Health and Social Behavior” 1979, vol. 20.
- Juszczyk G., Pergoń M., Olejniczak D., Walewska-Zielecka B., Ślusarczyk J., *Badanie zaangażowania firm oferujących pracownikom opiekę medyczną w promowanie zdrowia w miejscu pracy w Polsce*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2012, t. 66(3).
- Kędzior Z., Karcz K., *Badania marketingowe w praktyce*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2007.

⁴² Kraków pojawia się też na czołowych miejscach w wielu rankingach dotyczących najbardziej zanieczyszczonych miast w Polsce i Europie, np. <https://www.airvisual.com/world-most-polluted-cities?continent=59af92ac3e70001c1bd78e52&country=&state=&page=1&perPage=50&cities> [dostęp 05.05.2019].

- Korzeniowska E., *Socjologia w promocji zdrowia. Zachowania i świadomość zdrowotna w sferze pracy*, Wydawca Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Łódź 1997.
- Kowalczevska-Grabowska K., *Promocja zdrowia w środowisku lokalnym. Założenia teoretyczne i praktyczne egzemplifikacje (perspektywa pedagogiczna)*, Uniwersytet Śląski, Katowice 2013.
- Kulik T.B., Pacian A. (red.), *Zdrowie publiczne*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2014.
- Mazurkiewicz E., *Podstawy wychowanie zdrowotnego*, [w:] J. Brzeziński, C.W. Korczak (red.), *Higiena i ochrona zdrowia*, PZWL, Warszawa 1978.
- Puchalski K., *Zachowania związane ze zdrowiem jako przedmiot nauk socjologicznych. Uwagi wokół pojęcia*, [w:] A. Gniazdowski (red.), *Zachowania zdrowotne*, Wydawnictwo Instytutu Medycyny Pracy, Łódź 1990.
- Sęk H., *Zdrowie behawioralne*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik Akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne, Gdańsk 2000.
- Skommer J., *Promocja zdrowia*, [w:] J.T. Marcinkowski (red.), *Podstawy higieny*, Volumed, Wrocław 1997.
- Szalonka K., Witek L., *Postawy i zachowania prozdrowotne pokolenia Z w świetle badań pierwotnych*, „Marketing i Zarządzanie” 2016, nr 3 (44).
- Sygit M., *Zdrowie publiczne*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2010.
- Uramowska-Żyto B., *Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby*, [w:] A. Ostrowska (red.) *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy Kategorie analizy*, Instytut Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2019.
- Woynarowska B., *Zdrowie i czynniki je warunkujące*, [w:] B. Woynarowska, Z. Izdebski, A. Kowalewska, K. Komosińska, *Biomedyczne podstawy kształcenia i wychowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.
- Zespół ds. Edukacji Zdrowotnej Europejskiego biura regionalnego WHO, *Styl życia a zdrowie*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna” 1994, nr 1 (1-2).

Dokumenty źródłowe

- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia*, Porozumienie zawarte przez Rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej (Dz.U. z 1948 r. Nr 61, poz. 477).
- Światowa Organizacja Zdrowia, *The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion*, Ottawa 1986, <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [dostęp 11.04.2019].
- Światowa Organizacja Zdrowia, *Global strategy on occupational health for all: The way to health at work. Recommendation of the second meeting of the WHO Collaborating Centres in Occupational Health*, Beijing 1994, https://www.who.int/occupational_health/globstrategy/en/ [dostęp 11.04.2019].

Publikacje internetowe

- ARC Rynek i Opinia, *Budżety na pozapłacowe świadczenia dla pracowników*, na zlecenie benefitsystems.pl, 2018, <https://www.benefitsystems.pl/o-nas/centrum-prasowe/komunikat/12-miliardow-zlotych-na-benefity-pracownicze-w-2018-r/> [dostęp 16.04.2019].

- Dybińska E., *Prozdrowotny styl życia oraz zainteresowania aktywnością ruchową w opiniach uczniów wybranych krakowskich szkół ponadgimnazjalnych*, „Zdrowie i Dobrostan” 2004, nr 2, http://www.neurocentrum.pl/dcten/wp-content/uploads/dybi%C5%84ska_e2-p.pdf [dostęp 11.04.2019].
- Lalonde M., *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, [w:] *Minister of Supply and Services Canada*, Public Health Agency of Canada, 1974, s. 31-34, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> [dostęp 12.04.2019].
- Maszczyk T., *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, „Roczniki Naukowe. Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu” 2005, z. 54, http://www.wbc.poznan.pl/Content/72029/Maszczyk_T.pdf [dostęp 10.04.2019].
- Puchalski K., Korzeniowska E., *Zaangażowanie zakładów pracy w Polsce w promocję zdrowia personelu. Kierunki rozwoju w latach 1998–2001*, „Medycyna Pracy” 2002, t. 53, nr 5, <http://www.imp.lodz.pl/upload/oficyna/artykuly/pdf/full/Puch1-05m-02.pdf> [dostęp 15.04.2019].
- Raport portalu pracuj.pl, *Benefity – czyli co motywuje pracowników*, 2018, https://prowly.uploads.s3.amazonaws.com/uploads/landing_page_image/image/87533/Benifityczyli_co_motywuje_pracownik_w_-_Raport_Pracuj_pl.pdf [dostęp 16.04.2019].
- Stachowska S., *Oczekiwania przedstawicieli pokolenia Y wobec pracy i pracodawcy*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2012, nr 2, http://www.ipiss.com.pl/wp-content/uploads/downloads/2015/01/ZZL_2-2012_Stachowska-S_33-56.pdf [dostęp 15.04.2019].
- Światowy G., Szalotka K., *Zachowania zdrowotne w stylach życia: ujęcie modelowe w kontekście zrównoważonego rozwoju*, „Marketing i Rynek” 2015, nr 4, http://www.marketingirynek.pl/files/1276809751/file/marketing_i_rynek_4_2018_artykuly_na_plyte.pdf [dostęp 11.04.2019].

Edukacja i promocja zdrowia w zachowaniach podmiotów rynku

Education and health promotion in behavior of market participants

Grażyna Światowy

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

ORCID: [0000-0002-7324-583X](https://orcid.org/0000-0002-7324-583X)

Streszczenie

Artykuł ma charakter poglądowy, omawia edukację i promocję zdrowia w kontekście uwarunkowań rynkowych. Celem jest skupienie uwagi na znaczeniu promocji zdrowia i edukacji prozdrowotnej oraz na skutkach upowszechniania promocji zdrowia na rynku dóbr i usług konsumpcyjnych. Promocja zdrowia inspirowa do rozwijania działalności gospodarczej.

W powszechnym mniemaniu znaczenie zdrowia jest tak wielkie, że warto i trzeba w nie inwestować a promując zdrowie w gospodarce rynkowej, można dobrze zarabiać. W zachowaniach podmiotów rynku promocji zdrowia jest wiele, aż nadto, natomiast za mało jest edukacji i umiejętności dokonywania właściwych wyborów.

Słowa kluczowe

edukacja i promocja zdrowia, zachowanie prozdrowotne, polityka zdrowia, zdrowie człowieka, reklama i komunikacja marketingowa

Abstract

The Paper is illustrative, discusses education and health promotion in the context of market conditions. The goal is to focus on the importance of health promotion and health education, and on the effects of disseminating health promotion on the consumer goods and services market. Health promotion inspires business development. It is commonly believed that the importance of health is so great that it is worth investing in it and one can earn good money by promoting health in a market economy. In the behavior of entities on the health promotion market, there is too much, but too little education and skills development to make the right choices.

Keywords

health education and promotion, health behavior, policy of welfare programs, human health, advertising and marketing communication

JEL: I12, I38, M3, P46

Wstęp

Edukacja i promocja zdrowia stała się obecnie wyznacznikiem zmian jakości i stylów życia. Szybko upowszechniają się prozdrowotne zachowania ludzi z różnych grup społecznych. Jest to efekt nie tylko bezpośrednich działań organizacji zaangażowanych w edukację i promocję zdrowia, ale też intensywnych działań producentów, handlowców i usługodawców, których oferta rynkowa ma wywierać korzystny wpływ na zdrowie i kondycję konsumentów.

Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na znaczenie promocji zdrowia i edukacji prozdrowotnej oraz na skutki upowszechniania promocji zdrowia na rynku dóbr i usług konsumpcyjnych.

Znaczenie edukacji i promocji zdrowia

Pojęcie promocji zdrowia jest obecnie terminem powszechnie używanym w różnych dyscyplinach nauki oraz w praktyce życia codziennego. Zostało wprowadzone do literatury po raz pierwszy przez Henry'ego Siegerista w 1945 roku. Autor utożsamiał promocję zdrowia z szeregiem działań prowadzących do zapewnienia odpowiednich warunków życia, pracy, kształcenia, kultury fizycznej oraz wypoczynku i rekreacji. Traktował promocję zdrowia jako jeden z podstawowych filarów medycyny obok zapobiegania chorobom, leczenia chorób i rehabilitacji. Zainteresowania badawcze promocją zdrowia osadzone początkowo w naukach medycznych sukcesywnie rozwijały się w innych, pokrewnych dyscyplinach wiedzy, m.in. w naukach społecznych ekonomii i zarządzaniu. Poszukiwaniu nowych sposobów oddziaływania na zdrowie w skali globalnej w końcu lat 70. XX w. przyświecał fakt pogarszania się standardów zdrowotnych na świecie, szerzące się epidemie i choroby społeczne.

W drugiej połowie XX wieku promocja zdrowia stała się ruchem społecznym. W prowadzonych badaniach naukowych stopniowo zmieniano sposób traktowania zjawisk zdrowotnych, przechodząc od tradycyjnego paradygmatu biomedycznego do podejścia holistycznego, uwzględniającego biologiczny, psychiczny i społeczny kontekst uwarunkowań zdrowia ludzi. Przełomowym odkryciem były efekty badań Bluma i Lalonde'a pełniącego funkcję ministra zdrowia Kanady, którzy w 1973 roku stworzyli model holistyczny determinant zdrowia i oszacowali stopień wpływu poszczególnych czynników. W opublikowanym rok później raporcie¹ wykazali, że największe znaczenie dla kształtowania zdrowia ma:

¹ M. Lalonde, *A New Perspective on the Health of Canadians. A working document*, Government of Canada, Ottawa April 1974:32. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> [dostęp 20.01.2011].

- styl życia ludzi (55%),
- środowisko życia (20%),
- czynniki biologiczno-dziedziczne (15%),
- organizacja opieki zdrowotnej (10%).

Wskazując znaczący udział czynników związanych z uwarunkowaniami psychospołecznymi, w tym z dostępnością do opieki zdrowotnej zorientowanej na promowanie zdrowia, zawarli tezę o konieczności nawiązania współpracy wielosektorowej na rzecz zdrowia populacji wraz z uruchomieniem szerokiego wsparcia finansowego i administracyjnego w celu wzmacniania potencjału zdrowotnego społeczeństw. Teza ta została później przyjęta przez deklarację z Ałma Aty w roku 1978, w której wyraźnie wskazano odpowiedzialność finansową, logistyczną i organizacyjną rządów państw za przeprowadzenie koniecznych przemian na rzecz zdrowia obywateli.

W 1984 roku Biuro Regionu Europejskiego WHO wydało dokument zatytułowany *Promocja Zdrowia*², w którym zaproponowano koncepcję systemowych działań w ramach polityki promocji zdrowia. Uznano bowiem, że zdrowie jako wartość jednostek, zasób społeczności lokalnych i państwa, musi stanowić obszar aktywnych działań ze strony państwa poprzez inwestowanie w warunki życia. W dokumencie tym przyjęto koncepcję społeczno-ekologicznych uwarunkowań zdrowia, a także zwrócono uwagę na konieczność kształtowania nowego wielosektorowego podejścia do realizacji polityki zdrowia publicznego, której celem powinna stać się obrona środowisk wspierających zdrowie, umożliwienie społecznościom lokalnym i jednostkom uzyskanie pełnego potencjału zdrowotnego oraz mediacja na rzecz zdrowia w środowiskach ludzi o zróżnicowanych interesach.

Za akt instytucjonalizacji promocji zdrowia uznaje się Kartę Ottawską³ uchwaloną w 1986 roku, definiującą promocję zdrowia jako „proces umożliwiający ludziom kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę przez podejmowanie wyborów i decyzji sprzyjających zdrowiu, kształtowanie potrzeb i kompetencji do rozwiązywania problemów zdrowotnych oraz zwiększanie potencjału zdrowia”.

Karta Ottawska wyróżnia pięć kierunków działań, których podjęcie uznaje się za konieczne dla stworzenia efektywnej strategii promocji zdrowia. Są to:

- 1) określenie zdrowotnej polityki społecznej w państwie (m.in. poprzez ustalenie i sukcesywną realizację programów prozdrowotnej polityki społecznej, przy zapewnieniu realnych źródeł finansowania); tworzenie polityki Zdrowia Publicznego;

² *A discussion document on the concept and principles of health promotion*, Health Promotion International 1986, vol. 1(1), s. 73-76.

³ *Ottawa charter for health promotion. An International Conference on Health Promotion and Protection, November 17–18, Ottawa, Ontario 1986*, „Health Promotion” 1986, vol. 4, <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index4.html> [dostęp 02.06.2019].

- 2) tworzenie środowisk wspierających zdrowie (osiągane poprzez rozwijanie wiedzy i umiejętności działań na rzecz zdrowia, angażowanie członków społeczeństwa poprzez sieć struktur społeczności lokalnych do aktywnego uczestnictwa w sprawach dotyczących zdrowia);
- 3) wzmacnianie działań społecznych;
- 4) rozwijanie umiejętności osobniczych (indywidualnych);
- 5) reorientacja świadczeń zdrowotnych (odejście od modeli ekonomiki szpitalnej w kierunku holistycznego ujmowania korzyści zdrowotnych, ekonomicznych i rozwojowych całego kraju).

W kolejnych latach promocja zdrowia stała się wiodącym kierunkiem działania w ramach Europejskiej Strategii Zdrowia. W Polsce przyjęto Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020, który ma uświadamić Polakom, jak ważne są zdrowy styl życia i zachowania prozdrowotne. Celem programu jest, aby Polacy prowadzili zdrowszy tryb życia (i dokonywali prozdrowotnych wyborów) oraz mogli jak najdłużej cieszyć się zdrowiem i pełnym uczestnictwem w pracy, życiu społecznym i rodzinnym⁴.

Zdrowie jako wartość i motyw w zachowaniu człowieka

Motywacyjne znaczenie wartości zdrowia od wieków było i ciągle jeszcze pozostaje ważnym obiektem badań i dyskusji naukowych. Zgodnie z filozofią Józefa Tischnera zdrowie jest wartością obiektywną a zarazem idealną: „choć zdrowy człowiek ma coś z wartości zdrowia, przecież nie wyczerpuje w sobie tej wartości. Nie sposób byłoby wskazać wśród realnie istniejących ludzi idealnie zdrowych, tj. realizujących w sobie wartość zdrowia, taką, jaką ona jest”⁵. W pozytywnym rozumieniu bowiem zdrowie oznacza całkowity dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby czy ułomności. Jest ogólną zdolnością organizmu do wszechstronnego rozwoju i do stawiania czoła aktualnym wymaganiom, procesem poszukiwania i utrzymywania równowagi w obliczu obciążeń, jakie nieustannie nakłada na organizm otoczenie. Tym samym wyznacza swoistą zdolność do rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia, przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego.

⁴ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1492); Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2237).

⁵ J. Tischner, *Etyka wartości i nadziei*, [w:] D. von Hildebrand, J.A. Kłoczowski, J. Paściak, J. Tischner (red.), *Wobec wartości*, Wydawnictwo W drodze, Poznań, 1984, s. 63.

We współczesnej koncepcji zdrowia według WHO podkreśla się, że jest ono⁶:

- wartością, która pozwala jednostce lub grupie realizować swoje aspiracje i potrzebę satysfakcji oraz aktywnie zmieniać środowisko;
- zasobem (bogactwem), gwarantującym rozwój społeczeństwa i osiągnięcie odpowiedniej jakości życia;
- środkiem (a nie celem) do codziennego życia;
- koncepcją eksponującą korzyści płynące z „bycia zdrowym” w miejsce negatywnych konsekwencji choroby.

W związku z powyższym można wysunąć następujące wnioski dla praktyki⁷:

- Zdrowie nie jest stanem danym raz na zawsze, wobec tego należy je zdobywać tak, jak zdobywa się zawód, wiedzę, dobra materialne itp.
- Posiadanie dobrego zdrowia zwiększa szansę na osiągnięcie sukcesu w życiu, w tym sukcesu materialnego (ponieważ sprawny człowiek ma większe szanse na znalezienie dobrej i satysfakcjonującej pracy).
- Wraz z przedłużeniem czasu ludzkiego życia nie musi iść w parze przedłużenie jego jakości. Aby to było możliwe, trzeba wcześniej „zainwestować” w swoje zdrowie i sprawność.

Przyznać trzeba, że zdrowie człowieka w każdej warstwie: cielesnej, psychicznej i socjalnej poddaje się kształtowaniu, urabianiu, zgodnie z ideałem subiektywnym. Nie jest czymś statycznym, danym jako fakt niezmienny, nie dający się tworzyć i poprawiać, ale jest tym dobrostanem, z którym immanentnie związana jest kategoria kreacji, tworzenia opartego na zasadach racjonalności i postępu. W takim znaczeniu zdrowie staje się głównym motywatorem w kreowaniu własnego rozwoju poprzez pracę, wypoczynek, spędzanie czasu wolnego oraz zaspokajanie wszelkich potrzeb bytowych i intelektualnych. Argument zdrowia *mieć i być* skłania każdego człowieka do podejmowania aktywnych zachowań.

Według Hiroshi Nakajimy, Dyrektora Generalnego WHO: „Zdrowie jest nieodłącznym warunkiem osiągnięć szkolnych, dobrej jakości życia i ekonomicznej produktywności. Wyposażając dzieci w wiedzę, umiejętności i właściwe postawy wobec zdrowia, możemy zwiększyć ich szansę na zdrowe życie oraz ich zdolności do działań na rzecz zdrowia społeczności, w których żyją”⁸.

⁶ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2007, s. 9.

⁷ B. Woynarowska, *Zdrowie, edukacja do zdrowia, promocja zdrowia*, [w:] A. Jaczewski (red.), *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*, cz. II, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998, s. 108.

⁸ B. Woynarowska, *Związki między zdrowiem a edukacją*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Zdrowie i szkoła*, Warszawa 2000, s. 15.

Zdaniem J. Leowskiego wiedza o zdrowiu musi docierać do społeczeństwa, zanim stanie się ono pacjentem⁹. Autor ten podkreśla także, że w zakresie zdrowia naturalnym „nauczycielem” powinno być państwo, które „poprzez swoje struktury organizacyjne dysponuje pełnymi możliwościami przekazu wiedzy, jak i kształtowaniu warunków zdrowotnych pozwalających społeczeństwu na wykorzystanie nabywanej wiedzy”. Kreowaniu właściwych postaw i zachowań prozdrowotnych zarówno jednostki, jak i całego społeczeństwa służy odpowiednio prowadzona działalność promocyjna.

Ważnym problemem pozostaje pytanie: Jak skutecznie kreować zdrowie? Poszukiwanie odpowiedzi wymaga dogłębnego rozważenia zagadnień w ujęciu problemowym, metodycznym i praktycznym.

Ujęcie problemowe wymaga uwzględnienia pełnego ekosystemu zdrowia. W tym zakresie na rekomendację zasługuje schemat Mandala – model ekosystemu zdrowia człowieka (por. rys. 1). Model ukazuje dwa nakładające się kręgi, z których szerszy, zewnętrzny obejmuje uwarunkowania odnoszące się do biosfery i kultury życia człowieka, natomiast wewnętrzny wskazuje na warunki życia kreowane przez społeczności ludzkie, wspólnoty, w których człowiek żyje, funkcjonuje. Oczywiście w centrum jest człowiek – jego duch, ciało i umysł, kształtowane w znacznym stopniu przez rodzinę, która jest wspólnotą ludzi żyjących ze sobą i dla siebie, a poprzez pełnione funkcje (prokreacyjną, opiekuńczą, wychowawczą, rekreacyjną, ekonomiczną) wywiera wpływ: biologiczny (przekaz DNA kształtowanie osobowości, siatki przekonań, wartości, norm postępowania) i ekonomiczny – wychowanie w szacunku dla innych ludzi, dla własnego zdrowia, pracy własnej i cudzej oraz pieniądza. Rodzina kształtuje biologię człowieka, jego środowisko fizyczne, psychiczne, społeczne i ekonomiczne, a także sposoby postępowania w codziennym życiu, w pracy, w zaspokajaniu odczuwanych potrzeb i dbałości o zdrowie. Praktykowane sposoby zachowań odzwierciedlają się w uprawianych stylach życia.

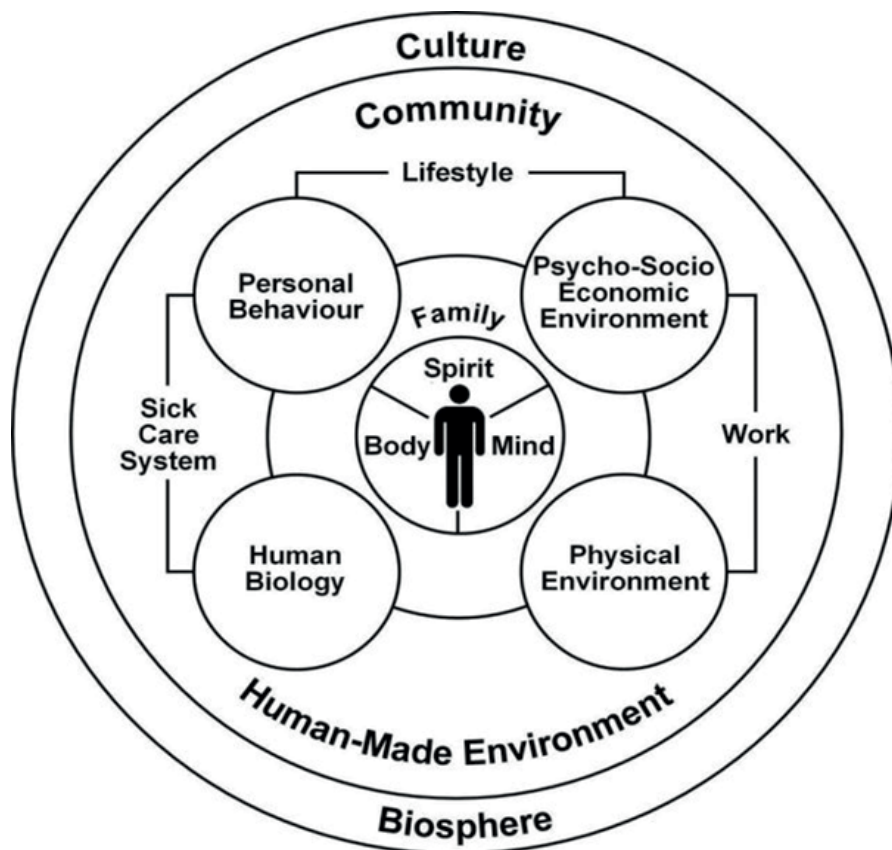
Prozdrowotne trendy w stylach życia wskazują na zdrowie jako kategorię pozytywną – dobre samopoczucie (dobrostan), która posiada trzy wymiary: zdrowie fizyczne, psychiczne, społeczne. Wymiar fizyczny (somatyczny) zdrowia dotyczy prawidłowego funkcjonowania organizmu, wszystkich jego układów i narządów. Wymiar psychiczny zdrowia odnosi się zarówno do sfery umysłowej, jak i emocjonalnej. Umysł determinuje zdolność do jasnego, logicznego myślenia oraz świadomej kontroli nad własnymi myślami, słowami i czynami, a także przejęcie odpowiedzialności za ich konsekwencje. Wymiar emocjonalny natomiast wyraża się poprzez odczuwanie, zdolność do rozpoznawania

⁹ J. Leowski, *Rola i miejsce promocji zdrowia w systemie ochrony zdrowia*, [w:] M. Miller, A. Gębska-Kuczerowska (red.), *Wybrane zagadnienia promocji zdrowia*, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2002, s. 26.

własnych uczuć i wyrażania ich w odpowiedni sposób, umiejętność radzenia sobie ze stresem, napięciami, depresją, lękiem.

Spółeczny wymiar zdrowia odnosi się do umiejętności funkcjonowania w grupie, pracy zespołowej, budowy relacji z innymi ludźmi, zdolności do empatii i pokojowego współistnienia, przestrzegania właściwych norm społecznych i kulturowych.

Rysunek 1. Schemat Mandala – model ekosystemu zdrowia człowieka



Źródło: T. Hancock, F. Perkins, *The Mandala of Health: A Conceptual Model and Teaching Tool. Health Promotion*, [w:] R. Anderson, J. Kickbusch (eds.), *Health Promotion. A Resource Book*, Copenhagen 1990, s. 8-10.

Kreowanie zdrowia we wszystkich wskazanych wymiarach wykracza poza zakres nauk medycznych, wymaga wykorzystania wiedzy interdyscyplinarnej zwłaszcza z zakresu pedagogiki, nauk społecznych ekonomii i zarządzania. Pod względem metodycznym w procesie kreowania zdrowia należy odpowiednio edukować, uświadamiać, promować, wykorzystując różne techniki wywierania wpływu, skuteczne formy perswazji i komunikacji społecznej. Pamiętać też trzeba, iż w praktyce życia codziennego najbardziej trwałe efekty pozostawia uczenie się na własnych doznaniach w procesie gromadzenia doświadczeń.

Znaczenie zdrowia i złożoność jego problematyki uzasadnia konieczność angażowania wielu podmiotów w edukację i promocję zdrowia. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 wskazuje 58 podmiotów odpowiedzialnych za realizację celów i zadań operacyjnych. Na liście tych podmiotów są instytucje administracji rządowej i podległe im jednostki, np.: Ministerstwo Zdrowia, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Ministerstwo Pracy, Państwowa Inspekcja Pracy, Ministerstwo Ochrony Środowiska, Edukacji, Sportu i Turystyki, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Kultury i Dziedzictwa Narodowego. W realizację działań programowych włączone są również samorządy lokalne, np. Wojewódzkie Ośrodki Terapii Uzależnień i Współuzależnienia. Instytucje te z urzędu mają narzucony obowiązek działania na rzecz zdrowia.

Jednocześnie wiedzieć trzeba, że w ostatnim czasie pojawia się coraz więcej instytucji, firm, które poświęcają się działalności na rzecz zdrowia, postrzegając ją jako szansę na własny rozwój w gospodarce rynkowej. Są to organizacje pozarządowe powołane dla promocji zdrowia, edukacji i opieki zdrowotnej oraz liczne firmy produkcyjne, usługowe i handlowe wykorzystujące promocję zdrowia dla celów biznesowych. Dla tych podmiotów zdrowie jest bardzo ważną wartością rynkową gwarantującą dobre dochody. W powszechnym mniemaniu bowiem na zakupach/konsumpcji towarów i usług promujących zdrowie nie powinno się oszczędzać, a obietnice zdrowia, reklamowane wartości prozdrowotne istotnie determinują decyzję zakupu.

Promocja zdrowia w kreowaniu oferty rynkowej

Znaczenie zdrowia oraz lansowana moda na prozdrowotne style życia są inspiracją dla rozwoju podaży dóbr i usług. Wśród potencjalnych oferentów panuje powszechny pogląd, że promując zdrowie w gospodarce rynkowej, można dobrze zarabiać. Szczególnie szybko rozwija się oferta na rynkach dóbr żywnościowych, suplementów diety i leków OTC oraz usług dietetycznych, medycznych, opieki zdrowotnej, aktywnej rekreacji, fitness, SPA itp. Obfitość produktów z certyfikatami, obietnicami korzystnego wpływu na zdrowie jest już wszechobecna w praktyce życia codziennego polskich konsumentów. W ten sposób poprzez kontakt z bogatą ofertą handlową upowszechnia się szybko promocja i edukacja zdrowia. Konsumenty uczą się na własnych doświadczeniach, doznając zarówno pozytywnych, jak i negatywnych skutków zawierzenia obietnicom oferty. Każdy z oferentów bowiem zwykle reklamuje własne produkty, eksponując wybiórczo tylko pozytywne cechy, pomijając inne mniej korzystne ewentualnie skutki uboczne, które mogą pojawić się z opóźnieniem jako efekt „swoistego przedobrzenia” nadmiernej

konsumpcji. Zdarza się to przy suplementach diety spożywanych w dużych ilościach bez konsultacji z lekarzem.

W sklepach przybywa tzw. zdrowej żywności, która – jak twierdzą jej producenci – wyjątkowo korzystnie wpływa na kondycję naszego organizmu i zdrowie. Nie zawsze obietnice te mają podstawy naukowe, ale zwykle są dość skutecznym komunikatem marketingowym.

Jak to jest z tą żywnością ekologiczną, czy rzeczywiście jest zdrowsza od tej kupowanej w hipermarkecie?

Dostawcy żywności ekologicznej zapewniają, że lepsze są warzywa z upraw organicznych i mięso zwierząt hodowanych ekologicznie, bo mają więcej substancji odżywczych. Niestety nie zawsze potrafią to udowodnić. Badania prowadzone od 30 lat nie wykazują, że organiczne jedzenie ma znacznie wyższą wartość odżywczą. Np. organiczne mleko zawiera 20% więcej witaminy E (Newcastle University, 2006), ale to samo mleko ma o 15% mniej witaminy A (Uniwersytet Glasgow, 2007). Wśród argumentów przemawiających za konsumpcją żywności ekologicznej podkreślać warto, że jedzenie nieekologiczne często importowane jest z odległych krajów (np. truskawki z Chin), gdzie jego produkcja jest tańsza. Zanim trafiło na talerz, jest już stare, spędziło w podróży wiele dni. Za to żywność ekologiczna najczęściej produkowana jest lokalnie. Dlatego nawet jeśli nie jest zdrowsza, to przynajmniej jest świeższa i lepiej smakuje...

Z promocją zdrowia w kreowaniu oferty handlowej coraz częściej spotkać się można również na rynkach przemysłowych. Przykładem jest reklama materiałów budowlanych, wyposażenia mieszkań, mebli i artykułów gospodarstwa domowego oraz technologii tkanin, odzieży i obuwia, a także kosmetyków i środków czystości. Potencjalni nabywcy, konsumenci mają do wyboru coraz większą masę produktów o przypisywanych im zaletach prozdrowotnych. Duży wybór na ogół nie ułatwia, ale utrudnia podjęcie właściwej decyzji.

Promocja zdrowia bardzo intensywnie rozwija się w różnych formach reklamy i komunikacji marketingowej, których treść i sposób perswazji skupia się na nakłanianiu do zakupu i konsumpcji. Śledząc informacje promujące zdrowie w świecie realnym (opakowania towarów na półkach sklepowych, ulotki i spoty reklamowe, artykuły prasowe, audycje reklamowe w radiu i telewizji) oraz wirtualnym (zasoby Internetu, sprzedaż internetowa i liczne fora społecznościowe), można mieć uczucie przesytu, nadmiaru treści informacyjnych, często niezgodnych z rzeczywistością, bo pomijających ewentualne zagrożenia i skutki uboczne.

Promocji zdrowia wiele, aż nadto, mniej edukacji i umiejętności dokonywania właściwych wyborów.

Podsumowanie

Poprzez bogatą ofertę rynkową promocja i edukacja zdrowia skutecznie docierają do Polaków i skłaniają do przyjmowania prozdrowotnych stylów życia. Można twierdzić, że moda na zdrowe życie Polaków jest skutkiem przebogatej oferty rynkowej i łatwej dostępności do produktów i usług obiecujących korzystny wpływ na zdrowie. W powszechnym mniemaniu znaczenie zdrowia jest tak wielkie, że warto i trzeba w nie inwestować. Jednakże przesyt reklamy i nadmiar treści informacyjnych promujących tendencyjnie (z pomijaniem zagrożeń i skutków ubocznych) korzyści prozdrowotne oferowanych towarów i usług stawia konsumentów w trudnej sytuacji wyboru. Tym samym ujawnia się niedosyt edukacji zdrowotnej, którą trzeba rozumieć jako całościowy proces uczenia się ludzi, jak żyć, aby zachować i doskonalić zdrowie własne i innych, w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki¹⁰. W procesie edukacji zdrowotnej trzeba też uczyć umiejętności dokonywania właściwych wyborów w dokonywaniu zakupu i konsumpcji dóbr i usług reklamowanych jako prozdrowotne.

Literatura

- Adamek R., *Promocja zdrowia w Unii Europejskiej*, [w:] T. Maksymiuk, J. Skrzypczak (red.), *Polska polityka zdrowotna a akcesja Rzeczypospolitej do UE*, Poznań 2006.
- Borzucka-Sitkiewicz K., *Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, Przewodnik dla edukatorów zdrowia*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Cianciara D., *Trzy dekady promocji zdrowia – czas działać*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 2011, t. 92(1), s. 7-13.
- Demel M., *Pedagogika zdrowia*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980.
- Hancock T., Perkins F., *The Mandala of Health: A Conceptual Model and Teaching Tool. Health Promotion*, [w:] R. Anderson, J. Kickbusch (eds.), *Health Promotion. A Resource Book*, WHO. Regional Office for Europe, Copenhagen 1990.
- Karski J. B., *Promocja zdrowia w Unii Europejskiej*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2001, nr 6.
- Kirschner H., *Zdrowie publiczne – ewolucja pojęć i praktyka*, [w:] J. Nosko (red.), *Zdrowie publiczne w zmieniającej się Europie i w Polsce*, Polskie Towarzystwo Zdrowia Publicznego, Łódź 2004.
- Kosińska M., Niebrój L., Bargiel-Matusiewicz K., *Zdrowie i jego promocja jako wartości: filozofia Józefa Tischnera*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2005, Vol. LX, Suppl. XVI, 235 Sectio D, s. 43-45.
- Lalonde M., *A New Perspective on the Health of Canadians. A working document*, Government of Canada, Ottawa April 1974:32. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> [dostęp 20.01.2011].

¹⁰ B. Woynarowska, *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2007.

- Leowski J., *Rola i miejsce promocji zdrowia w systemie ochrony zdrowia*, [w:] M. Miller, A. Gębska-Kuczerowska (red.), *Wybrane zagadnienia promocji zdrowia*, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2002.
- Mazur K., Promocja zdrowia w działalności Państwowej Inspekcji Sanitarnej, „Studia Prawno-Ekonomiczne” 2011, t. LXXXIII, s. 169-190.
- Narodowy Program Zdrowia 1996–2006*, „Lider” 1997, nr 1, 2, 3.
- Ottawa charter for health promotion. An International Conference on Health Promotion and Protection, November 17–18, Ottawa, Ontario 1986*, „Health Promotion” 1986, vol. 4.
- The Jakarta declaration on the health promotion into 21th Century*. Jakarta, WHO 1997.
- Tischner J., *Etyka wartości i nadziei*, [w:] D. von Hildebrand, J.A. Kłoczowski, J. Paściak, J. Tischner J. (red.), *Wobec wartości*, Wydawnictwo W drodze Poznań 1984, s. 53-149.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna w szkole*, [w:] B. Woynarowska (red.), *Zdrowie i szkoła*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, PWN, Warszawa 2007.
- Woynarowska B., *Zdrowie, edukacja do zdrowia, promocja zdrowia*, [w:] A. Jaczewski (red.), *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*, cz. II, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1998.

Kampanie społeczne o tematyce zdrowotnej – analiza treści i form przekazów komunikacyjnych

Health promotion campaigns – analysis of the content and forms of communication

Magdalena Daszkiewicz¹

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

ORCID: [0000-0003-1466-2454](https://orcid.org/0000-0003-1466-2454)

Streszczenie

Zdrowie i zdrowy styl życia jest przedmiotem wielu kampanii społecznych, których celem jest budowanie świadomości, profilaktyka, promocja zachowań prozdrowotnych, pomoc w walce z chorobą oraz poprawa jakości życia chorych. Realizacja tych celów jest możliwa dzięki budowaniu przekazów, których treść wynika z przyjętego sposobu pozycjonowania, wyznaczającego kierunek działań komunikacyjnych. Dotarcie z przekazem do odbiorców wymaga wyboru odpowiednich form przekazu, których skuteczność zależy od analizy rynku docelowego oraz wykorzystania kreatywnych rozwiązań. Celem artykułu jest identyfikacja cech i form przekazów stosowanych w kampaniach społecznych dotyczących problematyki zdrowia i zdrowego stylu życia. W artykule wykorzystano zbiorowe studium przypadku kampanii społecznych o tematyce zdrowotnej nagrodzonych w konkursie Kampania Społeczna Roku organizowanym przez Akademię Komunikacji Społecznej. Analizie poddano hasła, podstawowe treści oraz formy przekazów, w wyniku której zidentyfikowano cechy kampanii o tematyce zdrowotnej mogące wpływać na jej skuteczność. Analizy dokonano w kontekście celów, rynków docelowych kampanii i sposobów pozycjonowania.

Słowa kluczowe

kampanie społeczne, marketing społeczny, promocja zdrowia, przekaz kampanii, komunikacja marketingowa

Abstract

Health and a healthy lifestyle are a subject of many social campaigns, the purpose of which is to build awareness, prevention, promotion of pro-health behaviors, help in the fight against disease and improve the quality of life of patients. The implementation of these goals is possible thanks to the construction of messages, the content of which results from the way of positioning, defining the direction of communication activities. Reaching the audience with the message requires choosing the appropriate forms of communication, which effectiveness depends on the analysis of the target market and the use of creative solutions. The article aims to identify the characteristics and forms of messages used in social campaigns regarding health and a healthy lifestyle. We used a collective case study of health-promotion campaigns awarded in the Social Campaign of the Year Competition organized by the

¹ E-mail: magdalena.daszkiewicz@ue.wroc.pl.

Academy of Social Communication. The analysis covered the slogans, basic content, and forms of messages. We identified features that may influence the effectiveness of health campaigns. The analysis was made in the context of objectives, target audiences, and ways of positioning.

Keywords

social campaigns, social marketing, health promotion, campaign message, marketing communication

JEL: M31, M37, M39

Wprowadzenie

Kampanie społeczne są ważnym elementem marketingu społecznego, obejmując celowe działania komunikacyjne ukierunkowane na rozwiązanie lub ograniczenie problemów społecznych poprzez zmianę postaw lub zachowań określonych grup docelowych. Według definicji Fundacji Komunikacji Społecznej „kampania społeczna to zestaw różnych działań zaplanowanych w konkretnym czasie, skierowanych do określonej grupy docelowej, której celem jest doprowadzenie do wzrostu wiedzy, zmiany myślenia, zachowania wobec określonego problemu społecznego lub prowadzi do rozwiązywania problemu społecznego blokującego osiągnięcie dobra wspólnego zdefiniowanego, jako dany cel marketingowy”².

Kampanie społeczne dotyczą wielu obszarów społecznych, a jednym z nich jest zdrowie i zdrowy styl życia. Kampanie w tym obszarze służą budowaniu świadomości, profilaktyce, promocji zachowań prozdrowotnych, pomocy w walce z chorobą oraz poprawie jakości życia chorych. Realizacja tych celów jest możliwa dzięki budowaniu przekazów, których treść wynika z przyjętego sposobu pozycjonowania, wyznaczającego kierunek działań komunikacyjnych. Dotarcie z przekazem do odbiorców wymaga wyboru odpowiednich form przekazu, których skuteczność zależy od analizy rynku docelowego oraz wykorzystania kreatywnych rozwiązań.

Celem artykułu jest identyfikacja cech i form przekazów stosowanych w kampaniach społecznych dotyczących problematyki zdrowia i zdrowego stylu życia. W artykule wykorzystano zbiorowe studium przypadku kampanii społecznych o tematyce zdrowotnej nagrodzonych i wyróżnionych w konkursie Kampania Społeczna Roku organizowanym przez Akademię Komunikacji Społecznej. W badaniu wykorzystano analizę treści raportów konkursów organizowanych przez Akademię od 2010 roku oraz oficjalnych materiałów promocyjnych kampanii. Analizie poddano hasła, treści oraz formy przekazów, w wyniku której zidentyfikowano cechy kampanii o tematyce

² *Kampania społeczna – definicja fundacji komunikacji społecznej*, <https://kampaniespoleczne.pl/kampania-spoleczna-definicja-fundacji-komunikacji-spolecznej/> [dostęp 25.04.2019].

zdrowotnej mogące wpływać na ich skuteczność. Analizy dokonano w kontekście celów, rynków docelowych kampanii i sposobów pozycjonowania.

Definiowanie rynku docelowego, celów i strategii pozycjonowania w kampaniach społecznych

W tworzeniu skutecznych kampanii społecznych istotne znaczenie odgrywa proces planowania obejmujący analizę problemu społecznego, zdefiniowanie rynku docelowego, określenie celów, sposobu pozycjonowania i głównego przekazu kampanii, treści komunikacyjnych oraz rozwiązań w zakresie kreacji i wykorzystywanych form komunikacyjnych³.

Kluczowe znaczenie dla planowania kampanii ma przeprowadzenie szczegółowej analizy wstępnej, która pozwala nie tylko na lepsze zrozumienie problemu i jego otoczenia, ale także ułatwia wybór grup docelowych programu, określenie możliwości zmiany postaw i zachowań, konkretyzację celów i wytyczenie sposobów dotarcia do odbiorców⁴.

Budowanie kampanii społecznej wymaga precyzyjnego określenia rynku docelowego. Podobnie jak w marketingu komercyjnym, także w marketingu społecznym wybór ten jest poprzedzony procesem segmentacji. Określenie profilu i analiza zachowań grupy docelowej ułatwia zdefiniowanie celów, dopracowanie przekazów kampanii, jej form i kanałów dotarcia do odbiorców.

Planowanie kampanii społecznej i pomiar jej efektów wymaga zdefiniowania celów. Zaczynamy od głównego celu pozwalającego na określenie ogólnego wpływu, jaki zamierzamy osiągnąć. W rozwiązywaniu problemów społecznych można dążyć do wyeliminowania problemu, ograniczenia liczby wystąpień problemu, ograniczenia skutków i skali szkód związanych z problemem, poprawy w zakresie radzenia sobie z problemem, ograniczenia warunków do rozwoju problemu (zmiana elementów otoczenia)⁵.

Z punktu widzenia realizacji kampanii istotne jest rozwinięcie celu ogólnego i przedstawienie celów szczegółowych. Rozwinięcie celu oznacza skoncentrowanie kampanii na konkretnym obszarze, co ułatwia ukierunkowanie działań. Zawężenie celu może oznaczać odwoływanie go do produktów, odbiorców lub zachowań. Przykładowo cel kampanii dotyczącej profilaktyki AIDS może odnosić do stosowania prezerwatyw,

³ M. Daszkiewicz, *Czynniki sukcesu kampanii społecznej na przykładzie kampanii „Możesz to zmienić”*, „Marketing i Zarządzanie” 2016, nr 4(45), s. 134

⁴ Szerzej: M. Daszkiewicz, *Planowanie kampanii społecznych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. Nauki o Zarządzaniu” 2011, t. 6, nr 161, s. 133-137; N.K. Weinreich, *Hands-on Social Marketing*, Sage Publications, Thousand Oaks 2011, s. 27-90.

⁵ M. Daszkiewicz, *Planowanie kampanii...*, s. 139.

odwoływać się do sprecyzowanej grupy ryzyka lub skupiać się na unikaniu przypadkowych kontaktów seksualnych.

Cel główny powinien zostać przełożony na cele szczegółowe, które pozwolą na projektowanie działań i późniejszy pomiar efektów kampanii. Obejmują one cele odnoszące się do⁶:

- zachowań, jakich oczekujemy od rynku docelowego,
- wiedzy, jaką powinni uzyskać odbiorcy,
- postaw związanych z tym, w co nasi odbiorcy powinni wierzyć i co czuć.

Cele kampanii zostają przełożone na projekt strategii, a następnie na kreację kampanii. Cele szczegółowe pełnią także funkcję celów komunikacyjnych, gdyż ich realizacja jest związana z treściami przekazów. Kampanie społeczne mają bowiem zwiększać świadomość odbiorców poprzez dostarczenie niezbędnej wiedzy, wpłynąć na odczucia i postawy oraz wskazać na oczekiwane zachowania i sposób ich realizacji.

Kierunek działań komunikacyjnych w kampaniach społecznych wynika z przyjętego sposobu pozycjonowania. Twórcy kampanii określają oczekiwany sposób postrzegania proponowanego zachowania przez odbiorców, w celu zajęcia istotnego miejsca w ich świadomości. W marketingu społecznym pozycjonowanie można oprzeć na proponowanym zachowaniu, jego korzyściach, barierach (a właściwie ich przewyżczeniu lub minimalizowaniu) albo odnieść bezpośrednio do konkurencji⁷. Wymaga to odpowiedzi na pytanie, jak rynek docelowy ma postrzegać proponowane zachowanie i zdefiniowania pozycji, jaką chcemy zająć w umysłach odbiorców w relacji do zachowań konkurencyjnych.

Proces pozycjonowania w marketingu społecznym podlega podobnym zasadom jak w marketingu komercyjnym. Jego podstawą powinna być analiza profilu i badania grupy docelowej w zakresie postrzeganych korzyści i barier proponowanych zachowań oraz zachowań konkurencyjnych. Prowadzi ona do określenia, które z czynników należy podkreślać w komunikatach kampanii i wyboru jednej z możliwych strategii pozycjonowania⁸:

- 1) pozycjonowanie skoncentrowane na proponowanym zachowaniu;
- 2) podkreślanie/zwiększanie znaczenia korzyści proponowanych zachowań;
- 3) pokonywanie barier/ umniejszanie kosztów proponowanych zachowań;
- 4) pozycjonowanie skoncentrowane na konkurencji (umniejszania korzyści lub podkreślania kosztów zachowań konkurencyjnych).

⁶ P. Lee, N.R. Kotler, *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good*, Sage Publications, Inc., Los Angeles, London, New Delhi, Singapore 2011, s. 167.

⁷ *Ibidem*, s. 221.

⁸ Por. *ibidem*.

Określenie rynku docelowego, celów i sposobu pozycjonowania jest podstawą budowania przekazów komunikacyjnych, które znajdują swój wyraz w hasłach i treściach komunikatów kampanii społecznych.

Budowanie przekazów komunikacyjnych – aspekty teoretyczne

Budowanie skutecznych przekazów kampanii, których efektem będzie trwała zmiana, wymaga powiązania wiedzy teoretycznej z wynikami analizy dokonanej na potrzeby przygotowania kampanii. Istotne staje się więc zrozumienie istoty procesów zmian zachowań, w czym pomagają ujęcia modelowe. Jest to szczególnie ważne w przypadku kampanii o tematyce prozdrowotnej. Tu zmiana zawsze ma charakter procesowy, niezależnie czy celem jest wprowadzenie, czy zwiększenie częstotliwości pożądanego zachowania, zaprzestanie lub modyfikacja określonych zachowania, czy też odrzucenie potencjalnie groźnego zachowania.

W artykule jedynie skrótowo przedstawiamy wybrane teorie wyjaśniające procesy zmian zachowań zdrowotnych i społecznych, które mogą być podstawą uogólnień ważnych z punktu widzenia budowania przekazów kampanii. W działaniach prospołecznych możemy więc wykorzystać modelowe ujęcia zmian zachowań takie jak: model przekonania zdrowotnych (*Health Belief Model* – HBM), teoria planowanego zachowania, teoria społecznego uczenia się, transteoretyczny model zmiany i procesualny model zachowań zdrowotnych (*Health Action Process Approach* – HAPA). Modele te wraz z krótkim opisem zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Wybrane modele zmian zachowań zdrowotnych i społecznych

Model	Opis modelu
Model przekonania zdrowotnych (Rosenstock, Strecher, Becker 1988; Strecher, Champion, Rosenstock 1997)	Model wyjaśnia warunki konieczne do wystąpienia zmiany zachowań, skupiając się na dwóch głównych aspektach: postrzeganiu zagrożeń i ocenie behawioralnej. Na zmianę mają wpływ następujące czynniki: postrzegana podatność, postrzegane zagrożenie, postrzegane korzyści i koszty, motywacja, wskazówki do działania, poczucie własnej skuteczności.
Teoria planowanego zachowania (Ajzen 1985, 1991)	Teoria wskazuje na intencję zachowania jako najbardziej istotną determinantę zmiany zachowań. Mają na nią wpływ trzy najważniejsze czynniki: stosunek do zachowania, subiektywne normy związane z zachowaniem i postrzegana kontrola zachowania.
Teoria społecznego uczenia się (Bandura 1986, 1988)	Model wyjaśnia zmianę zachowań pod wpływem czynników osobistych i środowiskowych. Motywacja do działania wynika z przekonania, że oczekiwane korzyści przeważą nad efektami negatywnymi. W przypadku braku własnych doświadczeń przekonania w zakresie zmian czerpane są z obserwacji zachowań innych ludzi.

Model	Opis modelu
Transteoretyczny model zmiany (Prochaska, DiClemente 1983)	Model opisuje etapy, jakie przechodzi człowiek w trakcie zmiany zachowań. Są to: wstępna kontemplacja, kontemplacja, przygotowanie, działanie, utrzymanie. W trakcie tych etapów zachodzą procesy zmian: podnoszenie świadomości, samowyzwolenie, wyzwoleń społeczne, przeciwdziałanie, kontrola bodźców, wzmacnianie, zasadnicza poprawa, relacje wspierające.
Procesualny model zachowań zdrowotnych (Schwarzer 2001, 2008)	Model zakłada dwie fazy zmiany zachowania – motywacyjną i wolicjonalną. W obu fazach istotną zmienną jest samoskuteczność, na którą składa się: samoskuteczność w inicjowaniu działania (<i>preaction self-efficacy</i>), samoskuteczność w utrzymaniu działania (<i>maintenance self-efficacy</i>) oraz samoskuteczność w powrocie do zdrowia (<i>recovery self-efficacy</i>), odnosząca się także przekonani o zdolności do wznowienia zachowania po ewentualnym niepowodzeniu.

Źródło: opracowano na podstawie: I.M. Rosenstock, V.J. Strecher, i M.H. Becker, *Social Learning Theory and the Health Belief Model*, „Health Education & Behavior” 1988, Vol. 15, No. 2, s. 175-183; V. Stretcher i I.M. Rosenstock, *Chapter 4: Health Belief Model*, [w:] K. Glanz, F.M. Lewis, B.K. Rimer (eds.), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, Jossey-Bass, San Francisco 1997, s. 31-36; I. Ajzen, *From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior*, [w:] J. Kühn, J. Beckmann (eds.), *Action Control*, Springer, Berlin-Heidelberg 1985, s. 179-211; I. Ajzen, *The theory of planned behavior*, „Organizational Behavior and Human Decision Processes”, Vol. 50, Iss. 2, s. 179-211; A. Bandura, *Social cognitive theory*, [w:] R. Vasta (ed.), „*Annals of child development. Six theories of child development*” vol. 6, JAI Press, Greenwich 1996, s. 1-6; J.O. Prochaska i C.C. DiClemente, *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1983, Vol. 51, no. 3, s. 390-395; R. Schwarzer, *Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors*, „Applied Psychology” 2008, Vol. 57, no 1, s. 1-29; R. Schwarzer, *Social-cognitive factors in changing health-related behaviors*, „Current Directions in Psychological Science” 2001, Vol.10, no 2, s. 47-51.

Teoretyczne ujęcia zmian zachowań dostarczają wskazówek istotnych z punktu widzenia budowania przekazów kampanii społecznych. Podstawą skuteczności komunikatów jest bowiem określenie warunków skutecznego oddziaływania, co wskazuje na konieczność zawierania w kampaniach odnoszących się do tych warunków treści. W wyniku syntezy przedstawionych modeli można wskazać na następujące czynniki warunkujące przyjęcie promowanych zachowań przez odbiorców kampanii społecznych⁹:

- Świadomość ryzyka i konsekwencji problemu.
- Wiara w to, że proponowane zachowanie zapobiega wystąpieniu problemu, zmniejsza jego ryzyko, minimalizuje lub ogranicza konsekwencje problemu.
- Przekonanie, że korzyści przeważają nad ujemnymi stronami i kosztami proponowanego zachowania.

⁹ Por. N.K. Weinreich, *op. cit.*, s. 111.

- Świadomość posiadania cech i umiejętności potrzebnych do realizacji proponowanego zachowania.
- Poczucie własnej skuteczności wyrażające się w wierze we własne możliwości związane z przyjęciem zachowania.
- Postrzeganie proponowanego zachowania jako sprzyjającego dowartościowaniu w oczach własnych i w odbiorze społecznym.

Ze względu na perswazyjny charakter przekazów należy podjąć decyzję związaną z przedstawieniem jej najważniejszych treści w formie apeli, które w najbardziej widocznej i skrótowej formie przyjmują formę haseł kampanii. W kampaniach społecznych wykorzystuje się apele emocjonalne i racjonalne. Stanowi to pewne uproszczenie, gdyż efektem jednych i drugich może być jednak wpływ na emocje. Wynika to z tego, że nawet racjonalne informacje i statystyki prezentujące skalę problemu i wynikających z niego niebezpieczeństw mogą wywołać poczucie zagrożenia, strach, oburzenie i inne reakcje emocjonalne. W literaturze z zakresu marketingu społecznego i marketingu podejmuje się temat odwoływania się do motywacji i emocji, zarówno o charakterze pozytywnym, jak i negatywnym.

Decyzje w zakresie apeli kampanii społecznych są często decyzjami dotyczącym wywołania pozytywnych lub negatywnych motywacji, co daje podstawy rozróżnienia między apelami pozytywnymi i negatywnymi. W apelach pozytywnych odwołujemy się do po pozytywnych motywacji, których celem jest osiągnięcie pozytywnych efektów w postaci pożądanego, normalnego stanu. W przypadku apeli negatywnych motywacją ma być usunięcie, uniknięcie lub ograniczenie negatywnego stanu lub doświadczenia¹⁰.

Opierając się na badaniach Rossitera i Percy'go (1991), cel w postaci wywołania określonego typu motywacji jest związany nie tyle z pobudzeniem pojedynczych emocji, co z określoną ich sekwencją¹¹ (tabela 2).

Tabela 2. Typy motywacji z związane z nimi sekwencje emocji (według Rossitera i Percy'go)

Motywacje negatywne	Sekwencja emocji
<ul style="list-style-type: none"> • Usuwanie problemu • Unikanie problemów • Niepełna satysfakcja • Podejście – unikanie • Odczucie braku/wyczerpanie 	Irytacja > ulga Strach > relaks Rozczarowanie > optymizm Konflikt > spokój ducha Lekkie poirytowanie > dogodność/wygoda

¹⁰ N. Donovan, R. Henley, *Social marketing principles and practice*, IP Communications, Melbourne 2003, s. 103.

¹¹ J.R. Rossiter i L. Percy, *Emotions and Motivations in Advertising*, „ACR North American Advances in Consumer Research” 1991, vol. 18, s. 100-110.

Motywacje pozytywne	Sekwencja emocji
<ul style="list-style-type: none"> Zmysłowa satysfakcja/gratyfikacja Stymulacja intelektualna/dążenie do mistrzostwa Uznanie społeczne/konformizm 	<p>Obojętność (neutralność) > oczekiwane odczucia (np. radość)</p> <p>Znużenie (neutralność) > podekscytowanie</p> <p>Naiwność (neutralność) > kompetencja</p> <p>Lęk/obawy (lub neutralność) > pochlebstwa/pewność</p> <p>Zawstyżenie/wstyd > duma/pewność</p>

Źródło: J.R. Rossiter, L. Percy, *Emotions and Motivations in Advertising*, „ACR North American Advances in Consumer Research” 1991, vol. 18, s. 100-110, <http://acrwebsite.org/volumes/7146/volumes/v18/NA-18> [dostęp 21.04.2019]. Tłumaczenie: Magdalena Daszkiewicz.

Należy zwrócić uwagę, że zarówno w przypadku motywacji negatywnych, jak i pozytywnych zazwyczaj pożądanym jest kierunek zmian ku emocjom pozytywnym. Jednak w kampaniach, w których budujemy świadomość zagrożeń i dążymy do profilaktyki poprzez odrzucanie potencjalnie groźnych zachowań, stosuje się również przekazy oparte na sekwencji emocji od pozytywnych (np. uspokojenie) ku negatywnym (lęk, strach).

Tematem wielu publikacji naukowych z zakresu marketingu społecznego jest skuteczność i możliwości wykorzystania strachu w kampaniach społecznych. Część z nich odnosi się do poziomu strachu i związanej z nim skuteczności komunikacji. We wczesnych badaniach (np. Stuterville 1970) wskazywano, że efektem wywołania zbyt wysokiego poziomu strachu może być inercja lub nieoczekiwane reakcje odbiorców¹². Skupienie się w przekazie jedynie na wywołaniu wysokiego poziomu strachu może więc nie wywołać działania, a jedynie próbę zminimalizowania poziom odczuwanego strachu. Dotyczy to jednak komunikatów, w których strach stanowi główną, a nawet samodzielną treść przekazu.

Według K. Witte i M. Allena (2000) efektami zastosowania czynnika strachu w komunikacji może być kontrolowanie niebezpieczeństwa, kontrola strachu i brak reakcji. Określają oni cztery kluczowe czynniki, które determinują skuteczność komunikacji odwołującej się do strachu. Są nimi: postrzeganie zagrożenia i podatności na problem oraz poczucie własnej skuteczności (w odniesieniu do kompetencji podjęcia działań) i postrzegana skuteczność podjęcia działań¹³. Należy podkreślić, że już we wcześniejszych pracach badacze (Hovland i inni 1953; Rogers 1975) wskazywali na istnienie trzech głównych zmiennych stymulujących związanych z wykorzystaniem apeli opartych na

¹² R. Stuterville, *Psychic Defenses Against High Fear Appeals: A Key Marketing Variable*, „Journal of Marketing” 1970, Vol. 34, s. 39-45, [za:] N. Henley, R.J. Donovan, H. Moorhead, *Appealing to Positive Motivations and Emotions in Social Marketing: Example of a Positive Parenting Campaign*, „Social Marketing Quarterly” 1998, vol. 4, No. 4, s. 48.

¹³ K. Witte i M. Allen, *A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns*, „Health Education and Behavior” 2000, Vol. 27, No. 5, s. 591-615.

strachu: dotkliwość (powaga) zdarzenia, prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia, w przypadku braku środków zapobiegawczych i skuteczność zaleceń dotyczących zmniejszenia ryzyka lub wyeliminowania szkodliwego zdarzenia¹⁴.

Wykorzystanie strachu może wywoływać intencję zmiany i wywoływać działanie, gdy apele emocjonalne są powiązane z przekazami odnoszącymi się do wagi zagrożenia i odniesieniami do prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia. Postrzeganie podatności zwiększa się, gdy przekaz zostaje wzmocniony przez personifikację treści i podkreślenie podobieństw między osobami dotkniętymi problemem a członkami grupy docelowej. Wyniki badań K. Witte i M. Allena wskazują na to, że silne apele wywołujące strach powodują wysoki poziom postrzeganej dotkliwości oraz podatności i są bardziej przekonujące niż apele o niskim lub słabym strachu. Według nich przekazy, które sprawiają, że problem wydaje się poważny i może się zdarzyć, są najbardziej motywujące¹⁵.

W kampaniach społecznych należy wykazać dużą ostrożność w odwoływaniu się do strachu. Skuteczność zmiany zachowań będzie niska, jeśli docelowi odbiorcy nie będą wierzyć, że są w stanie skutecznie zapobiec zagrożeniu. Silny lęk przemawia tylko wtedy, gdy towarzyszą mu równie silne przesłania dotyczące skuteczności. Przekazy muszą sprawić, że odbiorcy docelowi uwierzą, że są w stanie wykonywać proponowane zachowania (silne postrzeganie własnej skuteczności) i że zachowania te skutecznie prowadzą do uniknięcia lub zminimalizowania zagrożenia (wysoka postrzegana skuteczność podjęcia działań). Aby zwiększyć u odbiorców poczucie własnej skuteczności, twórcy kampanii powinni zidentyfikować bariery, które ograniczają postrzeganą zdolność do wykonywania zalecanych działań i bezpośrednio odnosić się do nich w komunikatach. Strach może być więc poważnym motywatorem, o ile ludzie wierzą, że są w stanie się chronić¹⁶.

W kampaniach społecznych możemy wykorzystać komunikaty jednostronne i dwustronne. Jednostronne komunikaty odwołują się zazwyczaj jedynie do korzyści wynikających z oferty, podczas gdy dwustronne wskazują także na bariery. Jak wynika z badań, jednostronne komunikaty są skuteczniejsze w przypadku odbiorców, którzy wykazują pozytywne nastawienie do oferowanych produktów. W marketingu społecznym oznacza to sytuację, w której grupa docelowa wykazuje pozytywne nastawienie, wyrażające się przekonaniem o słuszności czy pozytywnych skutkach zaangażowania w proponowane zachowania. Jeśli odbiorcy wyrażają opór wobec proponowanych rozwiązań, wyrażają wątpliwości lub mają negatywne skojarzenia, skuteczniejsze mogą okazać się przekazy o dwustronnej argumentacji¹⁷. Odwołuje się ona także do niedogodności, barier,

¹⁴ M. Conner, *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models*, Open University Press, Buckingham 2005.

¹⁵ *Ibidem*, s. 606.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ P. Lee, N.R., Kotler, *op. cit.*, s. 325.

kosztów związanych z proponowanym zachowaniem, które jednak mają mniejsze znaczenie w obliczu przedstawianych korzyści lub które można zminimalizować przy odpowiednich działaniach i wsparciu. W dwustronnej argumentacji można także przeciwstawiać proponowane zachowanie i zachowaniom konkurencyjnym, ukazując lub zwiększając wynikające z nich koszty.

Dla skuteczności przekazu ma również znaczenie sposób prezentacji treści, czyli forma przekazu, określana w ramach strategii kreatywnej. Przekazy przyjmują formę sloganów oraz konkretnych komunikatów, które docierają do odbiorców za pomocą określonych nadawców i narzędzi komunikacji.

Metoda badawcza

Na potrzeby artykułu przeprowadzono zbiorowe studium przypadku kampanii społecznych o tematyce zdrowotnej (zdrowia, zdrowego stylu życia) wyróżnionych w konkursie Kampania Społeczna Roku organizowanym przez Akademię Komunikacji Społecznej.

Celem konkursu jest wyłonienie najlepszych pod względem marketingowym kampanii społecznych. Jury złożone z ekspertów w zakresie marketingu społecznego ocenia podejście marketingowe, od pomysłu po realizację kampanii. Konkurs organizowany jest od roku 2008. Brakuje jednak dostępnych materiałów na temat konkursu z roku 2008, a w roku 2009 wśród laureatów zabrakło kampanii dotyczących zdrowia i zdrowego stylu życia. Akademia Komunikacji Społecznej ostatni konkurs na Kampanię Społeczną Roku zorganizowała w 2017 roku (Edycja 2016), kolejny konkurs został zaplanowany na rok 2019 i obejmie oceną dwa lata (Edycja 2017 i 2018).

W badaniu wykorzystano analizę treści raportów konkursów Kampania Społeczna Roku z edycji od 2010 do 2016¹⁸, szczegółowych informacji na temat kampanii konkursowych publikowanych oficjalnej stronie konkursu, stron i profili internetowych oraz dostępnych materiałów promocyjnych kampanii. Zbiorowym studium przypadku zostało objęte 13 nagrodzonych i wyróżnionych kampanii społecznych o tematyce zdrowotnej (tabela 3), których opis i materiały umożliwiły pełną analizę treści i form przekazów.

¹⁸ Edycja Konkursu 2016 obejmowała kampanie realizowane na terytorium Polski od 1.01.2016 do 31.03.2017.

Tabela 3. Kampanie społeczne o tematyce zdrowotnej nagrodzone i wyróżnione w konkursie Kampania Społeczna Roku (2010-2016)

Kampanie społeczne (Organizator)	Edycja	Obszar kampanii
Rak'n'Roll. Wygraj życie (Fundacja Rak'n'Roll)	2010	Walka z chorobą, poprawa jakości życia chorych
Kampania Mam SM (Gedeon Richter)	2010	Budowanie świadomości
Daj Włos (Fundacja Rak'n'Roll)	2011	Poprawa jakości życia chorych
Życie to nie Facebook (Polski Czerwony Krzyż)	2011	Profilaktyka zdrowia
Boskie matki (Fundacja Rak'n'Roll)	2011	Budowanie świadomości, walka z chorobą
SM - Walcz o siebie! (Gedeon Richter)	2012 2013	Budowa świadomości, poprawa jakości życia chorych
Ciśnienie na życie (Polfa Warszawa Grupa Polpharma)	2013	Profilaktyka zdrowia
Stomasalife (Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO)	2014	Poprawa jakości życia chorych, budowanie świadomości
Truckerslife (Fundacja Truckers Life)	2014	Promocji zachowań prozdrowotnych
Hivokryzja. Wyleczmy się (Fundacja Studio Psychologii Zdrowia)	2015	Poprawa jakości życia chorych
Organizm w dobrym nastroju (Ministerstwo Zdrowia)	2015	Profilaktyka zdrowia
Łap jaja (TWIN digital collective, melting pot Strategic Collective, Złap raka za jaja)	2016	Profilaktyka zdrowia, wczesne wykrycie choroby
Dzieci nie chcą FAS (Fundacja EY)	2016	Budowanie świadomości, profilaktyka zdrowia

Źródło: opracowano na podstawie http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/kk_zwyciezcy.php [dostęp 2.02.2019]

Jakościowej analizie poddano hasła, podstawowe treści oraz formy przekazów, w kontekście celów, rynków docelowych kampanii i sposobów pozycjonowania. W ramach studium przypadku dla każdej kampanii zidentyfikowano: sposób pozycjonowania, charakter apeli (wraz z sekwencją emocji), zawartość głównych przekazów (w tym wykorzystanie faktów, statystyk, wyników badań), nadawców przekazu/twarze kampanii styl(ton) kampanii i kreatywne formy komunikowania. W wyniku analizy określono cechy kampanii o tematyce zdrowotnej, które mogą wpływać na ich skuteczność.

Analiza treści i form przekazów kampanii społecznych o tematyce zdrowotnej

Podstawą skutecznego oddziaływania w kampaniach społecznych jest określenie celów, rynku docelowego i sposobu pozycjonowania. Treści i formy przekazów są więc pochodną wcześniejszych wyborów strategicznych. Punktem wyjścia analizy w ramach zbiorowego studium przypadku jest określenie celów i grup docelowych objętych badaniem kampanii.

Kampanie w obszarze zdrowia i zdrowego stylu życia służą budowaniu świadomości, profilaktyce oraz promocji zachowań prozdrowotnych. Jak wynika z wcześniejszych rozważań, cele ogólne powinny mieć swoje odbicie w celach komunikacyjnych, które wynikają z analizy problemu i definicji grupy docelowej. W tabeli 4 przedstawiono cele i grupy docelowe analizowanych kampanii.

Tabela 4. Cele i grupy docelowe kampanii o tematyce zdrowotnej

Kampania	Cele kampanii	Grupa docelowa
Rak'n'Roll. Wygraj życie	Dostarczenie pozytywnej energii pomagającej w walce z chorobą Przełamanie stereotypów w komunikowaniu o raku poprzez „uczłowieczenie” problemu i skupienie się na zwykłych codziennych potrzebach osób chorych i ich rodzin.	Kobiety po chorobach nowotworowych, kobiety aktualnie chore na nowotwory; najbliższe otoczenie osób, rodzina, przyjaciele; szeroka opinia społeczna
Kampania Mam SM	Uświadamianie społeczeństwa nt. SM (czym jest SM – choroba, która często nagle i niespodziewanie dotyka osoby u progu wejścia w dorosłe życie). Edukacja społeczeństwa i przyszłych lekarzy nt. objawów SM w celu wczesnej diagnostyki choroby, dzięki czemu pacjenci będą skuteczniej leczeni i rehabilitowani	Młodzi ludzie (20-40 lat w wieku osób z SM), pacjenci, ich rodziny i bliscy, społeczeństwo, studenci medycyny
Daj Włos	Namówienie zdrowych posiadaczek długich włosów do obcięcia ich, by mogły z nich powstać naturalne peruki potrzebne kobietom przechodzącym chemioterapię Zachęcenie kobiet do pomocy innym kobietom, w sposób angażujący je osobiście i jednocześnie bardzo beneficjentkom potrzebny	Kobiety zdrowe posiadające długie włosy, właściciele salonów fryzjerskich
Życie to nie Facebook	Budowa świadomości na temat zagrożeń związanych z wirusem HIV oraz negatywnych konsekwencji przenoszenia mechanizmów szybkiej i często płytkiej komunikacji internetowej do życia codziennego. Zachęcenie odbiorców do unikania przypadkowych znajomości, które często kończą się w łóżku oraz regularnego badania krwi na obecność wirusa HIV.	Młodzi ludzie, użytkownicy Internetu -przede wszystkim portali społecznościowych.

Kampania	Cele kampanii	Grupa docelowa
Boskie matki	<p>Uświadomienie szerokiej opinii publicznej, że istnieje szansa na urodzenie dziecka przez kobietę objętą leczeniem onkologicznym.</p> <p>Wsparcie kobiet dostępie do najlepszych ekspertów (onkologów, ginekologów) w celu podjęcia własnej decyzji o utrzymaniu lub przerwaniu ciąży.</p>	Szeroka opinia publiczna, kobiety dotknięte chorobą nowotworową i ich najbliższe otoczenie, środowisko medyczne lekarzy onkologów.
SM – walcz o siebie!	<p>Przekonanie pacjentów, że Stwardnienie Rozsiane nie musi oznaczać wyroku, i że warto walczyć o właściwą nowoczesną terapię, która daje szansę na normalne funkcjonowanie.</p> <p>Przekonanie decydentów i opinii publicznej, że właściwa terapia na wczesnym etapie choroby pozwala ograniczyć /uniknąć jej najtragiczniejszych skutków.</p>	Osoby chore na stwardnienie rozsiane (SM), ich bliscy, ogół społeczeństwa, pracodawcy, decydenci.
Ciśnienie na życie	<p>Zachęcenie Polaków do profilaktyki chorób układu krążenia.</p> <p>Uświadomienie Polakom, jakie ryzyko niesie za sobą brak profilaktyki schorzeń układu krążenia. Zachęcenie Polaków do regularnych pomiarów ciśnienia tętniczego i motywowania bliskich osób, by wykonały pomiar ciśnienia.</p>	Osoby zagrożone chorobami serca, w szczególności 50+, ich rodziny, lekarze, farmaceuci, media
Stomasalife	Przełamanie tabu związanego ze stomią, edukacja pacjentów oraz społeczeństwa w zakresie faktów i mitów z nią związanych. Aktywizacja stomików w życiu towarzyskim i zawodowym oraz ich pozytywny odbiór w społeczeństwie.	Stomici i ich bliskie otoczenie, personel medyczny, opinia publiczna
Truckerslife	<p>Promocja aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia wśród kierowców poprzez poprawę infrastruktury sportowo-rekreacyjnej i udostępnienie jej społeczności kierowców i podróżnych.</p> <p>Zmniejszenie ilości wypadków spowodowanych zmęczeniem, znużeniem, zaśnięciem lub złym stanem zdrowia kierowców.</p>	Kierowcy i użytkownicy dróg (a w szczególności kierowcy zawodowi, dostawcy, przedstawiciele handlowi oraz pracownicy mobilni)
Hivokryzja. Wyleczmy się.	Przeciwdziałanie dyskryminacji i stygmatyzacji osób zakażonych HIV.	Osoby zdrowe, niezakażone HIV.
Organizm w dobrym nastroju	Zainspirowanie ludzi do zmiany na lepsze - zachęcenie do profilaktyki prozdrowotnej i zdrowego trybu życia. Wywołanie zainteresowania tematem zdrowego stylu życia.	Kobiet i mężczyzn w wieku 25-45 lat
#Łap jaja	Uświadomienie mężczyznom, jak ważne jest profilaktyczne badanie jąder. Namówienie grupy docelowej do zapoznania się z instrukcją samobadania jąder	Mężczyźni w wieku 20-40 lat

Kampania	Cele kampanii	Grupa docelowa
Dzieci nie chcą FAS	Uświadomienie czym jest FAS – Alkoholowy Zespół Płodowy, który dotyka dzieci matek pijących alkohol podczas ciąży. Uświadomienie, że nie istnieje bezpieczna dawka alkoholu do spożycia w ciąży.	Kobiety w wieku 18-40, w ciąży lub planujące ciążę, wykształconych, z dużych miast

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów konkursu Kampania Społeczna Roku i stron internetowych kampanii¹⁹.

We wszystkich analizowanych kampaniach precyzyjnie określono grupy docelowe. W przypadku części z nich, w ramach rynku docelowego, obok grup podstawowych definiowano także inne grupy istotne z punktu widzenia realizacji celów kampanii (stanowiące tzw. rynek wtórny).

Cele analizowanych kampanii odnoszą się do ogólnego wpływu, zachowań, przekonań i postaw. Cele dotyczące budowania świadomości są ściślej nakreślone w przypadku kampanii w obszarze profilaktyki zdrowotnej i poprawy jakości życia chorych, szczególnie w tych, w których analiza problemu wykazała istnienie mitów i stereotypów wymagających przełamania. W kampaniach określone zostały cele behawioralne, dotyczące zachowań grupy docelowej, które zamierzano osiągnąć w wyniku prowadzonych działań. Ustalenie tych celów, w kontekście analizy korzyści i barier proponowanych zachowań, a także zachowań konkurencyjnych, jest podstawą wyboru sposobu pozycjonowania. Wybór ten znajduje swój wyraz hasłach kampanii, które są wielokrotnie powtarzanym elementem przekazu.

W tabeli 5 przedstawiono hasła analizowanych kampanii o tematyce zdrowotnej i sposoby pozycjonowania, które zidentyfikowano na podstawie założeń strategicznych i treści podstawowych przekazów. Dla uproszczenia prezentacji w tabeli użyto skrótowych określeń dla poszczególnych strategii pozycjonowania:

- **ZACHOWANIE** – pozycjonowanie skoncentrowane na proponowanym zachowaniu,
- **KORZYŚCI** – podkreślanie/zwiększanie znaczenia korzyści proponowanych zachowań,
- **BARIERY** – pokonywanie barier/umniejszanie kosztów proponowanych zachowań,
- **KONKURENCJA** – pozycjonowanie skoncentrowane na konkurencji (umniejszania korzyści lub podkreślania kosztów zachowań konkurencyjnych).

Określono także charakter apeli, wraz ze wskazaniem sekwencji emocji.

¹⁹ Ze względu na odwoływanie się do stron internetowych raportów z 7. edycji Konkursu i stron wszystkich analizowanych kampanii zostaną one szczegółowo wymienione w bibliografii w pozycji Internet. Podobne rozwiązanie zastosowano w opisie źródeł w pozostałych tabelach.

Tabela 5. Pozycjonowanie, hasła i charakter apeli w kampaniach o tematyce zdrowotnej

Kampania	Pozycjonowanie	Hasła kampanii	Charakter apeli (sekwencja emocji)
Rak'n'Roll. Wygraj życie	Korzyści	Rak'n'Roll. Wygraj życie.	Apele pozytywne odwołujące się do optymizmu i pozytywnej energii (przygnębienie > optymizm)
Kampania Mam SM	Zachowanie	Mam SM. Poczuj sam, czym jest SM. Dowiedz się więcej o stwardnieniu rozsianym...	Apele oparte na motywacji pozytywnej (obojętność > zdobycie wiedzy, kompetencji)
Daj Włos	Zachowanie	Daj włos! Daj włos potrzebny na peruki dla chorych na raka.	Apele oparte na pozytywnej motywacji wskazującej możliwość pomocy innym (neutralność > oczekiwane uczucia – dumna, podekscytowanie, radość)
Życie to nie Facebook	Konkurencja	Życie to nie Facebook. Uważaj! Nie przyjmuj zaproszenia od nieznajomych. Ala ma HIV. Teraz masz i TY.	Apele oparte na motywacji negatywnej (unikanie problemu) wykorzystującej strach, przez ukazanie skutków ryzykownych zachowań seksualnych (neutralność/naiwność > strach/Lęk)
Boskie matki	Korzyści	Boskie Matki Z rakiem można urodzić zdrowe dziecko. Cięża i rak są do pogodzenia.	Apele oparte na motywacji pozytywnej, dowartościowaniu indywidualnym i społecznym, możliwości wyboru (lek > optymizm)
SM – Walcz o siebie!	Korzyści	Walcz o siebie! SM to nie wyrok. Ważniejsze niż SM W naszym życiu jest wiele ważniejszych rzeczy niż stwardnienie rozsiane. Odpowiednio podjęta terapia to szansa na normalne życie	Apele oparte na motywacji pozytywnej (lęk/brak nadziei > optymizm/odwaga)
Cisnienie na życie	Korzyści	Twój mąż kocha Cię całym sercem? Zadbaj o nie. Namów go na badanie. Dla siebie się nie przebadaj. Tobie nie odmówi. Twoja mama kocha Cię całym sercem? Zadbaj o nie.	Apele oparte na motywacji pozytywnej (umiarkowany lęk > spokój o ukochaną osobę)
Stomasalife	Zachowanie	STOMAlife. Odkryj stomię.	Apel oparty na motywacji pozytywnej (lęk > komfort psychiczny)
Truckerslife	Korzyści	Bądź zdrowy, prowadź bezpiecznie. Poznaj nasze bezpłatne siłownie przy parkingach.	Apel oparty na motywacji pozytywnej (obojętność > spokój)

Kampania	Pozycjonowanie	Hasła kampanii	Charakter apeli (sekwencja emocji)
Hivokryzja. Wyleczmy się.	Konkurencja	Hivokryzja. Wyleczmy się. Korzystając z tych samych pieniędzy, Nie zakazisz się HIV Warto pamiętać, że wokół HIV narosło wiele mitów. Tymczasem liczą się fakty.	Apel oparty na motywacji negatywnej - usuwanie problemu (wstyd, zażenowanie > spokój ducha; naiwność > kompetencja)
Organizm w dobrym nastroju	Korzyści	Organizm w dobrym nastroju, czyli jak działa zdrowy człowiek. Wystukuję Twój dobry rytm, piku, pik. Posłuchaj organów profilaktycznie.	Apel oparty na motywacji pozytywnej (naiwność > kompetencja; obojętność > spokój ducha)
Łap jaja	Zachowanie	Łap jaja Sprawdź na lapjaja.pl Reaguj szybko i stanowczo, żeby mieć spokojną głowę.	Apel oparty na motywacji pozytywnej (obojętność > poczucie kompetencji/„spokojna głowa”)
Dzieci nie chcą fas	Konkurencja	Dzieci nie chcą FAS. To dziecięcy lęk. Zjawia się tam gdzie FAS. Dzieci wołałyby tego nie widzieć, ale to nie od nich zależy.	Apel oparty na motywacji negatywnej (unikanie problemu, kierunek strach > spokój ducha, lęk/obawy > świadomość)

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów konkursu Kampania Społeczna Roku i stron internetowych kampanii.

W analizowanych kampaniach wykorzystywano pozycjonowanie skoncentrowane na zachowaniach, korzyściach i konkurencji. W przypadku pozycjonowania opartego na zachowaniach i korzyściach stosowano apele pozytywne. Apele oparte na motywacji negatywnej zastosowano w kampaniach, w których pozycjonowanie było oparte na konkurencji. Należy zauważyć, że były to kampanie, w których cele behawioralne skupiały się na odrzuceniu potencjalnie groźnych zachowań. Określone na podstawie przekazów sekwencje emocji zaprezentowano w tabeli 5 dla każdej kampanii z osobna. Większość kampanii cechuje kierunek zmian ku emocjom pozytywnym. Jedynie w kampanii „Życie to nie Facebook” zastosowano przekaz z kierunkiem ku negatywnej emocji (lęk, strach). W kampanii tej chodziło o budowanie świadomości zagrożeń i dążono do profilaktyki poprzez odrzucanie potencjalnie groźnego zachowania.

Zarówno nazwy, jak i hasła kampanii są dość krótkie, mają prosty i przejrzysty przekaz. Należy zwrócić uwagę, że w hasłach kampanii, ale także w przekazach częstym zabiegiem była personalizacja treści, wyrażająca się bezpośrednim zwrotem do odbiorców przekazów (np. „Walcz o siebie” „Uważaj”, „Daj włos”, „Łap jaja”, „Posłuchaj

organów profilaktycznie”). Były to jednocześnie apele o wyraźnym przekazie motywującym do działania.

W hasłach wyrażających główny przekaz kampanii zwykle stosowano argumentację jednostronną. Jednak w kampaniach budujących świadomość i przełamujących stereotypy zastosowano komunikaty o charakterze dwustronnym, odwołującym się do panujących przekonań, mitów i braku wiedzy, kontrastując je z podstawowym przekazem kampanii.

Tabela 6. Przekazy kampanii o tematyce zdrowotnej

Kampania	Główne przekazy
Rak'n'Roll. Wygraj życie	Kobiety chorujące na raka nie są wyłącznie ofiarami choroby, ale raczej zwyczajnymi osobami. Pozytywna energia, radość pomagają im wrócić do zdrowia, odzyskać siły i podnieść się do walki z śmiertelnym wrogiem – rakiem
Kampania Mam SM	Czy wiesz, z jakimi problemami zmagają się na co dzień chorzy na stwardnienie rozsiane? Weź udział w symulacji, która przybliży Ci trudności, z jakimi się borykają. Poczuj sam, czym jest SM. Pamiętaj, to nie jest zwykła gra. Ty tylko przez chwilę będziesz walczył z tym, co codziennie przytrafia się chorym. Dowiedz się więcej o stwardnieniu rozsianym...
Daj Włos	Daj Włos! Wiele dziewczyn po chemioterapii potrzebuje peruki. Jeśli chcesz ściąć włosy, pomyśl, czy nie dać ich na perukę. Uprzedź o tym fryzjera. Zaproponuj ci odpowiednie cięcie. Każdy, kto chce obciąć włosy, może to zrobić w dobrym celu – na peruki dla kobiet w trakcie chemioterapii. Czasem wystarczy dobrze dobrana peruka, by zdecydowanie poprawić kondycję psychiczną i samopoczucie chorej.
Życie to nie Facebook	Ryzykowne kontakty seksualne są podstawowym źródłem większości zakażeń HIV w Polsce, większość zakażonych nie wie o swojej chorobie. Problem dotyczy głównie ludzi młodych. Świadomość dotycząca łatwości z jaką możemy stać się nosicielami HIV wciąż jest niewielka.
Boskie matki	Te kobiety wykazały się tak potężną siłą i miłością, że stały się boskie! Ciąży i rak są do pogodzenia. W ciąży można leczyć się onkologicznie, chorując na raka można urodzić zdrowe dziecko. Boskie Matki to pomoc w dostępie do najlepszych ekspertów (onkologów, ginekologów) w celu podjęcia własnej decyzji o utrzymaniu lub przerwaniu ciąży. Kobietom w ciąży chorym na raka oferujemy kompleksową opiekę medyczną, psychologiczną, rehabilitacyjną, a nawet urodową.
SM – walcz o siebie!	Stwardnienie rozsiane to nie wyrok. Trzeba walczyć o siebie! Stwardnienie rozsiane to nie wyrok. Trzeba walczyć o swoje marzenia! Właściwa terapia SM pozwala realizować się chorym w ich najważniejszych rolach życiowych. Te najważniejsze role życiowe to życie rodzinne (w szczególności macierzyństwo i tacierzyństwo) oraz praca zawodowa, samorealizacja. W życiu jest wiele ważniejszych rzeczy niż stwardnienie rozsiane.

Kampania	Główne przekazy
Ciśnienie na życie	<p>Pomyśl o kimś bliskim – i zgłoś go na badanie ciśnienia. Sam o to nie zadba –Tobie nie odmówi.</p> <p>Choroby serca są głównym powodem zgonów Polaków. Wielu z nich można by uniknąć, gdyby Polacy dbali o swoje serca. Większość Polaków nie mierzy regularnie ciśnienia tętniczego krwi a i nie wie, jak prawidłowo przeprowadzić taki pomiar.</p> <p>Można bezpłatnie zmierzyć ciśnienie tętnicze krwi, oznaczyć poziom cholesterolu oraz zbadać wiek serca.</p>
Stomasalife	<p>Życie ze stomią wcale nie musi oznaczać rezygnacji z marzeń. Stomii nie powinno się wstydić. Stomikom towarzyszy obawa przed wykluczeniem wśród społeczeństwa, większość stomików odczuwa lęk przed wyłonieniem stomii, a ponad połowa zmienia swoje plany zawodowe. Stomia jest więc nie tylko fizycznym, ale i psychicznym obciążeniem, na które pacjent powinien zostać odpowiednio przygotowany.</p>
Truckerslife	<p>Kierowcy to grupa narażona na schorzenia związane z brakiem ruchu. Aktywność fizyczna pozwoli przeciwdziałać chorobom i schorzeniom związanych z brakiem ruchu.</p> <p>Każdy kierowca po kilku godzinach spędzonych za kierownicą odczuwa odrtwienie mięśni, zmęczenie i znużenie, przez co błyskawicznie rośnie ryzyko spowodowania wypadku drogowego. Aktywność fizyczna pozwala obudzić się, rozruszać zastane mięśnie i dotlenić mózg, umożliwiając dalszą, bezpieczną jazdę.</p>
Hivokryzja. Wyleczmy się.	<p>Wyleczmy się z hivokryzji.</p> <p>Deklaruję, że nie mam nic przeciwko osobom zakażonym HIV, jednak gdy taka pojawi się w moim otoczeniu, to unikam jej. Jestem hipokrytą, to znaczy hivokrytą, i chciałbym to zmienić.</p> <p>Z pozoru akceptujemy osoby zakażone, jednak nasze zachowanie zmienia się, gdy dowiadujemy się, że znajdują się one w naszym otoczeniu. Wtedy wykonujemy przysłowiowy krok w tył. Nagle okazuje się, że nie chcemy z nimi pracować, korzystać z tych samych sztuców, podawać ręki. Wynika to oczywiście z niewiedzy. Boimy się tego, czego nie rozumiemy.</p>
Organizm w dobrym nastroju	<p>Nie dbamy o siebie, dopóki coś pójdzie nie tak... Ale skąd mamy wiedzieć, że coś idzie nie tak? Przecież organy nie gadają. Właśnie! Postanowiliśmy oddać organom głos.</p> <p>Sposób, w jaki dana osoba żyje oraz wybory, których dokonuje na co dzień, w największym stopniu przyczyniają się do rozwoju chorób, w tym przede wszystkim układu krążenia oraz nowotworów złośliwych</p>
#Łap jaja	<p>Każdy może przeprowadzić samodzielnie badanie jąder i w porę wykryć raka, który w początkowej fazie jest w pełni wyleczalny.</p> <p>Rak jądra dotyka przede wszystkim młodych ludzi. Facetów w wieku 20-40 lat. Warto wiedzieć, że rak jądra odpowiednio wcześniej wykryty daje 100% szans na wyleczenie, nawet jeśli w najgorszym wypadku będzie wymagać bolesnej psychicznie i fizycznie chemioterapii. A raka jądra bardzo łatwo można wykryć już we wczesnym stadium – wystarczy regularnie „łapać się za jajka” – wykonywać samobadanie jąder. Nie bać się, odrzucić wstyd i sprawdzić, czy wszystko jest w porządku.</p>

Kampania	Główne przekazy
Dzieci nie chcą FAS	<p>Kobiety nie zdają sobie sprawy, że nawet lampka wina może trwale uszkodzić płód. Żadna kobieta nie chce skrzywdzić swojego dziecka i będąc świadomą zagrożenia, nie zaryzykuje jego zdrowia, wypijając bezalkoholowe piwo czy kieliszek wina.</p> <p>Nie pij w ciąży! Nie ma bezpiecznej dawki alkoholu dla nienarodzonego dziecka.</p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów konkursu Kampania Społeczna Roku i stron internetowych kampanii.

W ramach studium przypadku analizie poddano oprócz haseł także główne przekazy zawarte w materiałach promocyjnych kampanii (tabela 6). Odwoływały się one do wiedzy i postaw odbiorców, a w części kampanii precyzowały proponowane grupie docelowej zachowania. Można stwierdzić, że stanowiły one przełożenie szczegółowych celów na przekazy komunikacyjne.

Jak wynika z wcześniejszych rozważań, warunkiem zmian zachowań jest nie tylko świadomość ryzyka i konsekwencji problemu. Odbiorcy powinni wierzyć, że proponowane zachowanie pozwoli zapobiec czy przynajmniej zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemu lub ogranicza problem i jego konsekwencje. Przekazy w analizowanych kampaniach były ukierunkowane na uzyskanie takiego przekonania („W ciąży można leczyć się onkologicznie, chorując na raka można urodzić zdrowe dziecko”, „Aktywność fizyczna pozwoliła przeciwdziałać chorobom i schorzeniom związanych z brakiem ruchu”). Służyły one także zwiększaniu poczucia własnej skuteczności, wyrażającej się w wierze we własne możliwości związane z przyjęciem zachowania. Ukierunkowane były one na wzmocnienie przekonania, że odbiorcy posiadają cechy i mogą pozyskać umiejętności potrzebnych do realizacji proponowanego zachowania (np. „Každy, kto chce obciąć włosy, może to zrobić w dobrym celu”, „Každy może przeprowadzić samodzielnie badanie”). Wskazują także na korzyści wynikające z podejmowanych przeważają nad kosztami czy barierami proponowanego zachowania. Część przekazów ma zwiększać postrzeganie proponowanego zachowania jako sprzyjającego dowartościowaniu w oczach własnych i w odbiorze społecznym („Te kobiety wykazały się tak potężną siłą i miłością, że stały się boskie!”, „Właściwa terapia SM pozwala realizować się chorym w ich najważniejszych rolach życiowych”).

Analiza treści kampanii wykazała, że odwoływały się one do faktów, statystyk i wyników badań, zwykle informujących o skali problemu, potwierdzających jego powagę i zwiększających wiarygodność przekazów (tabela 7). W każdej stosowano więc przekazy o charakterze racjonalnym, zwykle w formach, które pozwalały na szerszą prezentację treści, tj. strony internetowe czy materiały dla mediów.

Tabela 7. Wykorzystanie w treściach przekazów faktów, statystyk, wyników badań

Kampania	Wykorzystane fakty, statystyki i wyniki badań
Rak'n'Roll. Wygraj życie	„W Polsce diagnozuje się 140 000 zachorowani na raka”
Kampania Mam SM	“SM atakuje najczęściej osoby młode, między 20. a 40. rokiem życia i nieznacznie częściej dotyczy kobiet niż mężczyzn. W Polsce choruje 60 tys. osób. Polska wśród krajów europejskich plasuje się na przedostatnim miejscu pod względem dostępności do terapii”.
Daj Włos	„25 cm to minimalna długość pasm, jaką można przekazać na peruki w ramach akcji „Daj Włos!”. Krótsze włosy, ze względu na proces tkania peruki, nie są wykorzystywane”.
Życie to nie Facebook	„Ryzykowne kontakty seksualne są źródłem 80% zakażeń HIV w Polsce, a wg szacunków aż 70% zakażonych nie wie o swojej chorobie. Najlicniejszą grupę (84 proc.) wśród żyjących z HIV/AIDS w naszym kraju stanowią osoby w wieku produkcyjnym (20-49 lat). Problem dotyczy głównie ludzi młodych – 46 proc. zakażonych nie ukończyło 29 roku życia, w tym 7 proc. w momencie zakażenia nie miało 20 lat”.
Boskie matki	„Nie ma badań, które potwierdzałyby jednoznacznie wpływ chemioterapii na rozwój ciąży. Faktem jest, że jedna na 15 kobiet decyduje się na urodzenie dziecka w takiej sytuacji”.
SM – Walcz o siebie!	„Często, żeby uniknąć negatywnych reakcji społecznych, osoby chore nie przyznają się do swojej choroby – 21% pytanym osób nie powiedziało w pracy o swoim stanie zdrowia”... „Aż 32% Polaków uważa, że osoby chore na SM muszą jeździć na wózku. Także innych mitów na temat SM jest w społeczeństwie bardzo dużo – ponad połowa Polaków wierzy, że SM to choroba śmiertelna, a 36% jest zdania, że takie osoby nie są w stanie uczestniczyć w życiu społecznym i muszą być na rencie”.
Cisnienie na życie	„Choroby serca są głównym powodem zgonów Polaków. Wielu z nich można by uniknąć, gdyby Polacy dbali o swoje serca. Z badania opinii przeprowadzonego w listopadzie 2012 roku wynika, że 70% Polaków nie mierzy regularnie ciśnienia tętniczego krwi, a 95% nie wie, jak prawidłowo przeprowadzić taki pomiar”. „Serce dorosłego Polaka i Polki jest średnio o 8 lat starsze niż oni sami”.
Stomasalife	„Stomikom towarzyszy obawa przed wykluczeniem wśród społeczeństwa. 87% stomików odczuwa lęk przed wyłonieniem stomii, a ponad połowa zmienia swoje plany zawodowe”.
Truckerslife	„Badania wskazują, że 80% kierowców zawodowych cierpi na nadwagę lub otyłość, 70% na choroby układu kostno-stawowego, 40% na choroby układu krążenia, a 32% na choroby układu pokarmowego. Dolegliwości te wynikają z braku aktywności fizycznej”.

Kampania	Wykorzystane fakty, statystyki i wyniki badań
Hivokryzja. Wyleczmy się.	„Według raportu Stowarzyszenia Sieć Plus: 20% osób doświadczyło wykluczenia z wydarzeń społecznych ze względu na HIV; 13% miało respondentów przyznało, że musiało zmienić miejsce zamieszkania lub miało problem z wynajęciem mieszkania z powodu HIV; 13 % przyznało, że utraciło pracę lub źródło dochodu; 8% zmieniło rodzaj wykonywanej pracy, bądź odmówiono im awansu zawodowego z powodu HIV”. „Dziesięciu na dziesięciu Polaków nie ma nic przeciwko temu, by dziecko zakażone HIV chodziło do przedszkola. Dziewięciu na dziesięciu Polaków nie chce, by chodziło do przedszkola z ich dzieckiem”
Organizm w dobrym nastroju	„Polacy raczej nie myślą o profilaktyce. Sięgają po różne używki, objadają się. Spożycie alkoholu wzrasta (OECD, 2015). Piją rocznie 12,5 litra alkoholu na osobę, czyli 2 razy więcej niż średnia światowa (WHO, 2014). 28% Polaków pali papierosy (Eurobarometr, 2015). To o 2 punkty procentowe więcej niż średnia europejska. Z kolei 49% z nas je tyle, ile chce – bez ograniczeń”. „Niewystarczające działania w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych sprawiają, że przeciętna długość życia Polaków jest nadal krótsza niż obserwowana w Unii Europejskiej: o 4,8 lat dla mężczyzn i 2,1 lat dla kobiet”.
Łap jaja	„Przez ostatnie 30 lat liczba zachorowań na raka jąder wzrosła trzykrotnie. Najlepszą metodą jego wczesnego wykrycia pozostaje regularne, proste samobadanie. Chociaż 70% zachorowań występuje w grupie 20-40 lat, niewielu młodych mężczyzn ma tego świadomość”.
Dzieci nie chcą FAS	„FAS (Alkoholowy Zespół Płodowy) – jest zespołem chorobowym zaburzeń neurologicznych i somatycznych powstałym na skutek działania alkoholu na płód w okresie prenatalnym (jednostka chorobowa ICD-10: Q 86.0). Alkohol jest jednym z najsilniejszych teratogenów (czynników zewnętrznych) mających niekorzystny wpływ na rozwój płodu. Wypity alkohol dociera do płodu przez łożysko wraz z krwią matki – nie szkodzi samej matce, ponieważ jej wątroba jest w stanie odtruć jej organizm, ale może zaszkodzić jej nienarodzonemu dziecku”.

Źródło: opracowano na podstawie materiałów promocyjnych i stron internetowych kampanii.

Na formę kreatywnej prezentacji przekazów mają wpływ decyzje dotyczące nadawców/twarzy kampanii, czyli określenie tego, kto będzie przekazywał treści kampanii. Osoby te swoim wizerunkiem mogą wspierać kampanie społeczne, przyciągać zainteresowania i zwiększać wiarygodność przekazów²⁰.

Wcześniejsze ustalenia teoretyczne wskazują na to, że w przypadku braku własnych doświadczeń motywacja do działania wynikająca z przekonania o korzyściach w zakresie zmian może być czerpana z obserwacji zachowań innych ludzi. Odpowiednio wiarygodni nadawcy przekazu mogą pokazywać, że proponowane zachowania są możliwe do wykonania i przynoszą oczekiwane rezultaty. W ramach analizowanych kampanii były to często osoby dotknięte problemem, których historie i doświadczenia uwiarygadniały przekaz, a także reprezentanci grup ryzyka, którzy podejmują działania profilaktyczne

²⁰ M. Daszkiewicz, *Planowanie...*, s. 142.

(tabela 8). Czasami jest to tzw. typowa osoba, odpowiadająca profilowi grupy docelowej, co z jednej strony może wzmacniać świadomość przynależności do grupy ryzyka, z drugiej strony zwiększać wiarę we własne możliwości związane z zmianą zachowań. Chodzi także o to, by nadawcy „mówili tym samym językiem”, co grupa docelowa, przez co komunikaty są nie tylko bardziej zrozumiałe, ale także bardziej wiarygodne dla odbiorców.

Wykorzystanie w roli nadawcy przedstawicieli grupy docelowej, którzy mimo problemów realizują swoje role życiowe, marzenia, pasje, może wpływać na postrzeganie proponowanego zachowania, jako sprzyjającego dowartościowaniu w oczach własnych i w odbiorze społecznym. Podobnie jak w przypadku atrakcyjnych nadawców, którzy jako ambasadorzy komunikują treści kampanii.

Nietypowym nadawcą, uzasadnionym z punktu widzenia analizy zachowań, były animowane narządy, którym w kampanii „Organizm w dobrym nastroju” udzielono głosu. Zmniejszyło to moralizatorski wydźwięk, jaki mogłaby mieć kampania kierowana przez Ministerstwo Zdrowia, i nadawało przekazom mniej oficjalny charakter.

Tabela 8. Nadawcy przekazu/twarze kampanii o tematyce zdrowotnej

Kampania	Nadawcy/twarze kampanii
Rak'n'Roll. Wygraj życie	Założycielka fundacji, Magda Prokopowicz, która zachorowała na nowotwór piersi i dowiedziała się, że jest w ciąży. Własne doświadczenia były inspiracją do „raknrolowych” działań. 16 kobiet chorych na raka zaprezentowanych w kalendarzu kampanii.
Kampania Mam SM	Młoda osoba doświadczająca objawów SM, bohaterka symulacji
Daj Włos	Kobiety chore potrzebujące peruk i kobiety zdrowe (z długimi włosami)
Życie to nie Facebook	Ala Skoczewska – właścicielka profilu na FB, fikcyjna postać stworzona na potrzeby kampanii, nosicielka wirusa HIV.
Boskie matki	Magda Prokopowicz, która będąc w ciąży przeszła leczenie nowotworu i urodziła zdrowe dziecko. Bohaterki albumu – matki chorujące na raka, których historie zostały opisane przez znane dziennikarki. Dr. Jerzy Giermek – nazwany „ojcem – lekarzem” dzieci „boskich matek”.
SM – walcz o siebie!	Ludzi chorujących na SM, którzy są pełni pasji i woli walki wykorzystują szanse w swoim codziennym życiu. Wiarygodni bohaterowie, którzy nie poddają się, walczą z nią skutecznie i dzięki temu funkcjonują normalnie w codziennym życiu.
Cisnienie na życie	Matka i córka, mąż i żona,
Stomasalife	Stomiczka Paulina Kaszuba, dla której stomia nie stanowi żadnego ograniczenia: pływała z delfinami, skakała ze spadochronem, na co dzień prowadzi własną firmę i jest aktywna zawodowo. Stomik Tomasz Tobiaszewski, którego przykład jest dowodem na to, że ze stomią można nie tylko normalnie żyć, ale również zdobywać szczyty.

Kampania	Nadawcy/twarze kampanii
Truckerslife	Iwona „Trucking Girl” Blecharczyk – zawodowy kierowca ciężarówki oraz Paweł Zaremba – trener sztuk walki, którzy wspólnie z fundacją przygotowali zestaw ćwiczeń dla kierowców, możliwych do wykonywania przy samochodzie lub w kabinach.
Hivokryzja. Wyleczmy się.	Kobieta żyjąca z HIV, która opowiedziała, jak zmienia się podejście ludzi, gdy mówi o swoim zakażeniu
Organizm w dobrym nastroju	Ministerstwo Zdrowia, narządy, które są nadawcami przekazu w animacji i innych komunikatach
Łap jaja	Twórcy i influencerzy internetowi, m.in. Yuri Drabent, Cyber Marian, Śmiechawa.TV, 5 sposobów na
Dzieci nie chcą FAS	Autorki blogów parentingowych, które uświadomiły czytelnikom zagrożenia wynikające z picia alkoholu w ciąży. Rodzice dzieci dotkniętych FAS opowiadający o problemie w programach śniadaniowych.

Źródło: opracowano na podstawie materiałów promocyjnych i stron internetowych kampanii.

Przekazy kampanii, w celu przyciągnięcia uwagi odbiorców docelowych i mediów, powinny być podawane w kreatywnej i atrakcyjnej formie. Dobór form i kanałów jest oczywiście uzależniony od analizy grupy docelowej, gdyż przekazy muszą dotrzeć do niej w miejscach, które dają szansę na zetknięcie się z ich treścią. W związku z tym, że przyciągnięcie uwagi to tylko pierwszy krok, w kampaniach chodzi przecież o zmianę zachowań, przyjęte formy mają w spójny sposób prezentować główny przekaz kampanii. Jest to także możliwe dzięki przyjęciu spójnego stylu (tonu) przekazu. Warunki te zostały spełnione w analizowanych kampaniach. Ze szczegółami dotyczącymi form i stylu przekazu można się zapoznać w tabeli 9.

Tabela 9. Kreatywne formy i styl komunikowania wykorzystane w kampaniach o tematyce zdrowotnej

Nazwa i styl (ton) kampanii	Rozwiązania kreatywne i formy przekazu
Rak'n'Roll. Wygraj życie (radosna, głośna i kolorowa, nawiązująca do muzyki Rock'n'Roll)	<ul style="list-style-type: none"> • „Rak'n'Rollowy Kalendarz Gwiazd” z wizerunkami 16 kobiet chorych na raka w konwencji wielkich rockowych gwiazd • Limitowaną serią rak'n'rollowych bransoletek (z czerwonym rzemykiem), będących „talizmanem” dla zarówno tych chorych, jak i zdrowych i znakiem wszystkich tych, którzy w walce z rakiem idą pod prąd, krzycząc „nie dam się • Filmu dokumentalny „Magda. Miłość i Rak”. • Blog M. Propokowicz oraz testimonia i wywiady z założycielką fundacji

Nazwa i styl (ton) kampanii	Rozwiązania kreatywne i formy przekazu
Kampania Mam SM (rzeczowa, edukacyjna, stonowana)	<ul style="list-style-type: none"> • MamSM.pl (HavingMS.com) – pierwszy interaktywny serwis z symulacją pozwalającą poczuć, czym jest SM (jak poszczególne objawy choroby wpływają na codzienne życie pacjentów). • Stanowiska komputerowe z symulacją na wydarzeniach SyMfonii Serc, Miasta Miłosierdzia i SM Rock Festiwal oraz płyty CD z symulacją • Akcje edukacyjne na uniwersytetach medycznych • Film „Eksperyment”, w którym trójka polityków mogła przez chwilę poczuć, z jakimi trudnościami zmagają się chorzy na SM (po włożeniu rękawic, obciążników i usztywniaczy symulujących utratę sprawności kończyn mogli doświadczyć tego, czym jest stwardnienie rozsiane).
Daj Włos (optymistyczna, konkretna)	<ul style="list-style-type: none"> • Nietypowe zdjęcia i plakaty będące zestawieniem kobiet: zdrowej, z długimi, pięknymi włosami i chorej, pozbawionej włosów. Wzdłuż głów wiło się hasło „Daj włos!” i tekst „Wiele dziewczyn po chemioterapii potrzebuje peruki. Jeśli chcesz ściąć włosy...”. • Plakaty informacyjne i naklejki, przekazane salonom fryzjerskim • Zdjęcia w mediach społecznościowych, na których fani akcji chwalą się obcięciem włosów na rzecz podopiecznych fundacji. • Listy do fundacji od osób chorych, które otrzymały perukę.
Życie to nie Facebook (dynamiczna, mocna, dosłowna)	<ul style="list-style-type: none"> • Kampania viralowa. Profil na FB atrakcyjnej Ali Skoczewskiej, z którego zostały rozesłane zaproszenia do użytkowników Facebooka, którzy przyjmowali do znajomych nieznaną osobę. I mogli obejrzeć film pokazujący skutki kontaktów seksualnych z nieznanymi. Film odsyłał na podstronę pck.pl/hiv, z poradami w zakresie bezpłatnych badań, ochrony się przed zakażeniem i życia z chorobą. • Film, obrazujący działanie akcji, zamieszczony na FB, vimeo i youtube (wirusowego rozprzestrzenienie przekazu).
Boskie matki (optymistyczna, radosna, luźna, nawiązująca do symboliki religijnej)	<ul style="list-style-type: none"> • Album „Boskie Matki” przedstawiający sylwetki matek chorujących na raka (walczących, radosnych i szczęśliwych) oraz historie „boskich matek”, które opisane zostały w nim przez znane dziennikarki. • Promocja albumu z wykorzystaniem murali, outdooru, reklamy w metrze, drobnych formatów reklamy internetowej, Facebooka, YouTube, imprez masowych takich jak Open'er Festiwal
SM – walcz o siebie! (spokojna, optymistyczna, rzeczowa)	<ul style="list-style-type: none"> • Strona internetowa www.sm-walczosiebie.pl, z zakładką Nasze Historie, gdzie chorzy nadsyłali swoje historie życia, wraz ze zdjęciami. • Billboardy, citylighty, plakaty ukazujące osoby chore na SM, realizujące się w życiu rodzinnym i zawodowym. • Spot oparty na zabawie klubowej pokazujący, że ludzie z SM powinni wychodzić na zewnątrz i przekraczać granice niepełnosprawności. • Konkursy na FB, w trakcie których można było wygrać koszulkę Super Bohatera.

Nazwa i styl (ton) kampanii	Rozwiązania kreatywne i formy przekazu
Ciśnienie na życie (emocjonalna, ciepła, spokojna)	<ul style="list-style-type: none"> • W centrach handlowych, kurortach, podczas masowych wydarzeń, pielgrzymek oraz na ważnych konferencjach odbywały się bezpłatne badania ciśnienia krwi, wykonywane przez personel medyczny. W trakcie wakacji "tir kampanii" docierał do mniejszych miejscowości, umożliwiając pomiary ich mieszkańcom. • Badanie wieku serca Polaków za pomocą innowacyjnej aplikacji, stworzonej przez ekspertów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego • Rozdawane materiały edukacyjne i książeczki pomiaru • Spoty reklamowe TV: matka-córka oraz mąż-żona, a także spoty radiowe, outdoor, reklamy prasowe oraz strona internetowa.
STOMAlife (energiczna, optymistyczna, odważna)	<ul style="list-style-type: none"> • Sesja zdjęciowa, w której Paulina Kaszuba pokazała swoje ciało odkrywając worek stomijny. • Wystawa „7010 metrów marzeń” z wyprawy stomika Tomasza Tobiaszewskiego na szczyt Khan Tengri • Interaktywny bezpłatny kurs na temat stomii oraz jej pielęgnacji. • Raport „Pacjent stomijny o komforcie życia ze stomią” • Strona internetowa z poradami, artykułami eksperckimi i historiami stomików oraz kanał o stomii na YouTube • Stomia nie ogranicza – blog Pauliny Kaszuby • PKS STOMAlife (Poradnie dla stomików), STOMAlinia, adresy mailowe, dzięki którym stomicy mogą otrzymać porady i odpowiedzi na pytania. • Po prostu żyj - kwartalnik o tematyce zdrowotnej. • Karta stomika, która ma pomagać w problematycznych sytuacjach tzn. podczas odpraw lotniczych
Truckerslife (rzeczowa, informacyjna)	<ul style="list-style-type: none"> • Siłownie plenerowe na dużych parkingach i w miejscach obsługi podróżnych przy najważniejszych trasach w kraju, a przy nich tablice z instrukcjami dotyczącymi ćwiczeń • Reportaże w mediach lokalnych i ogólnopolskich, publikacje w prasie branżowej, działania w mediach społecznościowych, spotkania na imprezach tematycznych (np. Master Truck), konferencjach i targach branży transportowej.
Hivokryzja. Wyleczmy się (odważna, konkretna, rzeczowa)	<ul style="list-style-type: none"> • Film „Wyznanie Kasi”, w którym Katarzyna Klaczak robi pierwszy publiczny coming out osoby zakażonej HIV. • Koszulki „nie jestem hivokrytą (hivokrytką)” • „Kubek, z którego piła osoba zakażona HIV”. Dochód z jego sprzedaży przeznaczono na pomoc osobom seropozytywnym. • Seria filmów do Internetu pokazujących, jak nie można się zakazić HIV. • Wystawa zdjęć osób deklarujących się jako wyleczeni z hivokryzji • Wykłady i spotkania służące edukacji na temat HIV.

Nazwa i styl (ton) kampanii	Rozwiązania kreatywne i formy przekazu
Organizm w dobrym nastroju (humorystyczna, zabawna)	<ul style="list-style-type: none"> • Zabawna piosenka, animacja i materiały graficzne, w których organy zachęcają, by dbać o nie profilaktycznie i zachować umiar. • Osoby znane (np. O. Moro, S. Karpel-Bulecka, A. Sztaba) wspierające działania m.in. poprzez zdjęcia 'selfie' w koszulkach kampanii • Warsztaty z ekspertami (m.in. dietetyk, kardiolog <i>etc.</i>)
Łap jaja (bezpośrednia, dosadna, „luźna”)	<ul style="list-style-type: none"> • Strona (lapjaja.pl, www.catchyoureggs.pl), na której w przystępny i atrakcyjny sposób przedstawiono instrukcję badania. • Materiały video autorstwa influencerów (np. Yuri Drabenta Cyber Mariana. zachęcające do samobadania i udziału w akcji. • Spontaniczny content tworzony przez internautów (np. memy na Demotywaterach, filmiki i grafiki opatrzone #łapjaja, gra! gra.lapjaja.pl) • Ulotki kampanii dodawane do zamówień w sklep z męską bielizną w Polsce MęskieGacie.pl
Dzieci nie chcą FAS (mocna, rzeczowa)	<ul style="list-style-type: none"> • Papier do zawijania alkoholu z rysunkami, powstałymi w ramach warsztatów z dziećmi, przedstawiającymi strach, lęk, agresję czy zagubienie – symptomy, z którymi zmagają się dzieci z FAS. Zamieszczony na papierze messenger code umożliwił rozmowę z pracownikiem fundacji i dowiedzenie się więcej nt. FAS-u. • Papier dystrybuowano w sieci Piotr i Paweł. Wykorzystano moment, w którym butelka alkoholu zawijana jest na oczach klienta w papier. • Promocja filmu z akcji w sklepach w Internecie, hashtag-manifestu #dzieciniechcafes. • Programy śniadaniowe, w których rodzice dzieci dotkniętych FAS opowiadali o problemie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów konkursu Kampania Społeczna Roku i stron internetowych kampanii.

W analizowanych kampaniach zastosowano szeroki wachlarz działań komunikacyjnych, dbając zarówno o kreatywność, spójność, jak i wiarygodność przekazów. Komunikacyjny aspekt miały nie tylko przyjęte rozwiązania promocyjne, ale także oferowane w ramach kampanii produkty i usługi, umożliwiające fizyczny lub interaktywny kontakt z przekazem. We wszystkich analizowanych kampaniach wykorzystywano w szerokim zakresie działania PR-owe i media internetowe, których efektem był między innymi rozgłos medialny (publikacje, wywiady, audycje). Kluczowe było także wykorzystanie ambasadorów kampanii, wspierających je swoim wizerunkiem, wypowiedziami w mediach i komunikacją w mediach społecznościowych.

Zakończenie

Przeprowadzone rozważania teoretyczne oraz analiza treści i form kampanii pozwoliły na identyfikację cech przekazów o tematyce zdrowotnej oraz na określenie czynników, które mogą wpływać na ich skuteczność. Kampanie, które mają szansę na zmianę zachowań, cechuje więc:

- Ścisłe powiązanie treści i form przekazów z celami, rynkiem docelowym i sposobem pozycjonowania.
- Precyzyjne zdefiniowanie grupy docelowej i analiza zachowań wobec problemu, które są podstawą budowania treści i języka przekazów.
- Definicja celów behawioralnych kampanii, czyli określenie, do jakich konkretnych zachowań zamierzamy zachęcić grupę docelową.
- Wykorzystanie obok apeli emocjonalnych racjonalnych przekazów (opartych na statystykach, wynikach badań) zwiększających wiarygodność przekazywanych treści.
- Stosowanie apeli pozytywnych w przypadku pozycjonowania opartego na zachowaniach i korzyściach, które mają zwiększyć motywację do przyjęcia promowanych zmian.
- Wykorzystanie apeli negatywnych w kampaniach, w których cele behawioralne skupiają się na odrzuceniu potencjalnie groźnych zachowań i których pozycjonowanie jest oparte na konkurencji.
- Używanie jednostronnej argumentacji w przypadku odbiorców, którzy wykazują pozytywne nastawienie do proponowanych zachowań.
- W kampaniach budujących świadomość i przełamujących stereotypy stosowanie komunikatów o charakterze dwustronnym, odwołującym się do panujących przekonań, mitów i braku wiedzy, kontrastując je z głównym przekazem kampanii.
- Stosowanie w kampaniach prostych i jasnych przekazów, tak aby były one łatwo przyswajalne, zapamiętywane i zrozumiałe dla odbiorców.
- Personalizacja haseł i treści przekazów, wyrażająca się bezpośrednimi zwrotami do odbiorców przekazów.
- Wiarygodni nadawcy, zwykle osoby, które przyjęły proponowany sposób zachowania i potwierdzają go swoją historią (pokazujące, że proponowane zachowania, są możliwe do wykonania i przynoszą oczekiwane rezultaty).
- Wykorzystanie w kampanii tzw. typowych przedstawicieli grupy docelowej, co może wzmacniać świadomość przynależności do grupy ryzyka, a także zwiększać wiarę we własne możliwości związane z zmianą zachowań.

- Innowacyjne podejście w zakresie kreacji i wykorzystanych środków przekazu.
- Zintegrowanie komunikacji w ramach różnych form i kanałów komunikacji, z zachowaniem spójności treści i stylu w ramach wszystkich przekazów.

Bibliografia

Literatura

- Ajzen I., *From Intentions to Actions: A Theory of Planned Behavior*, [w:] J. Kühn, J. Beckmann (eds.), *Action Control*, Springer, Berlin-Heidelberg 1985, s. 179-211.
- Ajzen I., *The Theory of Planned Behavior*, „Organizational Behavior and Human Decision Processes”, Vol. 50, Iss. 2, s.179-211.
- Bandura A., *Social cognitive theory*, [w:] R. Vasta (ed.), „Annals of child development. Six theories of child development”, vol. 6, JAI Press, Greenwich 1996.
- Conner M., *Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models.*, Open University Press, Buckingham 2005.
- Daszkiewicz M., *Czynniki sukcesu kampanii społecznej na przykładzie kampanii „Możesz to zmienić”*, „Marketing i Zarządzanie” 2016, nr 4(45), s. 127-135.
- Daszkiewicz M., *Planowanie kampanii społecznych*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. Nauki o Zarządzaniu” t. 6, nr 161, s.131-145.
- Donovan N., Henley R., *Social marketing principles and practice*, IP Communications, Melbourne 2003.
- Henley N., Donovan R.J., Moorhead H., *Appealing to Positive Motivations and Emotions in Social Marketing: Example of a Positive Parenting Campaign*, „Social Marketing Quarterly” 1998, vol. 4, No. 4, s. 48-53.
- Lee P., Kotler N.R., *Social Marketing: Influencing Behaviors for Good*, Sage Publications, Inc., Los Angeles, London, New Delhi, Singapore 2011.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 1983, Vol. 51, no. 3, s. 390-395.
- Rosenstock I.M., Strecher V.J. i Becker M.H., *Social Learning Theory and the Health Belief Model*, „Health Education & Behavior” 1988, Vol. 15, No. 2, s. 175-183.
- Rossiter J.R., Percy L., *Emotions and Motivations in Advertising*, „ACR North American Advances in Consumer Research” 1991, vol. 18, s. 100-110.
- Schwarzer R., *Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors*, „Applied Psychology” 2008, Vol. 57, no. 1, s. 1-29.
- Schwarzer R., *Social-cognitive factors in changing health-related behaviors*, „Current Directions in Psychological Science” 2001, Vol. 10, no. 2, s. 47-51.
- Stretcher V. i Rosenstock I.M., *Chapter 4: Health Belief Model*, [w:] *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, 1997, s. 31-36.
- Stuterville R., *Psychic Defenses Against High Fear Appeals: A Key Marketing Variable*, „Journal of Marketing” 1970, Vol. 34, s. 39-45.
- Weinreich N.K., *Hands-on Social Marketing*, Sage Publications, Thousand Oaks 2011.

Witte K., Allen M., *A meta-analysis of fear appeals: Implications for effective public health campaigns*, „Health Education and Behavior” 2000, Vol. 27, No. 5, s. 591-615.

Internet

http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/kk_files/pressure_for_life_presentation_pol.pdf [dostęp 2.02.2019]

http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/kk_files/stomalife_odkryj_stomie_5.pdf [dostęp 2.02.2019]

http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/kk_kampanie.php?edycja=2016&kk_id=897&kk_kat=11&action=szczegoly [dostęp 2.02.2019]

http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/kk_zwyciezcy.php [dostęp 2.02.2019]

Kampania Społeczna <http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/Raport%20KSR%202015.pdf> [dostęp: 2.02.2019]

<http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/Raport%20KSR%202016.pdf> [dostęp: 2.02.2019]

http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/Raport_z_konkursu_2010_zmiana.pdf [dostęp 2.02.2019]

http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/Raport_z_konkursu_2011.pdf [dostęp 2.02.2019]

http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/Raport_z_konkursu_2012.pdf [dostęp 2.02.2019]

http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/Raport_z_konkursu_2013.pdf [dostęp 2.02.2019]

http://konkurs.kampaniespoleczne.pl/Raport_z_konkursu_2014.pdf [dostęp: 2.02.2019]

<http://www.archiwum.mz.gov.pl/multimedia/zdjecia/organizm-w-dobrym-nastroju-kolejny-etap-kampanii/> [dostęp 2.02.2019]

<http://www.dzieciniechcafafas.pl/> [dostęp 2.02.2019]

<http://www.hivokryzja.pl/> [dostęp 2.02.2019]

<http://www.sm-walczosiebie.pl/kampania2012/> [dostęp 2.02.2019]

<http://www.sm-walczosiebie.pl/kampania2013/> [dostęp 2.02.2019]

<http://www.wygrajmyzdrowie.pl/aktualno%C5%9Bci/ruszya-kampania-spoeczna-lapjaja,90> [dostęp 2.02.2019]

<http://zlaprakazajaja.pl/> [dostęp 2.02.2019]

<https://kampaniespoleczne.pl/dzieci-nie-chca-fas/> [dostęp 2.02.2019]

<https://kampaniespoleczne.pl/kampania-spoeczna-definicja-fundacji-komunikacji-spoecznej/> [dostęp 25.04.2019]

<https://stomalife.pl/> [dostęp 2.02.2019]

<https://truckerslife.eu/download/Sprawozdanie-merytoryczne-za-2015.pdf> [dostęp 2.02.2019]

<https://www.facebook.com/PolskiCzerwonyKrzyz/posts/237188316380552/> [dostęp 2.02.2019]

<https://www.facebook.com/zlaprakazajaja/> [dostęp 2.02.2019]

https://www.mamsm.pl/pl_pl/ [dostęp 2.02.2019]

<https://www.raknroll.pl/co-robimy/programy/boskie-matki/> [dostęp 2.02.2019]

<https://www.raknroll.pl/co-robimy/programy/daj-wlos/> [dostęp 2.02.2019]

www.catchyoureggs.pl [dostęp 14.12.2017]

Choroby rzadkie wśród dzieci – zarządzanie systemem z perspektywy rodziny pacjenta

Children's rare diseases – system management from the perspective of the patient's family

Małgorzata Skweres-Kuchta¹

Uniwersytet Szczeciński

ORCID: 0000-0002-0540-5416

Streszczenie

Autorka artykułu porusza problem zarządzania systemem opieki nad pacjentem z chorobą rzadką w Polsce. Rozwiązania systemowe w tej materii (lub ich brak) determinują społeczno-ekonomiczną kondycję rodziny, którą dotyka choroba sieroca, najczęściej dziecka. Mowa tu nie tylko o rozwiązaniach w zakresie służby zdrowia, choć te są priorytetowe. Choroba rzadka rzutuje na szereg innych obszarów życia chorego – jego edukację, możliwości rozwoju, udział w życiu społecznym. Rzutuje też na życie jego rodziny, które w kontekście ekonomicznym zaczyna generować zdecydowanie więcej kosztów, przy jednocześnie rosnących ograniczeniach w sferze aktywności zawodowej.

Celem pracy jest zatem zidentyfikowanie głównych potrzeb środowisk pacjenckich w wybranych aspektach życia z chorobą rzadką, których zaspokojenie poprawiłoby jakość życia pacjenta oraz kondycję społeczno-ekonomiczną jego rodziny, ta bowiem „choruje” wraz z nim.

W artykule wykorzystane zostaną mieszane metody badawcze z grupy metod badania teoretycznego z elementami badania empirycznego (badania wtórne). Wnioski z badań podzielone zostaną na kilka płaszczyzn, z których każda jest istotna dla kondycji rodziny żyjącej w cieniu choroby rzadkiej.

Słowa kluczowe

choroby rzadkie, zarządzanie systemem ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego, kondycja społeczno-ekonomiczna rodziny

Abstract

The author of the article discusses the problem of managing the system of care for a patient with a rare disease in Poland. Systemic solutions in this matter (or lack thereof) determine the socio-economic condition of a family affected by orphanage disease, most often a child. It is not only health care solutions that are at issue here, although they are a priority. A rare disease affects a number of order areas of the patients' life - his or her education, development opportunities, participation in social life. It also has an impact on the life of his family, which in the economic context is starting to generate much more costs, while at the same time increasing restrictions in the sphere of professional activity.

¹ E-mail: malgorzata.skweres-kuchta@usz.edu.pl

The aim of the study is to identify the main needs of patients' environments in selected aspects of life with rare disease, the satisfaction of which would improve the patient's quality of life and socio-economic condition of his family because the family „suffers” with the disease.

The article will use mixed research methods from the group of methods of theoretical research with elements of empirical research (secondary research). Conclusions from the research will be divided into several areas, each of which is important for the condition of a family living in the shadow of a rare disease.

Keywords

rare disease, management of health care and security system, socio-economic condition of the family

JEL: I110, I140, I150, I180

Wprowadzenie

Choroby rzadkie dotykają blisko 3 mln Polaków. Grupa ta, choć liczna, z punktu widzenia medycyny jest bardzo niejednorodna, ponieważ dotyczy kilku tysięcy różnych jednostek chorobowych o odmiennych przyczynach i przebiegu. O chorobie rzadkiej mówi się wówczas, gdy dotyka ona nie więcej niż 5 na 10 tys. osób. Niewielka liczba pacjentów stanowi podstawowe ograniczenie w procesach: najpierw diagnostycznym, a następnie leczenia, w tym poszukiwania leków – aktualnie spośród ponad 6 tys. chorób rzadkich możliwość leczenia ma zaledwie 3-4%. Ta specyfika stanowi wspólny mianownik dla wszystkich chorób sierocych, przez co można, wdrażając odpowiednie rozwiązania systemowe, lepiej zabezpieczyć pacjentów i ich rodziny, od sfery ochrony zdrowia począwszy, na zabezpieczeniu społecznym skończywszy.

W tle tych rozważań pozostaje od blisko dekady opracowywana strategia – Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich, który obecnie, zgodnie z deklaracjami Ministerstwa Zdrowia, jest w ostatniej fazie konsultacji resortowych. Dokument ten, w myśl Zalecenia Rady UE (2009), powinien był regulować najważniejsze kwestie dotyczące pacjentów z chorobami rzadkimi już od 2013 roku. Polska jako jedna z ostatnich w UE takowego planu nie ma.

Choroba rzadka – dostępność świadczeń medycznych

W ostatnich latach wiele miejsca na arenie międzynarodowej, europejskiej i coraz więcej też w Polsce poświęca się tematowi chorób rzadkich. Problem trudny, złożony, interdyscyplinarny, kosztowny i ciągle jeszcze zmarginalizowany. W artykule mówi się nie tylko o chorym, ale również o jego najbliższej rodzinie – większość chorób rzadkich dotyka bowiem dzieci, a ich rodzice muszą funkcjonować w nowej, bardziej skomplikowanej

rzeczywistości, która w wielu przypadkach pociąga za sobą pogorszenie kondycji społeczno-ekonomicznej².

Nie więcej niż 5 chorych na 10 tys. osób – to definicja choroby rzadkiej, przyjęta przez Unię Europejską celem stworzenia punktu wyjścia w zakresie opracowywania i wdrażania spójnych systemowych rozwiązań dla tej specyficznej grupy chorych we wszystkich krajach UE³. Rynek, na którym potrzeby rodzin żyjących z chorobą rzadką spotykają się z podażą rozwiązań im dedykowanych, cechuje olbrzymia nierównowaga w obszarze medycznym i szeroko pojętym obszarze zabezpieczenia społecznego. Co powoduje, że chorych na choroby rzadkie oraz ich rodziny zaliczać trzeba do grupy dyskryminowanej?⁴ Mowa tu przede wszystkim o farmakoterapii⁵.

Problemem jest rzadkość – niewielka grupa pacjentów, która mogłaby skorzystać z rozwiązań dla danej choroby. Rachunek ekonomiczny i wskaźniki opłacalności inwestycji są jednoznaczne. Jeśli inwestor sprzedaje niewiele, a poniósł wysokie nakłady inwestycyjne i często ponosi znaczne koszty produkcji, to cena danego rozwiązania musi być wysoka⁶. Płatnicy zatem, mając do dyspozycji ograniczony budżet, szczególnie mocno przyglądają się zasadności wydatkowania takich środków. Narzędzia stosowane do oceny ekonomicznej leków powszechnie stosowanych nie pasują niestety do terapii sierocych, z kilku względów.

Ocena technologii medycznych w chorobach rzadkich jest trudna zarówno pod kątem *stricte* finansowym, jak też w zakresie wiarygodności dowodów na skuteczność terapii. Wiarygodność dowodów to drugie wąskie gardło – badanie kliniczne prowadzi się bowiem na nielicznej grupie pacjentów, do tego ze względów etycznych nie stosuje się podwójnej próby i placebo, stąd trudniej wykazać pozytywne wyniki statystycznie

² Zgodnie z Raportem *Choroby rzadkie. Stan obecny i perspektywy*, Warszawa 2016, s. 102, 80% ankietowanych przyznało, że choroba rzadka doprowadziła do zubożenia ich rodziny (gospodarstwa domowego).

³ Zalecenia Rady z dnia 8 czerwca 2009 r. w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób (2009/C 151/02), pkt 3.

⁴ Choroby rzadkie w znakomitej większości mają podłoże genetyczne, a to oznacza, że leczenie przyczynowe może odbyć się jedynie w oparciu o inżynierię genetyczną, niemniej wśród dostępnych terapii są też takie, które choroby nie leczą, ale ją zatrzymują/hamują (np. enzymatyczne terapie zastępcze). Poza tym w przypadku wad genetycznych chory nie ma większego wpływu na jej przebieg, jest zupełnie uzależniony od podaży opcji lekowych. Przy często wielotysięcznych, a nawet milionowych rocznych kosztach terapii pacjent nie jest w stanie sam jej finansować. W roku 2016 na refundację leczenia chorób rzadkich przekazano nieco ponad 100 mln zł, obecnie to blisko 165 mln zł z zapowiedzią tendencji rosnącej.

⁵ Farmakoterapia podstawowa, zwłaszcza przyczynowa jest w większości przypadków niemożliwa, ta już dostępna jest w Polsce często nierefundowana. Problemem jest również brak dostępu do refundowanych preparatów uzupełniających odpowiedniej jakości (odżywek, witamin) oraz usług rehabilitacyjnych w odpowiedniej skali.

⁶ Na wysoką cenę leków sierocych nakłada się również problem diagnostyczny – pacjentów mogłoby być więcej, mogliby być poddawani leczeniu wcześniej, gdyby nie zawodziły mechanizmy diagnostyczne, w tym brak refundacji wielu badań genetycznych. Pacjent często otrzymuje diagnozę po latach poszukiwań, przy już wyraźnie zarysowanych silnych objawach, znacznie ograniczających jego sprawność.

istotne⁷. Zarzutem ze strony oceniających jest również ograniczony czas prowadzenia badań klinicznych, przez co brak bezpośredniej informacji na temat wpływu leku na wydłużenie życia pacjenta⁸. Ocena technologii medycznych w tym obszarze wymaga bardziej liberalnego podejścia, ponieważ nikt nie jest w stanie w racjonalnym czasie dostarczyć dowodów na skuteczność metody na tym poziomie wiarygodności co w przypadku chorób uniwersalnych.

Producenci w takich okolicznościach są mniej zainteresowani poszukiwaniem leków na choroby sierocze, dlatego obecnie 90% z nich nie ma żadnej możliwości leczenia⁹. Świadomość konieczności wyrównania szans wszystkich pacjentów¹⁰ przekłada się jednak na wdrażanie narzędzi, które ten trend zmieniają i stymulują przemysł farmaceutyczny do podejmowania innowacyjnych projektów, np. 10-letnia ochrona handlowa leków sierocych gwarantowana przez Europejską Agencję Leków (EMA), dyskusja nad zmianą metodologii oceny sieroczych technologii medycznych czy próby sieciowania przynajmniej fragmentów procesów oceny i refundacji tychże leków¹¹. Skalę problemu obrazują dane odnośnie do liczby leków dostępnych dla chorych w Europie i Polsce, przy szacunkowej liczbie chorób rzadkich na świecie na poziomie 6-8 tys. (Rysunek 1)¹².

⁷ Zob. *Recommendations for the design of small population clinical trials*, „Orphanet Journal of Rare Diseases” 2018, vol. 13, s. 195.

⁸ Przykładem może być lek Brineura stosowany w leczeniu ceroidlipofuscynozy neuronalnej typu 2 (CLN2). Zob. Rekomendacja nr 32/2019 z dnia 14 maja 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny leku Brineura (cerliponaza alfa) w ramach programu lekowego: Leczenie lipofuscynozy neuronalnej typu 2 (ICD-10: E75.4).

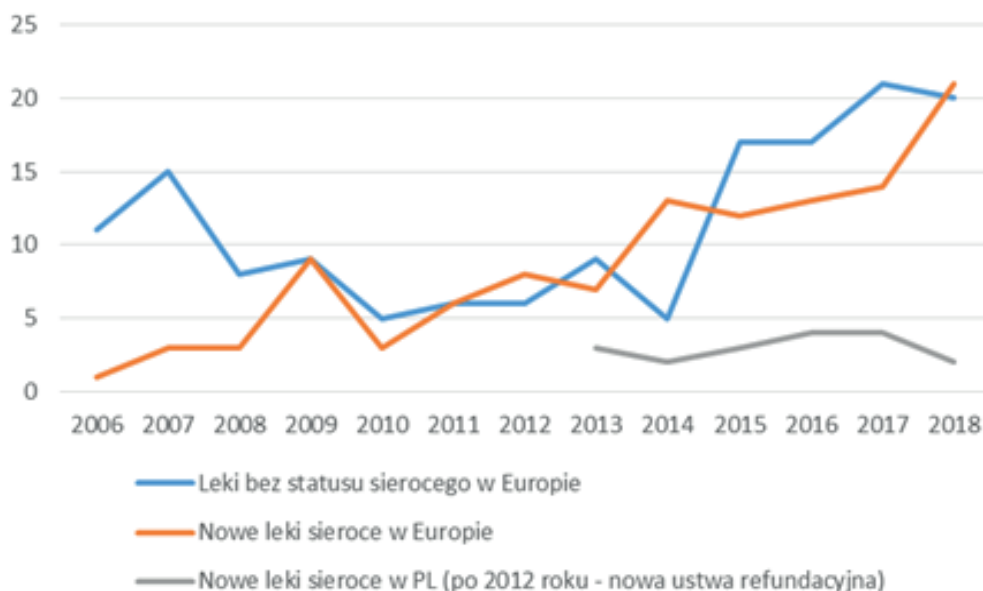
⁹ E. Kurzyńska, *Warto wydzielić odrębny budżet na finansowanie leków sierocych*, <https://puls.medycyny.pl/warto-wydzielic-odrebnny-budzet-na-finansowanie-lekow-sieroczych-948687> [dostęp 13.05.2019].

¹⁰ Rozporządzenie (WE) Nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sieroczych produktów leczniczych (Dz.Urz. L 18 z 22.1.2000).

¹¹ The International Rare Diseases Research Consortium (IRDiRC) za cel stawiało sobie przyczynienie się do opracowania do 2020 r. 200 nowych terapii i środków do diagnozowania większości rzadkich chorób. Zob. *A Global Approach to Rare Diseases Research and Orphan Products Development: The International Rare Diseases Research Consortium (IRDiRC)*, 2017.

¹² Według danych EMA, w Europie 164 leki mają status sieroczych, natomiast leków używanych w leczeniu chorób rzadkich jest w sumie 320. W Polsce jest refundowanych ok. 10% z nich. Zob. E. Kurzyńska, *Pacjenci z chorobami rzadkimi oczekują wyrównania szans, a nie specjalnego traktowania*, <https://pulsmedycyny.pl/pacjenci-z-chorobami-rzadkimi-oczekuja-wyrownania-szans-a-nie-specjalnego-traktowania-955064> [dostęp 13.05.2019].

Rysunek 1. Podaż leków sierocych w Europie i w Polsce



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: List of rare diseases and synonyms listed in alphabetical order », Orphanet Report Series, Rare Diseases collection, January 2019, http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/GB/List_of_rare_diseases_in_alphabetical_order.pdf; Dostępność oraz czas oczekiwania na refundację preparatów posiadających status leków sierocych, HTA Consulting, <https://hta.pl/pl/blog/2018/04/sieroce-czas-oczekiwania/> [dostęp 13.05.2019].

Strategia dla chorób rzadkich

Zgodnie z Zaleceniem Rady Europejskiej z 8 czerwca 2008 r. każde państwo członkowskie powinno było do 2013 r. stworzyć i wprowadzić w życie strategię z zakresu diagnostyki i leczenia chorób rzadkich¹³. W Polsce prace nad planem rozpoczęły się w 2012 roku, niemniej finalnie dokumentu jeszcze nie ma. Są ministerialne zapowiedzi jego przekazania do konsultacji społecznych w połowie tego roku, aczkolwiek nie są to pierwsze zapowiedzi.

Zapisy dostępnej od kilku miesięcy Polityki Lekowej Państwa na lata 2018-2022¹⁴ podkreślają, iż w przypadku chorób rzadkich zasadne jest odstępnie od stosowania w procesie oceny kryterium kosztowego (QALY), charakterystycznego dla oceny terapii

¹³ Kraje członkowskie zobowiązuje do tego dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r.

¹⁴ Polityka Lekowa Państwa 2018-2022, Ministerstwo Zdrowia, 2018.

powszechnych¹⁵. To tak jakby porównywać jabłka i winogrona – leczenie choroby rzadkiej jest droższe już w punkcie wyjścia, ponadto choroby te często sięgają spustoszenie w całym organizmie, w związku z czym pacjent wymaga pomocy wielu specjalistów. Dyskutuje się nad wdrożeniem narzędzia analizy wielokryterialnej (MCDA), która w ocenie leku sierocego uwzględni szereg dodatkowych parametrów, za ich pomocą będzie można uzasadnić konieczność wdrożenia i refundowania terapii – w skrócie na wymiar ekonomiczny nałoży też społeczny, łącznie z opinią pacjenta¹⁶.

Podejście takie pozwala z optymizmem oczekiwać na ostateczny dokument Planu, który – jak zapowiada Ministerstwo Zdrowia – pozwoli zapewnić do roku 2025 „wszechstronną, kompleksową, skoordynowaną, wysoce specjalistyczną i innowacyjną opiekę leczniczą oraz rehabilitacyjną osobom dotkniętym chorobami rzadkimi”. Polska będzie oferować „szeroki wachlarz usług wspierających i włączających w niedyskryminujący sposób w życie społeczne i zawodowe osoby oraz rodziny dotknięte chorobami rzadkimi; edukującym przyszłe i obecne kadry medyczne oraz stale podnoszącym świadomość społeczną nt. chorób rzadkich”¹⁷.

Program, zgodnie z zapowiadanymi założeniami, powinien odpowiadać na szereg postulatów pacjentów, poprawiając tym samym jakość ich życia i kondycję ekonomiczną ich rodzin. Zakłada się zwiększenie dostępności przestrzennej świadczeń zdrowotnych (w tym diagnostycznych i koordynacji procesu leczenia), rehabilitacyjnych, socjalnych i edukacyjnych poprzez powstanie centralnego ośrodka i referencyjnych ośrodków specjalistycznych w terenie.

Szybsza diagnoza to możliwość zachowania większej sprawności chorego, przez co rodzic ma szansę nie wyłączać się z życia zawodowego. To również szansa na niższe koszty rehabilitacji i opieki, które obecnie z znacznej mierze uszczuplają domowy budżet. Problemem są również wysokie koszty dojazdu i pobytu w ośrodkach specjalistycznych znacznie oddalonych od miejsca zamieszkania, zarówno w wymiarze leczenia, jak i rehabilitacji. I wreszcie koordynacja leczenia, zdaniem autorki, ten aspekt wymaga największego nakładu pracy, czasu i finansów¹⁸. Dzisiaj takim koordynatorem jest rodzic

¹⁵ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784), art. 12 pkt 13.

¹⁶ M. Chmielewska, *Choroby rzadkie: jeśli nie QALY to co?*, <https://www.medexpress.pl/choroby-rzadkie-jesli-nie-qaly-to-co/72436> [dostęp 17.05.2019].

¹⁷ M. Zieliński, *Coraz bliżej systemowych rozwiązań dla chorób rzadkich*, <https://pulsmedycyny.pl/coraz-blizej-systemowych-rozwiazan-dla-chorob-rzadkich-955065> [dostęp 14.05.2019].

¹⁸ J. Sławek podkreśla, że Polska jest na ostatnim miejscu w Europie pod względem liczby neurologów przypadających na 100 tys. pacjentów. W chorobach rzadkich neurologzy są niezbędni. Zatem wygospodarowanie środków na finansowanie leków sierocych to tylko jedna z potrzeb. Wdrażanie terapii często wiąże się z dodatkowymi kosztami obsługi pacjenta, np. lek Brineura podawany jest jako enzym zastępczy dokomorowo przez zbiornik Rickhama w dwutygodniowych cyklach – wymaga zaangażowania personelu lekarskiego i pielęgniarskiego przez dwie doby dla jednego pacjenta. Zob. A. Schulz i in., *Study of Intraventricular Cerliponase Alfa for CLN2 Disease*, „New England Journal of Medicine” 2018, vol. 378, s. 1898-1907.

– konieczność doksztalcenia, poszukiwania rozwiązań i frustracje z powodu braku pomocy to kolejny czynnik, który wpływa negatywnie na sytuację rodzinną. Przy czym zmienia się podejście specjalistów, którzy coraz częściej rodzica zaczynają traktować jako partnera w procesie specyficznego i trudnego leczenia.

Bezwzględnie potrzebny jest rejestr chorób rzadkich. Często zdarza się, iż specjaliści nie potrafią określić populacji, jaka mogłaby skorzystać z danego programu lekowego, ponieważ nie mają kompletnych danych. Sytuacja taka powoduje niedoszacowanie analiz ekonomicznych, błędne założenia w ramach rozmów negocjacyjnych płatnika z producentem leku i wreszcie nie pomaga w budowaniu świadomości i wiedzy na temat konkretnych chorób. Warto podkreślić, że na coraz bardziej wartościowe bazy wiedzy wyrastają organizacje pacjenckie, których zasoby informacyjne na temat przebiegu choroby wśród zrzeszonych pacjentów są bezcenne w procesach analiz w wymiarze klinicznym i społeczno-ekonomicznym.

Program będzie opierał się na czterech filarach¹⁹: diagnostyce, terapii, akceptacji i wsparciu, zwłaszcza pacjentów, dla których jedyną pomocą jest leczenie objawowe, brak bowiem terapii, która pozwoliłaby ich chorobę wyeliminować. Tacy chorzy wymagają pomocy interdyscyplinarnej. Ministerstwo Zdrowia deklaruje współpracę z wieloma resortami, w tym rodziny, pracy i polityki społecznej, jak również infrastruktury, cyfryzacji czy edukacji.

Kondycja społeczno-ekonomiczna rodziny z chorobą rzadką

Na chorobę rzadką choruje cała rodzina. Ułomność lub brak systemowych rozwiązań, które mogłyby tę rodzinę wesprzeć w nowych trudnych okolicznościach, powodują, iż jej kondycja społeczno-ekonomiczna i jakość życia maleją w stopniu większym niż to konieczne. Wielu problemów można by uniknąć i niejednokrotnie adaptować się do życia w nowych warunkach, gdyby istniały narzędzia ułatwiające takim rodzinom funkcjonowanie w społeczeństwie, a nie poza nim. Te obszary interwencji można podzielić na dwa główne:

- medyczny (diagnostyczny, wsparcia psychologicznego, farmakoterapii przyczynowej/zastępczej/objawowej oraz rehabilitacyjny dedykowany konkretnym potrzebom w ramach danej jednostki chorobowej);
- zabezpieczenia społecznego osób z niepełnosprawnością:
 - ograniczone możliwości aktywności zawodowej rodziców,
 - dostęp do edukacji chorego,

¹⁹ E. Grzela, *Rosną szanse na refundację leków na choroby rzadkie*, <https://pulsmedycyny.pl/rosna-szansy-na-refundacje-lekow-na-choroby-rzadkie-955066> [dostęp 12.05.2019].

- bariery infrastrukturalne,
- luki w świadomości społecznej.

Pierwszemu obszarowi poświęcono już uwagę w poprzednich częściach artykułu, niemniej tytułem komentarza należy dodać, iż ogromnym wyzwaniem, nad którym powinny pochylić się wszystkie strony zaangażowane w proces leczenia chorób rzadkich, jest jak najszybsze podanie choremu leku. Wiele chorób postępuje bardzo szybko i czas procedowania dopuszczenia i refundacji leku okazuje się tym, którego właśnie zabrakło, by pacjent mógł zachować względną sprawność, a nawet przeżyć. Już na etapie badań klinicznych można bezpiecznie ocenić, że lek ma potencjał i zanim zostanie ostatecznie zarejestrowany, dać szansę pacjentom, którzy nie mają alternatywy. Terapia współczucia, która daje taką możliwość, jest ciągle stosowana przez producentów w ograniczonym zakresie. Terapia niestety bywa też reglamentowana w zależności od stanu chorego, co zdaniem autorki jest głęboko nieetyczne i sprzeczne z zasadą równości szans, wręcz ją pogwałcające. Wyłączenie z terapii bardziej niepełnosprawnych (i nie mówi się tu o stanach terminalnych) jest sprzeczne z podstawowymi prawami gwarantowanymi przez konstytucję²⁰, Ustawę o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin²¹ czy Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020, który gwarantuje „wydłużenie życia Polaków w zdrowiu, poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu”²². Warto podkreślić, że stosunek do osób z niepełnosprawnością jest wyznacznikiem poziomu rozwoju cywilizacyjnego danego społeczeństwa²³.

Tymczasem polscy pacjenci na tle Europy należą do grupy zdecydowanie dyskryminowanej w zakresie liczby dostępnych leków refundowanych, a czas oczekiwania na leczenie bywa dłuższy niż życie pacjentów z niektórymi przypadkami. Choć należy podkreślić, iż w ostatnim dziesięcioleciu sytuacja ta uległa poprawie (Rysunek 2), zaś Ministerstwo Zdrowia zapowiada wzrost dynamiki włączania do refundacji terapii dopuszczonych przez EMA. Za miernik sukcesu w tej materii przyjmuje wskaźnik zestawiający liczbę nowych decyzji refundacyjnych z ostatniego roku w stosunku do średniej z trzech poprzedzających lat²⁴.

²⁰ Art. 68, pkt 3 precyzyjnie określa: „władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i osobom niepełnosprawnym”.

²¹ Państwo zapewni „odpowiednie świadczenia opieki zdrowotnej dla dziecka, ze szczególnym uwzględnieniem dziecka, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka”. Ustawa z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”, art. 4.

²² Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, Warszawa 2016.

²³ Zob. M. Garbat, *Społeczny wymiar niepełnosprawności w teorii ekonomii*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2017, t. 5, nr 10.

²⁴ E. Kurzyńska, *Zmiana podejścia do oceny terapii chorób rzadkich*, <https://pulsmedycyny.pl/zmiana-podejscia-do-oceny-terapii-chorob-rzadkich-948734>, [dostęp 10.05.2019].

Tabela 1. Średni czas oczekiwania na wprowadzenie do refundacji leku sierocego

Data autoryzacji przez EMA	Czas [dni]
Od 2006 roku	1679* (ok. 4,5 roku)
Po 2012 roku	938 (ok. 2,5 roku)

* Z wyłączeniem leków refundowanych przed 2012 r.

Źródło: Dostępność oraz czas oczekiwania na refundację preparatów posiadających status leków sierocych, HTA Consulting, <https://hta.pl/pl/blog/2018/04/sieroce-czas-oczekiwania> [dostęp 13.05.2019]

W dyskusji poruszyć należy również inny problem – lek już dopuszczony w Europie przez EMA jest wtórnie oceniany przez poszczególne kraje²⁵. O ile ma to sens w zakresie negocjacji cenowych i wpływu refundacji leku na budżet płatnika, to w zakresie skuteczności klinicznej można uznać, że to „wyważanie otwartych drzwi”²⁶. Ten nakład pracy można przekierować na wypracowywanie rozwiązań o krok dalej – pole działania na rzecz pacjentów z chorobami rzadkimi jest ogromne. Jest to stosunkowo „młody” obszar interwencji – dokładnie 20 lat temu Europa, w ślad za USA (1983), Japonią (1993) i Australią (1997), wdrożyła wspólną politykę dotyczącą leków sierocych w państwach członkowskich.

Obecnie na arenie międzynarodowej diskutowane są wspólne inicjatywy w zakresie oceny technologii medycznych czy negocjacji cenowych dla szerszego rynku zbytu z korzyścią dla wszystkich stron²⁷. Polska również prowadzi dyskusję na ten temat z państwami ościennymi, w tym Grupą Wyszehradzką. Korzyści skali, efektywność cenowa, zwolnienie zasobów dzięki podziałowi pracy między agencje oceniające, współpraca i wspólne bardziej dopracowane rozwiązania to kluczowe korzyści dla wszystkich państw i pacjentów. Pozwoliłoby to uchronić rodziny przed wymuszoną emigracją w celu leczenia dziecka w państwie, gdzie lek jest refundowany²⁸.

²⁵ Procedury refundacyjne są niejednolite, np. w Niemczech lek jest dostępny dla pacjentów zaraz po zarejestrowaniu i oceniany *ex-post*. M. Jachimowicz zaznacza, iż „w innych krajach jest mniej barier na drodze do leczenia chorych na choroby rzadkie”. Zob. E. Kurzyńska, *Warto wydzielić odrębny budżet...*

²⁶ Ocena skuteczności jest celowa, jeśli na dany lek inaczej reagują pacjenci określonej nacji lub występują inne uwarunkowania wynikające z lokalizacji chorych. W chorobach rzadkich w badaniu klinicznym biorą często udział pacjenci z całego świata, zatem czynnik lokalizacji można tu wyeliminować. O zaletach, ale i elementach wymagających doprecyzowania dyskutuje M. Władysiuk: K. Kowalska, *Refundacja leków: zasad wspólnych dla całej UE chce Komisja Europejska*, <https://www.rp.pl/Zdrowie/303199913-Refundacja-lekow-zasad-wspolnych-dla-calej-UE-chce-Komisja-Europejska.html> [dostęp 14.05.2019].

²⁷ K. Czyżewska, *Współpraca państw UE w zakresie refundacji*, <https://www.medexpress.pl/wspol-praca-panstw-ue-w-zakresie-refundacji/73284> [dostęp 19.05.2019-].

²⁸ W ostatnich miesiącach emigracja zdrowotna zakrojona na szeroką skalę miała miejsce w przypadku leków sierocych: Spinraza i Brineura.

Odrębne szerokie zagadnie, które powinno być uwzględniane w analizach społeczno-ekonomicznych, to koszty nieleczenia pacjentów:

- brak refundacji drogiego leku dedykowanego danej chorobie nie oznacza braku kosztów opieki nad nieleczonym pacjentem, a koszty te rosną wraz z jego pogarszającym się stanem;
- wyłączenie z życia zawodowego opiekunów chorego to utracona produktywność i wyłączenie społeczne;
- emigracja zdrowotna to pozbycie się obywateli – rodziców w wieku produkcyjnym, wykształconych w polskim systemie, a ostatecznie pracujących na rzecz gospodarki i rozwoju innego kraju oraz dzieci, również zdrowych obok tego chorego, które również będą w przyszłości budować potencjał nie w Polsce.

Aktywność zawodowa rodziców chorego dziecka byłaby w wielu przypadkach możliwa i przez nich pożądana, gdyby istniał system zachęt dla pracodawców do stosowania elastycznych form zatrudnienia, w ramach których rodzic mógłby więcej pracować zdalnie, w domu bądź też w sytuacjach kryzysowych bez negatywnych konsekwencji mógł się z obowiązków służbowych wyłączyć.

Innym istotnym problemem jest edukacja dzieci z niepełnosprawnością. Ostatnie zmiany ustawodawcze ograniczyły możliwości wsparcia dzieci i ich rodziców w ramach tzw. edukacji domowej (edukacji poza szkołą). Rozwiązanie to praktykowane dotychczas praktycznie jedynie przez placówki niepubliczne zostało przeformułowane z niekorzyścią właśnie dla rodzica i dziecka. Dzieci, często wymagające wsparcia nie tylko edukacyjnego, a również terapeutycznego i rehabilitacyjnego, mogły takowe uzyskać w ramach udostępnionego im budżetu w ramach roku szkolnego, rozliczanego fakturą za wykonane usługi rehabilitacyjne. Wdrożona reforma wymusiła zatrudnianie fizjoterapeuty czy logopedy jedynie w trybie umowy o pracę, przez co realna wartość wsparcia rodzin została zmniejszona o koszty ubezpieczenia społecznego.

Warto wspomnieć też o wsparciu rodzin w ramach środków zgromadzonych w ramach 1%, stanowią one znaczące źródło finansowania wielu potrzeb niepełnosprawnego dziecka. Należałoby się zastanowić, czy zasadny jest rozbudowany system rozliczania tych środków i czy aby na pewno służy on temu, by były one wydatkowane zgodnie z założeniami ustawodawcy.

Zakończenie

Szacuje się, że choroby rzadkie dotyczą 6-8% Europejczyków, czyli 27-36 mln osób, w tym blisko 3 mln Polaków. Choć każda z chorób rzadkich ma swoją specyfikę, potrzeby pacjentów w wielu dziedzinach pozostają zbliżone. Jest to grupa, która

bezwzględnie wymaga wsparcia, a skala i wymiar kosztowy są do udźwignięcia jedynie przez system jako całość w ramach społecznej odpowiedzialności za jednostkę. Wydaje się, że świadomość w zakresie potrzeb tej grupy rośnie, niemniej „młyny wolno mielać”, co dla każdej rodziny z ciężko chorym dzieckiem jest wielkim dramatem. Ważne więc, by rosnącą świadomość w zakresie potrzeb chorych przekuć w konkretne działania, wykorzystując wzajemne doświadczenia i wartość dodaną współpracy.

Zbiorem drogowskazów w zakresie budowania systemu wsparcia dla chorób rzadkich powinien być narodowy plan. Łączy on różne perspektywy i by był skutecznie wdrażany, musi uwzględniać wiele obszarów interwencji oraz zależności między nimi. Zdecydowanie newralgicznym punktem jest refundacja leków sierocych. Z jednej bowiem strony dąży się do zwiększenia odsetka chorób, dla których leczenie będzie możliwe. Z drugiej natomiast problem stanowią możliwości finansowe poszczególnych płatników w zakresie refundacji z definicji drogich leków. Przy czym cena nie powinna być jedynym parametrem branym pod uwagę. W tak złożonym systemie powinno się brać pod uwagę korzyści, których doświadczy rodzina chorego, będą one również oddziaływać szerzej i mieć znaczenie dla gospodarki.

Bibliografia

- A Global Approach to Rare Diseases Research and Orphan Products Development: The International Rare Diseases Research Consortium (IRDiRC), 2017.
- Garbat M., *Spoleczny wymiar niepełnosprawności w teorii ekonomii*, „Studia Oeconomica Posnaniensia” 2017, t. 5, nr 10.
- Polityka Lekowa Państwa 2018-2022, Ministerstwo Zdrowia, 2018.
- Raport *Choroby rzadkie. Stan obecny i perspektywy*, Warszawa 2016.
- Recommendations for the design of small population clinical trials*, „Orphanet Journal of Rare Diseases” 2018, vol. 13.
- Schulz A. i in., *Study of Intraventricular Cerliponase Alfa for CLN2 Disease*, „New England Journal of Medicine” 2018, vol. 378.

Źródła

- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z 9 marca 2011 r.
- Rekomendacja nr 32/2019 z dnia 14 maja 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie oceny leku Brineura (cerliponaza alfa) w ramach programu lekowego: Leczenie lipofuscynozy neuronalnej typu 2 (ICD-10: E75.4).
- Rozporządzenie (WE) Nr 141/2000 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 1999 r. w sprawie sierocych produktów leczniczych (Dz.Urz. L 18 z 22.1.2000).

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020, Warszawa 2016.

Ustawa z 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784).

Zalecenie Rady z dnia 8 czerwca 2009 r. w sprawie działań w dziedzinie rzadkich chorób (2009/C 151/02).

Internet

Chmielewska M., *Choroby rzadkie: jeśli nie QALY to co?*, <https://www.medexpress.pl>.

Czyżewska K., *Współpraca państw UE w zakresie refundacji*, <https://www.medexpress.pl>.

Dostępność oraz czas oczekiwania na refundację preparatów posiadających status leków sierocych, HTA Consulting, <https://hta.pl/pl/blog/2018/04/sieroce-czas-oczekiwania/>.

Grzela E., *Rosną szanse na refundację leków na choroby rzadkie*, <https://pulsmedycyny.pl>.

Kowalska K., *Refundacja leków: zasad wspólnych dla całej UE chce Komisja Europejska*, <https://www.rp.pl>.

Kurzyńska E., *Pacjenci z chorobami rzadkimi oczekują wyrównania szans, a nie specjalnego traktowania*, <https://pulsmedycyny.pl>.

Kurzyńska E., *Warto wydzielić odrębny budżet na finansowanie leków sierocych*, <https://pulsmedycyny.pl>.

Kurzyńska E., *Zmiana podejścia do oceny terapii chorób rzadkich*, <https://pulsmedycyny.pl>.

Zieliński M., *Coraz bliżej systemowych rozwiązań dla chorób rzadkich*, <https://pulsmedycyny.pl>.

Antagonistyczne postawy wobec szczepień zagrożeniem dla cywilizacji

Antagonistic attitudes towards vaccination as a threat to civilization

Adrianna Szalonka

Uniwersytet Wrocławski

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

ORCID: [0000-0002-0329-0926](https://orcid.org/0000-0002-0329-0926)

Streszczenie

Od kilkunastu lat w Polsce obserwuje się wzrost liczby dzieci niezaszczepionych i nieszczepionych. Z badań wynika, że jest to świadoma decyzja rodziców, obawiających się konsekwencji poszczepionych, m.in. utraty zdrowia i życia własnych dzieci. Przyczyny upatruje się w szybkim przepływie informacji, niekoniecznie wiarygodnych, które emitowane są w mediach społecznościowych. Tymczasem medyczne badania naukowe jednoznacznie wskazują, że o epidemię nietrudno. Celem niniejszego artykułu jest ukazanie znaczenia szczepień w zapobieganiu chorobom zakaźnym. Autorka zdefiniuje choroby zakaźne oraz postawy Polaków wobec szczepień. W pracy sformułowano hipotezę, że wzrastający odsetek nieszczepionych stanowi zagrożenie wzrostem liczby chorób zakaźnych. Praca powstała w oparciu o źródła prawne, medyczne źródła literaturowe oraz badania wtórne, prezentujące zapadalność na choroby zakaźne w Polsce i Europie.

Słowa kluczowe

szczepienia, postawy, choroby zakaźne

Abstract

For several years, an increase in the number of unvaccinated and inoculated children has been observed in Poland. Research shows that this is a conscious decision by parents who are afraid of vaccination consequences, including loss of health and life of their own children. The reasons are seen in the fast flow of information, not necessarily reliable, which is broadcast on social media. Meanwhile, medical scientific research clearly indicates that it is not difficult to deal with an epidemic. The purpose of this article is to show the importance of vaccination in preventing infectious diseases. The author will define infectious diseases and the Poles' attitudes towards vaccination. The hypothesis was formulated that an increasing percentage of unvaccinated individuals may contribute to the development of infectious diseases. The work was based on legal sources, medical literature sources and secondary research presenting the incidence of infectious diseases in Poland and Europe.

Keywords

vaccinations, attitudes, infectious diseases

JEL: I 10, I 12

Wprowadzenie

Rolą szczepień jest zapobieganie chorobom, których skutkiem może być utrata zdrowia, a nawet życia. W Polsce od lat rośnie odsetek dzieci nieszczepionych. Rodzice dzieci nieszczepionych wskazują, że najczęściej wynika to z obawy przed późniejszymi powikłaniami. Celem niniejszego artykułu jest ukazanie znaczenia szczepień w zapobieganiu chorobom zakaźnym. Autorka zdefiniuje choroby zakaźne oraz postawy Polaków wobec szczepień. W pracy sformułowano hipotezę, że wzrastający odsetek nieszczepionych jest konsekwencją szybkiego komunikowania się w mediach społecznościowych. Praca powstała w oparciu o źródła prawne, medyczne źródła literaturowe oraz badania wtórne, prezentujące zapadalność na choroby zakaźne w Polsce i Europie.

Definiowanie szczepień i zdrowia

Szczepienie ochronne to działanie polegające na aplikowaniu preparatu przeciw chorobie zakaźnej. Dzięki upowszechnieniu szczepień wiele chorób zostało całkowicie lub w znacznym stopniu wyeliminowanych¹. Natomiast **zapadalność** to miernik epidemiologiczny, który oznacza liczbę nowych zachorowań na choroby zakaźne i niezakaźne zarejestrowanych w ciągu roku. Ustalono, że choroby współtowarzyszą od początku istnienia żywych organizmów. Zdrowie według WHO jest stanem pełnego dobrego samopoczucia („dobrostanu”) fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko nieobecnością choroby czy niedomagania². Choroba jest formą nieprawidłowości w zdrowiu (zaburzeniem zdrowia)³. Może objawiać się na wiele sposobów i oznaczać dysfunkcję fizyczną lub psychiczną. Sposób definiowania choroby zależy od jej postrzegania⁴.

Wyróżnia się szczepienia obowiązkowe i zalecane. Do obowiązkowych, zgodnie z ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, zalicza się szczepienie dzieci i młodzieży według wieku, a także osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie. Szczepienia zalecane nie są finansowane ze środków publicznych⁵. Jak sama nazwa wskazuje, zaleca się ich stosowanie celem eliminacji zachorowalności np. na grypę czy wirus typu HPV.

¹ J. Zdanowska, *Prawne aspekty problematyki szczepień ochronnych w Polsce*, [w:] M. Głowacka, H. Mruk (red.), *Odpowiedzialność za zdrowie*, Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Poznań 2017, s. 151.

² Konstytucja World Health Organization, 1946.

³ J.J. Głądykowska-Rzeczycka, *Zdrowie – choroby nie tylko w pradziejach*, „Folia Praehistorica Ponsnaniensia” 2009, t. XV.

⁴ J. Domaradzki, *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 2013, t. 40/1, s. 5-29.

⁵ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570.

Definiowanie choroby zakaźnej

Choroba zakaźna potocznie jest rozumiana jako choroba zaraźliwa. W literaturze przedmiotu choroby zakaźne to te, które zostały wywołane przez biologiczne czynniki chorobotwórcze. Ze względu na charakter i sposób szerzenia się stanowią zagrożenie dla zdrowia publicznego⁶.

Zdrowy organizm potrafi obronić się przed inwazją drobnoustrojów mających zdolność spowodowania choroby. Jednak w przypadku osłabienia człowiek narażony jest na zapadanie na różnorakie schorzenia⁷.

W ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi sformułowano definicję chorób zakaźnych jako tych, które są wywołane przez biologiczny czynnik chorobotwórczy⁸.

Choroby szczególnie niebezpieczne i wysoce zakaźne

Choroba zakaźna łatwo się rozprzestrzenia, cechuje się wysoką śmiertelnością, powoduje szczególne zagrożenie dla zdrowia publicznego i wymaga specjalnych metod zwalczania⁹. Przykłady: cholera, dżuma, ospa prawdziwa, wirusowe gorączki krwotoczne.

Historia chorób zakaźnych sięga starożytnych Chin. Wtedy pojawiły się pierwsze pojęcia związane z tematyką inwazji patogenów. Trudno jednak ustalić, kto był ostatecznym twórcą pojęcia choroby zakaźnej. Robert Koch zasugerował, że od osoby chorej powinien być odseparowany czynnik etiologiczny.

Źródłem chorób zakaźnych jest człowiek, zwierzę, roślina lub materia nieożywiona, z której zarazek lub inny biologiczny czynnik chorobotwórczy został przeniesiony na osobę wrażliwą. Źródłem może być:

- 1) człowiek chory na pełnoobjawową lub poronną postać choroby;
- 2) człowiek zakażony w końcowej fazie okresu wylęgania choroby;
- 3) nosiciel – człowiek lub zwierzę, w którego organizmie bytuje i rozmnaża się zarazek, nie wywołując u niego objawów chorobowych;
- 4) zwierzę chore na pełnoobjawową lub poronną postać choroby;

⁶ E. Majda-Stanisławska, *Podstawowe pojęcia i definicje z dziedziny chorób zakaźnych*, <http://a.umed.pl/klinika-zakazna/?plik=wyklady&d=doc> [dostęp 30.06.2019].

⁷ M. Beers i in. (red.), *Podręcznik diagnostyki i terapii*, Elsevier. Urban & Partner, Wrocław 2008, s. 1805.

⁸ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, art. 2, pkt 2.

⁹ Według ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234 poz. 1570).

- 5) żywność, gleba lub inna materia nieożywiona, w której zarazki mogą się namnażać, czy też która stanowi ich naturalny rezerwuuar¹⁰.

Wyżej wymienione czynniki sugerują, że człowiek egzystujący w środowisku może być narażony na zakażenie oraz sam może być nosicielem. Szczepienia zatem stanowią formę zabezpieczenia społecznego. Historia wskazuje na wiele przykładów. W XIX wieku epidemia cholery pochłonęła 40 mln ofiar. W XX wieku m.in. przez epidemię grypy w Europie (1919 r.) życie straciło 20-25 mln ludzi¹¹. W 1963 r. we Wrocławiu panowała epidemia ospy prawdziwej. Ospą zaraził Bonifacy Jedynek, który wrócił do Polski prawdopodobnie z Azji (źródła podają niejednoznacznie Wietnam, Indie, Birmę)¹². Stan epidemii został ogłoszony 17 lipca, a odwołany 17 września. Na ospę zapadło 99 osób, a 7 zmarło. Miasto zostało zamknięte, ale ospa i tak przedostała się do 4 województw. WHO przewidywała, że epidemia potrwa 2 lata, wirus udało się opanować po 25 dniach. Wśród 7 zmarłych 5 osób stanowił personel medyczny. W czasie epidemii zaszczepiono 98% mieszkańców Wrocławia¹³.

Klasyfikacja źródeł chorób zakaźnych

W literaturze przedmiotu dokonano klasyfikacji chorób zakaźnych ze względu na czynniki zakaźne i wyróżniono źródła zarazków¹⁴:

- bakterie – jako patogeny, które szkodzą innym organizmom, wywołując u nich chorobę; jest bardzo wiele gatunków, które mogą skutkować różnymi problemami zdrowotnymi i posiadają charakterystyczne spektrum działania na swojego gospodarza; infekcje bakteryjne są jedną z przyczyn zgonów u ludzi; bakterioza wywołują m.in. dżumę oraz gruźlicę¹⁵;
- wirusy – to zakaźne cząsteczki organiczne, występujące pod postacią kwasu nukleinowego, odtwarzające materiał genetyczny; zakażenie komórki przez wirusy może odbywać się np. przez penetrację, czyli wnikanie wirusa do komórki, powstaje zakażenie:
 - miejscowe (wirusy atakują narząd lub tkankę, np. grypa, która atakuje błonę śluzową),

¹⁰ <https://www.wnoz.cm.umk.pl/panel/wp-content/uploads/5.pdf> [dostęp: 30.06.2019].

¹¹ Na podstawie wywiadu z dr I. Paradowską-Stankiewicz, <https://gis.gov.pl/zdrowie/wplyw-ruchow-antyszczepionkowych-na-stan-zaszczepienia-populacji/> [dostęp 30.06.2019].

¹² G. Trzaskowska, *Epidemia czarnej ospy we Wrocławiu w 1963 r.*, Stowarzyszenie na Rzecz Promocji Dolnego Śląska, Wrocław 2008, s. 23-54.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ E. Majda-Stanisławska, *op. cit.*

¹⁵ A. Nawrot (red.), *Encyklopedia Biologia*, Wydawnictwo GREG, Kraków 2008, s. 49-50.

- lub ogólne (wirusy przenikają przez nabłonek i powielają się przedostając się do krwi, a następnie do organów – np. wątroby, płuc, nerek)¹⁶.

Leczenie infekcji wirusowej jest bardzo trudne, ponieważ wirusy nie posiadają własnego metabolizmu, który można by zablokować, tak jak w przypadku bakterii, kiedy to podaje się antybiotyki; większość metod polega na ograniczeniu rozwoju infekcji, co przekształca chorobę wirusową w przewlekłą; zakażeniom wirusowym mogą towarzyszyć również bakteryjne zakażenia¹⁷;

- pasożyty, w tym pierwotniaki – drobne organizmy przenoszące takie choroby jak śpiączka afrykańska, lamblioza, malaria czy toksoplazmoza¹⁸;
- grzyby chorobotwórcze – wywołują tzw. grzybice u ludzi i zwierząt; w normalnych warunkach bytują na skórze lub błonach śluzowych, jednakże przy obniżeniu odporności organizmu lub w sprzyjających dla nich warunkach namnażają się i wywołują objawy chorobowe¹⁹;
- priony – białkowe cząstki zakaźne²⁰; powstają z występujących w każdym organizmie, niegroźnych białek; przykładem choroby wywoływanej u człowieka przez priony jest choroba Creutzfeldta-Jakoba.

Podsumowując, czynników chorobotwórczych w środowisku jest bardzo wiele. Sposób namnażania zależy od ich rodzaju. Doświadczenia epidemii XIX i XX wieku spowodowały, że systemowo wdrożono szczepienia, których efektem była częściowa lub całkowita eradykacja chorób zakaźnych.

Uwarunkowania prawne szczepień ochronnych

Zgodnie z art. 68 ust. 4 Konstytucji RP²¹ władze publiczne są zobowiązane do zwalczania chorób epidemicznych²². Główny Inspektor Sanitarny ogłasza w formie komunikatu, w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia, Program

¹⁶ E. Young, *Giant virus resurrected from 30,000-year-old ice*, <https://www.nature.com/news/giant-virus-resurrected-from-30-000-year-old-ice-1.14801> [dostęp 30.06.2019].

¹⁷ O. Orzyłowska-Śliwińska, *Wiadomo, że wirusy atakują bakterie, ale czy mogą atakować inne wirusy?*, „Świat Nauki” 2011, nr 6 (238), s. 83.

¹⁸ *Słownik terminów biologicznych*, http://stareaneksy.pwn.pl/biologia/1474680_1.html [dostęp 30.06.2019].

¹⁹ L.P. Samaranyake, *Podstawy mikrobiologii dla stomatologów*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004, s. 24.

²⁰ E.P. Solomon, L. R. Berg, D.W. Martin, *Biologia*, VII edycja, Multico, Warszawa 2011, s. 424.

²¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483.

²² M. Posobkiewicz, *Realizacja obowiązkowych szczepień w Polsce*, <http://www.ogolnopolskidzien szczepien.pl/og%F3lnopolski%20dzie%F1%20szczepie%F1/XXXV%20Szczepienia%20Ochronne%20-%20Realizacja%20obowiazkowych%20szczepien%20ochronnych%20w%20Polsce%20-%20Marek%20Posobkiewicz.pdf> [dostęp 30.06.2019].

Szczepień Ochronnych na dany rok, ze szczegółowymi wskazaniem dotyczącymi stosowania poszczególnych szczepionek, wynikającymi z aktualnej sytuacji epidemiologicznej (patrz rys. 1).

Rys. 1. System szczepień w Polsce



Źródło: opracowanie własne na podstawie <https://gis.gov.pl/zdrowie/stanowisko-krajowego-konsultanta-w-dziedzinie-zdrowia-publicznego-ws-obowiazku-szczepien/> [dostęp: 29.08.2019]

Osoby przebywające na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej są zobowiązane na zasadach określonych w ustawie do poddawania się:

- a) zabiegom sanitarnym,
- b) szczepieniom ochronnym,
- c) poekspozycyjnemu profilaktycznemu stosowaniu leków,
- d) badaniom sanitarno-epidemiologicznym, w tym również postępowaniu mającemu na celu pobranie lub dostarczenie materiału do tych badań,
- e) nadzorowi epidemiologicznemu,
- f) kwarantannie,
- g) leczeniu,
- h) hospitalizacji,
- i) izolacji.

Osoby wystawiające zaświadczenie o urodzeniu żywym są obowiązane do założenia karty uodpornienia oraz książeczki szczepień dziecka.

Osoby przeprowadzające szczepienia ochronne:

- 1) prowadzą dokumentację medyczną dotyczącą obowiązkowych szczepień ochronnych, w tym przechowują karty uodpornienia oraz dokonują wpisów potwierdzających wykonanie szczepienia;

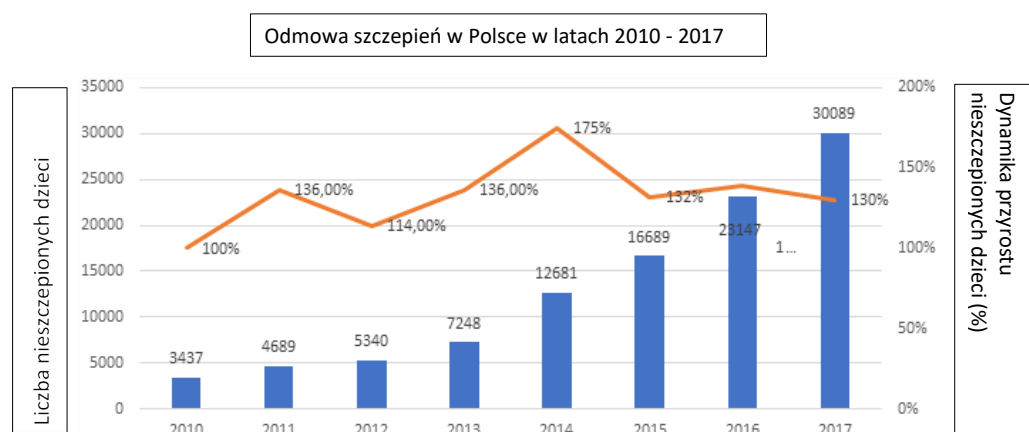
- 2) sporządzają sprawozdania z przeprowadzonych obowiązkowych szczepień ochronnych oraz sprawozdania ze stanu zaszczepienia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną, które przekazują państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu. Obowiązkiem lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną jest powiadomienie osoby obowiązanej do poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego o obowiązku poddania się tym szczepieniom, a także poinformowanie o szczepieniach zalecanych (patrz rys. 2).

Koszty przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych i lekarskich badań kwalifikacyjnych oraz konsultacji specjalistycznych, o których mowa, ubezpieczonych są finansowane na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²³.

Antagonistyczne postawy wobec szczepień

Na początku XXI wieku w Polsce rozpowszechniano w mediach społecznościowych poglądy dotyczące wysokiego ryzyka szczepień. To spowodowało, że z roku na rok liczba dzieci nieszczepionych rośnie.

Rys. 2. Odsetek dzieci nieszczepionych w latach 2010-2017



Źródło: opracowanie własne na podstawie *Szczepienia ochronne w Polsce w 2018 roku, Biuletyny roczne*, wyd. NIZP-PZH, GIS, Warszawa 2019.

Można przypuszczać, że największy wpływ na decyzję o rezygnacji ze szczepień mają ruchy antyszczepionkowe, aktywne w mediach społecznościowych, skupiające

²³ Ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r., Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.

młodych rodziców, osoby młode, które w przyszłości będą decydowały o możliwych szczepieniach dzieci.

W mediach społecznościowych łatwo o dostęp do informacji nierzetelnych, niepotwierdzonych, ale mogących mieć decydujący wpływ na postawę.

Rys. 3. Główne powody rezygnacji ze szczepień



Źródło: opracowanie własne na podstawie https://www.cbos.pl/spiskom.pol/2017/k_100_17.pdf [dostęp: 29.06.2019].

Jako główny powód podano obawy przed skutkami szczepień, przeciwwskazania medyczne, przeoczenia terminu szczepienia (patrz rys. 3). Obawa rodziców wobec szczepień dzieci może mieć źródło w samouczeniu się za pomocą niesprawdzonych źródeł w mediach społecznościowych, które celowo manipulują odbiorcami. Jednym z przykładów było zamieszczenie w sieci przez zawodowego fotografa czarno-białego zdjęcia nowonarodzonego dziecka. Osoby trzecie rozpowszechniły wizerunek z informacją, że dziecko zmarło na skutek podanych szczepień. Autor zdjęcia sprostował informację, podając, że dziecko żyje, rozwija się prawidłowo. Konieczne zatem wydaje się wdrożenie edukacji o skutkach nieszczepienia. Warto przypominać historię epidemii znanej chociażby z powieści A. Camusa *Dżuma* czy współczesnej epidemii ospy we Wrocławiu.

Zakończenie

Szczepienia w Polsce są obowiązkowe i dobrowolne, regulowane w oparciu o normy prawne. Służą bezpieczeństwu zdrowotnemu społeczeństwa, stąd też te istotne w zakresie ochrony przed najgroźniejszymi chorobami i ich konsekwencjami dla jednostki i populacji są obowiązkowe. Za organizację szczepień odpowiedzialne są Ministerstwo Zdrowia, Państwowa Inspekcja Sanitarna i Narodowy Fundusz Zdrowia. Media społecznościowe od kilkunastu lat generują informacje o szkodliwości szczepień, powikłaniach poszczepiennych. Zastraszeni rodzice odmawiają szczepień w trosce o zdrowie swoich dzieci. Główny Inspektorat Sanitarny odnotowuje wzrost zachorowalności na

choroby zakaźne, wskazując przyczynę nieszczepienia odsetka dzieci. Wydaje się, że konieczna jest w najbliższych latach edukacja pacjentów i transparentność informacji o szczepionkach, procesie wytwórczym i ewentualnych skutkach ubocznych.

Bibliografia

- Beers M. i in. (red.), *Podręcznik diagnostyki i terapii*, Elsevier. Urban & Partner, Wrocław 2008.
- Domaradzki J., *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia” 2013, t. 40/1.
- Gładkowska-Rzeczycka J., *Zdrowie – choroby nie tylko w pradziejach*, „Folia Praehistorica Posnaniensia” 2009 t. XV.
- Nawrot A. (red.), *Encyklopedia Biologia*, Wydawnictwo GREG, Kraków 2008.
- Orzyłowska-Śliwińska O., *Wiadomo, że wirusy atakują bakterie, ale czy mogą atakować inne wirusy?* „Świat Nauki” 2001, nr 6 (238).
- Samaranayake L.P., *Podstawy mikrobiologii dla stomatologów*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- Słownik terminów biologicznych*, http://stareaneksy.pwn.pl/biologia/1474680_1.html.
- Solomon E.P., Berg L.R., Martin D.W., *Biologia*, wyd. VII, Multico, Warszawa 2011.
- Szczepienia ochronne w Polsce w 2018 roku. Biuletyny roczne*, wyd. NIZP-PZH, GIS, Warszawa 2019.
- Trzaskowska G., *Epidemia czarnej ospy we Wrocławiu w 1963 r.*, wyd. Stowarzyszenie na Rzecz Promocji Dolnego Śląska, Wrocław 2008.
- Zdanowska J., *Prawne aspekty problematyki szczepień ochronnych w Polsce*, [w:] M. Głowacka, H. Mruk (red.), *Odpowiedzialność za zdrowie*, wyd. Polskie Towarzystwo Nauk o Zdrowiu, Poznań 2017.

Źródła prawne

- Kodeks postępowania administracyjnego (KPA), Dz. U. z 1960 r. Nr 30, poz. 168 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Dz. U. z 2008 r. Nr 234, poz. 1570.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483.
- Konstytucja World Health Organization, 1946.

Netografia

- http://gis.gov.pl/images/ep/so/pso_2017_-_nowelizacja.pdf
- <http://stopnop.com.pl/obowiazek-i-dobrowolnosc-szczepien-w-europie/>
- <http://szczepienia.pzh.gov.pl>
- http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_100_17.PDF
- <http://www.pzh.gov.pl/?s=szczepienia>
- https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2016-invasive-pneumococcal-disease_0.pdf
- <https://gis.gov.pl/wypoczynek/odra-zachorowania-na-swiecie/>

https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2017/K_100_17.PDF

<https://www.wnoz.cm.umk.pl/panel/wp-content/uploads/5.pdf>

Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2017 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2018, poz. 108, http://gis.gov.pl/images/pso_2018_r_.pdf.

Paradowską-Stankiewicz I., *Wpływ ruchów antyszczepionkowych na stan zaszczepienia populacji*, <https://gis.gov.pl/zdrowie/wplyw-ruchow-antyszczepionkowych-na-stan-zaszczepienia-populacji/>.

Posobkiewicz M., *Realizacja obowiązkowych szczepień w Polsce*, <http://www.ogolnopolskidzienszczepien.pl/og%F3lnopolski%20dzie%F1%20szczepie%F1/XXXV%20Szczepienia%20Ochronne%20-%20Realizacja%20obowiazkowych%20szczepien%20ochronnych%20w%20Polsce%20-%20Marek%20Posobkiewicz.pdf>.

Young E., *Giant virus resurrected from 30,000-year-old ice*, <https://www.nature.com/news/giant-virus-resurrected-from-30-000-year-old-ice-1.14801>.

Pokonywanie bariery szklanego sufitu przez kobietę-lidera w ochronie zdrowia

Breaking the glass ceiling by a woman leader in health care

Ewa Tańska

Wielkopolskie Centrum Onkologii¹

ORCID: [0000-0001-5940-4112](https://orcid.org/0000-0001-5940-4112)

Abstrakt

Celem pracy jest wyjaśnienie, czym dokładnie jest szklany sufit, jaka jest skala zjawiska w sektorze ochrony zdrowia na świecie i w Polsce, zarówno na uczelniach medycznych, jak i w placówkach medycznych, oraz co można zrobić, aby przeciwdziałać lub łagodzić zjawisko. Metodą badawczą był przegląd i analiza literatury branżowej, w tym artykułów w międzynarodowych czasopismach oraz raportach znanych instytucji, jak GUS, Deloitte.

Termin „szklany sufit” stanowi metaforę oznaczającą niewidzialne bariery uniemożliwiające kobietom awansowanie na wysokie stanowiska w strukturze organizacyjnej firmy. Problem istnienia barier natury społecznej, kulturowej, rządowej, wewnętrznej i zewnętrznej czy psychologicznej jest coraz częściej analizowany, co obrazuje wiele doniesień literaturowych w tym obszarze. Wnioski płynące z przeprowadzonych analiz: 1) w sektorze zdrowia tylko 11% kobiet zajmujących stanowiska kierownicze osiągnęło stanowiska CEO, w porównaniu do 25% mężczyzn; 2) w 2011 roku kobiety stanowiły 47% uczniów uczęszczających na studia, 36% wszystkich wykładowców medycznych i 19,5% profesorów zwyczajnych; 3) tylko 11% oddziałów klinicznych było prowadzonych przez kobiety; 4) luka płacowa w Polsce w 2014 roku dla wynagrodzeń kobiet i mężczyzn w sektorze ochrony zdrowia i pomocy społecznej plasowała się na poziomie 17,4%, a dla specjalistów ds. zdrowia – 34%; 5) kobietom brakuje mentora-przewodnika. Przeciwdziałanie zjawisku: 1) monitorowanie potencjalnych przypadków dyskryminacji oraz szkolenie kadr w tym aspekcie; 2) unikanie stereotypowo męskich kryteriów promocji, grantów i nagród; 3) promowanie przywództwa wśród lekarek i kobiet-naukowców; 4) wprowadzenie elastyczności w miejscu pracy (ruchome godziny pracy, możliwość pracy na niepełny etat) oraz instytucjonalnego wsparcia w opiece nad dziećmi i bliskimi (żłobki, przedszkola, domy opieki itp.).

Słowa kluczowe

szklany sufit, stereotypy, liderki, przywództwo, sektor ochrony zdrowia

Abstract

The purpose of the work is to explain exactly what a glass ceiling is, what is the scale of the matter in the healthcare sector in the world and in Poland, both at medical universities and medical institutions, and what can be done to counteract or mitigate this aspect. The research method was a review and

¹ Ul. Garbary 15, 61-866 Poznań.

analysis of literature, including articles in international magazines and reports of well-known institutions, such as the Central Statistical Office in Poland, Deloitte.

The term „glass ceiling” is a metaphor for invisible barriers preventing women from being promoted to high positions in the company’s organizational structure. The problem of the existence of social, cultural, governmental, internal and external or psychological barriers is increasingly being analyzed, which is illustrated by many literature reports in this area. Conclusions from the analyzes carried out: 1) in the health sector only 11% of women in managerial positions achieved the positions of CEO, compared to 25% of men; 2) in 2011, women constituted 47% of students attending university, 36% of all medical lecturers and 19.5% of full professors; 3) only 11% of clinical wards were run by women; 4) the pay gap in Poland in 2014 for women’s and men’s remuneration in the health care and social assistance sector was 17,4%, and for health professionals – 34%; 5) women lack a mentor-guide. Counteracting the matter: 1) monitoring of potential cases of discrimination and training of personnel in this aspect; 2) avoiding stereotypically male promotion criteria, grants and awards; 3) promoting leadership among doctors and women scientists; 4) introducing flexibility in the workplace (mobile working hours, the possibility of part-time work) and institutional support in the care of children and close relatives (crèches, kindergartens, nursing homes, etc.).

Keywords

glass ceiling, stereotypes, women-leaders, leadership, health sector

JEL: I10, I14, J16, J71, M54

Wprowadzenie

Określenie „szklany sufit” jest metaforą i pomimo wejścia kobiet na prawie wszystkie pola tradycyjnie zajmowane przez mężczyzn, na elitarnych stanowiskach kierowniczych kobiety pozostają praktycznie nieobecne lub obecne w symbolicznych liczbach. Pierwsze zastosowanie tego terminu jest przypisywane Marilyn Loden, autorce *Implementing Diversity*, w przemówieniu wygłoszonym w 1977 roku przez Women’s Action Alliance w opisie niewidzialnych barier dla awansu zawodowego kobiet, Gay Bryant w artykule w „Adweek”, Carol Hymowitz i Timothy Schellhardt w „Wall Street Journal” lub Alice Sargent w wywiadzie dotyczącym jej książki *The Androgynous Manager*². W 1991 roku w obliczu rosnącej liczby kobiet i aktywnie pracujących mniejszości Kongres Stanów Zjednoczonych uznał, że kobiety i mniejszości nie są dostatecznie reprezentowane na stanowiskach kierowniczych w biznesie, a sztuczne bariery hamowały ich rozwój. W tytule II ustawy o prawach obywatelskich z 1991 roku (Civil Rights Act of 1991 – Pub. L. 102-166) Kongres USA uchwalił ostatecznie ustawę o szklanym suficie (*Glass Ceiling Act*) i powołał na jej mocy Komisję ds. Szklanego Sufitu (*Glass Ceiling Commission*). Celem komisji było rozpoznanie następujących kwestii:

² M. Carnes, C. Morrissey, S.E. Geller, *Women’s Health and Women’s Leadership in Academic Medicine: Hitting the Same Glass Ceiling?*, „Journal Of Women’s Health” 2008, vol. 17, no. 9, Mary Ann Liebert, Inc., doi: 10.1089/jwh.2007.0688 [dostęp 15.03.2019].

- w jaki sposób przedsiębiorstwa prowadzą rekrutację na stanowiska kierownicze i decyzyjne;
- jakie są stosowane praktyki rozwojowe i zwiększające umiejętności w celu wspierania kwalifikacji niezbędnych do awansu na takie stanowiska;
- programy kompensacyjne i struktury wynagrodzeń stosowane w miejscu pracy;
- stworzenie corocznej nagrody za doskonałość w promowaniu bardziej zróżnicowanej i zarazem wykwalifikowanej siły roboczej na poziomie zarządzania i podejmowania decyzji w biznesie³.

Pierwsze użycie terminu „szklanego sufitu” w odniesieniu do statusu kobiet w środowisku uczelni medycznych znajdujemy w badaniu przeprowadzonym przez zespół Nickersona, gdzie ukazano porównywalne wskaźniki awansu dla kobiet i mężczyzn w Columbia College of Physicians and Surgeons. Z kolei Leah Dickstein, lekarz psychiatra z University of Louisville School of Medicine oraz była przewodnicząca American Medical Women’s Association (AMWA), przytacza liczne przykłady zarówno jawnego, jak i subtelnego seksizmu w rozwoju własnej kariery i potępia metaforyczny sufit uniemożliwiający kobietom zdobycie pozycji lidera w środowisku uczelni medycznych, podkreślając, że jest on pewnie wykonany z lexanu⁴. Natomiast Tesch i Nattinger ze Szkoły Zdrowia Publicznego na University of Illinois w Chicago badali lekarzy płci męskiej i żeńskiej, którzy w tym samym czasie rozpoczęli pierwszą wizytę na wydziale. Zaproponowali oni określenie „lepka podłoga” jako dodatkową metaforę dla kobiet pracujących na uczelniach medycznych, ponieważ oprócz stwierdzenia, że awansowało mniej kobiet niż mężczyzn, odkryli również, że na początku kariery kobiety otrzymały mniej zasobów instytucjonalnych. Jako kobieta, która znalazła się na średnim stanowisku kierowniczym w strukturach uczelni, Carnes w artykule redakcyjnym z 1995 roku opisała swoje odczucia jako kobiety stojącej pod metaforycznym szklanym sufitem; w instytucji, w której pracowała, nie widziała żadnych atrakcyjnych wzorów do naśladowania, a przyczyn upatrywała w różnicach płciowych, w normach behawioralnych i rolach społecznych występujących zarówno na uczelni, jak i poza nią⁵.

Nieprzepuszczalne bariery między kobietami a zarządem zostały potwierdzone w raporcie rozpoznawczym wydanym przez Glass Ceiling Commission w 1995 roku. W tym czasie komisja zauważyła, że tylko 3-5% stanowisk kierowniczych wyższego

³ M.L. Johns, *Breaking the Glass Ceiling: Structural, Cultural, and Organizational Barriers Preventing Women from Achieving Senior and Executive Positions*, „Perspectives in Health Information Management”, Winter 2013, s. 1-11.

⁴ Poliwęglan lity to materiał łączący w sobie bezkonkurencyjną odporność na uderzenia z bardzo wysoką przezroczystością, co czyni go doskonałym wyborem dla wymagających zastosowań, świetną alternatywą dla szkła. To materiał praktycznie niezniszczalny, przejrzysty jak szkło, dwa razy lżejszy i jednocześnie 200-300 razy bardziej odporny na uderzenia.

⁵ M. Carnes, C. Morrissey, S.E. Geller, *op. cit.*

szczebla w firmach z listy Fortune 500 zostało obsadzonych przez kobiety. Komisja stwierdziła również, że tam, gdzie kobiety zajmowały wysokie stanowiska, ich wynagrodzenie było niższe niż ich męskich odpowiedników. Ponadto ustalenia komisji pokazały, że kobiety zajmowały wysokie stanowiska głównie w obszarze zasobów ludzkich lub badań, które nie są częścią zwykłej ścieżki kariery na stanowiska kierownicze. Komisja zgłosiła kilka barier utrudniających kobietom i mniejszościom dotarcie do najwyższych szczebli zarządzania. Obejmowały one społeczne, rządowe, wewnętrzne i biznesowe bariery strukturalne. Wśród barier społecznych wymienić można te związane z osiągnięciami, uprzedzeniami, różnicami kulturowymi, płcią i kolorem skóry. Komisja stwierdziła, że trzeba podjąć działania znacznie zmniejszające siłę stereotypów poprzez promowanie praktyk i zachowań przywódców doceniających realne osiągnięcia pracowników i awansujących ich na podstawie obiektywnej oceny jakości pracy⁶.

Zenger i Folkman w roku 2011 przeprowadzili badania na próbie 7280 liderów, które potwierdziły niektóre znane prawdy na temat wydajności mężczyzn i kobiet na stanowiskach kierowniczych. Respondentami byli liderzy pracujący dla jednych z najlepszych i najbardziej postępowych organizacji na świecie zarówno publicznych, jak i prywatnych, rządowych i komercyjnych, krajowych i międzynarodowych. Zgodnie z danymi większość liderów (68%) to nadal mężczyźni; im wyżej w hierarchii, tym większy odsetek mężczyzn – w tej grupie to 78% menedżerów najwyższego szczebla, poziom niżej to 67% (tj. menedżerowie wysokiego szczebla, którzy podlegają bezpośrednio CEO) i 60% na poziomie trzecim, licząc od góry⁷.

Statystyki

Chociaż kobiety stanowią prawie 78% pracowników służby zdrowia, nadal istnieje znaczna różnica w zarządzaniu i kierownictwie w tej branży. Według głównych ustaleń białej księgi American College of Healthcare Executives (ACHE) dotyczącej różnego traktowania względem płci na najwyższym stopniu zarządzania w sektorze zdrowia tylko 11% kobiet zajmujących stanowiska kierownicze w służbie zdrowia osiągnęło stanowiska dyrektora generalnego, w porównaniu z 25% mężczyzn. Ponadto wśród mężczyzn 62% pracowało w zarządzaniu ogólnym w porównaniu z 46% kobiet. Kobiety miały tendencję do pracy w wyspecjalizowanych dziedzinach, takich jak usługi pielęgniarskie, planowanie, marketing i zapewnianie jakości, które nie prowadzą na

⁶ M.L. Johns, *op. cit.*

⁷ J. Zenger, J. Folkman, *Czy kobiety są lepszymi liderami od mężczyzn?*, HBRP 2019, <https://www.hbrp.pl/b/czy-kobiety-sa-lepszymi-liderami-od-mezczyzn/xWQibiDU> [dostęp 14.03.2019].

wysokie stanowiska kierownicze. Badania potwierdzają przytoczony raport Glass Ceiling Commission z 1995 roku⁸.

Według danych Stowarzyszenia Amerykańskich Uczelni Medycznych (AAMC) w 2011 roku kobiety stanowiły 47% uczniów uczęszczających na studia, 36% wszystkich wykładowców medycznych i 19,5% profesorów zwyczajnych. Ponadto dane AAMC wskazują, że kobiety powoli awansują na stanowiska kierownicze w hierarchii uczelni medycznej. Ze wszystkich oddziałów klinicznych akademickich ośrodków medycznych (AMC) w 2011 roku tylko 11% było prowadzonych przez kobiety. Nieobecność kobiet w artykułach dotyczących przywództwa w środowisku akademicko-medycznym jest uderzająca, co potwierdzają badania dotyczące płci i przywództwa prowadzone przez zespoły Grigsby, McKenna, Souba, Williamsa. Wysokie stanowiska w hierarchii uczelni zajmują zazwyczaj biali mężczyźni, a kobiety stanowią zdecydowaną mniejszość w tradycyjnym, zdominowanym przez mężczyzn, środowisku⁹.

Zgodnie z raportem GUS na temat zdrowia i ochrony zdrowia w Polsce w 2017 roku kobiety przeciętnie stanowiły około 70% uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych. Najsilniej sfeminizowane są zawody położnych i pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych oraz farmaceutów. Mniej kobiet jest wśród lekarzy, chociaż i tu ich rola jest dominująca, bowiem na przestrzeni 25 lat kobiety zawsze stanowiły ponad 50% wśród wszystkich lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem. W zawodzie lekarza dentyści także przeważają kobiety, które stanowią prawie 75% wszystkich osób pracujących bezpośrednio z pacjentem¹⁰.

Urlopy rodzicielskie i elastyczność pracy

Wnioski Komisji ds. Szklanego Sufitu potwierdził raport Joint Economic Committee (z ang., Wspólny Komitet Ekonomiczny), w którym zauważa się nieaktualne ramy wsparcia społecznego jako główną przeszkodę dla awansu kobiet. Stany Zjednoczone praktycznie nie oferują zinstytucjonalizowanego wsparcia pracującym kobietom-matkom, co oznacza, że gospodarka amerykańska cierpi, ponieważ kobiety walczą o zrównoważenie potrzeb związanych z pracą i potrzebami ze strony ich rodziny. W tym samym raporcie zauważono, że amerykańskie podejście do federalnego płatnego urlopu

⁸ M.L. Johns, *op. cit.*

⁹ C. Isaac, *Women chairs in academic medicine: engendering strategic intuition*, „Journal of Health Organisation and Management” 2015, vol. 29(4), s. 498–514, doi: 10.1108/JHOM-08-2013-0174 [dostęp 15.03.2019].

¹⁰ Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych, Urząd Statystyczny w Krakowie, 2018, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html> [dostęp 03.04.2019].

rodzicielskiego ostro kontrastuje z podejściem krajów członkowskich Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), gdzie średnia długość planowanego urlopu dla nowych rodziców wynosi 18 tygodni, w porównaniu do 12 tygodni w USA. Począwszy od stycznia 2011 roku, Stany Zjednoczone były jedynym krajem OECD bez wymaganego płatnego urlopu rodzicielskiego¹¹. Dla porównania w Finlandii urlop rodzicielski trwa 158 dni roboczych¹², w Norwegii 49 tygodni 100% płatnych lub 56 tygodni 80% płatnych¹³, a w Polsce 26 tygodni 100% płatnych lub rok macierzyńskiego w 80% płatnego¹⁴.

Na przestrzeni ostatnich kilku lat w Polsce odnotowuje się wzrost poparcia dla partnerskiego modelu łączenia pracy zawodowej i obowiązków rodzinnych. Polskie społeczeństwo nadal jednak uważa, że kluczową rolę w wychowywaniu potomstwa odgrywa matka – zdaniem 2/3 Polaków urlop na wychowanie dziecka powinien być całkowicie lub w większości wykorzystany przez matkę. Tylko 1/3 Polaków uważa, że urlop powinien być podzielony równo pomiędzy matkę i ojca. Wyniki te świadczą o tym, że Polska nadal opowiada się za tradycyjnym podziałem ról, w którym to mężczyzna realizuje funkcję ekonomiczną, a kobieta funkcję opiekuńczą. Dla porównania w Szwecji ponad połowa respondentów (61%) opowiada się za równym podziałem obowiązków, w Islandii, Niemczech, Finlandii jest to 39-45% społeczeństwa. Jedynie w Słowenii opcja pełnego/większościowego wykorzystania urlopu macierzyńskiego i wychowawczego przez matkę jest wskazywana przez zdecydowaną większość społeczeństwa (77%)¹⁵.

Brak elastycznych warunków pracy to kolejny powód, dla którego kobiety nie awansują. Jak zostało to wcześniej podkreślone, kobiety w społeczeństwie amerykańskim przyjmują główną rolę we wczesnej opiece nad dzieckiem, a także bardzo często przejmują opiekę nad starzejącymi się rodzicami lub członkami rodziny. Niejednokrotnie kobieta pełni funkcję opiekuna rodziny przez całe życie. W konsekwencji kobiety nie budują kariery zawodowej, zdobywając natomiast innego rodzaju doświadczenie. Jednak gdy decydują się powrócić do pracy, trudno jest im nabrać rozmachu i równości w awansie i zdobywaniu stanowisk kierowniczych w porównaniu z mężczyznami¹⁶.

W badaniu Deloitte zauważamy analizy, z których wynika, że wśród rozwiązań preferowanych przez Polaków pod względem godzenia pracy zawodowej i obowiązków

¹¹ M.L. Johns, *op. cit.*

¹² Ministry of Economic Affairs and Employment of Finland, <https://tem.fi/en/maternity-paternity-and-parental-leave> [dostęp 03.04.2019].

¹³ University of Oslo, <https://www.uio.no/english/for-employees/employment/working-hours-and-absence/leave-absence/parents/rights-obligations/duration-parental-leave-as-of-2018-07-01.html> [dostęp 03.04.2019].

¹⁴ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, Dz. U. z 1974 r. Nr 24, poz. 141 ze zm.

¹⁵ Deloitte, *Praca i przedsiębiorczość kobiet: potencjał do wykorzystania w Polsce*, w ramach projektu „Sukces to ja”, 2017, <https://www2.deloitte.com/pl/pl/pages/kobiety-w-biznesie/articles/aktywizacja-zawodowa-kobiet-2017-raport.html> [dostęp 03.04.2019].

¹⁶ M.L. Johns, *op. cit.*

rodzicielskich najczęściej wskazywane były rozwiązania dotyczące elastyczności w organizacji pracy. Elastyczność ta może się przejawiać w postaci ruchomego czasu pracy, wykonywania pracy z domu lub zmniejszonego wymiaru czasu pracy (praca na część etatu). Istotnym czynnikiem okazują się również możliwości opieki poza domem nad dziećmi do lat 7 oraz wyższe zasiłki. Praca w niepełnym wymiarze, chociaż wskazana przez 23,4% kobiet oraz 16,4% mężczyzn, nie jest u nas tak popularna jak w krajach Europy Zachodniej, gdzie jest to jedno z kluczowych rozwiązań umożliwiających godzenie ról. W Polsce jest wybierana najczęściej przez osoby o niskich kwalifikacjach zawodowych i słabszej pozycji na rynku pracy. Warto zaznaczyć, że niepełnoetatowa praca kobiet nie wiąże się w praktyce z istotnie mniejszą liczbą faktycznie przepracowanych godzin w porównaniu z pracą pełnoetatową¹⁷. W tym samym raporcie czytamy, że w Szwecji stopa aktywności zawodowej kobiet w 2015 roku wynosiła 83,5%, a w Norwegii 76,2%. Elastyczność pracy w Polsce w opinii Pauliny Łukaszuk – Communications Manager w Hays Poland – coraz bardziej ceniona jest przez ogół pracowników, ale nadal nieco bliższa jest kobietom. Może to wynikać z większej konieczności godzenia zobowiązań zawodowych i prywatnych przez panie, które nadal w życiu rodzinnym pełnią wiodącą rolę i więcej czasu poświęcają opiece nad dziećmi. Nie zmienia to jednak faktu, iż pracownicy równie często korzystają z dostępnych rozwiązań pracy elastycznej, bez względu na płeć przełożonego¹⁸.

Różnice płacowe

Luka płacowa nadal jest rzeczywistością dla pracujących kobiet. Wspólny Komitet Ekonomiczny Kongresu USA przytoczył potencjalnie dyskryminujące praktyki płacowe jako jeden z czynników przyczyniających się do różnicy w wynagrodzeniach kobiet i mężczyzn. W sektorze opieki zdrowotnej ACHE poinformowało w 2006 roku, że 29% kobiet nie otrzymało godziwej pensji ze względu na płeć. Odsetek ten był niższy niż w 2000 roku, kiedy 43% kobiet uznało, że nie otrzymało wynagrodzenia równego wynagrodzeniu mężczyźn. W tym samym raporcie ACHE stwierdzono, że 69% kobiet, w porównaniu z 86% mężczyzn, uważa, że nie są zapraszane na nieformalne spotkania, które sprzyjają rozwojowi zawodowemu. W tym względzie mężczyźni chętniej współpracują nieformalnie z innymi menedżerami, na przykład 48% mężczyzn w porównaniu do 33% kobiet spożywa lunch z innymi menedżerami co najmniej raz w miesiącu¹⁹.

¹⁷ Deloitte, *Praca i przedsiębiorczość kobiet...*

¹⁸ Z. Nowak, *Szefowa i lider – kobiety na rynku pracy*, „Benefit” 2019, <https://miesiecznik-benefit.pl/zarzadzanie/przywodztwo/news/szefowa-i-lider-kobiety-na-ryнку-pracy/> [dostęp 14.03.2019].

¹⁹ M.L. Johns, *op. cit.*

Według raportu Deloitte z 2016 roku w Polsce wskaźnik zróżnicowania wynagrodzeń kobiet i mężczyzn w 2014 roku w sektorze ochrony zdrowia i pomocy społecznej plasował się na poziomie 17,4%, natomiast luka płacowa dla poszczególnych grup zawodów, tj. specjalistów ds. zdrowia, plasowała się na poziomie 34%²⁰.

Barier społeczno-psychologiczne

Jako czynniki uniemożliwiające kobietom przejście na stanowiska kierownicze i dalej zarządcze wymienia się różnice w zaufaniu i ambicjach zawodowych mężczyzn i kobiet. Badanie Instytutu Przywództwa i Zarządzania ujawniło, że menedżerki mają utrudnioną karierę zawodową, bo wykazują niższe ambicje i oczekiwania. Kobiety często nie mają pewności siebie i wiary w siebie, przez co w mniejszym stopniu podejmują ryzyko, a ich wybory są bardziej ostrożne. Średnio, w porównaniu z mężczyznami, kobiety przejmują stanowiska co 3 lata. Badanie wykazało również, że kobiety częściej niż mężczyźni mają niejasną ścieżkę kariery zawodowej. Wyniki te są porównywalne z wynikami raportu ACHE z 2006 roku, w którym stwierdzono, że kobiety mają mniejsze aspiracje zawodowe niż mężczyźni, a 40% kobiet deklaruje chęć objęcia stanowisk dyrektora generalnego w porównaniu z 70% mężczyzn²¹.

Pomimo znacznego wzrostu liczby kobiet pracujących w sektorze zdrowia w Australii nadal występuje niedostateczna reprezentacja kobiet na oficjalnych stanowiskach kierowniczych wysokiego szczebla w jednostkach medycznych. Przeprowadzone badanie ukazało, że w Australii przywództwo w sektorze zdrowia jest zdominowane przez mężczyzn, a respondenci uznali, że dysproporcje płci w rolach przywódczych to wynik wychowania i codziennych obowiązków kobiet w tym państwie²².

Gruber, Veidt i Ortner przeprowadziły badania w celu poznania mechanizmów leżących u podstaw uprzedzeń, które zmniejszają szanse kobiet na zostanie liderką. Skupiły się na pytaniu, w jaki sposób cechy twarzy mogą wpłynąć na pojawienie się przywództwa kobiet. Postawiły one hipotezę, że określona kompetencja społeczna pośredniczyłaby we wpływie atrakcyjności twarzy na mianowanie przywódcą, a naiwność pośredniczyłaby we wpływie dziecinności na mianowanie przywódcą. W badaniu pilotażowym przeanalizowały dane 101 uczestników konkursu kobiet na przywódcę, który odbył się w 2015 roku w Niemczech. Następnie potwierdziły te wyniki w ulepszonym metodologicznie badaniu głównym na innych kobietach, które wzięły udział w konkursach

²⁰ Deloitte, *Praca i przedsiębiorczość kobiet...*

²¹ M.L. Johns, *op. cit.*

²² M. Bismark, J. Morris, L. Thomas I in., *Reasons and remedies for underrepresentation of women in medical leadership roles: a qualitative study from Australia*, „BMJ Open” 2015, doi: [10.1136/bmjopen-2015-009384](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009384) [dostęp 15.03.2019].

w 2016 i 2017 (N = 195). Kobiety zgłosiły się do udziału w konkursie, rejestrując swoje odpowiedzi na kilka pytań w wywiadzie wideo. Badaczki zmierzyły kompetencje społeczne oraz atrakcyjność, dziecinność i naiwność twarzy, podążając za specjalnie opracowanym modelem oceny. W obu badaniach wyniki wskazywały, że kobiety o wyższej przypisywanej atrakcyjności twarzy miały wyższe przypisane kompetencje społeczne, co przekładało się na wyższe prawdopodobieństwo mianowania na przywódcę, z kolei kobiety o twarzach charakteryzujących się wyższym stopniem naiwności prawdopodobieństwo zostania przywódcą miały niższe²³.

Istnieje wiele moralnych i pragmatycznych powodów, aby zwiększyć liczbę i widoczność kompetentnych, odnoszących sukcesy kobiet na stanowiskach kierowniczych. Kobiety te stanowią istotny wzór do naśladowania dla innych kobiet i mogą mieć korzystny wpływ na ich zachowania i aspiracje przywódcze. Badania zespołu Latu potwierdzają to twierdzenie i odkrywają mechanizm behawioralny, który odpowiada za te pozytywne skutki. Z badań wynika, że znane, widoczne wzorce kobiet-liderów są niezbędne do inspirowania innych kobiet, ponieważ oferują możliwość naśladowania ich niewerbalnych zachowań, takich jak silne postawy ciała. Kobiety, powielając silne zachowania innych kobiet, przekazują niewerbalne informacje kolejnym kobietom i wpływają na ich wydajność. Proces ten nazywany jest wzmacniającą mimikrą. Wyniki przeprowadzonych przez Latu badań sugerują, że zwiększenie widoczności kobiet-liderów może mieć korzystny wpływ na menedżerki w stresujących sytuacjach, ponieważ będą wiedziały, jak mają się zachowywać, a w efekcie pozycja kobiet zostaje wzmocniona²⁴.

Siła stereotypów

Badania psychologiczne przeprowadzone przez Powella i Eagly w 2002, Dasgupta i Asgari w 2004 oraz zespół Johnsona w 2008 roku pokazują, że domniemane uprzedzenia wiążą się ze stereotypowo męskimi zachowaniami gwarantującymi skuteczne przywództwo, co podsumowuje sformułowanie: „myśl jak menedżer, myśl jak mężczyzna”. Choć psychologowie przywództwa koncentrują się na jednostce i psychologii, perspektywa konstruktora społecznego uzupełnia teorię przywództwa, a dokładniej podnosi się regułę, że zwolennicy budują przywódców, tak samo jak przywódcy budują zwolenników²⁵.

²³ F.M. Gruber, C. Veidt, T.M. Ortner, *Women Who Emerge as Leaders in Temporarily Assigned Work Groups: Attractive and Socially Competent but Not Babyfaced or Naïve?*, „Frontiers in Psychology” 2018, vol. 9, doi: [10.3389/fpsyg.2018.02553](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02553) [dostęp 15.03.2019].

²⁴ I.M. Latu, M.S. Mast, D. Bombari, J. Lammers, C.L. Hoyt, *Empowering Mimicry: Female Leader Role Models Empower Women in Leadership Tasks Through Body Posture Mimicry*, „Sex Roles” 2019; vol. 80, s. 11-24, doi: [10.1007/s11199-018-0911-y](https://doi.org/10.1007/s11199-018-0911-y) [dostęp 15.03.2019].

²⁵ C. Isaac, *op. cit.*

Mimo że kobiety mają coraz większy apetyt na sukces, nadal jednak to mężczyźni częściej dążą do objęcia wyższych stanowisk, dla 21% mężczyzn (wobec 12% kobiet) główną aspiracją zawodową jest poziom dyrektora zarządzającego lub prezesa, dla 27% stanowisko dyrektorskie, a dla 12% (wobec 8% kobiet) rola właściciela firmy. Podobnie członkowie zespołów zarządzanych przez mężczyzn komunikują wyższe aspiracje niż członkowie zespołów zarządzanych przez panie. Stereotypem jest mówienie, że kobieta jest ugodowa i troszczy się o innych, podczas kiedy mężczyzna krzyczy i dużo wymaga. Różnice w stylach zarządzania wynikają z faktu, iż kobiety wciąż stanowią mniejszość na stanowiskach zarządczych i tym samym okazują się mniejszą grupą porównawczą. W Polsce kobiety stanowią zaledwie kilka procent prezesów firm, niewiele ponad 10% składu zarządów, a ponad 60% organizacji nie ma żadnej kobiety w zespole zarządzającym. Podobnie wygląda sytuacja na stanowiskach menedżerskich²⁶.

Stereotypy związane z płcią i różnice w komunikacji płciowej są poważną przeszkodą dla kobiet w miejscu pracy, w którym mogą być one karane za zbyt małą lub zbyt dużą asertywność, konkurencyjność i niezależność. Styl komunikacji kobiet jest bardziej ciepły, mniej ukierunkowany i łagodniejszy niż u mężczyzn. Ten styl komunikacji może jednak obniżyć postrzeganie zdolności kobiet. Jeśli jednak kobieta wykazuje zbyt dużą asertywność, co jest sprzeczne ze stereotypem, znów jej wpływ i upodobanie mogą zostać obniżone. Zdolności kobiet są również oceniane inaczej niż męskie. Ludzie oceniają zdolności kobiet bardziej surowo niż mężczyzn, utrzymując kobiety na wyższym poziomie kompetencji i oceniając menedżerki i liderki bardziej krytycznie niż ich męskich odpowiedników²⁷.

Badania pokazują również, że gdy kobiety wykazują kompetencje agresywne na stanowiskach zdominowanych przez mężczyzn, mogą wywoływać negatywne reakcje, naruszając uspołecznione normy płci, kobiety-liderki stają się tzw. „skazanymi karierowiczami”. Ta forma seksizmu stawia sympatię i kompetencje w opozycji. Kompetencje przypisuje się raczej statusowi grupy niż dowodom, a sympatia opiera się na współpracy i konkurencji. Kobiety pracujące zawodowo w tradycyjnie męskich zawodach muszą wykazać się wyższymi kompetencjami i rywalizują o zasoby, naruszając tym samym przyjęte normy. W efekcie kobieta-przywódca jest przeciążona i obciążona funkcjonującymi w jednostce relacjami²⁸.

Kobiety, aby objąć stanowiska tradycyjnie przynależne mężczyznom, muszą wykazać się wysoką agresywnością, a takie zachowania niosą ze sobą sprzeciw i powstanie

²⁶ Z. Nowak, *op. cit.*

²⁷ M.L. Johns, *op. cit.*

²⁸ C. Isaac, *op. cit.*; D.J. Burgess, A. Joseph, M. Van Ryn, M. Carnes, *Does Stereotype Threat Affect Women in Academic Medicine?*, „Academic Medicine” 2012 April, vol. 87(4), s. 506-512, doi: [10.1097/ACM.0b013e318248f718](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318248f718) [dostęp 15.03.2019].

naturalnej opozycji po stronie mężczyzn, chyba że złagodzą one swoje zachowanie. Taką zależność potwierdzają badania przeprowadzone przez Heilmana i Okimoto w 2007 roku, które wykazały, że dostarczenie wyraźnych dowodów na chęć nawiązania współpracy i dobrych kontaktów w miejscu pracy poprawia ocenę sympatyczności kobiet. Kobiety muszą pozostać czujne i cały czas uważać na formę współpracy oraz członków zespołów, ponieważ ich osiągnięcia mogą niechybnie zniknąć w ramach tych zespołów czy współpracy²⁹.

Obszary, w których kobiety uzyskały największą przewagę, to podejmowanie inicjatywy i dążenie do realizacji wyników, które od zawsze były uważane za szczególną domenę mężczyzn. W badaniu Zengera i Folkmana mężczyźni wypadli znacznie lepiej od kobiet tylko w przypadku jednej kompetencji zarządczej, tj. umiejętności stworzenia strategicznej perspektywy. Kobiety zostały wysoko ocenione pod względem podejmowania inicjatywy i dbałości o samorozwój, co prawdopodobnie ma związek z wciąż niepewną pozycją, jaką ich zdaniem mają w pracy. Odczuwając (często silnie) potrzebę przejścia inicjatywy, mają większą motywację, by brać sobie do serca to, co mówią na ich temat inni, a są to najważniejsze zachowania, które warunkują sukces każdego lidera, niezależnie czy jest on kobietą, czy mężczyzną. Badając dane zagregowane dotyczące zmysłu strategicznego myślenia wśród liderów najwyższego szczebla, wypadają one lepiej, ponieważ większość liderów to mężczyźni. Tymczasem po przeanalizowaniu pod kątem tego parametru mężczyzn i kobiet, którzy zajmują najwyższe stanowiska kierownicze, ich względne wyniki okazują się takie same³⁰.

Z badań Hays wynika, że kobiety chętniej budują zespoły żeńskie. W przypadku 71% respondentów, których przełożonym jest kobieta, zespół składa się w większości z kobiet. Gdy przełożonym jest mężczyzna, zespół częściej stanowią panowie, aczkolwiek odsetek respondentów wskazujących na to zjawisko jest mniejszy. Ponadto przełożone częściej proponują swoim zespołom doradztwo lub mentoring, organizują wewnętrzne sesje wymiany wiedzy i wykazują większą otwartość na rozmowę o perspektywach awansu. Dzięki temu członkowie zespołów zarządzanych przez kobiety częściej mają poczucie, że ich plany zawodowe i ambicje są słyszane i rozumiane w organizacji. Mimo większego poczucia bycia wspieranym i rozumianym, większe zadowolenie z pracy deklarują członkowie zespołów zarządzanych przez mężczyzn, przy czym różnica jest niewielka, ponieważ wobec 70% zadowolonych pracowników zespołów zarządzanych przez mężczyzn, o takiej samej satysfakcji mówi 65% członków zespołów kierowanych przez kobiety³¹.

²⁹ *Ibidem.*

³⁰ J. Zenger, J. Folkman, *op. cit.*

³¹ Z. Nowak, *op. cit.*

Rola mentora

Kobietom często brakuje mentora-przewodnika, który promuje, edukuje i pomaga im wspiąć się po drabinie organizacyjnej. Badanie z 2009 roku, przeprowadzone przy wsparciu American Express, Deloitte, Intel i Morgan Stanley, wykazało, że kobiety albo nie doceniają roli, jaką mentoring odgrywa w awansowaniu, albo nie kultuwują go. Przyczyny tego zjawiska mają swoje źródło w formie postrzegania przez kobiety i ich otoczenie utrzymywania kontaktów z, często starszymi, mentorami-mężczyznami i błędnego przypisywania tym stosunkom charakteru zainteresowania seksualnego³².

Mentoring, szczególnie dla kobiet pracujących na stanowiskach kierowniczych, jest niezbędny, ale często niewykorzystywany. Cindy Goodman w artykule z 2 sierpnia 2015 roku w „Miami Herald” napisała, że mentoring w miejscu pracy wspomaga karierę, umiejętności i utrzymanie oraz jest korzystny dla wszystkich. Jednak zbyt często relacje mentorskie są ograniczone lub nie istnieją w świecie zawodowym, ponieważ przełożeni są zbyt zajęci lub zbyt blisko problemów. Ponadto istnieje wszechobecny strach przed pojawieniem się niekompetentnych mentorów lub potencjalni mentorzy nie są dostępni na kolejne spotkanie. Tymczasem mentorzy mogą wywodzić się z danej organizacji i zarazem nie powinni być obcy. Mentor pomaga osobom wahającym się podjąć decyzje dotyczące walki o awans i zmiany stanowiska na kierownicze. Stanowi podporę i źródło porady, często relacja z mentorem ma miejsce, zanim obie strony odkryją, że właśnie taka ona jest. Mentora rozpoznać można po tym, jak pomaga osobie dostrzec jej mocne strony, doradza w sprawach praktycznych, zawodowych, interpersonalnych, naukowych. Proces mentoringu działa, gdy starsze pokolenie zdecydowało się wesprzeć następnego. Valerie Fletcher, dyrektor wykonawczy Institute for Human Centered Design, jest aktywnym mentorem dla ludzi, którzy dla niej pracują, w tym dla stażystów, studentów i specjalistów. Według jej opinii mentoring jest relacją *pay-it-forward*, polegającą na dzieleniu się umiejętnościami, których nauczyliśmy się od innych ludzi, będących naszymi mentorami. Mentor ma za zadanie udowodnić ludziom, że nie są sami w swoich pomysłach i rolach. Mężczyźni odnoszą sukcesy, ponieważ miejsce pracy jest ich światem, i równocześnie wiedzą, jak się w nim poruszać. Dlatego kobiety mogą się wiele nauczyć od męskich mentorów. Elias w swym artykule zaleca, by kobieta zastanowiła się nad obecną swoją pozycją i określiła, dokąd zmierza oraz kto może jej pomóc tam dostrzec, kto jest w jej sieci kontaktów i kto osiągnął to, czego ona szuka. Następnie powinna poprosić tę osobę o zostanie jej mentorem i o pomoc w osiągnięciu założonych przez nią celów³³.

³² M.L. Johns, *op. cit.*

³³ E. Elias, *Lessons learned from women in leadership positions*, „Work” 2018, vol. 59, Iss. 2, s. 175-181, doi: [10.3233/WOR-172675](https://doi.org/10.3233/WOR-172675) [dostęp 15.03.2019].

Przeciwdziałanie

Pokonywanie bariery szklanego sufitu jest skomplikowane i wymaga działania na kilku frontach. Rządy, pracodawcy, instytucje akademickie i same kobiety są kluczowymi graczami w przełamywaniu barier hamujących awansowanie kobiet. Rząd ma do dyspozycji wiele narzędzi, między innymi promowanie równości płci oraz organizowanie na szeroką skalę szkoleń omawiających zarówno korzyści, jak i negatywne skutki płynące z równości/nierówności płci dla kobiet, dzieci, rodzin, społeczności, sektora biznesu i narodu jako całości. Polityka rządowa i ustawodawstwo mogą zlikwidować dyskryminujące praktyki i sztuczne bariery, a programy i projekty mogą pogłębić zrozumienie najlepszych działań na rzecz przełamania tych barier. Ponadto monitorowanie i egzekwowanie istniejącego prawodawstwa przeciwko dyskryminacji ze względu na płeć musi być realne. Pracodawcy z kolei muszą być aktywni w swoim zaangażowaniu w promowanie różnorodności płci i sprawiedliwość, ponieważ szklany sufit może zostać wyeliminowany tylko dzięki stałemu wsparciu najwyższego kierownictwa dla pracowników³⁴.

W skali globalnej kobiety doświadczają nieproporcjonalnego obciążenia chorobami i śmiercią z powodu nierówności w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej, żywienia i edukacji. W obliczu tej dysproporcji uderzające jest to, że przywództwo w dziedzinie zdrowia na świecie jest wysoce zniekształcone i że światowe organizacje zdrowia zaniedbują kwestię równości płci we własnym przywództwie. Randomizowane badania pokazują, że kobiety na stanowiskach kierowniczych w organizacjach rządowych wdrażają inne polityki niż mężczyźni i że te polityki są bardziej pomocne dla kobiet i dzieci. W innych badaniach istnieje potwierdzenie, że proaktywne interwencje mające na celu zwiększenie odsetka kobiet na stanowiskach kierowniczych w przedsiębiorstwach lub rządach mogą być skuteczne. Dlatego zwiększenie przywództwa kobiet w globalnym zdrowiu jest zarówno wykonalne, jak i stanowi podstawowy krok w kierunku rozwiązania problemu zdrowia kobiet. Z obserwowano, że wysoki odsetek młodych stażystek, które naukowo interesują się globalnym zdrowiem na wczesnym etapie kariery zawodowej, w niewielkim procencie zostaje liderami w dziedzinie zdrowia na świecie w dalszej karierze zawodowej. Aby odmienić obecną sytuację kobiet, trzeba podjąć działania zapewniające promowanie kobiet-liderów zarówno z krajów bogatych w surowce, jak i ubogich w zasoby, w tym dotacje na szkolenia przywódcze, opiekę mentorską kobiet-liderów w zawodach globalnych, wzmocnienie edukacji zdrowotnej w krajach ubogich w zasoby, granty umożliwiające badania i zmiany instytucjonalne polityki wspierające kobiety w wyborze globalnej ścieżki kariery zdrowotnej³⁵.

³⁴ M.L. Johns, *op. cit.*

³⁵ J.A. Downs, L.K. Reif, A. Hokororo, D.W. Fitzgerald, *Increasing Women in Leadership in Global Health*, „Academic Medicine” 2014 August, vol. 89(8), s. 1103-1107, doi: [10.1097/ACM.0000000000000369](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000369) [dostęp 15.03.2019].

Liderzy w organizacjach, którzy poszukują utalentowanych pracowników, nie powinni zapominać o kobietach, w których drzemą ponadprzeciętne umiejętności przywódcze. Badanie Zengera i Folkmana pokazało, że umiejętności przywódcze są silnie powiązane z takimi czynnikami sukcesu organizacji jak zatrzymywanie talentów, satysfakcja klienta, zaangażowanie pracowników czy rentowność. Kultura organizacyjna sprzyjająca rozwojowi i awansowaniu kobiet może przynieść organizacji dużo korzyści³⁶.

Kliniczne placówki medyczne powinny wdrożyć stosunkowo proste środki przeciwdziałania stereotypom wspierane doświadczalnymi dowodami z innych środowisk, do których należy: 1) wprowadzenie pojęcia zagrożenia stereotypowego dla społeczności uczelni medycznej; 2) angażowanie wszystkich zainteresowanych stron, mężczyzn i kobiet, w promowanie bezpieczeństwa tożsamości poprzez wprowadzanie i uświadamianie wykładowcom zasad monitorowania potencjalnych przypadków dyskryminacji oraz szkolenie kadr w celu dostarczenia informacji zwrotnych dotyczących wydajności, które są wolne od uprzedzeń płciowych; 3) przeciwdziałanie skutkom segregacji seksualnej w klinicznych placówkach medycznych poprzez zwiększenie możliwości odniesienia sukcesu przez kobiety-liderki; 4) unikanie stereotypowo męskich kryteriów promocji, grantów i nagród; oraz 5) budowanie skuteczności przywództwa wśród lekarek i kobiet-naukowców³⁷.

Carnes, we wnioskach z przeprowadzonych badań, zaproponowała 4 rozwiązania usunięcia barier sprzyjających tworzeniu szklanego sufitu i przedstawiła je w formie zaleceń. Zalecenie 1 powinno polegać na rozpoznaniu wpływu uspołecznionych różnic między płciami między innymi poprzez edukowanie członków społeczności uczelni medycznych o wpływie uspołecznionych różnic płci na nauczanie i praktykowanie medycyny, zapoznanie liderów instytucjonalnych z raportem National Academies na temat „Poza uprzedzeniami i barierami: wypełnienie potencjału kobiet w nauce i inżynierii naukowej” oraz podejmowanie działań na rzecz promowania równości płci i ocenę ich efektów. Do 2. bloku zaleceń dotyczących zmian systemowych niezbędnych do wzmocnienia awansu kobiet na stanowiska zarządcze należą działania polegające na zinstytucjonalizowaniu mechanizmów monitorowania i, w razie potrzeby, zadośćuczynienia za nierówności w wynagrodzeniach kobiet i mężczyzn oraz wdrożeniu polityki promującej równość płci. Kolejne zalecenie dotyczy wsparcia dla równowagi między pracą a życiem prywatnym jako priorytetem instytucjonalnym. W ramach tego zalecenia Carnes proponuje zwiększenie elastyczności stanowisk kierowniczych w celu zapewnienia stypendium i równowagi między pracą a życiem prywatnym, np. stanowiska w niepełnym wymiarze godzin; elastyczne godziny; placówki opieki nad dziećmi

³⁶ J. Zenger, J. Folkman, *op. cit.*

³⁷ D.J. Burgess, A. Joseph, M. Van Ryn, M. Carnes, *op. cit.*

i pokoje do karmienia piersią. Wzmocnienie związku między zdrowiem kobiet a przywództwem kobiet w NIH i innych agencjach federalnych to ostatnie, 4. zalecenie. Carnes uważa, że warto wykorzystać związek między zdrowiem kobiet a przywództwem kobiet na uczelniach medycznych poprzez włączenie badań nad różnicami płci i płci w szerokim spektrum badań naukowych³⁸.

Podsumowanie

Świat się intensywnie zmienia, ale w sprawach związanych z równouprawnieniem płci i wyrównaniem szans w dostępie do awansu zawodowego od 1977 roku zrobiono zaledwie kilka małych kroków. Ważne jest, że temat szklanego sufitu jest rozpoznawany przez wielu badaczy i nie jest pozostawiany bez jakichkolwiek działań. Przytoczone w niniejszej pracy badania potwierdzają, że dysproporcje wynikające z zatrudnienia, z nominacji na stanowiska oraz wynagrodzenia są na stałe włączane do analiz statystycznych i znajdują swoje odzwierciedlenie w wielu profesjonalnych, biznesowych raportach.

Środowiska naukowe, uczelni medycznych oraz placówek medycznych coraz częściej pochylają się nad problemem równouprawnienia i wspierania kobiet w zdobywaniu wyższych stanowisk w hierarchii instytucji. Potencjał, jaki drzemie w kobietach, jest często niewykorzystany, hamowany, a nawet gaszony. Takie działania odbijają się negatywnie na rozwoju jednostek organizacyjnych oraz, patrząc szerzej, na społeczeństwie.

Stereotypy krążące na temat kobiet i mężczyzn, ich zachowań, wyglądu, charakteru i upodobań są nadal mocno zakorzenione w myśleniu społeczeństw na całym świecie. Wiele z nich związanych jest wprost z wychowaniem, co potwierdziło badanie przeprowadzone w Australii, a wiele jest narzucone środowiskiem pracy zdominowanym przez mężczyzn.

Elastyczność w miejscu pracy, ruchomy czas pracy, dostęp do żłobków i przedszkoli, do instytucji pomocy nad osobami starszymi itp., to narzędzia wspierające aktywność zawodową kobiet, bardzo często decydujących się na rezygnację z własnych ambicji na rzecz dobra rodziny i bliskich. Koszt wynikający z tej decyzji ponosi kobieta, bo najczęściej nie ma szans na powrót do pracy i kontynuowanie przerwanego dorobku zawodowego, a przez to jej przyszłość i zabezpieczenie emerytalne są bardzo niepewne.

Analiza przyczyn występujących zjawisk dyskryminacji, ograniczeń i braku wsparcia potwierdza, że kobiety i mężczyźni różnią się od siebie. Ludzie na całym świecie powinni pracować nad pełną akceptacją siebie i innych takimi, jakimi są, a edukowanie o potrzebie równego traktowania płci to droga ku zmianie ich myślenia.

³⁸ M. Carnes, C. Morrissey, S.E. Geller, *op. cit.*

Bibliografia

Literatura

- Bismark M., Morris J., Thomas L. i in., *Reasons and remedies for underrepresentation of women in medical leadership roles: a qualitative study from Australia*, „BMJ Open” 2015, doi:[10.1136/bmjopen-2015-009384](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009384) [dostęp 15.03.2019].
- Burgess D.J., Joseph A., Van Ryn M., Carnes M., *Does Stereotype Threat Affect Women in Academic Medicine?*, „Academic Medicine” 2012 April, vol. 87(4), s. 506–512, doi:[10.1097/ACM.0b013e318248f718](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318248f718) [dostęp 15.03.2019].
- Carnes M., Morrissey C., Geller S.E., *Women’s Health and Women’s Leadership in Academic Medicine: Hitting the Same Glass Ceiling?*, „Journal Of Women’s Health” 2008, vol. 17, no. 9, Mary Ann Liebert, Inc., doi: [10.1089/jwh.2007.0688](https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0688) [dostęp 15.03.2019].
- Downs J.A., Reif L.K., Hokororo A., Fitzgerald D.W., *Increasing Women in Leadership in Global Health*, „Academic Medicine” 2014 August, vol. 89(8), s. 1103-1107, doi: [10.1097/ACM.0000000000000369](https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000369) [dostęp 15.03.2019].
- Elias E., *Lessons learned from women in leadership positions*, „Work” 2018, vol. 59, s. 175-181, doi: [10.3233/WOR-172675](https://doi.org/10.3233/WOR-172675) [dostęp 15.03.2019].
- Gruber F.M., Veidt C., Ortner T.M., *Women Who Emerge as Leaders in Temporarily Assigned Work Groups: Attractive and Socially Competent but Not Babyfaced or Naïve?* „Frontiers of Psychology” 2018, vol. 9, doi: [10.3389/fpsyg.2018.02553](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02553) [dostęp 15.03.2019].
- Isaac C., *Women chairs in academic medicine: engendering strategic intuition*, „Journal of Health Organisation and Management” 2015, vol. 29(4), s. 498-514. doi: [10.1108/JHOM-08-2013-0174](https://doi.org/10.1108/JHOM-08-2013-0174) [dostęp 15.03.2019].
- Johns M.L., *Breaking the Glass Ceiling: Structural, Cultural, and Organizational Barriers Preventing Women from Achieving Senior and Executive Positions*, „Perspectives in Health Information Management” Winter 2013, s. 1-11.
- Latu I.M., Mast M.S., Bombari D., Lammers J., Hoyt C.L., *Empowering Mimicry: Female Leader Role Models Empower Women in Leadership Tasks Through Body Posture Mimicry*, „Sex Roles” 2019, vol. 80, s. 11-24, doi: [10.1007/s11199-018-0911-y](https://doi.org/10.1007/s11199-018-0911-y) [dostęp 15.03.2019].
- Nowak Z., *Szefowa i lider – kobiety na rynku pracy*, „Benefit” 2019, <https://miesiecznik-benefit.pl/zarzadzanie/przywodztwo/news/szefowa-i-lider-kobiety-na-ryнку-pracy/> [dostęp 14.03.2019].
- Zenger J., Folkman J., *Czy kobiety są lepszymi liderami od mężczyzn?*, HBRP 2019, <https://www.hbrp.pl/b/czy-kobiety-sa-lepszymi-liderami-od-mezczyzn/xWQibiDU> [dostęp 14.03.2019].

Raporty

- Deloitte, *Praca i przedsiębiorczość kobiet: potencjał do wykorzystania w Polsce*, w ramach projektu „Sukces to ja”, 2017, <https://www2.deloitte.com/pl/pl/pages/kobiety-w-biznesie/articles/aktywizacja-zawodowa-kobiet-2017-raport.html> [dostęp 03.04.2019].
- Główny Urząd Statystyczny, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.*, 2018, Departament Badań Społecznych, Urząd Statystyczny w Krakowie, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-1,8.html> [dostęp 03.04.2019].

Akty prawne

Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, Dz. U. z 1974 r. Nr 24, poz. 141 ze zm.

Strony Internetowe

Ministry of Economic Affairs and Employment of Finland, <https://tem.fi/en/maternity-paternity-and-parental-leave> [dostęp 03.04.2019].

University of Oslo, <https://www.uio.no/english/for-employees/employment/working-hours-and-absence/leave-absence/parents/rights-obligations/duration-parental-leave-as-of-2018-07-01.html> [dostęp 03.04.2019].

Rozdział 4

Innowacje społeczne i technologiczne w służbie osób z niepełnosprawnościami

Znaczenie materiałów włókienniczych dla poprawy jakości życia osób długotrwale unieruchomionych w świetle badań własnych

The importance of textile materials for improving the quality of life of long-term immobilized people in the light of own research

Ewa Witczak

ORCID: [0000-0003-3689-3958](https://orcid.org/0000-0003-3689-3958)

Małgorzata Cieślak

ORCID: [0000-0001-9867-7789](https://orcid.org/0000-0001-9867-7789)

Katarzyna Śledzińska

ORCID: [0000-0002-8383-5972](https://orcid.org/0000-0002-8383-5972)

Marek Lao

ORCID: [0000-0001-9122-8876](https://orcid.org/0000-0001-9122-8876)

Ewa Gromadzińska

ORCID: [0000-0001-8065-9603](https://orcid.org/0000-0001-8065-9603)

Sieć Badawcza Łukasiewicz – Instytut Włókiennictwa

Streszczenie

Problematyka powstawania i leczenia odleżyn u osób długotrwale unieruchomionych ma duże znaczenie społeczne. Odleżyny stanowią poważny problem medyczny i ekonomiczny. Do grupy narażonej na powstawanie odleżyn należą między innymi osoby wykonujące pracę w pozycji siedzącej oraz poruszające się na wózkach inwalidzkich. Poprawa warunków pracy osób niepełnosprawnych, unieruchomionych na stanowiskach pracy, może wpływać na wzrost aktywności zawodowej tej grupy osób. Brak właściwości bioaktywnych i komfortu fizjologicznego siedziska prowadzi do infekcji i schorzeń dermatologicznych. Obecnie użytkowane siedziska nie uwzględniają zagrożeń pożarowych i ze strony elektryczności statycznej. Dlatego istotne jest opracowanie nowych funkcjonalnych materiałów włókienniczych przeznaczonych na siedziska oraz ich kompleksowe badania.

Prawidłowo projektowane siedziska mogą zapewnić odpowiednie warunki komfortu fizjologicznego między ciałem człowieka a podłożem, co ograniczy ryzyko powstawania odleżyn.. Do oceny przydatności struktur włókienniczych na wierzchnią warstwę siedziska przeciwoleżynowego pod względem komfortu fizjologicznego nie powinno się stosować metod dla wyrobów odzieżowych. Muszą być one dostosowane do specyfiki siedzisk, uwzględniając transport ciepła i wilgoci w warunkach symulowanego odkształcenia układu oraz rozkładu nacisku w czasie użytkowania. Metodyka badawcza

powinna uwzględniać analizę siły nacisku, izolacyjności cieplnej, dostępu powietrza, transportu pary wodnej w warunkach odpowiednio rozłożonego nacisku oraz aspekt bezpieczeństwa użytkowania. Zgodnie z opracowaną metodyką badano nowe modelowe struktury dystansowe przeznaczone na wierzchnią warstwę siedziska przeciwoleżynowego. Struktury te charakteryzują się budową przestrzenną oraz sprężystością grubości. W połączeniu z funkcją bioaktywności, trudnozapalności i antyelektrostatyczności opracowane rozwiązania stanowią nową jakość w materiałach przeznaczonych na siedziska.

Metodyka badawcza umożliwia kompleksową ocenę układów włókienniczo-tapicerskich w aspekcie profilaktyki przeciwoleżynowej i może być wykorzystywana do projektowania oraz oceny struktur włókienniczych dla nowej generacji siedzisk dla osób długotrwale unieruchomionych.

Słowa kluczowe

profilaktyka przeciwoleżynowa, struktury włókiennicze, siedziska dla osób niepełnosprawnych

Abstract

The problem of bedsore formation and treatment of long-term immobilized people has a high social significance. Bsores pose a serious medical and economical problem. The group exposed to the risk of bedsore formation includes, among others, persons working in a sitting position and moving in a wheelchair. Improvement of work conditions at worksites of disabled people or immobilized ones may affect the increase of work activity of this group of people. Lack of bioactive properties and physiological comfort of seats result in infections and dermatological diseases. In the current used seats the fire hazard and static electricity properties are also omitted. Therefore, it is important to develop new functional textiles design for seats and their comprehensive research.

Such designed seats may provide appropriate conditions of physiological comfort between the body and the substrate material and limit the risk of bedsore formation. Methods usually applied for clothing products test are improper for assessment the suitability of textile structures for the top layer of anti-bedsore seats in terms of physiological comfort. They must be tailored to the specificity of seats, taking into account the heat and moisture transport under conditions of simulated deformation of the textile system and also the pressure distribution during usage. The research methodology should take into account the analysis of pressure forces, thermal insulation, air and moisture transport in appropriately distributed pressure and the aspect of the safety of use.

According to the developed methodology a new model of 3D structures for the top layer of an anti-bedsore seat were tested. These structures are characterized by spatial construction and elasticity of thickness. Due to such construction, regardless of the pressure force during using, there are spaces enabling transfer of heat and moisture excess from the body – seat system. The developed solutions in combination with bioactive function, flame resistancy and antielectrostatic features represent the new quality in materials for seats.

The research methodology enables comprehensive evaluation of textile – upholstery systems in the aspect of anti-bedsore prevention and may be used in the design and evaluation of textile structure for new generation seats for long-term immobilized people.

Keywords

anti-bedsore prevention, textile structure, seats for disabled persons

JEL: I15, J140

Wprowadzenie

Długotrwałe pozostawanie w pozycji siedzącej prowadzi do znacznego nacisku na naczynia krwionośne, a w konsekwencji do problemów dermatologicznych i powstawania odleżyn. Najbardziej zagrożone powstawaniem odleżyn są miejsca, które podczas siedzenia podlegają działaniu długotrwałego ucisku powodującego niedotlenienie, zaburzenia metabolizmu komórek oraz ograniczenie lub zupełne zahamowanie krążenia krwi. Efektem tego jest powstawanie zaczerwienionych obszarów skóry, w obrębie których szybko dochodzi do obumierania tkanek. Ucisk trwający dłużej niż 2-3 godziny¹ może powodować już nieodwracalne zmiany chorobowe.

Na powstawanie zmian skórnych wpływa także temperatura oraz wilgotność skóry w miejscu kontaktu ciała z podłożem. Jeżeli ciało stale przylega do powierzchni i nie ma warunków umożliwiających wymianę powietrza i odparowanie wydzielanego potu, wzrasta wilgotność i temperatura skóry. Dotyczy to szczególnie osób długotrwale unieruchomionych na wózkach inwalidzkich i leżących.

Jak wynika z badań Głównego Urzędu Statystycznego Departamentu Badań Społecznych, ilość osób niepełnosprawnych oraz trwale unieruchomionych na stanowiskach pracy może sięgać nawet 320 tys.² Aktywność zawodowa może w pewnym zakresie kompensować osobie niepełnosprawnej ograniczenia wynikające z niepełnosprawności, a tym samym poprawić jakość życia, dając poczucie niezależności materialnej i osobistej.

Osoba niepełnosprawna, pracująca, ma znacznie więcej kontaktów społecznych, uregulowany tryb życia, motywacje, aspiracje oraz perspektywy awansu i rozwoju osobistego³.

Dla wzrostu integracji społecznej osób niepełnosprawnych konieczne jest zwiększenie wskaźnika zatrudnienia tych osób. Wśród najważniejszych przyczyn niskiego wskaźnika ich zatrudnienia wymienia się obawę pracodawców przed trudnościami wynikającymi z konieczności przystosowania obiektów, pomieszczeń i stanowisk do potrzeb osób niepełnosprawnych. Zapewnienie odpowiednich warunków pracy umożliwia sprawne i bezpieczne funkcjonowanie osób niepełnosprawnych w środowisku pracy. Praca w pozycji siedzącej charakteryzuje się ograniczonym zakresem ruchów i wysokimi wartościami sił wywieranych na ciało. W pozycji siedzącej najczęściej jest wykonywana praca z komputerem, biurowa, czynności powtarzalne na stanowiskach lub liniach

¹ R. Krutul, *Odleżyna, profilaktyka i terapia*, <http://www.revita.pl> [dostęp 02.07.2017].

² Główny Urząd Statystyczny Departament Badań Społecznych, *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.*, Warszawa 2011.

³ B. Kurkus-Rozowska, *Osoby niepełnosprawne – zatrudnienie a jakość życia*, https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl/?_nfpb=true&_pageLabel=P30001831335539182278&html_tresc_root_id=25067&html_tresc_id=25092&html_klucz=19558&html_klucz_spis= [dostęp 02.05.2019].

produkcyjnych. Dostosowanie stanowiska pracy siedzącej do możliwości pracownika obecnie polega na dobraniu odpowiednio:

- krzesła (odpowiednie wymiary i regulacje),
- stołu, blatu roboczego (odpowiednia wysokość i powierzchnia),
- narzędzi (odpowiednie wymiary i kształt),
- przedmiotów pracy (łatwość chwycenia i obsługi),
- wszystkich elementów, które pracownik obserwuje (łatwość rozpoznawania i spostrzegania).

W przypadku osób z niepełnosprawnością układu ruchu obowiązują ogólne wymagania w zakresie parametrów mikroklimatu. Wymagania szczegółowe dotyczą tylko osób z zaburzeniami układu termoregulacji. W przypadku osób poruszających się na wózkach inwalidzkich należy indywidualnie określić poziom ich metabolizmu oraz oszacować wartość izolacyjności cieplnej odzieży, siedziska oraz oparcia wózka inwalidzkiego⁴.

Potrzeby ludzi z dysfunkcjami narządu ruchu wiążą się z użytym sprzętem rehabilitacyjnym. Zasadniczym elementem prawidłowego wyposażenia stanowiska pracy jest regulowane siedzisko (krzesło, stołek niski lub wysoki, fotel), które powinno zapewniać:

- prawidłową pozycję tułowia, kończyn oraz głowy;
- zgodność z wymaganiami fizjologicznymi i higienicznymi;
- stabilność i trwałość;
- łatwość dostosowania wysokości siedziska do stanowiska pracy;
- dostosowanie do wymiarów antropometrycznych użytkownika;
- prawidłowe podparcie miednicy, guzów kulszowych oraz ud;
- stosowanie różnych form podparć bocznych i podnózków;
- stosowanie różnych form podparcia kręgosłupa podczas pracy;
- stosowanie odpowiednich materiałów tapicerskich;
- stosowanie łatwo dostępnych elementów regulacji⁵.

⁴ Ramowe wytyczne w zakresie projektowania obiektów, pomieszczeń oraz przystosowania stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych o specyficznych potrzebach, pod redakcją naukową dr. hab. inż. Wiktora M. Zawieski. Publikacja opracowana i wydana w ramach projektu nr POKL.01.03.06-00-070/12 realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, Priorytet I, Działanie 1.3, Poddziałanie 1.3.6, współfinansowanego przez Unię Europejską, ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, ISBN 978-83-7373-179-0, <https://www.pip.gov.pl/pl/f/v/191527/Ramowe%20wytyczne2014.pdf> [dostęp 02.05.2019].

⁵ B. Kurkus-Rozowska, *Stanowisko pracy - adaptacja do możliwości zatrudnianych osób niepełnosprawnych*, https://www.ciop.pl/CIOPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P30001831335539182278&html_tresc_root_id=25067&html_tresc_id=25451&html_klucz=19558&html_klucz_spis= [dostęp 02.05.2019].

Osoby korzystające z wózków inwalidzkich są podatne na zmiany skórne, które wpływają na ryzyko powstawania odleżyn. Obecnie wskazuje się na stosowanie miękkich i grubych poduszek, które wpływają na zwiększanie powierzchni podparcia, co w naturalny sposób zmniejsza ciśnienie proste działające na tkanki. Istnieją takie schorzenia, w których wózki dla osób niepełnosprawnych, a przede wszystkim poduszki na siedziska tych wózków stanowią element rehabilitacji. Tak jest w przypadku chorych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego⁶. Na rynku wyposażenia medycznego dostępne są różnego rodzaju poduszki na siedziska. Nie ma jednak obiektywnych wytycznych wskazujących jednoznacznie, które siedziska należy stosować w konkretnych przypadkach chorobowych i osobowych (budowa pacjenta, jego waga, wiek itp.). W związku z tym rozwiązania w tym zakresie powinny być personalizowane lub charakteryzować się uniwersalnością.

Obecnie dostępne są siedziska, w których stosowane są poduszki:

- z pianki poliuretanowej. Jest to najtańsze i najczęściej stosowane rozwiązanie, posiadające najwięcej wad związanych z nierównomiernym rozkładem nacisków i trudnościami w procesach konserwacji.
- z wyprofilowanej pianki o zmiennej twardości. Charakteryzują się one nierównomiernym rozkładem nacisków i trudnościami konserwacji,
- żelowe – wypełnione lub pokryte warstwą specjalnego żelu, który umożliwia równomierny rozkład nacisków. Wadą tego rozwiązania jest podatność na uszkodzenia warstwy żelowej, duży ciężar poduszki, podwyższona izolacyjność termiczna, podatność na wzrost temperatury i brak dostępu powietrza do ciała,
- pneumatyczne, w których komora wypełniona powietrzem, dopasowująca się do kształtu ciała, umożliwia równomierny rozkład nacisków. Wadą rozwiązania jest możliwość przebicia oraz konieczność częstego uzupełniania i regulacji ciśnienia powietrza; poduszki te wykonane są z PVC, co utrudnia wymianę ciepła i odprowadzenie wilgoci,
- wielokomorowe (w tym zmiennociśnieniowe). Są one odmianą poduszek pneumatycznych z niewielkimi komorami wypełnionymi powietrzem i pozwalają na regulację rozkładu nacisku na siedzisko^{7,8}.

Każdy z rodzajów stosowanych poduszek charakteryzuje się zróżnicowaną ceną.

Profilaktyka przeciwoleżynowa osób trwale unieruchomionych wiąże się z badaniami nad rozwiązaniami, które łączyłyby cechy niezbędne do utrzymania prawidłowego

⁶ A. Gefen, *Tissue changes in patients following spinal cord injury and implications for wheelchair cushions and tissue loading: A literature review*, „Ostomy Wound Manage” 2014, vol. 60(2), s. 34-45.

⁷ M. Sydor, *Wybór i eksploatacja wózka inwalidzkiego*, Wydawnictwo Akademii Rolniczej im. Augusta Cieszkowskiego w Poznaniu, Poznań 2003.

⁸ A. Bartków, T. Bortnowski, *Wózek. Budowa i eksploatacja*, Fundacja Aktywnej Rehabilitacji, https://www.far.org.pl/phocadownload/2015_far_skrypty/skrypt-14_wozek.pdf [dostęp 06.05.2019].

stanu części ciała narażonych na ucisk. Podstawowym problemem podczas doboru właściwego rozwiązania jest brak standardów w zakresie przeciwdziałania takim zmianom jak odleżyny czy inne problemy dermatologiczne oraz brak procedur doboru wózka inwalidzkiego⁹.

Powszechnie użytkowane siedziska nie zapewniają komfortu fizjologicznego. Podwyższenie temperatury, wilgotności i brak dostępu powietrza wraz z miejscowym niedokrwieniem tkanek na skutek długotrwałego ucisku naczyń prowadzi między innymi do powstawania zmian skórnych oraz odleżyn. Warunki takie sprzyjają także powikłaniom na skutek infekcji bakteryjnych i grzybiczych. Obecnie stosowane siedziska nie zapewniają też bezpieczeństwa pracy w zakresie zagrożeń ze strony elektryczności statycznej, ognia i mikroorganizmów. Osoby niepełnosprawne ruchowo pracują często jako operatorzy urządzeń elektronicznych. Takie stanowiska pracy powinny być chronione przed skutkami ESD. W przypadku osób niepełnosprawnych ruchowo powinny być również zapewnione szczególne warunki ochrony przeciwpożarowej. Aktualny stan wiedzy i techniki pozwala na wytwarzanie struktur włókienniczych ograniczających ryzyko ze strony takich zagrożeń^{10,11}. Badania przeprowadzone przez prof. dr. K.H. Umbacha¹² w odniesieniu do komfortu fizjologicznego siedzeń samochodowych wykazały, że w skrajnych przypadkach po 122 min nastąpił wzrost temperatury ciała do 38,5° C, co skutkowało osłabieniem reakcji czasowej i obniżeniem koncentracji. Badanie prowadzono na osobach pełnosprawnych, których kondycja psychofizyczna była lepsza niż osób z ograniczeniami ruchowymi, wynikającymi z uszkodzenia i chorób narządu ruchu.

W Polsce około 80% osób niepełnosprawnych funkcjonuje poza rynkiem pracy, w krajach UE odsetek ten wynosi 40-50%. Oczekiwane są istotne zmiany w tym zakresie.

Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania odleżynom jest ograniczenie lub wyeliminowanie wszystkich czynników ryzyka. W celu ograniczenia ryzyka zmian skórnych niezbędne są prawidłowe i częste zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne, jak również zapewnienie między ciałem człowieka a podłożem prawidłowych warunków komfortu fizjologicznego, który może być modelowany poprzez stosowanie odpowiednio zaprojektowanych siedzisk. Istotnym elementem takich siedzisk są funkcjonalne struktury włókiennicze.

⁹ E. Mikołajewska, *Dobór wózków dla niepełnosprawnych w polskich i zagranicznych badaniach naukowych*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2013, vol. 67/1.

¹⁰ M. Cieślak, S. Wróbel, I. Kamińska, M. Lao, *Functional Upholstery Materials for Protection Against Electrostatic Risk*, „Fibres & Textiles in Eastern Europe” 2009, vol. 4 (75), s. 52-58.

¹¹ S. Brzeziński, G. Malinowska, D. Kowalczyk, A. Kaleta, B. Borak, M. Jasiorski, K. Dąbek, A. Baszczuk, A. Traczet, *Antibacterial and Fungicidal Coating of Textile-polymeric Materials Filled with Bioactive Nano- and Submicro-particles*, „Fibres & Textiles in Eastern Europe” 2012, vol. 1 (90), s. 70-77.

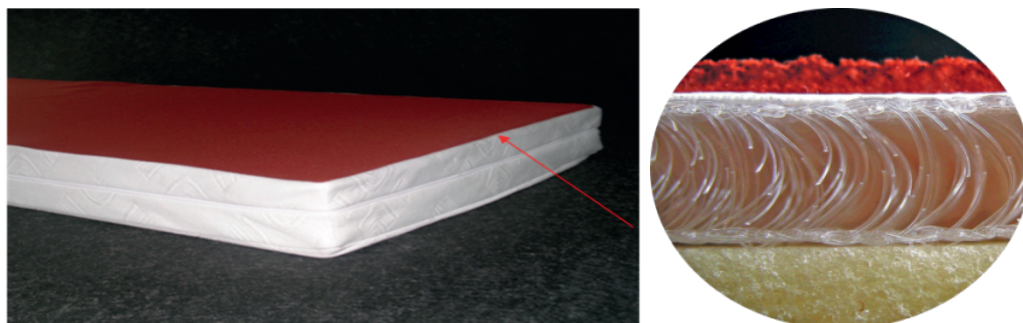
¹² K.H. Umbach, *Einsatz von Abstandsgewirken in Autositzen zur Verbesserung des klimatischen Sitzkomforts*, Internationale Chemiefasertagung, Dornbirn 1999.

1. Materiały

Analiza stanu wiedzy oraz wyniki prac własnych^{13,14,15,16,17} z zakresu struktur włókienniczych i metod badań stosowanych w profilaktyce przeciwoleżynowej wskazują, iż parametry komfortu fizjologicznego i sensorycznego siedzisk mogą być kształtowane nie tylko za pomocą rozwiązań konstrukcyjnych stosowanych obecnie poduszek pneumatycznych, ale również dzięki materiałom włókienniczym o odpowiednich strukturach i surowcach przeznaczonych na ich wierzchnie pokrycia. Pokrycia takie powinny zapewnić właściwy transport wilgoci i powietrza oraz łatwość konserwacji. Mogą posiadać dodatkowe funkcje, takie jak np. bioaktywność, trudnozapalność czy antyelektrostatyczność.

Istnieją rozwiązania stosowane w materacach przeciwoleżynowych (Rys. 1), których konstrukcja wierzchniej warstwy oparta jest na tekstylnych strukturach dystansowych. Innym rozwiązaniem są przestrzenne struktury wypełnione powietrzem^{18,19,20}.

Rys. 1. Układ włókienno-polimerowy kompozytu przeznaczonego na wierzchnią warstwę materacy²¹



Fot. Marek Lao

¹³ Dokumentacja projektu badawczego 3 T08E 092 28 *Przestrzenny, wielowarstwowy włókienno polimerowy kompozyt stanowiący wierzchni materiał materacy przeciwoleżynowych*, Instytut Włókiennictwa.

¹⁴ Niepublikowana praca w ramach działalności statutowej Instytutu Włókiennictwa, *Ocena zjawisk termodynamicznych w układzie człowiek leżący/siedzący – struktura włókienna*, 2009.

¹⁵ Niepublikowana praca w ramach działalności statutowej Instytutu Włókiennictwa, *Opracowanie metodyki badań procesów termodynamicznych w układzie człowiek leżący/siedzący – struktura włókienna*, 2010.

¹⁶ Niepublikowana praca w ramach działalności statutowej Instytutu Włókiennictwa, *Optymalizacja właściwości układów tapicerskich siedzisk przeznaczonych dla osób długotrwale unieruchomionych*, 2012.

¹⁷ Niepublikowana praca w ramach działalności statutowej Instytutu Włókiennictwa, *Opracowanie udoskonalonej metody badań procesów termodynamicznych*, 2015.

¹⁸ Dokumentacja projektu badawczego 3 T08E 092 28 *Przestrzenny, wielowarstwowy włókienno polimerowy kompozyt stanowiący wierzchni materiał materacy przeciwoleżynowych*.

¹⁹ Patent nr PL213182 (B1) *Nakładka przeciwoleżynowa*.

²⁰ E. Gromadzińska, G. Malinowska, M. Lao, *Rola wierzchniej warstwy materacy przeciwoleżynowych w kształtowaniu komfortu fizjologicznego i higienicznego*, „Prace Instytutu Włókiennictwa” 2006, R. LVI, s. 35-41.

²¹ Dokumentacja projektu badawczego 3 T08E 092 28 *Przestrzenny, wielowarstwowy włókienno polimerowy kompozyt stanowiący wierzchni materiał materacy przeciwoleżynowych*.

Zaletami takich struktur są:

- wysoka przepuszczalność powietrza,
- możliwość wymiany ciepła i wilgoci,
- niska masa powierzchniowa,
- możliwość dowolnej regulacji grubości,
- możliwość dostosowania sprężystości grubości do zasadniczych układów tapicerskich,
- możliwość dodania właściwości specjalnych, tj. trudnozapalność, bioaktywność i antyelektrostatyczność,
- łatwość konserwacji.

Wszystkie te cechy powodują, że odpowiednio zaprojektowane włókiennicze układy dystansowe mogą wykazywać wysoką przydatność w wyrobach stosowanych w profilaktyce przeciwoodleżynowej. Przestrzenna budowa oraz sprężystość grubości powodują, iż niezależnie od wielkości siły nacisku zawsze pozostają wolne przestrzenie, umożliwiające odprowadzenie nadmiaru ciepła i wilgoci z układu ciała człowieka leżącego/siedzącego – struktura włókiennicza.

Jako rozwiązanie dla przeciwoodleżynowego siedziska na wózki dla osób niepełnosprawnych/długotrwale unieruchomionych zaproponowano dystansowe układy materiałowe złożone z dwóch wyrobów dystansowych. Jeden to materiał na warstwę zasadniczą siedziska, a drugi na warstwę wierzchnią siedziska.

2. Metodyka badań

Ocena przydatności struktur włókienniczych przeznaczonych na wierzchnią warstwę siedziska nie powinna być dokonywana wyłącznie w oparciu o metody stosowane dla wyrobów lub układów odzieżowych, tj. badanie oporu cieplnego i oporu pary wodnej zwanej „modelem skóry”²², ocena charakterystyk termicznych z wykorzystaniem przyrządu Alambeta²³, badania przepuszczalności pary wodnej i oporu cieplnego za pomocą Permetestu²⁴, pomiar właściwości określających ciepłochronność materiałów na przyrządzie Thermo Labo II²⁵. Ocena taka powinna być przeprowadzona z zastosowaniem metod uwzględniających warunki użytkowania. Badanie i ocena zjawisk termodynamicznych decydujących o właściwościach biofizycznych w układzie ciało – struktura

²² PN-EN ISO 11092:2014-1, Tekstylnia -- Właściwości fizjologiczne -- Pomiar oporu cieplnego i oporu pary wodnej w warunkach stanu ustalonego (metoda pocącej się zaizolowanej ciepłnie płyty).

²³ M. Matusiak, *Ciepłochronność tkanin odzieżowych. Monografia*, Instytut Włókiennictwa, Łódź 2011.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ Dokumentacja techniczna stanowiska KES-F7 THERMO LABO II TYPE.

włókiennicza są przedmiotem rozważań wielu ośrodków naukowych w kraju i na świecie^{26,27,28,29,30,31,32,33}. Wynika to zarówno z potrzeby zapewnienia korzystnego komfortu fizjologicznego człowieka, jak również z przesłanek medycznych. O ile w przypadku wyrobów odzieżowych dąży się do uzyskania optymalnych parametrów użytkowych wyrobu (między innymi ciepłochronność, przewodność, przepuszczalność pary wodnej itp.) zapewniających komfort sensoryczny i fizjologiczny, to siedziska i łóżka przeznaczone dla osób długotrwale unieruchomionych muszą zapewnić ochronę i profilaktykę zdrowotną oraz bezpieczeństwo w przypadku stanowisk pracy.

Właściwości sprężyste układu konstrukcji zasadniczej materaca lub siedziska mające decydujący wpływ na wartości ciśnienia prostego wywieranego na ciało człowieka oraz znajomość zjawisk termodynamicznych zachodzących w układzie człowiek leżący/siedzący – struktura włókiennicza, pozwalają na prawidłowe zaprojektowanie układu przeciwdrożynowego o parametrach ograniczających ryzyko powstawania odleżyn. Dobór właściwych metod badawczych powinien uwzględniać analizę izolacyjności cieplnej, dostęp powietrza, transportu pary wodnej w warunkach odpowiednio rozłożonego nacisku.

Przyjęta metodyka badań obejmuje następujące zagadnienia:

1. Ocena właściwości sprężystych w zakresie:

a) naprężenia-odkształcenia przy ściskaniu

Wyznaczanie charakterystyki naprężenie – odkształcenie przy ściskaniu wykonuje się zgodnie z normą³⁴ na maszynie wytrzymałościowej ze specjalistycznym oprogramowaniem komputerowym, umożliwiającym rejestrację i analizę histerezy

²⁶ K.H. Umbach, *Einsatz von Abstandsgewirken...*

²⁷ T. Freeto, A. Cypress, S. Amalraj, M.S. Yusufishaq, K.M. Bogie, *Development of a Sitting MicroEnvironment Simulator for wheelchair cushion assessment*, „Journal of Tissue Viability” 2016, vol. 25, s. 175-179.

²⁸ K.H. Umbach, *Physiological comfort on car seats*, „Kettenwirk praxis” 2000, vol. 1.

²⁹ M. Heide, *Untersuchungen zum Wärmeisolationsverhalten von 3D – Gewirken*, Konferenz Dresdener Textiltagung, Dresden 2004.

³⁰ A. Psikuta, M. Richards, D. Fiala, *Single-and multi-sector thermophysiological human simulators for clothing research*, 7th International Thermal Manikin and Modelling Meeting – University of Coimbra, Portugal, September 2008.

³¹ W. Faming, *A Comparative Introduction on Sweating Thermal Manikins “Newton” and “Walter”*, 7th International Thermal Manikin and Modelling Meeting, University of Coimbra, Portugal, September 2008.

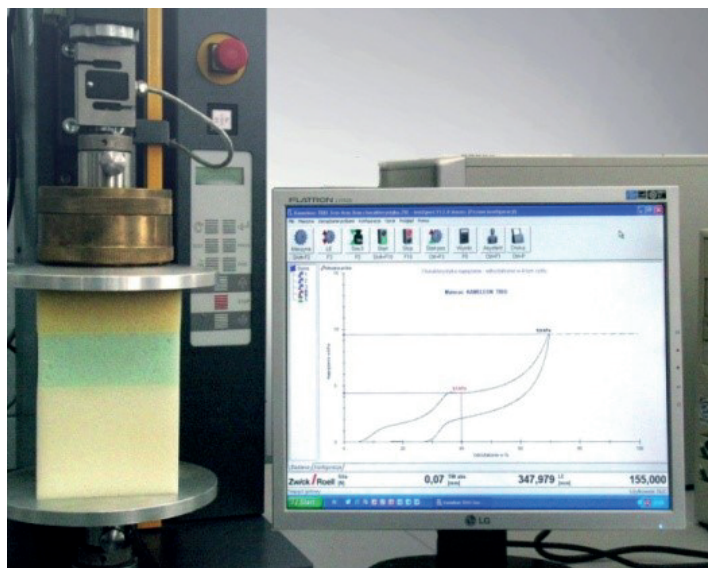
³² Research & Innovation, *Clothing Physiological Research at the Hohenstein Institutes. Special Edition*, vol. 63, Hohenstein Institute, Bönningheim 2007.

³³ G.C. Tulin, C.B. Fatih, *The effects of ramie blended car seat covers on thermal comfort during road trials*, „International Journal of Industrial Ergonomics” 2009, vol. 39, s. 287-294.

³⁴ PN-EN ISO 3386-1: 2000/Ap1:2015-10 Elastyczne tworzywa sztuczne porowate. Oznaczanie charakterystyki naprężenie-odkształcenie przy ściskaniu. Materiały małej gęstości.

sprężystości badanych materiałów (Rys. 2). Maszyna wytrzymałościowa wyposażona jest w dwie równoległe płyty umożliwiające ściskanie próbek o określonych wymiarach.

Rys. 2. Stanowisko do badań właściwości sprężystych³⁵



Fot. Ewa Witczak

Badania polegają na wykonaniu, ze stałą prędkością, czterech cykli ściskania do momentu, kiedy grubość badanej próbki będzie pomniejszona o 70% grubości początkowej, i określeniu, w czwartym cyklu, wartości naprężenia ścisniającego przy ściśnięciu powodującym 40-procentowe zmniejszenie grubości początkowej. Ponadto w badaniach określa się współczynnik względnej absorpcji energii (HD) wyznaczony w czwartym cyklu jako iloraz powierzchni histerezy i powierzchni pod krzywą w czasie obciążenia.

b) elastyczności pod naciskiem

Wyznaczanie charakterystyki elastyczności pod naciskiem dla materiałów dystansowych wykonuje się w Instytucie Włókiennictwa zgodnie z własną Procedurą Badawczą³⁶. Badanie polega na wykonaniu ze stałą prędkością pięciu cykli ściskania próby do osiągnięcia siły o wartości 200N i określenia grubości próbki przy tej sile w piątym cyklu badania. Na podstawie badania wyznacza się względną wartość grubości pod obciążeniem oraz względną wartość grubości po relaksacji przez 3 minuty po zakończeniu badania. Ponadto w badaniach określa się współczynnik HD, podobnie jak podczas wyznaczania charakterystyki naprężenie – odkształcenie przy ścisnaniu wyznaczony

³⁵ Źródło: opracowanie własne.

³⁶ Procedura Badawcza Nr 96:2013 edycja z dnia 16.09.2013 Tekstyli. Dzianiny dystansowe. Wyznaczanie elastyczności pod naciskiem, opracowanej na podstawie normy DIN 54305 Testing of textiles. Determination of the compression elastic behaviour of fibrous webs and nonwovens.

w piątym cyklu jako iloraz powierzchni histerezy i powierzchni pod krzywą w czasie odprężenia.

c) odkształceń trwałych po ściskaniu

Wyznaczanie odkształcenia trwałego po ściskaniu wykonuje się zgodnie z normą³⁷ na przyrządzie, który przedstawiono na rysunku 3.

Rys. 3. Przyrząd do badania odkształcenia trwałego dzianin dystansowych po ściskaniu³⁸



Fot. Ewa Witczak

Badanie polega na umieszczeniu próbki między dwiema płytami i ściśnięciu jej do określonej wartości grubości początkowej i utrzymaniu w tym stanie w określonych warunkach (Rys. 3).

W oparciu o uzyskane wyniki grubości początkowej i grubości po odprężeniu wyznacza się odkształcenie trwałe.

d) rozkładu nacisków

• Badanie siły i rozkładu nacisku – system I-SCAN

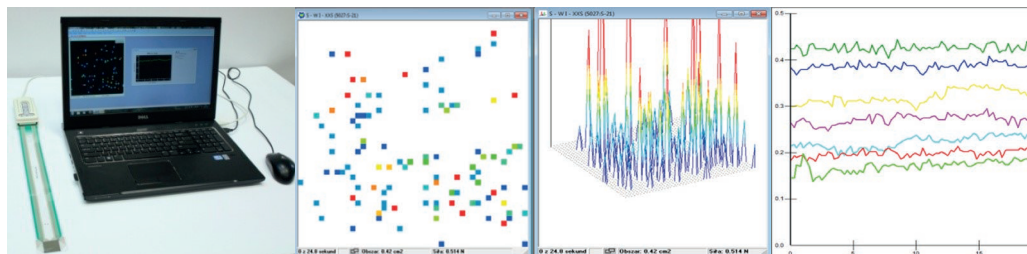
System pomiarowy I-SCAN (Tekscan, USA) pozwala na ocenę nacisku na małych i dużych powierzchniach. Składa się z cienkowarstwowych czujników siły o zróżnicowanych wymiarach i ilości punktów pomiarowych oraz elektronicznego uchwytu czujnika, który zapewnia połączenie z komputerem wyposażonym w specjalistyczne

³⁷ PN-EN ISO1856:2004/A1:200 Elastyczne tworzywa sztuczne porowate. Oznaczanie odkształcenia trwałego po ściskaniu.

³⁸ Źródło: opracowanie własne.

oprogramowanie do rejestracji i wizualizacji danych w postaci map 2D oraz obrazowania 3D (Rys. 4). Siła nacisku wyznaczana jest na podstawie pomiaru zmian oporu elektrycznego czujnika.

Rys. 4. System pomiarowy I-SCAN i wizualizacja rozkładu sił nacisku (2D, 3D, zmiany w funkcji czasu)³⁹



Metoda ta pozwala nie tylko na wyznaczenie nacisku, ale umożliwia także ocenę wpływu struktur włókienniczych na jego wielkość i rozkład, a tym samym projektowanie odpowiednich rozwiązań^{40,41}.

- **Badanie nacisków z zastosowaniem wielkopowierzchniowych mat sensorycznych**

Do określania wartości nacisków występujących w obszarach bezpośredniego kontaktu osoby leżącej/siedzącej ze strukturą włókienniczą wykorzystywany jest między innymi system Force Sensitive Application FSA⁴². Główne jego elementy stanowią maty sensorowe i oprogramowanie komputerowe. Maty wyklada się na materacu łóżka lub siedzisku czy też oparciu fotela, na którym spoczywa osoba. Rozmieszczone wewnątrz maty sensory umożliwiają pomiar ciśnienia wywieranego przez ludzkie ciało na przylegającą do niego powierzchnię. Wartości ciśnienia obrazowane są jako mapy lub wykresy trójwymiarowe. Uzyskane dane w postaci graficznej i liczbowej dostarczają obiektywnej informacji na temat wzajemnego oddziaływania określonej powierzchni podparcia i spoczywającego na niej ciała.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ M. Cieślak, A. Karaszewska, E. Gromadzińska, I. Jasińska, I. Kamińska, *Comparison of methods for measurement of the pressure exerted by knitted fabrics*, „Textile Research Journal” 2017, vol. 87(17), s. 2117-2126.

⁴¹ M. Cieślak, A. Karaszewska, E. Gromadzińska, K. Śledzińska, *The I-SCAN method for the assessment of the pressure exerted by textile products*, „Fibres & Textiles in Eastern Europe” 2016, vol. 6(120), s. 121-127.

⁴² P. Trappl, *Liegekomfort von modern Matratzensystemen*, Materiały z Sympozjum Avantex, 2003.

2. Ocena właściwości fizjologicznych wybranych układów materiałowych metodami znormalizowanymi w zakresie:

a) właściwości fizjologicznych⁴³

- średni opór cieplny R_{ct}
- średni opór pary wodnej R_{et}
- wskaźnik przenikania pary wodnej i_{mt}

b) przepuszczalności powietrza⁴⁴

c) wskaźnika sorpcji i desorpcji wg Procedury badawczej IW⁴⁵

3. Ocena właściwości termicznych wybranych układów materiałowych metodami nieznormalizowanymi:

a) badania z wykorzystaniem przyrządu Alambeta:

- przewodność cieplna,
- dyfuzja cieplna,
- absorpcja cieplna,
- opór cieplny,
- iloraz przepływu ciepła maksymalnego i stacjonarnego,
- maksymalna gęstość strumienia ciepła;

b) badania z wykorzystaniem przyrządu Permetest:

- względna przepuszczalność pary wodnej P,
- opór pary wodnej R_{et} ,
- opór termiczny R_{ct} ;

c) badania z wykorzystaniem przyrządu KES-F7 THERMO LABO II TYPE:

- maksymalna gęstość strumienia ciepła w miejscu kontaktu q_{max} (odczucia „ciepło-zimno”),
- przewodność i dyfuzja cieplna,
- zdolność utrzymania ciepła;

d) pomiar oraz ocena parametrów termodynamicznych na stanowisku symulującym rzeczywisty układ ciała człowieka – materiał/układ włókienniczy

Pomiary oraz ocenę parametrów termodynamicznych w układzie symulującym rzeczywisty układ ciała człowieka – materiał/układ włókienniczy umożliwia stanowisko

⁴³ PN-EN ISO 11092:2014-1, Tekstylnia -- Właściwości fizjologiczne -- Pomiar oporu cieplnego i oporu pary wodnej w warunkach stanu ustalonego (metoda pocącej się zaizolowanej cieplnie płyty).

⁴⁴ PN-EN ISO 9237:1997, Tekstylnia -- Wyznaczanie przepuszczalności powietrza wyrobów włókienniczych.

⁴⁵ Procedura Badawcza nr 14/2:2002, Wyroby włókiennicze. Wyznaczanie wskaźników sorpcji i desorpcji cieczy na przyrządzie SORP-3.

zaprojektowane i wykonane w Instytucie Włókiennictwa⁴⁶. Stanowisko to w sposób kompleksowy pozwala na symulację oraz rejestrację w funkcji czasu zmian zachodzących na styku powierzchni głowicy pomiarowej z wierzchnim materiałem włókienniczym, w warunkach odpowiadających warunkom rzeczywistym w układzie ciało człowieka siedzącego/leżącego – struktura włókiennicza/układ tapicerski. Rozwiązania konstrukcyjne poszczególnych elementów i bloków stanowiska zapewniają wydzielanie wody w sposób zbliżony do gruczołów potowych człowieka oraz emisję ciepła przez: przewodzenie, promieniowanie i konwekcję w proporcjach zbliżonych do rzeczywistych. Stanowisko to pozwala na wysoką precyzję, powtarzalność oraz odtwarzalność warunków.

System pomiarowy wraz z komputerem i oprogramowaniem umożliwia sterowanie i rejestrację:

- wilgotności względnej i temperatury między układem tapicerskim a głowicą pomiarową,
- temperatury głowicy pomiarowej,
- nacisku głowicy pomiarowej na badany układ według zadanej wielkości,
- ilości potu emitowanego na jednostkę powierzchni głowicy w czasie,
- całkowitej ilości wyemitowanego potu na jednostkę powierzchni głowicy pomiarowej,
- całkowitej energii doprowadzonej do układu symulującego rzeczywisty układ ciała człowieka – materiał/układ,
- emitowanej mocy grzewczej na jednostkę powierzchni,
- temperatury i wilgotności względnej otoczenia.

Stanowisko pozwala na wyznaczenie sumarycznej energii elektrycznej zamienianej na energię cieplną w założonych przedziałach czasowych, a co za tym idzie na badanie wymiany ciepła w układzie głowica pomiarowa (symulująca ciało człowieka) – układ tapicerski. Analiza przepływu energii cieplnej charakteryzuje ilość energii zaabsorbowanej przez badany układ i jednocześnie zdolność tego układu do odprowadzania ciepła z powierzchni styku ciała człowieka – struktura włókiennicza z uwzględnieniem ciepła parowania.

4. Badania właściwości antybakteryjnych, elektrostatycznych i palnych:

a) badania aktywności antybakteryjnej materiałów włókienniczych o właściwościach przeciwdrożdżynowych wykonuje się metodą zgodną z normą⁴⁷, która

⁴⁶ Zob. przypis 15, 16, 17, 18.

⁴⁷ PN-EN ISO 20743:2013–10 Wyznaczanie aktywności antybakteryjnej wyrobów gotowych z wykończeniem antybakteryjnym (Metoda absorpcji).

pozwała na ocenę ograniczenia wzrostu bakterii w warunkach sprzyjających ich namnażaniu,

- b) **badania** właściwości elektrostatycznych polegają na pomiarze rezystancji elektrycznej⁴⁸, ocenie podatności do generowania i zaniku ładunku⁴⁹ metodą indukcyjną i tryboelektryczną oraz ocenie **właściwości elektrycznych w warunkach rzeczywistego użytkowania**⁵⁰,
- c) **badania właściwości palnych** wykonuje się dwiema metodami^{51,52} polegającymi na poddaniu materiałów tapicerskich działaniu źródła zapłonu w postaci tłącego papierosa lub płomienia gazowego równoważnego płomieniowi zapałki w układzie połączonego siedziska i oparcia, takim jaki występuje w rzeczywistości.

3. Wyniki

Struktury przeznaczone na siedzisko wózków inwalidzkich charakteryzują się budową przestrzenną oraz sprężystością grubości. Opracowane materiały, a także ich układy poddane zostały badaniom parametrów fizyko-mechanicznych. Pomiar masy powierzchniowej oraz grubości wykonano zgodnie z normami^{53,54}. Pomiar grubości wykonano dla nacisku 1,0 kPa.

⁴⁸ PN-EN 1149-1:2008 Odzież ochronna. Właściwości elektrostatyczne. Część 1: Metoda badania rezystywności powierzchniowej.

⁴⁹ PN-EN 1149-3:2007 Odzież ochronna. Właściwości elektrostatyczne. Część 3: Metody badań do pomiaru zaniku ładunku.

⁵⁰ Procedura IW, Właściwości elektrostatyczne. Badanie elektryzacji materiałów obiciowych podczas użytkowania krzesła.

⁵¹ PN-EN 1021-1:2014 Meble – Ocena zapalności mebli tapicerowanych – Część 1: Źródło zapłonu: tłący papieros.

⁵² PN-EN 1021-2:2014 Meble – Ocena zapalności mebli tapicerowanych – Część 2: Źródło zapłonu: równoważnik płomienia zapałki.

⁵³ PN EN ISO 5084:1999 Tekstylija. Wyznaczanie grubości wyrobów włókienniczych.

⁵⁴ PN EN 12127:2000 Tekstylija -- Płaskie wyroby włókiennicze -- Wyznaczanie masy na jednostkę powierzchni z zastosowaniem małych próbek.

Tabela 1. Opracowane struktury modelowe na wierzchnią warstwę siedziska i ich charakterystyki⁵⁵

Próba	1	Masa powierzchniowa [g/m ²]	Charakterystyki odkształcenie - naprężenie	Modele struktur
	2	Grubość [mm]		
	3	Gęstość właściwa [kg/m ³]		
Tkanina DI	1	825±3		
	2	18,91±0,34		
	3	43,65		
Dzianina B	1	464±3		
	2	8,67±0,04		
	3	53,52		
Dzianina BII	1	381±4		
	2	8,26±0,12		
	3	46,12		

⁵⁵ Źródło: opracowanie własne.

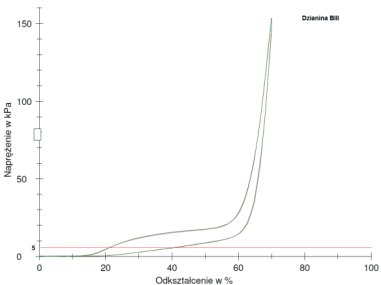
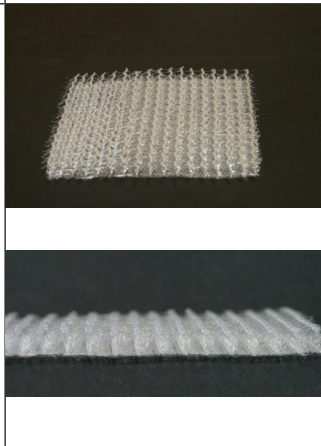
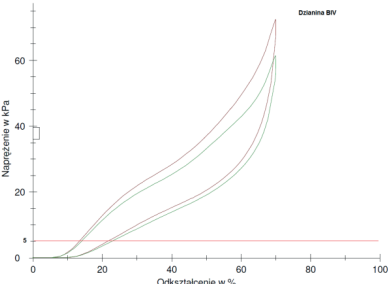
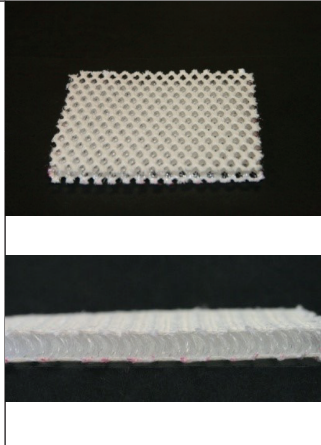
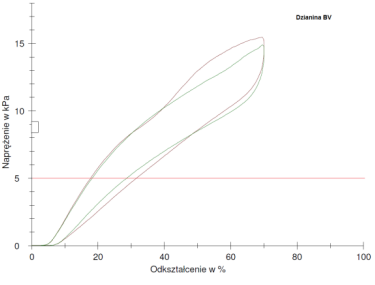
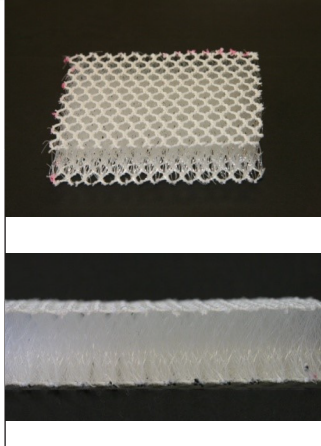
Próba	1	Masa powierzchniowa [g/m ²]	Charakterystyki odkształcenie - naprężenie	Modele struktur
	2	Grubość [mm]		
	3	Gęstość właściwa [kg/m ³]		
Dzianina BIII	1	387±8	 <p>Dzianina BIII</p>	
	2	8,05±0,15		
	3	48,07		
Dzianina BIV	1	876±5	 <p>Dzianina BIV</p>	
	2	8,71±0,05		
	3	100,57		
Dzianina BV	1	979±3	 <p>Dzianina BV</p>	
	2	21,31±0,18		
	3	45,94		

Tabela 2. Działiny dystansowe przeznaczone na warstwę wierzchnią siedziska⁵⁶

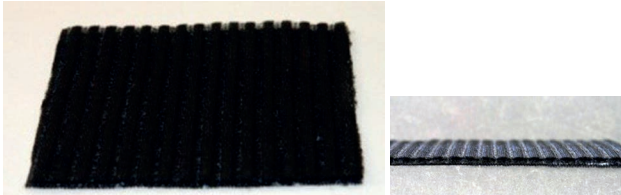
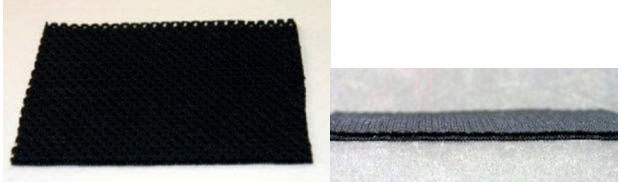
<p>Działina DI</p> 	<p>Masa powierzchniowa [g/m²] – 312±2 Grubość [mm] – 3,11±0,04 Gęstość właściwa [kg/m³] – 100,32 Działina DII</p>
<p>Działina DII</p> 	<p>Masa powierzchniowa [g/m²] – 345±2 Grubość [mm] – 2,63±0,08 Gęstość właściwa [kg/m³] – 131,18</p>

Tabela 3. Zestawienie wyników badań charakterystyk naprężenie – odkształcenie⁵⁷

Charakterystyka naprężenie – odkształcenie						
Próba	4. cykl 40% ściśnięcie próbki		4. cykl 70% ściśnięcie próbki		Względna absorpcja energii HD	Wartość od- kształcenia przy naprężeniu 5 kP
	siła F ₄₀	naprężenie ściskające cv ₄₀	siła F ₇₀	naprężenie ściskające cv ₇₀		
	N	kPa	N	%		
Tkanina DI	60,3	6,0	219,85	21,99	55,3	36,9
Działina B	85,3	8,5	1178,5	117,85	32,2	19,44
Działina BII	161,4	16,1	1622,6	162,26	45,0	20,7
Działina BIII	152,6	15,3	1524,45	152,4	43,6	20,73
Działina BIV	268,3	26,8	669,21	66,9	42,3	13,65
Działina BV	102,7	10,3	149,68	14,97	33,3	17,82

⁵⁶ *Ibidem.*⁵⁷ *Ibidem.*

Tabela 4. Zestawienie wyników pomiarów charakterystyk elastyczności pod naciskiem⁵⁸

Charakterystyka elastyczności pod naciskiem					
Próba	Grubość początkowa	Ugięcie	Względna grubość pod obciążeniem	Względna grubość po relaksacji	Wskaźnik histerezy Hi
	mm	mm	%	%	%
Tkanina DI	25,1	20,6	17,85	83,03	58,25
Dzianina B	8,55	7,25	15,20	92,40	30,10
Dzianina BII	7,9	2,0	73,98	95,56	19,90
Dzianina BIII	7,65	1,65	79,08	98,04	24,0
Dzianina BIV	8,25	1,65	79,40	97,58	19,05
Dzianina BV	21,55	17,0	21,12	90,95	34,45

Badania rozkładu nacisku wykonano dla dzianin D.I i D.II, przewidzianych na wierzchnią warstwę siedziska, stosując czujnik 5027. W Tabeli 5 przedstawiono wyniki badania wielkości nacisku dla tych dzianin, przy sile nacisku 0.5N, 1N i 2N. Dla każdej serii 20 pomiarów obliczono wartości średnie nacisku i odchylenie standardowe.

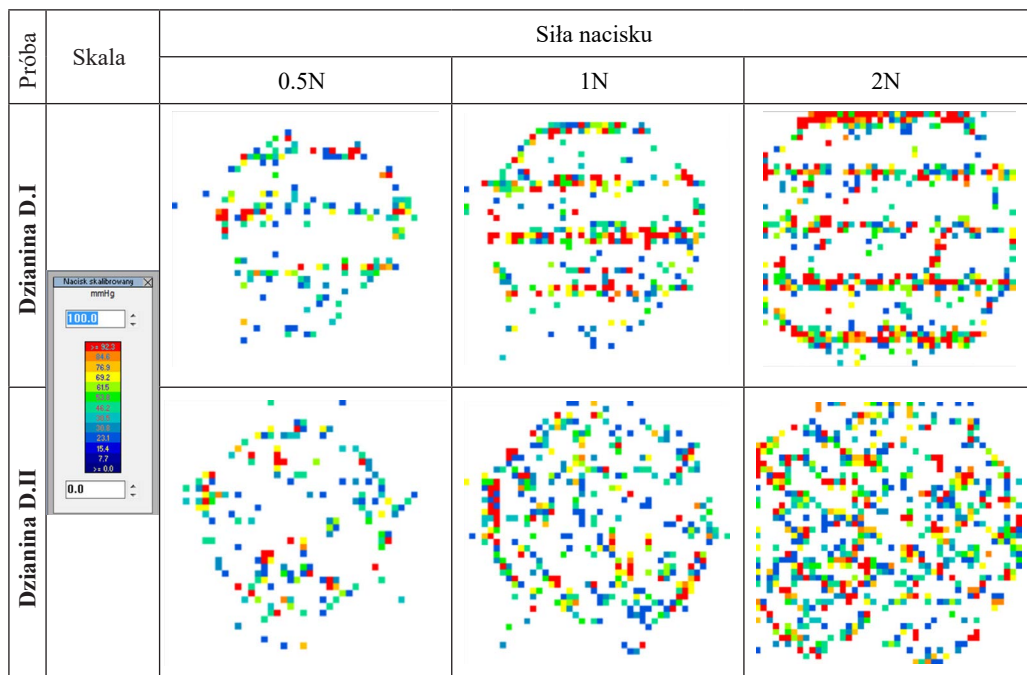
Tabela 5. Wartości średnie nacisku dla dzianin D.I i D.II⁵⁹

Próba	Siła nacisku		
	0,5N	1N	2N
	Nacisk, mmHg		
Dzianina D.I	4,40±0,31	8,90±0,41	16,80±0,81
Dzianina D.II	4,45±0,27	9,15±0,32	18,67±0,77
Powierzchnia styczna, cm ²			
Dzianina D.I	0,59±0,06	1,10±0,06	1,84±0,08
Dzianina D.II	0,63±0,05	1,27±0,04	2,27±0,09

⁵⁸ *Ibidem.*⁵⁹ *Ibidem.*

W Tabeli 6. przedstawiono rozkład nacisków dla dzianiny D.I i D.II.

Tabela 6. Rozkład nacisków dla D.I i D.II⁶⁰



Ocena właściwości termicznych modelowych próby dzianin D.I i D.II przeprowadzona została metodami nieznormalizowanymi z wykorzystaniem urządzenia Alambeta, Permetest i KES-F7 THERMO LABO II TYPE.

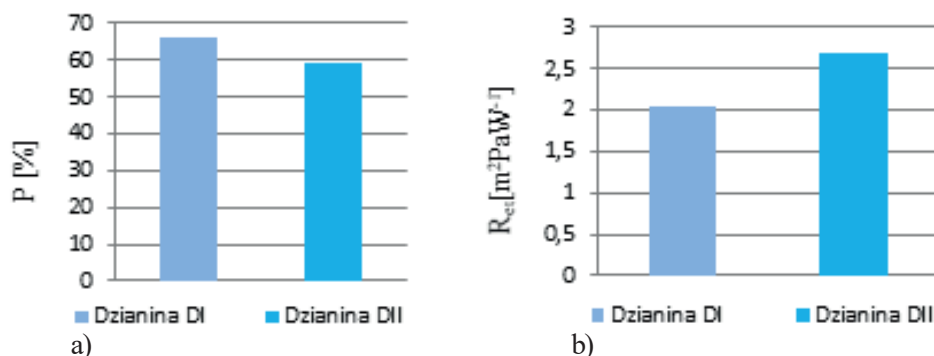
Tabela 7. Zestawienie wyników przeprowadzonych badań na urządzeniu Alambeta⁶¹

Próba	λ [Wm ⁻¹ K ⁻¹]	a [m ² s ⁻¹]	b [Wm ⁻² s ^{1/2} K ⁻¹]	R [Km ² W ⁻¹]	h [m]	p [-]	q [Wm ⁻²]
Dzianina DI	0,0492	6,88E-08	187,8	0,01048	0,000516	1,538	1,338
Dzianina DII	0,03848	7,22E-08	143,4	0,0153	0,000588	2,138	1,310

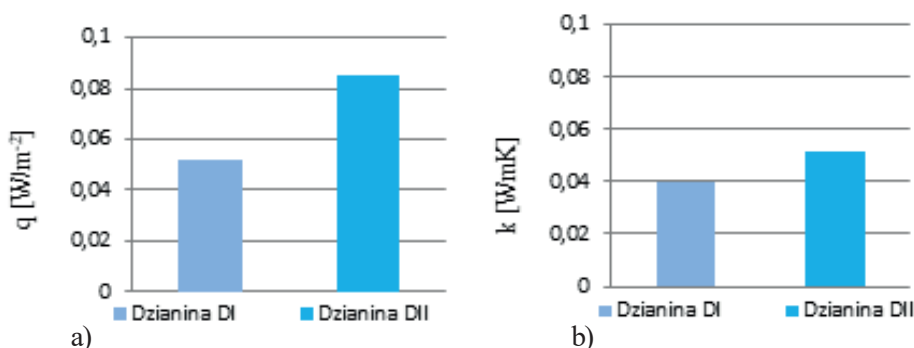
⁶⁰ *Ibidem.*

⁶¹ *Ibidem.*

Rys. 7. Zestawienie wyników badań na urządzeniu Permetest: a) względna przepuszczalność pary wodnej P, b) opór przenikania pary wodnej R_{et} ⁶²



Rys. 8. Zestawienie wyników badań przeprowadzonych na przyrządzie KES-F7 THERMO LABO II TYPE a) maksymalna gęstość strumienia ciepła q_{max} , b) współczynnik przewodzenia ciepła k ⁶³



Na podstawie wyników badań struktur modelowych stwierdzono, że dystansowe tkaniny i dzianiny posiadają kwalifikowane właściwości sprężystości grubości. Analiza charakterystyk sprężystości takich wyrobów wykazała, że ich właściwości w tym zakresie mogą być kształtowane poprzez zastosowanie odpowiednich rozwiązań strukturalno-surowcowych.

Możliwość zastosowania poszczególnych modeli struktur wyrobów oceniono porównawczo w stosunku do tapicerskiej pianki N30 na podstawie charakterystyk naprężenie – odkształcenie przy ściskaniu. Pianka N30 jest konwencjonalną polimerową pianką spienioną w postaci bloków o gęstości 27-32 kg/m³ i twardości 120-180 N. Podstawowym kryterium oceny w aspekcie zminimalizowania ciśnienia prostego jest taki przebieg charakterystyk, aby w warunkach użytkowania wykorzystana była płaska część

⁶² *Ibidem.*

⁶³ *Ibidem.*

nieliniowej charakterystyki sprężystości. Jako kryterium dla pianek przyjęto wartość naprężenia ściskającego cv_{40} . Dla pianki N30 wartość tego wskaźnika wynosi 5 kPa⁶⁴. Najniższe wartości naprężenia ściskającego cv_{40} (naprężenia występującego w 4. cyklu ściskania powodującego 40-procentowe zmniejszenie grubości początkowej próbki) wykazały: Tkanina DI – 6,0 kPa, Dzianina B – 8,5 kPa i Dzianina BV – 10,3 kPa (Tabela 3). Najniższą, zbliżoną do pianki N30, wartością wskaźnika cv_{70} = 21,9 kPa charakteryzuje się Tkanina DI. Najbardziej jednak istotne do oceny przydatności materiałów jest określenie ich charakterystyki naprężenie – odkształcenie w zakresie obciążenia przewidywanego podczas użytkowania. Na podstawie danych dotyczących tego, że w pozycji siedzącej około 85% ciężaru ciała spoczywa na około 15% powierzchni ciała, przyjmując średnią powierzchnię ciała człowieka 1,8 m² przy średniej wadze 80 kg ustalono, że wartość średniego naprężenia, któremu poddawane jest siedzisko, wynosi 2,5 kPa. Do analizy przyjęto zakres naprężenia od 0 do 5 kPa. Dlatego też dla wszystkich charakterystyk sprężystości badanych prób wyznaczone zostały odkształcenia dla wartości maksymalnego naprężenia wynoszącego 5 kPa. Największą wartością względnego odkształcenia dla naprężenia 5 kPa charakteryzuje się Tkanina DI. Wartość tego odkształcenia wynosi 36,9% i jest zbliżona do odkształcenia pianki N30. Pozostałe materiały charakteryzują się podobnymi wartościami tego wskaźnika wynoszącymi ok. 20%, z wyjątkiem Dzianiny BIV. Biorąc pod uwagę dodatkowo wartości wskaźników cv_{40} i cv_{70} można stwierdzić, że najlepszymi właściwościami sprężystymi w tym zakresie charakteryzuje się Tkanina DI, Dzianina DV i Dzianina B.

Do oceny przydatności materiałów w badaniach charakterystyk naprężenie – odkształcenie wyznaczony został również współczynnik względnej absorpcji energii HD. Wartość tego wskaźnika dla pianki N30 wynosi 30,3%. Materiały o zbyt dużej wartości współczynnika HD utrudniają użytkownikowi zmianę pozycji. Dla pianek viscoelastycznych o niskich wartościach wskaźnika cv_{40} współczynnik HD wynosi nawet 54÷69%. Najbardziej korzystną wartością absorpcji energii charakteryzuje się Dzianina B – 32,2%, dla Dzianiny BV wynosi ona 33,3%, a dla Tkaniny DI – 55,3%.

Na podstawie wyników badań charakterystyk naprężenie – odkształcenie przy ściskaniu stwierdzono, że odpowiednie rozwiązania strukturalno-surowcowe materiałów dystansowych mogą charakteryzować się podobnymi właściwościami sprężystości jak elastyczne tworzywa porowate (pianki). Najlepszymi właściwościami w tym zakresie charakteryzuje się Tkanina DI, Dzianina B i Dzianina BV.

W celu uzyskania pełniejszej charakterystyki odkształceń przy ściskaniu dla wyrobów przeprowadzono badania takie jak dla puszystych materiałów włókienniczych

⁶⁴ Dokumentacja projektu badawczego 3 T08E 092 28, *Przestrzenny, wielowarstwowy włókienno polimerowy kompozyt stanowiący wierzchni materiał materacy przeciwoślężynowych*.

(np. puszyste włókniny tapicerskie). Badanie to umożliwia ocenę materiału szczególnie w zakresie niskich obciążeń (siła ściskająca 200 N odpowiadająca naprężeniu 1 kPa). Na podstawie analizy wyników badań ustalono, że najbardziej przydatnymi do możliwości uzyskania redukcji ciśnienia prostego są struktury: Tkanina DI, Dzianina BV i Dzianina B, które charakteryzują się najwyższymi wartościami ugięcia wynoszącymi odpowiednio 20,6 mm, 17,0 mm i 7,25 mm (Tabela 4). Jednocześnie stwierdzono, że Dzianina BII, Dzianina BIII i Dzianina BIV wykazują największy opór przy ściskaniu, o czym świadczy wartość względnej grubości pod obciążeniem, kształtująca się powyżej 70%, co w przewidywanym zakresie użytkowania jest właściwością niekorzystną, pomimo uzyskania najwyższych wartości względnej grubości po relaksacji określającej odporność na trwałe odkształcenia i niskich wartości wskaźnika histerezy H_i .

W zakresie charakterystyk sprężystości najlepszymi właściwościami charakteryzuje się Tkanina DI, Dzianina BV i Dzianina B. Wynika to z tego, że grubość struktur o najlepszych właściwościach sprężystych kształtuje się od 10 do 20 mm, przy gęstościach właściwych wynoszących od 43,65 do 53,52 kg/m³ (dla tworzyw elastycznych porowatych wartości te wynoszą od 30 do 65 kg/m³).

W celu zwiększenia funkcjonalności całego siedziska założono możliwość stosowania układu złożonego z warstwy zasadniczej i warstwy wierzchniej. Zakładano, że warstwa zasadnicza umożliwi kształtowanie głównych cech sprężystości grubości oraz komfortu fizjologicznego, natomiast warstwa wierzchnia nie ograniczy tych właściwości i jednocześnie umożliwi uzyskanie właściwości specjalnych: trudno zapalnych, antystatycznych, biostatycznych. W celu określenia możliwości zastosowania takiego rozwiązania przeprowadzono badania charakterystyk sprężystości układów, analogicznie jak dla warstwy zasadniczej. Stwierdzono, że w przypadku układu Tkanina DI+DI i Tkanina DI+DII nastąpił spadek wartości naprężenia ściskającego cv_{40} , co jest bardzo korzystne dla całkowitej charakterystyki sprężystości. W zakresie oceny rozkładu siła nacisku maksymalną wartość średniego nacisku i powierzchni stycznej, dla wszystkich trzech obciążeń, stwierdzono dla Dzianiny D.II. Zastosowanie warstwy wierzchniej z Dzianinami B, BII, BIII, BIV i BV w układzie zasadniczym nie powoduje istotnych zmian. Dotyczy to również wartości względnej absorpcji energii HD.

Dla najlepszego rozwiązania przeprowadzona zostanie funkcjonalizacja bioaktywna, trudno zapalna i antyelektrostatyczna.

4. Podsumowanie

Praca w życiu niepełnosprawnego człowieka zajmuje szczególne miejsce. Osoba pracująca uzyskuje środki do zapewnienia egzystencji własnej i rodziny. Zajmowana

przez nią pozycja zawodowa ustala jej pozycję ekonomiczną i społeczną. Wyznacza również poziom niezależności, a wykonywanie pracy zawodowej pozwala czuć się osobą niezależną i użyteczną społecznie oraz określa jej pozycję w hierarchii społecznej³.

Dla poprawy więzi społecznej osób niepełnosprawnych istotny jest wzrost zatrudnienia tych osób. Zapewnienie odpowiednich warunków pracy jest często wystarczające dla umożliwienia sprawnego i bezpiecznego funkcjonowania osób niepełnosprawnych w środowisku pracy. Za pomocą innowacyjnych funkcjonalnych materiałów włókienniczych stanowiących element wyposażenia stanowiska pracy osoby długotrwale unieruchomionej można wspomóc aktywizację osób niepełnosprawnych.

Odpowiednio zaprojektowane włókiennicze układy dystansowe wykazują wysoką przydatność w wyrobach stosowanych w profilaktyce przeciwdoleźynowej. Przestrzenna budowa oraz sprężystość grubości powodują, iż niezależnie od wielkości siły nacisku zawsze pozostają wolne przestrzenie, umożliwiające odprowadzenie nadmiaru ciepła i wilgoci z układu ciała człowieka leżącego/siedzącego – struktura włókiennicza. Do oceny przydatności specjalnych struktur włókienniczych na wierzchnią warstwę siedziska przeciwdoleźynowego pod względem komfortu fizjologicznego nie powinno się stosować wyłącznie metod dla wyrobów odzieżowych. Niezbędne są specjalne metody badawcze dostosowane do specyfiki przeznaczenia takich siedzisk, uwzględniające transport ciepła i wilgoci w warunkach symulowanego odkształcenia układu oraz rozkład nacisku (wartości ciśnienia prostego) w czasie użytkowania.

Opracowano na podstawie wyników IV etapu programu wieloletniego „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”, finansowanego w latach 2017-2019 w zakresie badań naukowych i prac rozwojowych przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego/Narodowe Centrum Badań i Rozwoju.

Koordinator programu: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.

Bibliografia

Literatura

- Brzeziński S., Malinowska G., Kowalczyk D., Kaleta A., Borak B., Jasiorski M., Dąbek K., Baszczuk A., Traczek A., *Antibacterial and Fungicidal Coating of Textile-polymeric Materials Filled with Bioactive Nano- and Submicro-particles*, „Fibres & Textiles in Eastern Europe” 2012, vol. 1 (90), s. 70-77.
- Cieślak M., Karaszewska A., Gromadzińska E., Jasińska I., Kamińska I., *Comparison of methods for measurement of the pressure exerted by knitted fabrics*, „Textile Research Journal” 2017, vol. 87(17), s. 2117-2126.

- Cieślak M., Karaszewska A., Gromadzińska E., Śledzińska K., *The I-SCAN method for the assessment of the pressure exerted by textile products*, „Fibres & Textiles in Eastern Europe” 2016, vol. 6(120), s. 121-127.
- Cieślak M., Wróbel S., Kamińska I., Lao M., *Functional Upholstery Materials for Protection Against Electrostatic Risk*, „Fibres & Textiles in Eastern Europe” 2009, vol. 4 (75), s. 52-58.
- Freeto T., Cypress A., Amalraj S., Yusufshaq M. S., Bogie K. M., *Development of a Sitting MicroEnvironment Simulator for wheelchair cushion assessment*, „Journal of Tissue Viability” 2016, vol. 25, s. 175-179.
- Gefen A., *Tissue changes in patients following spinal cord injury and implications for wheelchair cushions and tissue loading: A literature review*, „Ostomy Wound Manage” 2014, vol. 60(2), s. 34-45.
- Gromadzińska E., Malinowska G., Lao M., *Rola wierzchniej warstwy materacy przeciwoleżynowych w kształtowaniu komfortu fizjologicznego i higienicznego*, „Prace Instytutu Włókiennictwa” 2006, R. LVI, s. 35-41.
- Matusiak M., *Ciepłochroność tkanin odzieżowych. Monografia*, Instytut Włókiennictwa, Łódź 2011.
- Mikołajewska E., *Dobór wózków dla niepełnosprawnych w polskich i zagranicznych badaniach naukowych*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis” 2013, vol. 67/1.
- Research & Innovation, *Clothing Physiological Research at the Hohenstein Institutes*, Special Edition, vol. 63, Hohenstein Institute, Bönnigheim 2007.
- Sydor M., *Wybór i eksploatacja wózka inwalidzkiego*, Wydawnictwo Akademii Rolniczej im. Augusta Cieszkowskiego w Poznaniu, Poznań 2003.
- Tulin G.C., Fatih C.B., *The effects of ramie blended car seat covers on thermal comfort during road trials*, „International Journal of Industrial Ergonomics” 2009, vol. 39, s. 287-294.
- Umbach K.H., *Physiological comfort on car seats*, „Kettenwirk praxis” 2000, vol. 1.

Materiały konferencyjne

- Faming W., *A Comparative Introduction on Sweating Thermal Manikins “Newton” and “Walter”*, 7th International Thermal Manikin and Modelling Meeting, University of Coimbra, Portugal, September 2008.
- Heide M., *Untersuchungen zum Wärmeisolationsverhalten von 3D – Gewirken*, Konferenz Dresdener Textiltagung, 2004.
- Psikuta A., Richards M., Fiala D., *Single-and multi-sector thermophysiological human simulators for clothing research*, 7th International Thermal Manikin and Modelling Meeting, University of Coimbra, Portugal, September 2008.
- Trappl P., *Liegekomfort von modern Matratzensystemen*, Materiały z Sympozjum Avantex, 2003.
- Umbach K.H., *Einsatz von Abstandsgewirken in Autositzen zur Verbesserung des klimatischen Sitzkomforts*, Internationale Chemiefasertagung, Dornbirn, 1999.

Normy i procedury badawcze

- PN-EN ISO 3386-1: 2000/Ap1:2015-10 Elastyczne tworzywa sztuczne porowate. Oznaczanie charakterystyki naprężenie-odkształcenie przy ścisnaniu. Materiały małej gęstości.

- PN-EN ISO1856:2004/A1:200 Elastyczne tworzywa sztuczne porowate. Oznaczanie odkształcenia trwałego po ściskaniu.
- PN-EN ISO 11092:2014-1, Tekstylija -- Właściwości fizjologiczne -- Pomiar oporu cieplnego i oporu pary wodnej w warunkach stanu ustalonego (metoda pocącej się zaizolowanej cieplnie płyty).
- PN-EN ISO 9237:1997, Tekstylija -- Wyznaczanie przepuszczalności powietrza wyrobów włókienniczych.
- PN-EN ISO 20743:2013-10 Wyznaczanie aktywności antibakteryjnej wyrobów gotowych z wykończeniem antibakteryjnym (Metoda absorpcji).
- PN-EN 1149-1:2008 Odzież ochronna. Właściwości elektrostatyczne. Część 1: Metoda badania rezystywności powierzchniowej.
- PN-EN 1149-3:2007 Odzież ochronna. Właściwości elektrostatyczne. Część 3: Metody badań do pomiaru zaniku ładunku.
- PN-EN 1021-1:2014 Meble – Ocena zapalności mebli tapicerowanych – Część 1: Źródło zapłonu: tłący papieros.
- PN-EN 1021-2:2014 Meble – Ocena zapalności mebli tapicerowanych – Część 2: Źródło zapłonu: równoważnik płomienia zapalki.
- PN-EN ISO 5084:1999 Tekstylija. Wyznaczanie grubości wyrobów włókienniczych.
- PN-EN 12127:2000 Tekstylija -- Płaskie wyroby włókiennicze -- Wyznaczanie masy na jednostkę powierzchni z zastosowaniem małych próbek.
- PN-EN ISO 11092:2014-1, Tekstylija -- Właściwości fizjologiczne -- Pomiar oporu cieplnego i oporu pary wodnej w warunkach stanu ustalonego (metoda pocącej się zaizolowanej cieplnie płyty).
- Procedura Badawcza Nr 96:2013 edycja z dnia 16.09.2013 Tekstylija. Dzianiny dystansowe. Wyznaczanie elastyczności pod naciskiem, opracowanej na podstawie normy DIN 54305 Testing of textiles. Determination of the compression elastic behaviour of fibrous webs and nonwovens.
- Procedura Badawcza nr 14/2:2002, Wyroby włókiennicze. Wyznaczanie wskaźników sorpcji i desorpcji cieczy na przyrządzie SORP-3.
- Procedura IW, Właściwości elektrostatyczne. Badanie elektryzacji materiałów obiciowych podczas użytkowania krzesła.

Inne opracowania

- Dokumentacja projektu badawczego 3 T08E 092 28 *Przestrzenny, wielowarstwowy włókiennopolimerowy kompozyt stanowiący wierzchni materiał materacy przeciwodleżynowych.*
- Dokumentacja techniczna stanowiska KES-F7 THERMO LABO II TYPE.
- Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych, *Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r.,* Warszawa 2011.
- Niepublikowana praca w ramach działalności statutowej Instytutu Włókiennictwa, *Ocena zjawisk termodynamicznych w układzie człowiek leżący/siedzący – struktura włókiennicza,* 2009.
- Niepublikowana praca w ramach działalności statutowej Instytutu Włókiennictwa, *Opracowanie metodyki badań procesów termodynamicznych w układzie człowiek leżący/siedzący-struktura włókiennicza,* 2010.
- Niepublikowana praca w ramach działalności statutowej Instytutu Włókiennictwa, *Opracowanie udoskonalonej metody badań procesów termodynamicznych,* 2015.

Niepublikowana praca w ramach działalności statutowej Instytutu Włókiennictwa, *Optymalizacja właściwości układów tapicerskich siedzisk przeznaczonych dla osób długotrwale unieruchomionych*, 2012.

Patent nr PL213182 (B1) *Nakładka przeciwośleźynowa*.

Artykuły, opracowania, hasła, notatki prasowe opublikowane w formie elektronicznej

Bartków A., Bortnowski T., Wózek. Budowa i eksploatacja, Fundacja Aktywnej Rehabilitacji, https://www.far.org.pl/phocadownload/2015_far_skrypty/skrypt-14_wozek.pdf, [dostęp 06.05.2019].

Hasło *odleżyny*, <https://ranleczenie.pl/leczenie-ran/odlezyzny/> [dostęp 06.05.2019].

Krutul R., *Odleżyna, profilaktyka i terapia*, <http://www.revita.pl> [dostęp 02.07.2017].

Kurkus-Rozowska B., *Osoby niepełnosprawne – zatrudnienie a jakość życia*, https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P30001831335539182278&html_tresc_root_id=25067&html_tresc_id=25092&html_klucz=19558&html_klucz_spis= [dostęp 02.05.2019].

Kurkus-Rozowska B., *Stanowisko pracy - adaptacja do możliwości zatrudnianych osób niepełnosprawnych*, https://www.ciop.pl/CIOPPortalWAR/appmanager/ciop/pl?_nfpb=true&_pageLabel=P30001831335539182278&html_tresc_root_id=25067&html_tresc_id=25451&html_klucz=19558&html_klucz_spis= [dostęp 02.05.2019].

Ramowe wytyczne w zakresie projektowania obiektów, pomieszczeń oraz przystosowania stanowisk pracy dla osób niepełnosprawnych o specyficznych potrzebach, pod redakcją naukową dr. hab. inż. Wiktora M. Zawieski. Publikacja opracowana i wydana w ramach projektu nr POKL.01.03.06-00-070/12 realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013, Priorytet I, Działanie 1.3, Poddziałanie 1.3.6, współfinansowanego przez Unię Europejską, ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, ISBN 978-83-7373-179-0, protokół dostępu: <https://www.pip.gov.pl/pl/f/v/191527/Ramowe%20wytyczne2014.pdf>, [dostęp 02.05.2019].

Bezpieczeństwo społeczności lokalnej jako element jakości życia w świetle działań Straży Miejskiej w Jeleniej Górze

Safety of the local community as an element of quality of life in the light of the activities of the City Guard in Jelenia Góra

Beata Mucha¹

Instytut Przyrodniczo-Techniczny
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. A. Silesiusa
ORCID: [0000-0001-5103-5105](https://orcid.org/0000-0001-5103-5105)

Monika Mucha²

Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytet Wrocławski
ORCID: [0000-0002-8525-0345](https://orcid.org/0000-0002-8525-0345)

Streszczenie

Celem pracy jest próba oceny, czy Straż Miejska zapewnia porządek i spokój społeczności lokalnej oraz w jaki sposób bezpieczeństwo społeczności lokalnej wpływa na poziom jakości życia i stan zdrowia mieszkańców. W pierwszej kolejności omówiono teoretyczne podstawy bezpieczeństwa społeczności lokalnej, a także zadania, jakie należą do straży. W drugiej, praktycznej części, scharakteryzowano Straż Miejską w Jeleniej Górze. Podstawową metodą zastosowaną w badaniu była analiza dokumentacji Straży Miejskiej w Jeleniej Górze. Badanie polegało na wyodrębnieniu elementów składowych dokumentu według przyjętego kryterium, tj. interwencji, jakie przeprowadziła Straż Miejska w 2017 roku. Dobór próby był celowy. Ponadto do badania wybranej jednostki wykorzystano metodę obserwacji skategoryzowanej w oparciu o technikę obserwacji fotograficznej i technikę próbek zdarzeń. W technice próbek czasowych ustalono, że obserwacja będzie trwała 30 min co drugi dzień w różnych porach, przez dwa tygodnie. Badania wykonano w marcu 2019 roku. Jak wykazały badania, Straż Miejska w Jeleniej Górze podejmuje interwencje, które wpływają na poziom poczucia bezpieczeństwa mieszkańców, a tym samym na wyższą jakość ich życia i zdrowia. Społeczność lokalna powinna mieć większe zaufanie do służb odpowiedzialnych za ich bezpieczeństwo. Bezpieczeństwo społeczności lokalnej w dużej mierze uzależnione jest od służb do tego powołanych.

Słowa kluczowe

bezpieczeństwo lokalne, straż miejska, stereotypy

¹ E-mail: beatam3@onet.eu

² E-mail: mucha.monika.1987@o2.pl

Abstract

The purpose of the work is to assess whether the Place Guard ensures order and peace of the local community, and how the safety of the local community affects the quality of life and health of residents. First, the theoretical foundations of local community security were discussed, as well as the tasks that belong to the guard. In the second, practical part, the City Guard in Jelenia Góra was characterized. The basic method used in the study was the analysis of the documentation of the City Guard in Jelenia Góra. The study consisted in isolating the components of the document according to the adopted criterion, i.e. the interventions carried out by the Municipal Police in 2017. Sampling was deliberate. In addition, the categorized observation method based on photographic observation technique and event sample technique was used to examine the selected unit. In the technique of time samples it was determined that the observation would last 30 minutes. every other day at different times for two weeks. The tests were carried out in March 2019. Research has shown that the Municipal Guard in Jelenia Góra undertakes more interventions that affect the level of residents' sense of security, and thus their lower quality of life and health. The local community should have greater confidence in the services responsible for their safety. Local community security largely depends on the services appointed for this.

Keywords

local security, city guard, stereotypes

JEL: I280, R11, D63

Wstęp

Bezpieczeństwo publiczne jest przede wszystkim wartością konstytucyjną, dla której ochrony możliwe jest ograniczenie korzystania przez obywatela z jego konstytucyjnych wolności i praw³. Bezpieczeństwo publiczne to także zadanie publiczne terenowych organów administracji rządowej oraz organów samorządu terytorialnego. Zgodnie bowiem z art. 7 ust. 1 pkt 14 ustawy o samorządzie gminy gmina ma obowiązek zaspokajania zbiorowych potrzeb wspólnoty, co jest jej zadaniem własnym, a zadanie to obejmuje w szczególności sprawy porządku i bezpieczeństwa obywateli. Ochroną bezpieczeństwa zajmuje się wiele podmiotów, m.in. straż miejska⁴.

Straż Miejska stanowi istotny podmiot w rękach samorządu gminnego, gdyż jest uprawniona do podejmowania wielu czynności w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa publicznego przez całą dobę. Strażnicy, podobnie jak funkcjonariusze Policji, wyposażeni są w środki przymusu bezpośredniego oraz w sprawną sieć łączności radiowej. Dzięki temu w nagłym wypadku trudnej interwencji mogą je wykorzystać wobec osób zagrażających bezpieczeństwu innych mieszkańców. Straż Miejska ma również obowiązek patrolowania różnych rejonów miasta w celu utrzymania porządku publicznego.

³ <https://marszalek.com.pl/przegladprawakonstytucyjnego/ppk24/01.pdf> [dostęp: 20.02.2019].

⁴ Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, Dz. U. z 2019 r., poz. 506.

Wydaje się zatem słuszne stwierdzenie, że im wyższy poziom skuteczności działań Straży Miejskiej, tym większe poczucie bezpieczeństwa lokalnych mieszkańców.

W pracy skupiono uwagę na bezpieczeństwie społeczności lokalnej oraz wynikających z tej kwestii zadań omawianej służby.

1. Bezpieczeństwo społeczności lokalnej

Bezpieczeństwo społeczności lokalnych daje podstawę do właściwego funkcjonowania nie tylko poszczególnym mieszkańcom i małym wspólnotom, ale w ujęciu globalnym decyduje o kondycji państw. Zaspokojenie jednej z podstawowych potrzeb człowieka, jaką jest poczucie bezpieczeństwa, wymaga podejmowania szeregu przedsięwzięć. Jednym z najbardziej efektywnych, chociaż wcale nie najłatwiejszym zadaniem, jest prowadzenie działań prewencyjnych, zapobiegających niepożądanym zjawiskom. Niejednokrotnie efekty takiej aktywności widoczne są dopiero po wielu latach, a jednocześnie wymagają podejmowania wielokierunkowych działań angażujących różne podmioty. Bezpieczeństwo społeczności lokalnej to szereg istotnych elementów, które wpływają na poziom jakości życia i zdrowia mieszkańców (tabela 1).

Tabela 1. Lista podstawowych obszarów bezpieczeństwa społeczności lokalnej

Lp.	Wyszczególnienie
1.	Bezpieczeństwo osobiste
2.	Porządek publiczny
3.	Dostęp do sądów powszechnych, obsługi i pomocy prawnej
4.	Dostęp do świadczeń pomocy społecznej (nie tylko w sytuacjach kryzysowych)
5.	Istnienie i dostęp do szlaków komunikacji i transportu
6.	Zapewnienie łączności użytkowników infrastruktury mieszkaniowej z infrastrukturą komunalną
7.	Dostęp do usług medycznych i rekreacji
8.	Dostęp do instytucji oświatowych i edukacyjnych
9.	Istnienie i dostęp do sieci łączności i przepływu informacji wewnątrz i na zewnątrz społeczności
10.	Dbłość o lokalny rynek pracy

Źródło: opracowano na podstawie: W. Fehler (red.), *op. cit.*, s. 32.

Jednym z podstawowych zadań administracji samorządowej, wynikających z ustaw o samorządach terytorialnych różnych szczebli, jest zapewnienie bezpieczeństwa obywateli. W celu spełnienia oczekiwań społecznych wynikających z zadań administracji, inspekcji i służb mundurowych, podejmowane są liczne działania zmierzające do ograniczenia

występujących zagrożeń⁵. Ochrona tego bezpieczeństwa zaczyna się od prewencji państwa, które określa jego granice. Chodzi przede wszystkim o niebezpieczeństwa występujące w komunikacji, ruchu drogowym, wodnym, zagrożenia występujące w czasie katastrof, klęsk żywiołowych i epidemii oraz niebezpieczeństwa wynikające z napadów, rozbojów. Ochrona społeczności lokalnej będzie zatem dotyczyła ochrony życia, zdrowia, mienia obywateli i mienia społecznego przed bezprawnymi zamachami naruszającymi te dobra⁶.

Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 grudnia 1993 roku określa bezpieczeństwo publiczne jako: „całość porządku i urządzeń społecznych, chroniących obywateli przed zjawiskami groźnymi dla życia, zdrowia”⁷. Również w artykule 76. Konstytucji RP uwzględniono aspekt bezpieczeństwa. Stwierdza się w nim, że: „Władze publiczne chronią konsumentów, użytkowników i najemców przed działaniami zagrażającymi ich zdrowiu, prywatności i bezpieczeństwu oraz przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi”⁸.

Poza Strażą Miejską podstawowymi podmiotami, na których spoczywa zapewnienie szeroko rozumianego porządku publicznego, są wyspecjalizowane służby ratunkowe, m.in.: Straż Pożarna, Medyczne Służby Ratownicze, Lotnicza Służba Ratownicza, Straż Graniczna, Obrona Cywilna Kraju, Wodne Pogotowie Ratunkowe, Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowa Inspekcja Weterynaryjna i inne. Współpraca Straży Miejskiej z innymi podmiotami podnosi skuteczność działań prewencyjnych, co z kolei wpływa na większe poczucie bezpieczeństwa lokalnych społeczności. Model lokalnego bezpieczeństwa powszechnego to opracowywanie systemowych rozwiązań dotyczących współdziałania administracji publicznej z organizacjami pozarządowymi w zakresie bezpieczeństwa powszechnego oraz inicjatywy na rzecz społecznego wsparcia służb publicznych w zakresie ratownictwa.

Poczucie bezpieczeństwa albo jego brak przesądza o jakości życia i rozwoju społeczeństwa, dlatego ochrona bezpieczeństwa i porządku publicznego należy między innymi do zasadniczych zadań samorządu. Samorząd terytorialny, Straż Miejska i inne formacje współdziałające w zapewnianiu bezpieczeństwa zyskują na zaufaniu obywateli, przy wspólnym działaniu doprowadzając do poczucia bezpieczeństwa i stabilności społeczeństwa. Z tych powodów koniecznością jest zapewnienie mechanizmów stałej współpracy Straży Miejskiej z pozostałymi jednostkami administracji rządowej, samorządu jeleniogórskiego oraz służb mundurowych. Utrzymanie bezpieczeństwa społeczności lokalnej wymaga także inicjowania i rozwijania współpracy z samymi mieszkańcami⁹.

⁵ Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej, Dz. U. z 2007 r. Nr 65, poz. 437 z późn. zm.

⁶ E. Ura, *Prawo administracyjne*, PWE, Warszawa 2004, s. 385.

⁷ Wyrok Sądu Najwyższego z 22 grudnia 1993 r., I KZP 30/93, OSNKW, 1994 r., nr 1-2, poz. 6.

⁸ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

⁹ W. Fehler (red.), *op. cit.*, s. 32.

2. Straż Miejska

Współczesna Straż Miejska powstała w Polsce w 1991 roku. Początkowo nosiła nazwę Policji Muncypalnej, jednak zmiana regulacji prawnych i nowo powstała ustawa o strażach gminnych z 1997 r. zlikwidowała organ Policji Muncypalnej, tworząc nową formację o nazwie Straż Miejska. Zgodnie z art. 1.1 ustawy o strażach gminnych (dalej: u.s.g.) do ochrony porządku publicznego na terenie gminy może być utworzona samorządowa umundurowana formacja – straż gminna, zwana dalej „strażą”. W Polsce straż gminna i miejska jest to umundurowana formacja tworzona przez radę miasta (gminy) mająca na celu ochronę porządku publicznego na terenie miasta (gminy)¹⁰.

Ustawa z 1997 r. uporządkowała i ujednoliciła system powoływania i funkcjonowania Straży Miejskiej. Jej zadania i uprawnienia ujęte zostały w odpowiednich aktach prawnych, przy czym podstawowe obowiązki wynikają z ustawy o strażach gminnych¹¹. Do najważniejszych zadań zgodnie z art. 11 zaliczyć można przestrzeganie ładu i porządku publicznego, czuwanie nad porządkiem ruchu drogowego, zabezpieczanie miejsc przestępstw, katastrof i innych zdarzeń zagrażających zdrowiu i życiu, ochronę obiektów komunalnych, konwojowanie osób bądź wartościowych przedmiotów oraz informowanie lokalnych mieszkańców o zagrożeniach występujących w danym terenie¹².

Straż spełnia służebną rolę wobec społeczności lokalnej, wykonując swe zadania z poszanowaniem godności i praw obywateli. Strażą kieruje komendant, zatrudniany na podstawie umowy o pracę przez wójta, burmistrza (prezydenta miasta), po zasięgnięciu opinii właściwego terytorialnie komendanta wojewódzkiego (Stołecznego) Policji. W przypadku nieotrzymania opinii wójt burmistrz (prezydent miasta) może zatrudnić komendanta po upływie 14 dni od dnia przedstawienia wniosku o wydanie opinii¹³.

W związku z wykonywaniem swoich zadań straż współpracuje również z Policją. W tym celu wójt, burmistrz (prezydent miasta) może zawierać z właściwym terytorialnie komendantem Policji porozumienie o współpracy straży i Policji. Współpraca Policji i straży polega w szczególności na¹⁴:

- 1) stałej wymianie informacji o zagrożeniach występujących na określonym terenie w zakresie bezpieczeństwa ludzi i mienia, spokoju i porządku publicznego;
- 2) zorganizowaniu systemu łączności Policji i straży, uwzględniającego lokalne potrzeby i możliwości oraz zapewniającego utrzymanie stałej łączności między jednostkami Policji i straży;

¹⁰ U.s.g.

¹¹ J. Bismor, J. Brodny, *Rola i znaczenie Straży Miejskiej w zapewnieniu bezpieczeństwa publicznego*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2018, z. 117, s. 31-40.

¹² U.s.g.

¹³ *Ibidem*, art. 11.

¹⁴ *Ibidem*, art. 9.

- 3) koordynowaniu rozmieszczenia służb policyjnych i straży, z uwzględnieniem zagrożeń występujących na danym terenie;
- 4) wspólnym prowadzeniu działań porządkowych w celu zapewnienia spokoju i porządku w miejscach zgromadzeń, imprez artystycznych, rozrywkowych i sportowych, a także w innych miejscach publicznych;
- 5) organizowaniu wspólnych szkoleń oraz ćwiczeń policjantów i strażników gminnych (miejskich);
- 6) wymianie informacji w zakresie obserwowania i rejestrowania przy użyciu środków technicznych obrazu zdarzeń w miejscach publicznych.

Do zadań Straży Miejskiej należy m.in. współdziałanie z organizatorami i innymi służbami w ochronie porządku publicznego. Tymczasem niewystarczająca koordynacja działań, bierność i mała skuteczność podmiotów odpowiedzialnych za bezpieczeństwo i przestrzeń publiczną oraz brak ich współpracy z lokalnymi społecznościami i organizacjami powodują, że społeczność lokalna nie czuje się bezpiecznie¹⁵. Mimo iż brak jest ogólnopolskich badań na temat opinii mieszkańców Polski na temat Straży Miejskiej, badania przeprowadzone w 2009 r. w Krakowie wśród lokalnych mieszkańców pokazują, że Straż Miejska kojarzy się przede wszystkim z wystawianiem mandatów za złe parkowanie i spożywanie alkoholu w miejscu publicznym. Ankietowani wyrazili także brak zaufania do skuteczności prowadzonych interwencji funkcjonariuszy Straży. Zdecydowana większość badanych (74%) była za likwidacją Straży Miejskiej z powodu braku wiary w działalność tej służby oraz brak odpowiednich kompetencji¹⁶. Wyniki krakowskich badań pokazują, że społeczność lokalna traktuje Straż Miejską w wąskim zakresie, nie znając jej wszystkich uprawnień i obowiązków. Brak zaufania do tego organu dostrzeżono także na wyższych szczeblach władzy państwa. W 2018 r. powstał projekt uchylecia Straży Miejskiej oraz ponownego wprowadzenia Policji Muncypalnej. Podstawowym uzasadnieniem tych zmian był fakt, że w Polsce na 2477 gmin tylko w 488 funkcjonuje Straż Miejska¹⁷. Liczba ta od 2012 r. systematycznie maleje. Likwidacja jednostek Straży Miejskiej gwałtownie zaczęła spadać po 2015 r., kiedy to przyjęto w tym samym roku ustawę o zmianie ustawy – Prawo o ruchu drogowym, odbierającą funkcjonariuszom Straży Miejskiej prawo do używania fotoradarów, co spowodowało spadek nakładanych mandatów o połowę.

Chociaż Straż Miejska straciła prawo do używania fotoradarów, jej misja i cele nadal obejmują szeroki zakres zadań wpływających na bezpieczeństwo społeczności

¹⁵ U.s.g.

¹⁶ J. Kwinta-Odrzywołek, J. Skrzyńska, H. Uhl, *Badania opinii mieszkańców na temat Straży Miejskiej Miasta Kraków. Raport*, Kraków 2009, s. 7.

¹⁷ *O Strażach gminnych i miejskich w MSWiA*, <https://www.gov.pl/web/mswia/o-strazach-gminnych-i-miejskich-w-mswia> [dostęp: 26.05.2019].

lokalnej. Wprowadzenie nowej jednostki w postaci Policji Muncypalnej nie rozwiąże problemu. Pomimo spornego wizerunku Straży Miejskiej wśród lokalnych mieszkańców obecność strażników jest pożyteczna i ważna, gdyż podnosi stan bezpieczeństwa mieszkańców.

Wysoki poziom przestrzegania prawa i porządku publicznego sprzyja działalności gospodarczej oraz tworzy dobry klimat współpracy międzyinstytucjonalnej. Dlatego też działania poprawiające stan bezpieczeństwa i porządku mogą stanowić płaszczyznę wspólnych przedsięwzięć różnych instytucji, które statutowo są odpowiedzialne za bezpieczeństwo i porządek, jak i tych, które realizują swoją misję, działając w sferze komercyjnej.

Podstawą realizacji programu „Koalicja na rzecz bezpieczeństwa” jest pozyskanie sprzymierzeńców współdziałających z instytucjami Straży Miejskiej, Policji, Straży Pożarnej w sprawie przeprowadzenia wspólnych przedsięwzięć na rzecz poprawy bezpieczeństwa w mieście. Koalicjant poprzez kontaktowanie się z instytucją pilotującą realizację programu definiuje grupę problemów, które dotyczą sfery jego działalności z zakresu przestrzegania porządku i bezpieczeństwa. Ustalone są też tematy współpracy.

Program „Koalicja na rzecz bezpieczeństwa” spełnia funkcję mikroprogramu, tzn. takiego, w skład którego wchodzi suma poszczególnych przedsięwzięć mających cechy jednorazowych lub powtarzających się programów autonomicznych. Głównym celem realizacji programu jest pozyskanie zainteresowanych stanem porządku publicznego i bezpieczeństwem. Współuczestnictwo w działaniach prewencyjnych prowadzi do podniesienia stanu wiedzy uczestników programu o problemach z zakresu nieprzestrzegania prawa, a także daje możliwość współdziałania koalicjantów ze służbami, które statutowo realizują działania prewencyjne na co dzień¹⁸.

3. Stereotypowy wizerunek pracowników Straży Miejskiej

Stereotypy to utrwalona konstrukcja myślowa, która w uproszczonej i niekiedy irracjonalny sposób tworzy nieprawdziwą wiedzę na temat osób lub zjawisk. Stereotypy dotyczące Straży Miejskiej powstają na skutek subiektywnej oceny obywateli, którzy mieli z nią do czynienia. Każda osoba mająca bezpośredni kontakt ze Strażą Miejską ma własne przemyślenia i skojarzenia dotyczące jej pracy i służby, co wpływa na ogólne postrzeganie tego organu. Przykładem są stereotypy wynikające z obserwacji zablokowanych pojazdów. Tworzą się przesady typu „jedyną aktywnością Straży Miejskiej jest zakładanie blokad w pozbawionych miejsc parkingowych terenach”. Innym przykładem utrwalania stereotypów są cechy dotyczące przeprowadzania interwencji porządkowych.

¹⁸ http://www.naukowiec.org/wiedza/metodologia/obserwacja-metoda-badawcza_661.html [dostęp 23.02.2019].

Interwencje porządkowe przeciwnie niż blokady są „doskonale niewidoczne”. Patrol po zidentyfikowaniu zaniedbań przystępuje do wszczęcia tzw. czynności wyjaśniających, polegających na ustaleniu administratora zanieczyszczonego terenu, wyznaczeniu terminu i zakresu prac porządkowych. Prace te z reguły nie są wykonywane w terenie, lecz w Wydziałach Urzędu Miasta, siedzibie zarządcy lub w siedzibie Straży Miejskiej. Jeżeli zaniedbany teren zostanie uprzątnięty, to powyższa czynność nie jest kojarzona z wizytą funkcjonariusza sprzed tygodnia. Co więcej, znany jest stereotyp, że strażnik się przespacerował i poszedł dalej, a brud pozostał. Bohaterem pozostaje ten, kto posprzątał, czyli wcześniejszy sprawca wykroczenia¹⁹.

Negatywnemu postrzeganiu organu Straży Miejskiej sprzyja zjawisko powielania stereotypów myślowych w mediach, a także cecha zjawisk dysfunkcyjnych związana z nieprzewidywalnością lokalizacyjną wystąpienia czynu zabronionego. Nieprzewidywalny charakter wykroczeń i przestępstw skutkuje powstaniem jeszcze jednego stereotypu. tj. „stereotypu braku skuteczności”. Wyraża się ono w formułowaniu oskarżeń typu „zawsze są tam, gdzie ich nie potrzeba, natomiast gdy coś się dzieje, to nigdy ich nie ma”. Stereotyp powyższy wyrasta z nieznamomości zagadnień związanych z zagrożeniami, szczególnie jeśli chodzi o popełnienie czynów o dużej uciążliwości społecznej, np. dewastacja infrastruktury miejskiej. Przytoczone wcześniej w artykule krakowskie badania opinii mieszkańców pokazują, że ludność nie zna wszystkich uprawnień strażników, przez co automatycznie etykietuje ich działania, poddając je najczęściej negatywnej ocenie. Szczególnie wyraźnie ujawnia się przy tym dominacja postaw roszczeniowo-rozliczeniowych tej części społeczeństwa, wyrażająca niewielkie oczekiwania w stosunku do siebie i nadmierne w stosunku do oczekiwań instytucjonalnych.

Negatywny wizerunek Straży Miejskiej wynika z kilku przesłanek, do których należy zaliczyć: stosowanie narzędzi oddziaływania na panujące w mieście standardy porządkowe o negatywnym charakterze odbioru społecznego, tj. mandaty, wnioski do Sądu o ukaranie, pouczenie. „Przedefiniowanie rzeczywistości” powoduje, że to sprawca czynu zabronionego w oczach społeczeństwa staje się „ofiara” działań funkcjonariusza²⁰. Strażnicy bywają utożsamiani z Policją, co wynika z niewiedzy lokalnych mieszkańców. W ten sposób tworzy się odgórnie nieprawdziwy i negatywny obraz strażników. Niestety, brak jest rzetelnych badań w kwestii wizerunku Straży Miejskiej w opinii lokalnych mieszkańców, przez co tworzone stereotypy należy uznać za problem, który należy skutecznie eliminować, aby przywrócić właściwy obraz strażników w naszym kraju.

¹⁹ Baza danych Straży Miejskiej za 2017 rok, http://www.strazmiejska.jgnet.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=80&Itemid=54 [dostęp 10.03.2019].

²⁰ *Ibidem*.

Powielanie stereotypów na temat Straży Miejskiej jest także wynikiem nieodpowiednich działań ze strony jednostek samorządowych. Brakuje kampanii informacyjnych, które ukazywałyby prawdziwy charakter owej służby i realizowanych przez nią obowiązków i zadań. Obywatele nie mają możliwości poznania prawdziwej roli strażników. W mediach, zwłaszcza w Internecie, można znaleźć wiele artykułów, w których funkcjonariusze Straży Miejskiej są krytykowani za bezpodstawne wystawianie mandatów i zakładanie blokad. Systematyczne napotykanie negatywnych artykułów sprzyja budowaniu negatywnego wizerunku funkcjonariuszy i jego rozprzestrzenianiu. To z kolei rodzi niski poziom partycypacji służby w społeczeństwie. Zwiększona liczba kampanii informacyjnych pozwoliłaby na lepsze poznanie strażników. Kampanie powinny być organizowane nie tylko dla dorosłych mieszkańców miasta, ale również dla uczniów, którzy w toku edukacji kształtują swoją tożsamość i podejście do innych osób. Już od najmłodszych lat warto wdrażać działania przyczyniające się do budowania prawdziwego wizerunku Straży Miejskiej. Dzieci, jak i dorośli powinni być zapoznawani z zasadniczymi uprawnieniami strażników wynikającymi z regulacji prawnych. Konieczne zatem wydaje się podejmowanie dyskusji na ten temat, aby przywrócić obraz Straży Miejskiej jako instytucji dbającej o spokój i porządek publiczny.

4. Materiały i metody badania

Badaniem objęto Straż Miejską w Jeleniej Górze. W pracy wykorzystano metodę obserwacji skategoryzowanej, operując się na technice obserwacji fotograficznej i technice próbek zdarzeń. Zaletą obserwacji jest możliwość zarejestrowania zdarzeń w naturalnym otoczeniu, których badacz wcześniej nie przewidział i nie mógł zainscenizować²¹. W technice próbek czasowych ustalono, że obserwacja będzie trwała 30 min dwa razy w tygodniu w godzinach zarówno przed południem, jak i po południu w miesiącu marcu 2019 roku. Obserwator nie rejestrował wszystkich zachowań, lecz tylko te, które wcześniej zostały zaplanowane, tj. kiedy strażnicy realizują zadania interwencyjne. Drugą metodą pomocniczą zastosowaną w badaniu była analiza dokumentacji Straży Miejskiej w Jeleniej Górze.

²¹ http://www.naukowiec.org/wiedza/metodologia/obserwacja-metoda-badawcza_661.html [dostęp 23.02.2019].

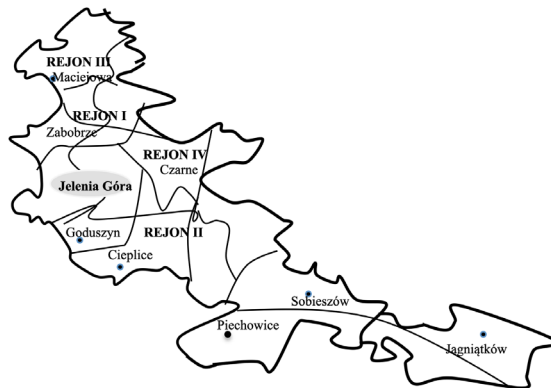
5. Wyniki i wnioski. Charakterystyka Straży Miejskiej w Jeleniej Górze

Siedziba Straży Miejskiej w Jeleniej Górze znajduje się przy ul. Armii Krajowej 19. Zgodnie z regulaminem Uchwały Rady Miejskiej jest to jednostka organizacyjna miasta utworzona na podstawie Zarządzenia Prezydenta Miasta Jeleniej Góry nr 1/91 z dnia 22 stycznia 1991 r. oraz na podstawie ustawy o strażach gminnych²².

Jeleniogórska Straż Miejska zasięgiem swojej pracy obejmuje teren gminy Jelenia Góra. W celu usprawnienia funkcjonowania instytucji ten rozległy obszar podzielono na cztery służbowe oddziały, które są zbieżne z zasięgiem funkcjonowania komisariatów Policji. Wspomniana powyżej organizacja pracy obejmuje rejony gminy Jelenia Góra, jak (rysunek 1):

- teren Maciejowej i Zabobrza – Rejon (Oddział) I,
- teren centrum Jeleniej Góry – Rejon (Oddział) III,
- teren śródmieścia Jeleniej Góry – Rejon (Oddział) IV,
- teren Cieplic, Goduszyna, Sobieszowa, Jagniątkowa – Rejon (Oddział) II.

Rys. 1. Mapa poglądowa



Źródło: opracowanie własne.

Mimo iż Straż Miejska w Jeleniej Górze istnieje od 22 stycznia 1991 roku, widok strażnika wykonującego swoje obowiązki wciąż wzbudza w mieszkańcach miasta różne, czasami ambiwalentne odczucia. Przeprowadzone badania pilotażowe wśród jeleniogórczan potwierdzają, że społeczność lokalna nie zna tak naprawdę zakresu działania i uprawnień funkcjonariuszy Straży Miejskich – ich obowiązków i praw określonych w stosownych rozporządzeniach i ustawach.

²² Uchwała Nr 529/XLIV/2006 Rady Miejskiej Jeleniej Góry z dnia 28 marca 2006 r. w sprawie nadania regulaminu organizacyjnego Straży Miejskiej w Jeleniej Górze.

W 2017 r. dla bezpieczeństwa w mieście jeleniogórska Straż Miejska dokonała reorganizacji w zakresie współpracy operatorów monitoringu miejskiego z patrolami interwencyjnymi. Poprawił on nie tylko subiektywne poczucie bezpieczeństwa mieszkańców, ale także w sposób znaczący zwiększył skuteczność bieżących interwencji oraz wykrywalność przestępstw i wykroczeń w monitorowanym rejonie ulic. System monitoringu ma 142 kamery, z których 33 są zaprogramowane na sekwencje śledzenia toru obserwacji, 13 pozostaje nieruchomych, skierowanych na monitorowany obiekt. Monitoring posiada 5 punktów obsługi zlokalizowanych w Straży Miejskiej w Jeleniej Górze, Komendzie Miejskiej Policji, Komisariacie II Policji w Cieplicach, Centrum Zarządzania Kryzysowego oraz w Straży Granicznej. Centrum jest na bieżąco nadzorowane przez operatorów monitoringu wizyjnego, natomiast na każdy sygnał o tym, że na jakimś obszarze pilnowanego terenu dzieje się coś niepokojącego, podejmowana jest interwencja właściwych służb. Podnoszenie standardów porządkowych i zwiększenie bezpieczeństwa skutkuje spadkiem potrzeby interweniowania.

Dokładne zestawienie zaangażowania osobowego z uwzględnieniem poszczególnych miesięcy 2017 r. zawiera tabela 2.

Tabela 2. Zestawienie zbiorcze służb, współpracy z Policją oraz zestawienie przekazywanych interwencji za 2017 r.

Miesiąc	Liczba osób	Liczba patroli	Patrole z Policją	Interwencje przyjęte od Policji	Interwencje przekazane do Policji
Styczeń	471	242	17	56	4
Luty	414	223	17	35	4
Marzec	507	259	25	60	7
Kwiecień	368	191	10	40	2
Maj	371	183	18	41	8
Czerwiec	374	194	20	39	6
Lipiec	315	160	9	39	9
Sierpień	404	191	11	30	14
Wrzesień	412	217	8	40	3
Październik	483	232	9	44	6
Listopad	423	213	9	36	3
Grudzień	352	177	8	23	2
Suma:	4893	2482	161	483	68

Źródło: opracowano na podstawie: Baza danych Straży Miejskiej za 2017 rok, http://www.strazmiejska.jgnet.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=80&Itemid=54 [dostęp 10.03.2019].

Zgodnie z danymi z tabeli 2 w 2017 r. Straż Miejska w Jeleniej Górze wystawiła ogółem 4893 służby (tj. o 2,78% mniej niż w 2016 r.). Zmalała też liczba wystawionych w 2017 r. patroli, wynosząc 2482 (czyli o 8,6% mniej niż rok wcześniej). W 2017 r. Straż oddelegowała do pełnienia wspólnych służb z Policją 161 strażników (tj. o 34,55% mniej niż w 2016 r.). Spadek liczby wystawionych służb oraz patroli, a także wspólnych służb z Policją, spowodowany był w głównej mierze brakami kadrowymi. Z tych samych powodów konieczne było ograniczenie czasu działania Straży Miejskiej w Jeleniej Górze, która nie miała możliwości wystawiania patrolu nocnego od poniedziałku do czwartku. Z powodu zwiększonego zagrożenia wystąpienia zakłóceń porządku publicznego w weekendy utrzymywane były patrole nocne z piątków na soboty oraz z sobót na niedziele. Duża liczba spraw do realizacji przekazana została przez Policję²³.

Straż Miejska w 2017 r. otrzymała od Policji 483 zgłoszenia (liczba zgłoszeń zmniejszyła się o 20,7% w stosunku do 2016 roku), natomiast przekazano Policji do realizacji 68 spraw i interwencji, które odnosiły się do jej merytorycznych uprawnień. Relacje powyższe świadczą o dużej samodzielności Straży Miejskiej w Jeleniej Górze w zakresie realizowanych zgłoszeń. Przekazywane są tylko te sprawy, które kompetencyjnie należą do Policji.

Rys. 2. Patrolowanie ulic w Jeleniej Górze



Źródło: materiały własne. [Fot. B. Mucha, 20.03.2019 r.]

Największa liczba interwencji w 2017 r. dotyczyła obsługi zdarzeń z zakresu wykroczeń związanych z naruszeniem przepisów bezpieczeństwa w ruchu drogowym, tj. 7559. W kategorii wykroczeń przeciwko urządzeniom użytku publicznego zarejestrowano 218 wykroczeń.

²³ Baza danych Straży Miejskiej.

Warto zwrócić uwagę na wykroczenia z kategorii czynów przeciwko bezpieczeństwu osób i mienia. Ujawniono w powyższej kategorii 382 zdarzenia. Z zakresu zdarzeń związanych z wykroczeniami przeciwko obyczajności publicznej ewidencjonowanych zostało 41 wykroczeń, z czego 18 osób dopuszczających się czynów nieobyczajnych²⁴.

Tabela 3. Wybrane wykroczenia ewidencjonowane w 2017 roku według kryterium rodzaju i zastosowanych środków oddziaływania na sprawców

Lp.	Wyszczególnienie	Lata	
		2016	2017
1.	Rodzaj wykroczeń zawarty w ustawie – Kodeks wykroczeń	2016	2017
	a) wykroczenia przeciw bezpieczeństwu osób i mienia	329	382
	b) wykroczenia przeciwko porządkowi w komunikacji, w tym:	6514	11730
	– ujawnione przez urzędników rejestracyjnych	(-)	3953
	– urządzeniom użytku publicznego	345	218
	– bezpieczeństwa w ruchu drogowym	6468	7559
	c) wykroczenia przeciwko obyczajności publicznej	46	41
	Przyjęte zgłoszenia od mieszkańców dotyczące ogółem:	5758	6557
	a) zakłócenia porządku publicznego	793	431
	b) zagrożenia w ruchu drogowym	1680	1164
	c) zagrożenie życia i zdrowia	634	431
2.	d) ochrony środowiskai gospodarki odpadami	868	836
	e) zagrożenia pożarowe	10	11
	f) awarii technicznych	35	100
	g) zwierząt	692	483
	Pozostałe zgłoszenia	1046	3101
Ogółem		12601	18669

Źródło: opracowano na podstawie: Baza danych Straży Miejskiej za 2017 rok, http://www.strazmiejska.jgnet.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=80&Itemid=54 [dostęp 10.03.2019].

Zgodnie z klasyfikacją zgłoszeń przyjmowanych od mieszkańców dominującą pozycję w strukturze problemów ich nurtujących zajmują interwencje z kategorii zakłócenia porządku publicznego. Spadek dynamiki w stosunku do roku 2016 wyniósł 46%. Interwencje z powyższej kategorii dotyczyły m.in. spożywania alkoholu w miejscach, gdzie jest to zabronione, i porządków na posesji osób prywatnych oraz zaniechań porządkowych na nieruchomościach administrowanych przez instytucje i wspólnoty mieszkaniowe. Drugą pozycję stanowią zgłoszenia zagrożeń życia i zdrowia. Spadek dynamiki w stosunku do roku 2016 wyniósł 32%. Z reguły interwencje związane były z usunięciem zagrożeń, z uzupełnieniem pokryw studzienek telekomunikacyjnych bądź naprawami kanalizacyjnymi. Trzecią pozycję stanowią zgłoszenia z dziedziny zagrożeń

²⁴ *Ibidem*.

w ruchu drogowym. Pomimo że tego typu zgłoszenia są dominujące, to spadek dynamiki zgłoszeń o 31% w stosunku do roku 2016 świadczy o zmniejszeniu się zagrożeń powodowanych przez kierowców z tytułu nieprzestrzegania statycznych przepisów ruchu drogowego w mieście. Kolejną pozycję stanowią zgłoszenia związane z przepisami dotyczącymi ochrony środowiska i gospodarki odpadami (3,7%). Spośród całego spektrum wykroczeń drogowych zgłaszanych do Straży Miejskiej w Jeleniej Górze należy wymienić parkowanie na zakazach, chodnikach i jazdę po zakazach ruchu, powszechne są także interwencje dotyczące parkowania w obrębie skrzyżowania, parkowania na zieleń, w obrębie przejścia dla pieszych, na drogach rowerowych oraz parkowania w sposób związany z zasłanianiem widoczności uczestników ruchu drogowego. Spośród pieszych wykroczenia dotyczą z reguły przejścia przez jezdnię w miejscach niedozwolonych lub nagłego wtargnięcia na przejście także na czerwonym świetle.

Dużą rolę odnośnie do poprawy zagrożeń w powyższej kategorii zawdzięczać należy monitoringowi wizyjnemu miasta i bieżącej współpracy między operatorami monitoringu i patrolami. Należy pamiętać, że operatorzy monitoringu w Straży Miejskiej posiadają możliwość utrzymywania bezpośredniego kontaktu z patrolami pracującymi w mieście²⁵. Dzięki tak zorganizowanej współpracy patrol często jest na miejscu zdarzenia przed czasem złożenia zgłoszenia o zagrożeniu. Zjawisko powyższe należy powiązać ze skutecznym współdziałaniem monitoringu z patrolami.

Poza wymienionymi działaniami utrzymywana jest zieleń miejska, poprawiana jest infrastruktura sanitarna (np. podziemne gniazda na segregację odpadów), komunikacyjna i drogowa, usuwane są zagrożenia wynikające z awarii budynków i urządzeń.

Opisane powyżej działania świadczą o poprawie standardów porządku i bezpieczeństwa w mieście. Dzięki temu społeczność lokalna czuje się bezpiecznej, a ich zdrowie i jakość życia jest na wyższym poziomie. Jednak porządek i bezpieczeństwo nie zawsze jest pochodną ilości przeprowadzonych interwencji. O tego typu standardach decyduje wiele z pozoru nie związanych ze sobą czynników, takich jak: wydolność infrastruktury technicznej, organizacyjnej i społecznej.

Zakończenie

Zaprezentowane w niniejszym artykule działania jeleniogórskiej Straży Miejskiej pokazują, że podejmuje ona wiele działań w celu poprawy bezpieczeństwa mieszkańców. Do najważniejszych problemów Straży Miejskiej, uniemożliwiających właściwe wypełnianie swoich funkcji, należy zaliczyć: zbyt niski poziom zaufania społeczeństwa do

²⁵ Baza danych Straży Miejskiej ..., *op. cit.*

formacji ochrony bezpieczeństwa i porządku publicznego, zbyt małą gotowość do uczestniczenia w przedsięwzięciach partnerskich, niewłaściwą reakcję społeczną na przejawy zjawisk patologicznych w otoczeniu oraz na niezadowolający stan współpracy osób, a także instytucji odpowiedzialnych za bezpieczeństwo w środowisku lokalnym. Opisanie problemy i trudności charakterystyczne dla miasta Jelenia Góra nie stanowią jednak wyzwania dla strażników.

Warto także zwrócić uwagę na liczbę spraw realizowanych przez patrol Straży Miejskiej, które są przekazywane do Straży przez Policję. Sprawy przekazywane do Policji odnoszą się do tych sytuacji, które kolidują z uprawnieniami strażników, np. brak ubezpieczenia OC, badań ważności technicznych pojazdów itp.

Przeprowadzone obserwacje patroli Straży Miejskiej w Jeleniej Górze pozwoliły na stwierdzenie, że strażnicy patrolując ulice zwracają uwagę, aby nie był zakłócany spokój mieszkańców (np. głośne zachowywanie się osób nietrzeźwych). Osoby w stanie nietrzeźwym odwożone są do miejsca zamieszkania bądź do izby wytrzeźwień, dbają o bezpieczeństwo osób bezdomnych odwożąc ich do domu Alberta. Dla zachowania porządku w miejscach publicznych w parkach i ogródkach dla dzieci był porządek (zakłócany przez osoby śpiące na ławkach).

Na podstawie materiału badawczego można wysnuć następujące wnioski:

- służby Straży Miejskiej w Jeleniej Górze powinny bardziej dbać o zaufanie społeczności lokalnej,
- szybka i skuteczna interwencja strażników miejskich zwiększa pozytywny wizerunek Straży Miejskiej, a tym samym poziom jakości życia i bezpieczeństwa lokalnych mieszkańców.

Bibliografia

Literatura

Bismor J., Brodny J., *Rola i znaczenie Straży Miejskiej w zapewnieniu bezpieczeństwa publicznego*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2018, z. 117, s. 31-40.

Fehler W. (red.), *Bezpieczeństwo w środowisku lokalnym*, Arte, Grójec 2009.

Kwinta-Odrzywołek J., Skrzyńska J. Uhl, H., *Badania opinii mieszkańców na temat Straży Miejskiej Miasta Kraków. Raport*, Kraków 2009.

Ura E., *Prawo administracyjne*, PWE, Warszawa 2004.

Źródła

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

Uchwała Nr 529/XLIV/2006 Rady Miejskiej Jeleniej Góry z dnia 28 marca 2006 r. w sprawie nadania regulaminu organizacyjnego Straży Miejskiej w Jeleniej Górze.

Ustawa o strażach gminnych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. Nr 123, poz. 779), t.j. z dnia 24 października 2013 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 1383) i z dnia 10 maja 2016 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 706).

Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2007 r., Nr 65, poz. 437 z późn. zm.

Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym. (Dz. U. z 1990 r. Nr 16 poz. 95).

Wyrok Sądu Najwyższego z 22 dnia grudnia 1993 r., I KZP 30/93, OSNKW, 1994 r., nr 1–2, poz. 6.

Internet

Baza danych Straży Miejskiej za 2017 rok, http://www.strazmiejska.jgnet.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=80&Itemid=54 [dostęp: 10.03.2019].

<https://marszalek.com.pl/przegladprawakonstytucyjnego/ppk24/01.pdf> [dostęp: 20.02.2019].

http://www.naukowiec.org/wiedza/metodologia/obserwacja-metoda-badawcza_661.html [dostęp: 23.02.2019].

Samodzielność osób o ograniczonej możliwości poruszania się w kontekście polityki dostępności średnich miast polskich na przykładzie Nysy

Independence of people with reduced mobility in the context of the accessibility policy of medium-sized Polish cities on the example of Nysa

Maja Fojud¹

Politechnika Poznańska
Wydział Inżynierii Zarządzania
ORCID: [0000-0001-6278-3002](https://orcid.org/0000-0001-6278-3002)

Artur Fojud²

Politechnika Łódzka
Wydział Budownictwa, Architektury i Inżynierii Środowiska
ORCID: [0000-0001-8810-7862](https://orcid.org/0000-0001-8810-7862)

Streszczenie

Artykuł ma na celu zwrócenie uwagi na wyzwania stojące przed miastami, w szczególności przed miastami średnimi w Polsce, w zakresie zapewnienia możliwości samodzielnego funkcjonowania w przestrzeni miejskiej osób o ograniczonej możliwości poruszania się (ang. *Person with Reduced Mobility* – PRM). Postawiono następującą hipotezę badawczą: miasta średniej wielkości w Polsce nie zapewniają dostatecznej dostępności dla PRM gwarantującej samodzielność. W tym celu zbadano, na przykładzie jednego z miast średnich znajdującego się na liście miast zagrożonych wykluczeniem (zgodnie z raportem PAN), czy stosowane rozwiązania w przestrzeni miejskiej gwarantują jej oczekiwaną dostępność – rozumianą jako mogącą zapewnić samodzielność w korzystaniu z przestrzeni (na przykładzie miejskiej infrastruktury transportowej). Wyniki tych obserwacji zestawiono z wynikami badań dotyczących jakości życia, opierając się na wskaźnikach Normy PN-ISO 37120 Zrównoważony rozwój społeczny – Wskaźniki usług miejskich i jakości życia. Jednocześnie metodą badań ankietowych otrzymano preferencje i oczekiwania społeczności lokalnej w zakresie zapewnienia dostępności i jakości życia w przestrzeni publicznej. Zatem problem dostępności, w szczególności w kontekście osób PRM, został zweryfikowany po pierwsze badaniami ankietowymi określającymi oczekiwania oraz audytem zapewnienia dostępności, po drugie skorelowany z analizą danych statystycznych dotyczących usług miejskich mówiących o rzeczywistych działaniach podjętych w przeszłości, a po trzecie zbadano politykę dostępności, czyli plany samorządu w tym zakresie.

¹ E-mail: maja.fojud@me.com

² E-mail: artur.fojud@me.com

Zapewnienie dostępności do środków transportu publicznego jest nie tylko niezbędne z punktu widzenia utrzymania odpowiedniej jakości życia mieszkańców w miastach średnich. Aspekt ten jest również wymieniany najczęściej wśród ankietowanych mieszkańców miasta. Dzięki niemu w szczególności osoby PRM mają szansę na samodzielność. W sferze zapewnienia dostępności w infrastrukturze publicznej, zwłaszcza w infrastrukturze transportowej zauważono duże braki, których naprawa nie zawsze wymaga znaczących nakładów finansowych. Wielokrotnie wystarczy zapewnienie odpowiedniej informacji lub też przeprowadzenie konsultacji z mieszkańcami na etapie planowania inwestycji miejskich w celu wyeliminowania tych problemów.

Słowa kluczowe

dostępność, jakość życia, PRM, projektowanie uniwersalne, interoperacyjność, kompatybilność, wykluczenie

Abstract

The aim of the article is to draw attention to the challenges faced by cities, in particular by medium-sized cities in Poland, in terms of ensuring the possibility of independent functioning in urban space of people with reduced mobility (PRM). The following research hypothesis was put forward: medium-sized cities in Poland do not provide sufficient accessibility for PRM to guarantee independence. For this purpose, it was examined, on the example of one of the medium-sized cities included in the list of cities threatened with exclusion (according to the report of the Polish Academy of Sciences), whether the solutions applied in urban space guarantee its expected accessibility – understood as capable of ensuring independence in the use of space (on the example of urban transport infrastructure). The results of these observations were compared with the results of research on the quality of life based on the indicators of the PN-ISO 37120 Standard – Sustainable Social Development - Indicators of urban services and quality of life. At the same time, preferences and expectations of the local community in terms of ensuring accessibility and quality of life in the public space were obtained using the survey method. Therefore, the accessibility problem, especially in the context of PRM, was verified first of all by questionnaire surveys defining expectations and accessibility assurance audit, secondly by analysis of statistical data on urban services concerning actual actions taken in the past, and thirdly by analysis of accessibility policy, i.e. plans of local government in this area.

Ensuring the accessibility of public transport is not only necessary to maintain the quality of life of the inhabitants in medium-sized cities. This aspect is also mentioned most often among the surveyed residents of the city. Thanks to it, PRM in particular have a chance to become independent. In terms of ensuring accessibility of public infrastructure, in particular transport infrastructure, major deficiencies have been identified, which do not always require significant financial resources to be repaired. In many cases it is enough to provide adequate information or to consult residents at the stage of planning urban investments in order to eliminate problems.

Keywords

accessibility, quality of life, PRM, universal design, interoperability, compatibility, exclusion

JEL: R5

Wstęp

Jednym z podstawowych elementów dla zapewnienia oczekiwanej jakości życia we współczesnym mieście jest umożliwienie jak najszerzej grupie społeczeństwa korzystania z oferty miasta bez potrzeby wsparcia osób trzecich. Wyzwanie to nie dotyczy wyłącznie osób niepełnosprawnych, ale znacznie szerszej grupy mieszkańców. Światowa Organizacja Zdrowia (ang. WHO) przyjęła w roku 2001 nowy, systemowy model niepełnosprawności człowieka, wskazując, że niepełnosprawność jest „[...] rezultatem złożonych związków między stanem zdrowia i cechami osoby (m.in. wiek, płeć, wykształcenie) a czynnikami zewnętrznymi reprezentującymi warunki, w których jednostka żyje”³.

Takie podejście w uproszczeniu wskazuje, że o samodzielnym funkcjonowaniu bez barier i stygmatyzacji decydują nie tylko ograniczenia związane ze stanem zdrowia, ale także indywidualne cechy i niedostosowane do potrzeb i możliwości środowisko, na co również wskazują Błaszak i Przybylski, zwracając uwagę na różnice pomiędzy niepełnosprawnością a niemożnością użycia⁴.

Zatem wyzwanie stojące przed miastami, w szczególności przed miastami średnimi w Polsce, w zakresie zapewnienia możliwości samodzielnego funkcjonowania w przestrzeni miejskiej, nie dotyczy wyłącznie kilkunastu procent populacji osób z niepełnosprawnością, ale znacznie szerszej grupy definiowanej jako osoby o ograniczonej możliwości poruszania się (ang. *Person with Reduced Mobility* – PRM)⁵. Udział osób PRM w populacji współczesnych miast jest znaczący (często bliski 50 %), a wraz ze zjawiskiem starzenia się społeczeństwa europejskiego oraz rosnącej długości życia i postępie w medycynie i technologii będzie się prawdopodobnie zwiększał. Zestawiając ten fakt z doświadczeniem Autorów z blisko dwudziestoletnich badań i obserwacji, w artykule postawiono następującą hipotezę:

W polskich miastach średniej wielkości powszechnie przyjęte metody zarządzania publicznego nie gwarantują właściwego wsparcia dla PRM (czyli nie zapewniają dostępności) umożliwiającego im samodzielne funkcjonowanie bez ograniczania i stygmatyzowania.

Dzieje się tak głównie z powodu niedostosowania przestrzeni miejskiej do potrzeb tak szerokiej grupy społecznej w sposób systemowy z zachowaniem standardów poszczególnych jej elementów, które są ze sobą kompatybilne, a razem tworzą ekosystem

³ World Health Organisation, *International classification of functioning and disability*, World Health Organization (WHO), Genewa 2001.

⁴ M. Błaszak, Ł. Przybylski, *Rzeczy są dla ludzi – Niepełnosprawność i idea uniwersalnego projektowania*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2010, s. 47.

⁵ Decyzja Komisji (UE) nr 1300/2014, pkt 2.2.

obsługi potrzeb i wsparcia mieszkańców, dzięki zapewnieniu interoperacyjności. W znacznej mierze dotyczy to zapewnienia równej dostępności i mobilności dla wszystkich dzięki implementacji przez miasta zasad uniwersalnego projektowania, na co zwrócono uwagę między innymi w Krajowej Polityce Miejskiej opublikowanej w roku 2015⁶ oraz w Programie „Dostępność Plus” ogłoszonym i wdrożonym w roku 2018⁷.

Działania te są pożądane, gdyż miasta zagrożone wykluczeniem⁸ borykają się z wieloma problemami społeczno-gospodarczymi⁹. Są to miasta uznane za średnie, tzn. miasta niewojewódzkie powyżej 20 tys. mieszkańców oraz miasta 15-20 tys. będące siedzibami powiatów. Problemy rozwojowe tych miast w sposób oczywisty mają wpływ zarówno na obiektywną, jak i na odczuwalną jakość życia mieszkańców (ang. *well-being*) oraz umożliwienie samodzielnego funkcjonowania dzięki zapewnieniu dostępności¹⁰ i mobilności dla PRM. Zorientowanie działań i rozwiązań na potrzeby grupy definiowanej jako PRM z uwzględnieniem idei uniwersalnego projektowania powinno przyczynić się do wzrostu odczuwalnej poprawy jakości życia przez całe społeczeństwo. Samo uniwersalne projektowanie jako idea powoduje osłabienie stygmatyzacji osób słabszych, w tym niepełnosprawnych, oferując rozwiązania niewymagające dodatkowej modyfikacji czy specjalnych rozwiązań funkcjonalnych dla wybranych grup osób. Istotą uniwersalnego projektowania jest dostępność – bez jakichkolwiek przeróbek¹¹ – przestrzeni publicznej dla osób, które w różny sposób się przemieszczają, z różną precyzją postrzegają otoczenie i w różnym tempie realizują codzienne działania¹².

Ciągłe dążenie do poprawy jakości życia jest aktualnie uznawane za akcelerator podejmowanych wyzwań w zarządzaniu publicznym przez instytucje różnego szczebla. Genezą takiego stanu rzeczy jest silne oczekiwanie ze strony społeczeństwa, aby to instytucje publiczne zapewniały odpowiednie warunki dla odczuwalnej poprawy jakości życia, m.in. poprzez poprawę dostępności i mobilności. W badaniach przedstawionych

⁶ Załącznik do uchwały nr 198 Rady Ministrów z dnia 20 października 2015 r. poz. 1235, Krajowa Polityka Miejska 2023, Warszawa 2015.

⁷ MliR, *Rządowy Program Dostępność Plus 2018 – 2025*, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju (MliR) Warszawa 2018.

⁸ Miasta zagrożone wykluczeniem – grupa 122 miast średnich w Polsce (miasta niewojewódzkie powyżej 20 tys. mieszkańców oraz miasta 15-20 tys. będące siedzibami powiatów) uznanych w opracowaniu *Delimitacja miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze* za borykające się z problemami społeczno-gospodarczymi, mogącymi prowadzić do wykluczenia, w tym wykluczenia ich mieszkańców.

⁹ P. Śleszyński, *Delimitacja miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze*, PAN, Warszawa 2016.

¹⁰ Dostępność – możliwość skorzystania z oferty miasta wpływająca na jakość życia jednostki.

¹¹ Trace Center, *General concepts, universal design principles and guidelines*, University of Wisconsin 2008. http://trace.wisc.edu/world/gen_ud.html (za Błaszak M., Przybylski Ł., *Rzeczy są dla ludzi – Niepełnosprawność i idea uniwersalnego projektowania*, Wydawnictwo naukowe SCHOLAR, Warszawa 2010, s.8).

¹² M. Błaszak, Ł. Przybylski, *op. cit.*, s. 8.

w artykule Autorzy podjęli próbę weryfikacji postawionej hipotezy na tle oceny działań podejmowanych w Nysie (mieście zagrożonym w wykluczeniu) na poziomie zarządzania publicznego, poprzez weryfikację kryteriów jakości życia określonych w normie ISO¹³ oraz oceny *ex post* aktualnie stosowanych rozwiązań w przestrzeni miejskiej w aspekcie zapewnienia możliwości samodzielnego skorzystania z infrastruktury transportowej miasta dzięki m.in. rozwiązaniom z zakresu dostępności.

Nysa jest miastem powiatowym w województwie opolskim, położonym na granicy Przedgórze Sudeckiego i Niziny Śląskiej, nad rzeką Nysą Kłodzką i sztucznym zbiornikiem wodnym Jezioro Nyskie. Nysa (miasto) na dzień 31.12.2018 r. liczyła 44 397 mieszkańców, a gęstość zaludnienia wynosiła 1614 mieszkańców/km², miasto zajmowało powierzchnię 2751 ha. Miasto Nysa jest siedzibą gminy miejsko-wiejskiej. Szacuje się, że w Nysie może funkcjonować ok. 4500 osób niepełnosprawnych, a blisko połowa populacji miasta może należeć do grupy PRM.

Pierwszy etap badań – badanie jakości życia i korelacja z dostępnością

W badaniu jakości życia posłużono się zmodyfikowanymi na jego potrzeby wskaźnikami na podstawie normy PN-ISO 37120 Zrównoważony rozwój społeczny – Wskaźniki usług miejskich i jakości życia¹⁴. Wskaźniki normy zostały dobrane tak, aby mierzyć oraz kształtować poziom usług miejskich i jakości życia. Modyfikacja na potrzeby niniejszego badania wynika z faktu, iż w Polsce niektórych wskaźników nie monitoruje się na poziomie miast lub nie monitoruje się ich wcale. Dlatego też aby uchwycić obraz jak najbliższy rzeczywistości, niektóre wskaźniki pominięto lub uzupełniono wskaźnikami dodatkowymi, dla których prowadzone są statystyki. Przeanalizowano dane statystyczne dla lat 2004-2017. Dla niektórych wskaźników nie uzyskano danych ze względu na brak ich monitorowania w latach ubiegłych lub też monitorowania ich na wyższym poziomie agregacji niż miasto czy gmina. W niniejszym opracowaniu skoncentrowano się na stanie aktualnym, opierając się na najnowszych dostępnych danych, czyli danych za rok 2017. Badanie jakości życia zgodnie ze Wskaźnikami normy PN-ISO 37120 Zrównoważony rozwój społeczny – wskaźniki usług miejskich i jakości życia wykonano dla następujących obszarów: gospodarka, edukacja, energia, środowisko, finanse, pożary i czas reakcji, zarządzanie publiczne, zdrowie, rekreacja, bezpieczeństwo, schronienie, odpady stałe,

¹³ Polski Komitet Normalizacyjny. Zrównoważony Rozwój Społeczny, Wskaźniki usług miejskich i jakości życia: Norma międzynarodowa ISO 37120:2014 Sustainable development of communities – Indicators for city services and quality of life, Warszawa 2015.

¹⁴ *Ibidem*.

transport, planowanie przestrzenne, ścieki, woda i oczyszczalnie. W związku z celem badania, którym jest zbadanie poziomu zapewnienia dostępności dla osób PRM gwarantującej samodzielność, oceniono zebrane wskaźniki w zakresie ich wpływu na zapewnienie dostępności. Oceniając poszczególne wskaźniki, podzielono je na grupy zgodnie z normą ISO¹⁵.

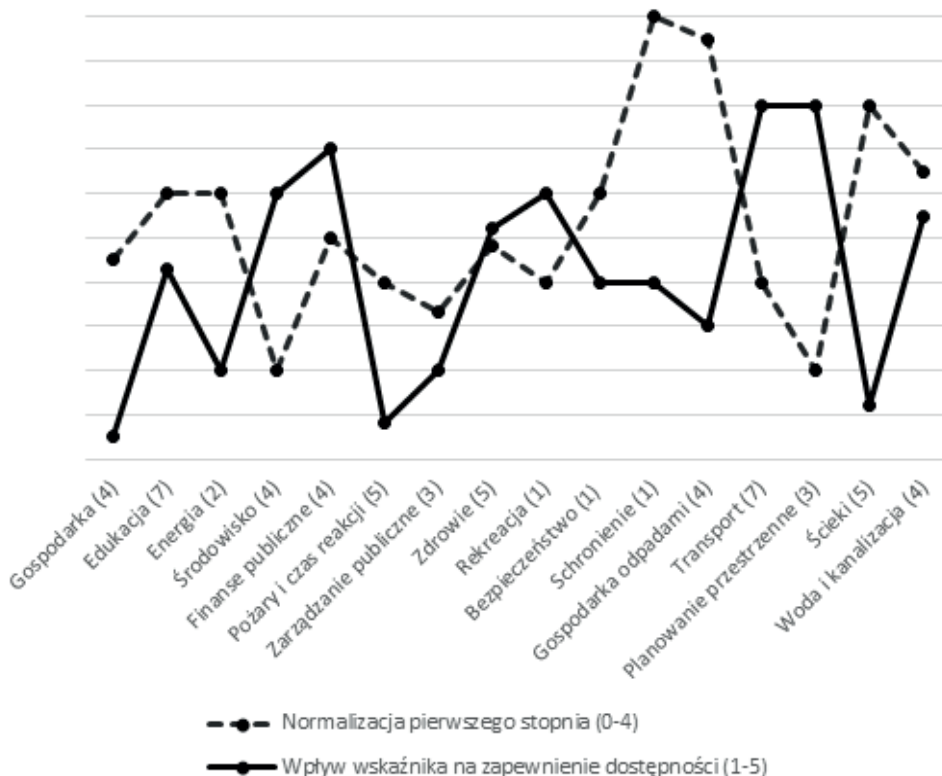
Mając określone grupy wskaźników oraz poszczególne wartości wskaźników jakości dla roku 2017 dla miasta Nysa, sporządzona została macierz oceny. Wartości wskaźników zostały poddane normalizacji pierwszego stopnia z wykorzystaniem procedury oceny eksperckiej z zastosowaniem skali Likerta obrazującej wartość uzyskanego wyniku w kontekście celu badania. Zaproponowano ekspercką metodę oceny wpływu wskaźników jakości na dostępność rozumianą jako zapewnienie samodzielności (która jest fundamentalnym czynnikiem wpływającym na odczuwalny poziom jakości życia). Ponadto wskazano wpływ danego wskaźnika na zapewnienie dostępności. W przypadku określania wpływu posłużono się następującą gradacją: 0 – brak wpływu, 1 – minimalny wpływ, 2 – średni wpływ, 3 – duży wpływ, a 4 – bardzo duży wpływ, dokonując normalizacji I stopnia skalą od 1 do 5 (1 – zły wynik, 5 – bardzo dobry wynik)¹⁶. W przyszłości ekspercki model oceny będzie ulegał udoskonaleniu przy zastosowaniu zaawansowanych technik matematycznych, co pozwoli ograniczyć wpływ subiektywnej oceny ekspertów. Model ten może być podstawą do zbudowania bazy wiedzy, która wyposażona w takie narzędzia jak analiza *big data* i *machine learning* może stanowić doskonałe narzędzie w zarządzaniu publicznym opartym na faktach (ang. *evidence based governance*). Na etapie normalizacji II stopnia możliwe będzie wprowadzenie wartości oczekiwanych, dzięki analizie bardzo dużych zbiorów danych historycznych.

Poszczególne wyniki zostały uśrednione dla grup wskaźników i w konsekwencji otrzymano średnie wartości normalizacji I stopnia oraz wpływu dla każdej z grup wskaźników jakości, przedstawione na Wykresie 1.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ Normalizacja – procedura wstępnej obróbki danych w celu umożliwienia ich wzajemnego porównania i dalszej analizy; normalizacja I stopnia – procedura oceny eksperckiej z zastosowaniem skali Likerta.

Wykres 1. Korelacja wartości wskaźników jakości w kontekście zapewnienia dostępności dla osób PRM



Źródło: opracowanie własne

Na podstawie przeprowadzonej analizy wyodrębniono dziedziny, w których podejmowanie działań w kontekście poprawy dostępności przy jednoczesnym wpływie na jakość życia to: środowisko, finanse publiczne, zdrowie, rekreacja, transport, planowanie przestrzenne. Autorzy uznali za dziedziny wymagające interwencji to te, w przypadku których poziom wpływu wskaźnika na zapewnienie dostępności był większy niż wynik normalizacji I stopnia dla danego obszaru.

W obszarze środowiska wskaźniki jakości, które były badane, to między innymi: poziom stężenia pyłów PM 2,5 i PM 10, poziom stężenia NO₂ i SO₂. Jest to grupa wskaźników związanych z ochroną środowiska, która ma bezpośredni wpływ na zapewnienie dostępności, nie tylko w zakresie osób PRM, ale całego społeczeństwa. Występowanie przekroczeń w zakresie norm powietrza uniemożliwia korzystanie z przestrzeni publicznych i wywołuje negatywne skutki zdrowotne. Wskaźniki te obrazują występujący poziom zanieczyszczeń powietrza, które bezpośrednio wpływa na zdrowie i w konsekwencji jakość życia i dostępność.

Kolejna grupa wskaźników wymagająca interwencji w związku z poprawą dostępności w kontekście wskaźników jakości to finanse publiczne. Grupa wskaźników z grupy Finanse publiczne może mieć bardzo duży wpływ na zapewnienie dostępności osób PRM. Wskaźniki z tej grupy analizowane w badaniu to: wydatki inwestycyjne jako procent całkowitych wydatków (wskaźnik ten pokazuje, w jakim stopniu miasto reinwestuje środki oraz pokazuje fiskalne „zdrowie” miasta) oraz dochody własne jako procent dochodów ogółem (wskaźnik ten może świadczyć o niezależności od wyższych szczebli państwa i możliwości samodzielnego kierowania strumieniem finansowym do społeczności lokalnej, w tym np. na poprawę przestrzeni publicznej). Od wielkości i celowości nakładów finansowych zależy poprawa dostępności dla osób PRM.

Kolejny obszar to zdrowie. Analizowano następujące wskaźniki: liczba łóżek szpitalnych w szpitalu na 100 000 mieszkańców (pozwala monitorować poziom usług medycznych oferowany dla społeczeństwa); liczba lekarzy na 100 000 osób (ważny wskaźnik świadczący o sile systemu opieki zdrowotnej, istnieją dowody iż wskaźnik ten ma pozytywną korelację z zakresem objęcia szczepieniami, poziomem dostępu do lekarzy pierwszego kontaktu oraz wskaźnikami przeżycia niemowląt, dzieci i matek¹⁷); śmiertelność dzieci do 5 r. ż. na 1000 żywych urodzeń (wskaźnik ten świadczy o poziomie opieki nad dziećmi oraz wskazuje poziom rozwoju społeczeństwa w mieście, wskazuje na miasto jako miejsce sprzyjające życiu w zdrowiu lub nie, jest też jednym z częściej porównywanych wskaźników w zakresie rozwoju społeczno-gospodarczego na świecie); liczba personelu pielęgniarskiego i położniczego na 100 000 mieszkańców (wskaźnik ten daje sygnał o poziomie miejskiego systemu opieki zdrowotnej oraz zasięgu opieki nad matką), wskaźnik samobójstw na 100 000 mieszkańców (traktowany jest jako źródło informacji o zdrowiu psychicznym mieszkańców, będącym podstawą rozwoju człowieka). Zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej oceniono jako niezwykle istotne w kontekście zapewnienia dostępności osobom o ograniczonej możliwości poruszania się w mieście i jest niezbędne do zapewnienia oczekiwanej jakości życia.

Następny obszar wskaźników jakościowych to rekreacja. W aspekcie tym analizowano powierzchnię gruntów zabudowanych i zurbanizowanych terenów rekreacji i wypoczynku przypadających na 1 mieszkańca. Rekreacja to istotny aspekt ludzkiego życia, przekłada się na zdrowie mieszkańców i witalność miasta. Dlatego też oceniono, iż w zakresie dostępności PRM do usług miejskich grupa wskaźników z zakresu rekreacji również ma istotny wpływ.

Kolejny obszar wskaźników jakości życia wymagający interwencji w zakresie dostępności to transport. Jest to obszar, który nie tylko wpływa na dostępność, ale przede

¹⁷ World Health Organization, *The world health report 2006: working together for health*, World Health Organization, 2006. <https://www.who.int/whr/2006/en/> [dostęp 21.02.2019]

wszystkim kształtuje ją poprzez udostępnienie lub nie odpowiedniej oferty w mieście. Analizowano w tym zakresie m.in. długość systemu publicznego transportu miasta (autobusy); liczbę samochodów osobowych na mieszkańca; liczbę dwukołowych pojazdów silnikowych na mieszkańca; liczbę ofiar śmiertelnych w wypadkach drogowych na 100 000 mieszkańców; długość ścieżek i pasów rowerowych na 100 000 mieszkańców oraz dostępność połączeń lotniczych. Wszelkie działania zmierzające do poprawy wskaźników z obszaru transport nie tylko podnoszą jakość życia w tym zakresie, ale w zdecydowany sposób wpływają na zapewnienie dostępności, w szczególności dla osób PRM, a zarazem poprawy mobilności wszystkich mieszkańców.

W obszarze planowania przestrzennego analizowano następujące wskaźniki: powierzchnię terenów zielonych na 100 000 mieszkańców, liczbę drzew posadzonych na 100 000 mieszkańców (tereny zielone w mieście odgrywają szczególnie ważną rolę, nie tylko poprawiają miejski klimat, ale również wpływają na poprawę jakości życia) i współczynnik praca/mieszkanie (dobrze zaplanowane i zarządzane miasto kieruje swoim rozwojem gospodarczym, dostrzegając społeczność lokalną oraz środowisko, w którym ono funkcjonuje). Planowanie przestrzenne ma znaczący wpływ na zapewnienie dostępności dla osób PRM.

Informacje dotyczące zarówno wskaźników jakości życia, jak również poziomu zapewnienia dostępności mogą i powinny być wykorzystane do ulepszenia metod zarządzania publicznego, o czym pisał m.in. Helliwell¹⁸.

W dalszej części zaprezentowano wyniki oceny *ex post* opierając się na opracowanej i wykorzystywanej przez Autorów metodologii. Ocena ta służy rozpoznaniu na gruncie stosowanych w badanym ośrodku miejskim rozwiązań z punktu widzenia celu niniejszego artykułu.

Ocena *ex post* wybranej przestrzeni – delimitacja przestrzeni poddanej ocenie

Delimitację wybranej przestrzeni do oceny przeprowadzono, stosując kryterium czasu i zakresu przedsięwzięcia przeprowadzonego w badanym ośrodku miejskim – Nysie. Jak wspomniano wcześniej, Nysa jest jednym z polskich miast średnich zagrożonych wykluczeniem zgodnie z Raportem PAN¹⁹. Stąd decyzja wyboru dla oceny *ex post* rezultatów przedsięwzięcia publicznego polegającego na zmodernizowaniu przestrzeni miejskiej w zakresie infrastruktury komunikacyjnej w celu poprawy warunków mobilności

¹⁸ J. Helliwell i in., *Good Governance and National Well-being: What Are the Linkages?*, „OECD Working Papers on Public Governance”, No 25, OECD Publishing, Paris 2014.

¹⁹ P. Śleszyński, *op. cit.*

mieszkańców miasta. Przy wyborze przedsięwzięcia do oceny przyjęto założenie, że okres od oddania go do użytkowania nie może być dłuższy niż 24 miesiące. W istocie oceniono przedsięwzięcie oddane do użytkowania po modernizacji w zakresie rozwiązań zlokalizowanych w ciągu ul. Szopena w roku 2018 oraz w zakresie rozwiązań zrealizowanych w ciągu ul. Piastowskiej w roku 2019. Można zatem stwierdzić, że oceniane rezultaty są wynikiem aktualnie stosowanych standardów na terenie miasta Nysa.

Ocena *ex post* wybranej przestrzeni – zarysowanie celu i zakresu merytorycznego

Ocenę *ex post* przeprowadzono w zakresie rezultatów przedsięwzięcia opierając się na wartościowaniu zastosowanych rozwiązań przystanków publicznego transportu zbiorowego w kontekście zapewnienia, tj. wsparcia samodzielności skorzystania z oferty przestrzeni miejskiej, oceniając tę możliwość przy zastosowaniu skali Likerta²⁰.

Ocena ta posłużyła dla sformułowania wniosków i rekomendacji, a w połączeniu z analizą wskaźników normowych dotyczących jakości życia²¹ umożliwi weryfikację **przyjętej i wskazanej na wstępie niniejszego artykułu hipotezy**.

W wyniku oceny *ex post* dla przedsięwzięcia polegającego na modernizacji przestrzeni publicznej ciągu ulic Piastowskiej i Szopena w Nysie możliwe było także **sformułowanie uogólnionych rekomendacji** dla ulepszenia planowania przyszłych przedsięwzięć w procesie zarządzania publicznego opartego na wiedzy i zorientowanego na poprawę standardu i jakości życia w mieście.

Poprawa standardu i jakości życia w każdym współczesnym mieście, a w szczególności w mieście zagrożonym wykluczeniem, powinna być zdefiniowana jako misja w podejściu innowacyjnym. Działania związane z realizacją tej misji mogą opierać się m.in. na ciągłym dążeniu do poprawy wskaźników jakości życia wskazanych w normie ISO przy jednoczesnym ciągłym doskonaleniu rozwiązań w przestrzeni publicznej na poziomie standardów i ich kompatybilności dążąc do zapewnienia interoperacyjności przestrzeni miejskiej. Jest to fundament niezbędny dla trwałego zapewnienia obsługi potrzeb społecznych i dążenia do obsługi potrzeb odbioru społecznego, wiedzy i estetyki w kolejnych fazach rozwoju cywilizacyjnego przyszłych pokoleń mieszczan (por. Wykres 2).

²⁰ R. Likert, *A Technique for the Measurement of Attitudes*, „Archives of Psychology” 1932, No. 140.

²¹ Polski Komitet Normalizacyjny. Zrównoważony Rozwój Społeczny, Wskaźniki usług miejskich i jakości życia: Norma międzynarodowa ISO 37120:2014 Sustainable development of communities – Indicators for city services and quality of life, Warszawa 2015.

Wykres 2. Piramida potrzeb – zarządzanie oparte na wiedzy z uwzględnieniem czynników lokalizacyjnych w ekonomii kreatywności i piramidy Maslowa

Podejście innowacyjne	Łądz (urbanity)	Genius loci	POTRZEBY WIEDZY I ESTETYKI
		Odpowiednie miejsce w sieci (network); Poczucie zadowolenia Inspiracja kulturą; Zaspokojenie poczucia estetyki i piękna	POTRZEBY ODBIORU SPOŁECZNEGO
Podejście klasyczne	Przestrzeń	Koherentność; Interoperacyjność; Rozwiązania supernormalne (łatwe w użyciu i intuicyjne); Poczucie zaopiekowania	POTRZEBY SPOŁECZNE
		Samodzielności; Dostępność; Mobilność; Odpowiedni standard (akceptowany i oczekiwany)	
	Miejsce	Poczucie komfortu (wygody); Dobra architektura; Odpowiednia marka	POTRZEBY STABILIZACJI
		Atrakcyjna; Estetyczna; Inspirująca; Wielofunkcyjna; Użyteczna	
		Umożliwiająca elastyczne użycie (ang. mixed use); Dopasowane (do potrzeb); Osiągalne (np. ekonomicznie)	POTRZEBY PODSTAWOWE
		Zapewniająca ochronę (schronienie); Poczucie bezpieczeństwa	
		Osiągalne tj. dostępne przestrzennie, skomunikowane i odpowiednio oznaczone, niewymagające nadmiernego wysiłku (fizycznego i intelektualnego)	

Opracowanie: A. Fojud na podstawie J. Bach-Głowińska²², za: Maslow²³; Riisom, Sorensen²⁴.

Warto zauważyć, że w wielu polskich miastach aktualnie kluczowym i fundamentalnym wyzwaniem jest zapewnienie samodzielnego przemieszczania się (mobilności) i skorzystania z ofert przestrzeni publicznej wszystkich grup mieszkańców w jednakowym zakresie, co należy uznać za warunek konieczny do spełnienia w dążeniu do poprawy jakości życia w mieście. Osiągnięcie tego celu umożliwi prawidłową i trwałą obsługę potrzeb społecznych (por. Wykres 2 – podejście innowacyjne) oraz pozwoli na podjęcie skutecznych działań w zakresie mitygacji ryzyka związanego ze zdiagnozowanym, dla dużej grupy miast średnich w Polsce, zagrożeniem wykluczeniem. Miasta, które na trwałe osiągną pierwszy poziom w podejściu innowacyjnym oraz zbliżą się do poziomu drugiego, będą postrzegane jako atrakcyjne do życia, a także będą mogły uzyskać dzięki temu dobrą przewagę konkurencyjną i wzmocnić się gospodarczo.

Bazą do skuteczniejszego planowania przyszłych działań i doskonalenia stosowanych rozwiązań może być planowanie oparte na faktach (wiedzy) z wykorzystaniem metod i narzędzi zaproponowanych przez Autorów niniejszej publikacji w celu

²² J.B. Głowińska, *Inteligentna przestrzeń – trzeci wymiar innowacyjności*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014, s. 166.

²³ A. Maslow, *A Theory of Human Motivation*, „Psychological Review” 1943, vol. 50, s. 370-396.

²⁴ P. Riisom, H.B. Sorensen, *Universitetsholmen og det 4. stadsrum*, Statsbyggnadskontor, Malmö 2009.

zweryfikowania postawionej hipotezy oraz rekomendacji możliwych działań na podstawie diagnozy opierając się na wynikach przeprowadzonych badań.

Ocena *ex post* – opis przyjętej metody

Ocena *ex post* została wykonana w formule audytu elementów miejskiej przestrzeni publicznej (zwanego dalej audytem), bazującej na stosowanych do oceny przestrzeni publicznych bezpośrednio obsługi podróżnego w transporcie kolejowym Technicznych Specyfikacjach Interoperacyjności (TSI) dla osób niepełnosprawnych (NPS) oraz osób ograniczonej możliwości poruszania się (PRM), zwanych TSI PRM²⁵ oraz podejściu Projektowania dla wszystkich (ang. *Design for All*²⁶).

Zaproponowana ocena *ex post* metodą audytu z dochodzeniem eksperckim bazuje na metodologii trzech kroków zaproponowanej przez Autorów i składającej się z:

1. **Wnioskowania wstępnego** – na podstawie analizy faktów ze szczególnym uwzględnieniem oddziaływania czynników egzogennych, na które Inwestor nie ma wpływu, ale powinien wziąć je pod uwagę, definiując cel interwencji (rezultat), wraz z weryfikacją materiałów źródłowych mogących wskazywać na zakres i cel stosowanych standardów. Na tym etapie jednym z głównych elementów jest także zdefiniowanie grupy docelowej, czyli podstawowego wzorca dla ocen w kroku drugim.
2. **Audytu właściwego** – opartego na inwentaryzacji wizualnej z dochodzeniem eksperckim (etap zasadniczy audytu) w celu zebrania materiału dowodowego (m.in. zdjęć, notatek z obserwacji zachowania użytkowników, notatek z wywiadami *in situ* czy zapisu doświadczeń z użycia rozwiązań (UX) przez eksperta. Na tym etapie badania oceniający (ekspert) bazuje na metodologii QMC (ang. *Quality Matrix Checklist*) składającej się z listy sprawdzającej (ang. *checklist*) oraz macierzy jakości (ang. QM – *Quality Matrix*), która umożliwia przypisanie oceny eksperckiej dla każdego typu użytkownika w zdefiniowanej w kroku 1. grupie docelowej, na podstawie przyjętych dziesięciu stałych kryteriów w modelu preferencji użytkowników. W ocenie na poziomie każdego z kryteriów ekspert stosuje metodę uporządkowanej weryfikacji, korzystając z ustalonego dla metody zbioru ok. 20 czynników wpływu, często dobieranych z większego zbioru w zależności od modelu grupy docelowej i zakresu ocenianego przedsięwzięcia. Szczególnie ważne jest, aby na

²⁵ Rozporządzenie Komisji Europejskiej nr 1300/2014 z dnia 18 listopada 2014 r. w sprawie technicznych specyfikacji interoperacyjności odnoszących się do dostępności systemu kolei Unii dla osób niepełnosprawnych i osób o ograniczonej możliwości poruszania się (Dz. Urz. UE L Nr 356 z 12 grudnia 2014 r., s. 110).

²⁶ EIDD – Design for All Europe, The EIDD Stockholm Declaration on Design for All, Stockholm 2004.

tym etapie ocenić czynniki endogenne, tj. zależne od inwestora, które należało przewidzieć, definiując podejście (sposób) dążenia do celu (rezultatu).

3. **Oceny końcowej** z rekomendacją bazującą na materiale dowodowym i wnioskowaniu wstępnym (etap końcowy audytu). Na tym etapie ocenie podlega adekwatność i skuteczność podjętej interwencji (przedsięwzięcia) w odniesieniu do zdiagnozowanych potrzeb przy uwzględnieniu zarówno czynników endogennych, jak i egzogennych. Sformułowane w ocenie końcowej wnioski są zwięzłe, w postaci wyłącznie rekomendacji m.in. dla przyszłych przedsięwzięć oraz ocen *Eex ante*, co może być szczególnie przydatne przy kształtowaniu polityki opartej na faktach (ang. *evidence based policy making*).

Uzasadnienie dla zaproponowanej metody oceny *ex post*

Zaproponowany przez Autora model audytu z dochodzeniem eksperckim jako narzędzie w ocenie *ex post*²⁷ łączy wnioskowanie oparte na faktach, które nie są bezpośrednio obserwowane (ang. *Inference*), z oceną rezultatów bazującą na dowodach będących rezultatem dochodzenia eksperckiego (ang. *Investigation*). Jest to rozwiązanie łatwiejsze do upowszechnienia, a jednocześnie mogące zagwarantować co najmniej tak dobre rezultaty, jak audyt dostępności stanowiący eksperyment z zaangażowaniem grupy kontrolnej sędziów kompetentnych raportujących ekspertowi podczas eksperymentu o ich indywidualnych doświadczeniach podczas użycia (korzystania) z przestrzeni publicznej.

Upowszechnienie zastosowania oceny *ex post* na podstawie wiedzy eksperta połączonej z eksplorowaniem dostępnych danych w celu budowania bazy wiedzy może być skutecznym narzędziem wspomagającym podejmowanie decyzji inwestycyjnych oraz kształtowanie polityki opartej na faktach (ang. *evidence based policy making*), co z pewnością może przyczynić się do poprawy jakości życia w miastach.

Takie podejście jest o tyle ważne, że pomimo dostępnych narzędzi i danych nadal zbyt często zasadne jest stawianie tak frapujących pytań, jakie postawili w swojej pracy Błaszak i Przybylski, a mianowicie:

- „Czy rzeczy (w tym przypadku przestrzeń), które nas otaczają, które mają tak bogatą, w znacznym stopniu niezależną od nas historię, odpowiadają na nasze aktualne potrzeby?
- Czy zostały one zaprojektowane z myślą o nas, czy jedynie spotkaliśmy je – lub może raczej one spotkały nas – na chwilę, z przypadku i w gruncie rzeczy bez wyraźnego celu?”²⁸.

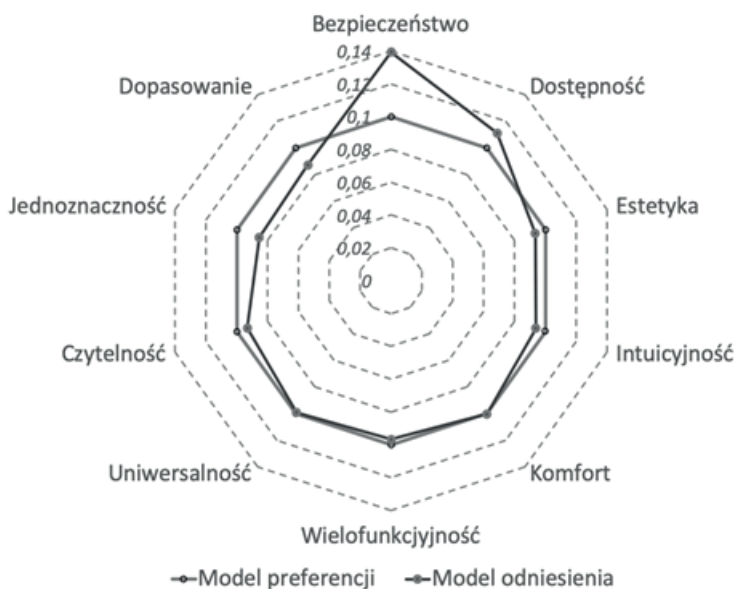
²⁷ Metoda stworzona w ramach rozprawy doktorskiej przez A. Fojuda.

²⁸ M. Błaszak, Ł. Przybylski, *op. cit.*, s. 47.

Wyniki oceny *ex post* w badaniu dotyczącym Nysy

W celu przeprowadzenia wnioskowania wstępnego (krok 1 oceny *ex post*) posłużono się wynikami badań²⁹ przeprowadzonych na grupie blisko 1000 respondentów metodą porównania parami kryteriów preferencji jakości przestrzeni miejskiej w kilkudziesięciu średnich polskich miastach w latach 2016–2018 (por. Wykres 3) oraz przeprowadzono analizę faktów opierając się na w oparciu o dostępnych danych statystycznych m.in. w raportach GUS, a także w raportach wyszukanych metodą *web-search* – kwerenda sieciowa. Dodatkowo przeanalizowano publikowane elektronicznie dokumenty samorządu (UM Nysa) w zakresie stosowanej polityki dostępności oraz standardów dostępności. Na podstawie szacowanych danych o potencjalnej liczebności podstawowych grup użytkowników przestrzeni miejskiej (por. Wykres 4) zdefiniowano, na potrzeby oceny *ex post*, model grupy docelowej jako PRM. W modelu tym uwzględniono: osoby niepełnosprawne w podziale na niepełnosprawność ruchową, intelektualną i sensoryczną, osoby o obniżonej sprawności ze względu na wiek (dzieci i osoby starsze) oraz pozostałe osoby o potencjalnej obniżonej sprawności takie jak: nieposługujące się lokalnym językiem (komunikacja), kobiety w ciąży, opiekunowie z podopiecznymi (np. rodzice z dziećmi) czy osoby nieroztropne w wyniku nadużywania technologii (np. młodzież o ograniczonej uwadze w związku z używaniem smartfonów).

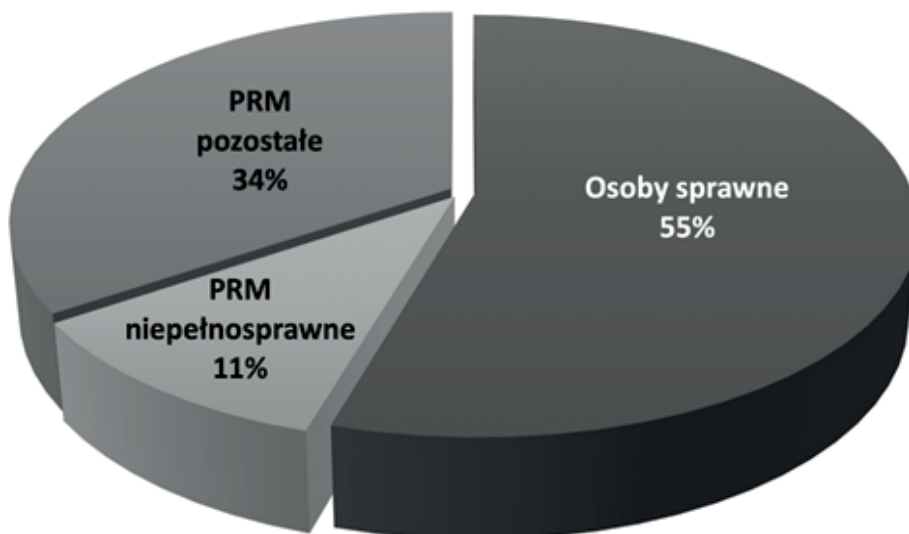
Wykres 3. Model preferencji mieszkańców średnich miast w Polsce



Źródło: oprac. A. Fojud.

²⁹ Artur Fojud – na podstawie badań własnych w ramach przygotowywanej rozprawy doktorskiej.

Wykres 4. Szacunkowy podział ludności Nysy w roku 2017



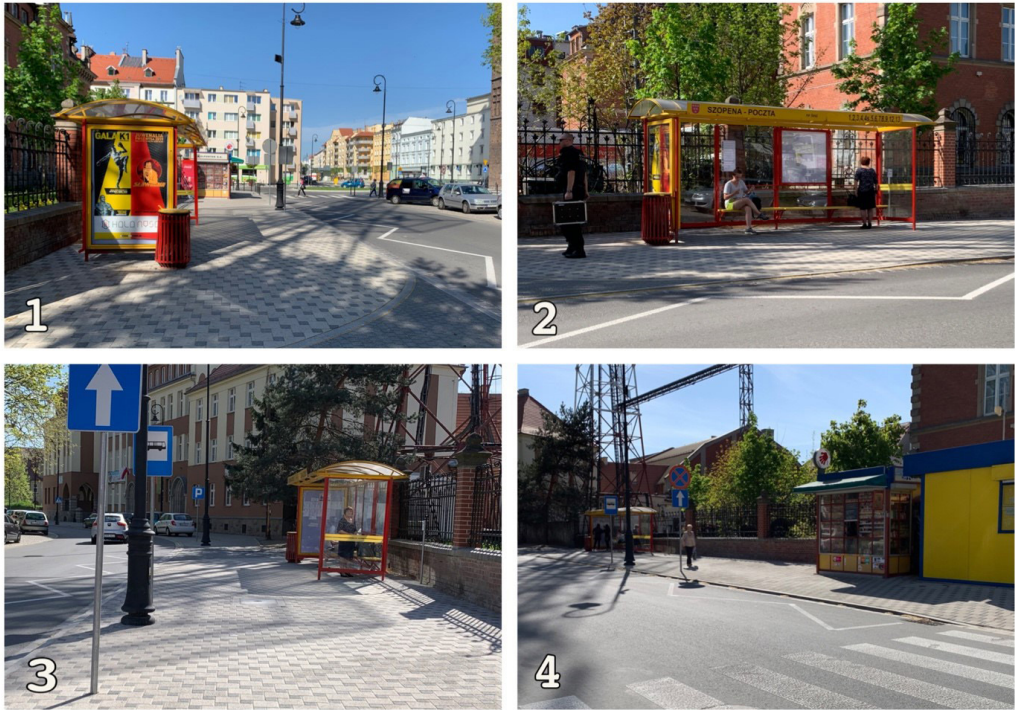
Źródło: oprac. A Fojud³⁰.

Opierając się na analizie dostępnych materiałów źródłowych stwierdzono, że w przedsiębiorstwach publicznych kształtujących lub przekształcających przestrzeń publiczną stosuje się jedynie przepisy prawa budowlanego, wiedzę inżynierską i zasady sztuki budowlanej, dostosowując rozwiązania do obowiązujących norm i warunków technicznych. Niestety nie odnaleziono jednolitego zbioru standardów w zakresie zapewnienia dostępności i samodzielności zorientowanych na potrzeby użytkowników, w tym osób niepełnosprawnych i o ograniczonej możliwości poruszania się (PRM).

³⁰ Dane szacunkowe na podstawie GUS (2017) oraz źródeł dodatkowych eksplorowanych metodą *web-search*

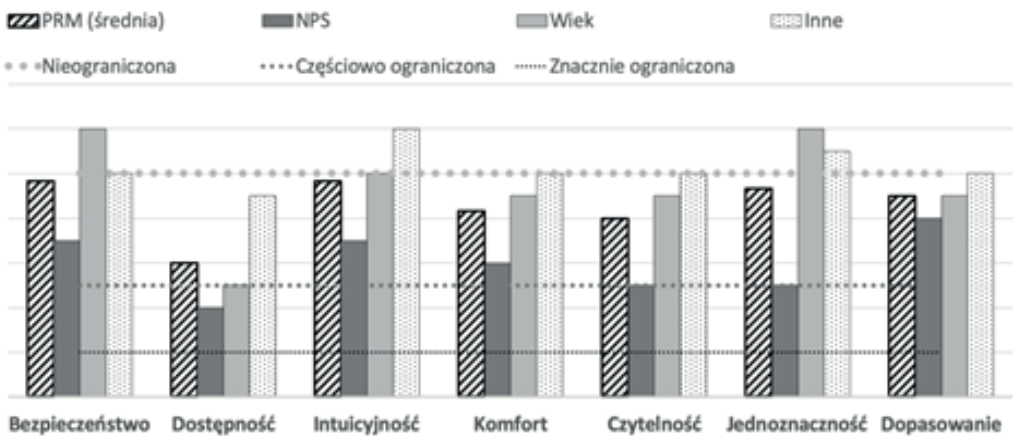
Wyniki oceny *ex post* – dochodzenie eksperckie

Ilustracja 1. Dokumentacja fotograficzna z audytu (wyciąg): ul. Szopena (Pocztka) po modernizacji



Fot. A. Fojud.

Wykres 5. Zestawienie wyników z oceny *ex post* w zakresie zapewnienia samodzielności dla PRM, ul. Szopena (Pocztka)



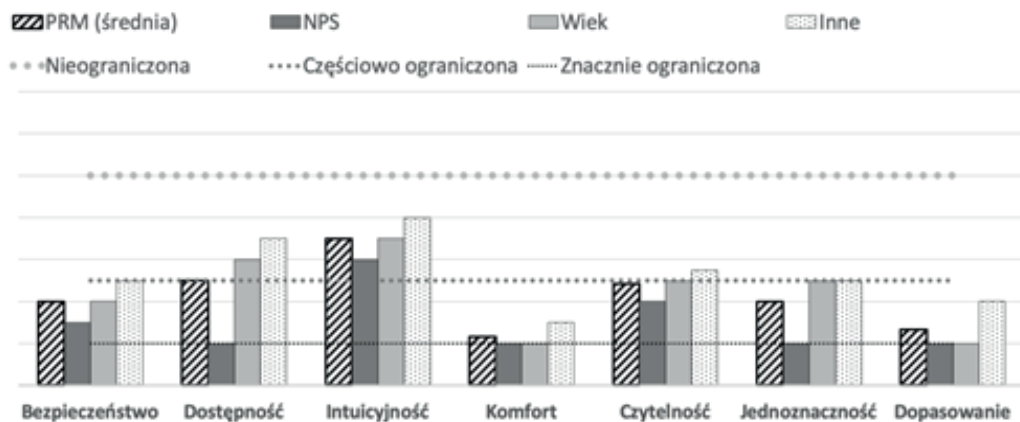
Źródło: oprac. A. Fojud.

Ilustracja 2. Dokumentacja fotograficzna z audytu (wyciąg): ul. Szopena po modernizacji



Fot. A. Fojud.

Wykres 6. Zestawienie wyników z oceny ex post w zakresie zapewnienia samodzielności dla PRM, ul. Szopena



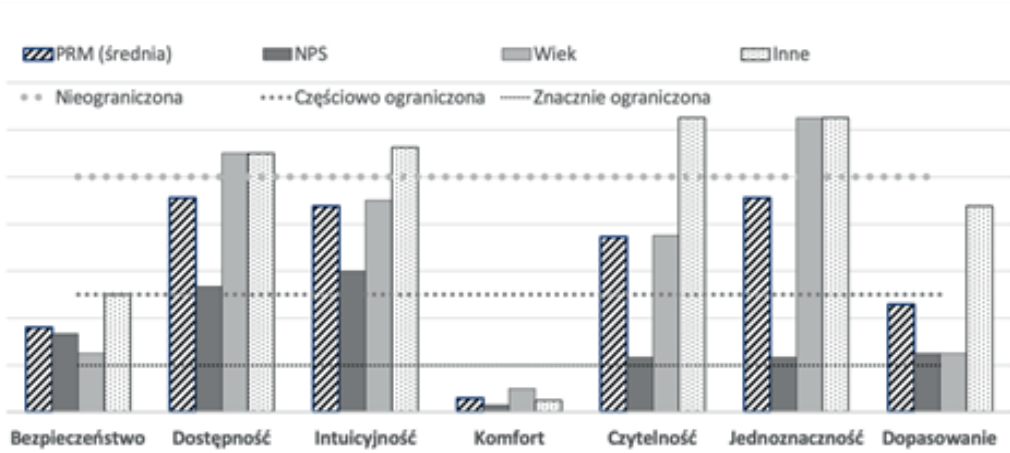
Źródło: oprac. A. Fojud.

Ilustracja 3. Dokumentacja fotograficzna z audytu (wyciąg): ul. Piastowska (Hotel) po modernizacji



Fot. A Fojud.

Wykres 7. Zestawienie wyników z oceny ex post w zakresie zapewnienia samodzielności dla PRM. ul. Piastowska (Hotel)



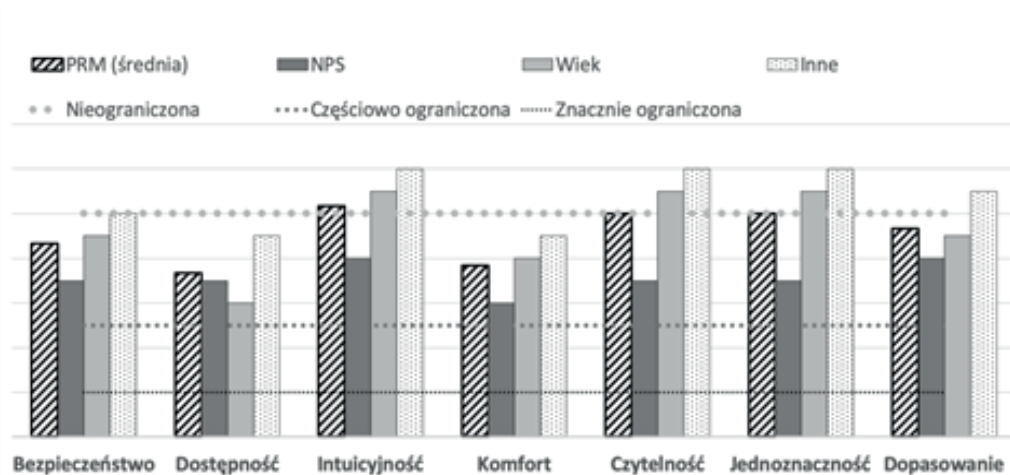
Źródło: oprac. A. Fojud.

Ilustracja 4. Dokumentacja fotograficzna z audytu (wyciąg): ul. Piastowska (Starostwo) po modernizacji



Fot. A. Fojud.

Wykres 8. Zestawienie wyników z oceny ex post w zakresie zapewnienia samodzielności dla PRM. ul. Piastowska (Starostwo)



Źródło: oprac. A. Fojud.

Wyniki oceny *ex post* – ocena końcowa z rekomendacją

Zakres interwencji (przedsięwzięcia) dotyczący przystanków bazujący wyłącznie na prawie budowlanym, normach, wiedzy inżynierskiej i warunkach technicznych w zakresie większości kryteriów preferencji (poza nielicznymi wyjątkami) nie gwarantuje równych szans dla PRM w zakresie samodzielnego funkcjonowania w przestrzeni miejskiej tak, aby mogły one skorzystać z publicznego transportu zbiorowego i poprawić swoją mobilność bez ryzyka ograniczenia przez napotkane bariery techniczne, architektoniczne czy urbanistyczne oraz bez narażania się na stygmatyzację z uwagi na indywidualne uwarunkowania. Taka sytuacja dotyczy w znacznej mierze osób niedowidzących i niewidomych, a także może ograniczać samodzielność osób nieznających lokalnego języka, osób starszych, kobiety w ciąży i opiekunów z dziećmi.

Rekomendacje:

1. Zaleca się opracowanie i wdrożenie jednolitych standardów rozwiązań zorientowanych na najkorzystniejszą obsługę potrzeb wszystkich grup mieszkańców Nysy ze szczególnym uwzględnieniem mitygacji wykluczenia, stygmatyzacji lub ograniczenia poprzez nieodpowiednio ukształtowaną infrastrukturę i przestrzeń w odniesieniu do grupy wzorca, tj. PRM.
2. Zaleca się konsekwentne przekształcanie przestrzeni miejskiej z uwzględnieniem potrzeb PRM, przy zastosowaniu odpowiednich standardów opartych na idei „projektowania dla wszystkich” – od etapu sporządzania oceny potrzeb, poprzez opis przedmiotu zamówienia, do odbioru i ewaluacji skuteczności interwencji.
3. Zaleca się wprowadzenie standardów Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego (BRD) ze szczególnym uwzględnieniem ochrony pieszych uczestników ruchu.
4. Zaleca się przyjęcie jednolitego standardu mebli miejskich (np. ławki, kosze) oraz elementów wyposażenia (np. wiaty przystankowe), uwzględniając zróżnicowane potrzeby PRM i potrzebę ochrony oczekujących na transport przed negatywnym wpływem warunków klimatycznych.
5. Zaleca się wdrożenie standardu oznakowania dotykowego i planów multisensorycznych w miejskim systemie informacji zapewniających prowadzenie i skuteczne informowanie w minimum dwóch kanałach sensorycznych (np. wzrok i dotyk lub wzrok i dźwięk). W trakcie audytu zdiagnozowano, poza zakresem oceny, jedno przejście dla pieszych wyposażone w informację w dwóch kanałach sensorycznych (zapowiedź dźwiękowa i oznakowanie wizualne). Może to świadczyć o przypadkowości stosowanych rozwiązań w wyniku braku jednolitych standardów, np. zapewnienia dostępności i BRD.

6. Zaleca się wprowadzenie jednolitych standardów w zakresie stosowanej nawierzchni z elementami ostrzegania i oznakowania dotykowego (dla osób niewidomych).
7. Zaleca się zapewnienie, minimum w głównych ciągach pieszych dojść do przystanków, drogi wolnej od przeszkód o odpowiedniej nawierzchni i szerokości dostosowanej do potrzeb osób korzystających z wózka (dziecięcego, zakupowego czy inwalidzkiego).
8. Zaleca się wyraźne strefowanie funkcjonalne przestrzeni przystanków (strefa wsiadania, komunikacji, oczekiwania).
9. Zaleca się zastosowanie systemów informacji pasażerskiej z dostępem w min. 2 kanałach sensorycznych (np. zapowiedź i informacja wizualna). Dla informacji pasażerskiej zaleca się, aby część wizualna była umieszczana z uwzględnieniem dostępu do niej osób PRM oraz z wykorzystaniem w maksymalnym stopniu uproszczeń, grafik i piktogramów, które mogą ograniczyć konieczność stosowania objaśnień w językach obcych (stosowanych z uwagi na potrzebę m.in. lokalnych mniejszości i ruchu turystycznego).
10. Wykorzystanie wyników niniejszego audytu oraz ich ewentualne pogłębienie o ocenę całościową aktualnie prowadzonych przedsięwzięć celu publicznego może stanowić podstawę dla poprawy jakości zarządzania zorientowanego na zapewnienie oczekiwanego poziomu jakości życia w Nysie. Rekomenduje się, aby w tym celu opracować i przyjąć kompleksową Politykę zarządzania publicznego opartego na faktach z uwzględnieniem kierunków rozwoju opartych na piramidzie potrzeb (podejście innowacyjne – por. Wykres 2).

Analiza strategii lokalnych w zakresie dostępności

Jedno z ostatnich szczegółowych badań dotyczących liczby osób niepełnosprawnych w Polsce prowadzone było w 2014 r.³¹ W podsumowaniu wyników badań wskazano, w zależności od przyjętego poziomu ograniczeń, że w społeczeństwie polskim codziennie podejmuje próby samodzielnego lub w miarę możliwości częściowo samodzielnego funkcjonowania od 4,9 mln do 7,7 mln osób niepełnosprawnych biologicznie, przy czym liczba 4,9 mln ujmuje osoby posiadające orzeczenia o niepełnosprawności oraz pozostałe (nieposiadające orzeczenia o niepełnosprawności) o ograniczonej zdolności do wykonywania czynności w stopniu poważnym. Prawne orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważne posiadało wówczas prawie 3,8 mln Polaków. Ogółem odsetek osób z niepełnosprawnością szacuje się na około 11% całej populacji w Polsce. Na potrzeby badania

³¹ Główny Urząd Statystyczny, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, Warszawa 2016.

założono, iż w mieście Nysa osoby niepełnosprawne stanowią również ok. 11% populacji, dlatego szacuje się, iż na koniec 2017 r. mogła to być grupa ok. 4,5 tys. osób.

W związku z tym przeanalizowano lokalne dokumenty strategiczne, aby zbadać, jakie cele w zakresie zapewnienia jakości i dostępności zostały wyznaczone przez władze tak, aby w podsumowaniu artykułu zweryfikować stawiane cele na podstawie wyników z przeprowadzonych badań, których fragment wykorzystano na potrzeby niniejszej publikacji.

- **Strategia Rozwoju Gminy Nysa na lata 2014-2023**

W ramach Strategii nie odnaleziono jednoznacznie i precyzyjnie sformułowanego celu czy kierunku strategicznego skoncentrowanego na poprawie dostępności. Elementy zapewnienia dostępności występują m.in. w Celu strategicznym 3.1: Zapewnienie na terenie gminy wysokiej jakości infrastruktury technicznej i społecznej, w tym szczególnie w Celu operacyjnym 3.1.1.: Poprawa dostępności komunikacyjnej w skali lokalnej i ponadlokalnej oraz rozwój infrastruktury drogowej na terenie gminy; Celu operacyjnym 3.1.2.: Rozwój i zapewnienie infrastruktury komunalnej o wysokiej jakości i dostępności na potrzeby mieszkańców i gospodarki; Celu operacyjnym 3.2.3.: Rozwój infrastruktury turystycznej (w tym poprawa dostępności).

- **Powiatowy Program Działań Na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w latach 2012-2021**

Wśród kierunków strategicznych wymieniono *Kierunek IV Umożliwienie osobom niepełnosprawnym swobodnego poruszania się* i funkcjonowania we własnym środowisku, czyli: Likwidacja barier architektonicznych, urbanistycznych i transportowych; Nagłaśnianie praw osób niepełnosprawnych; Likwidacja barier w komunikowaniu się w urzędach. Wymienione do realizacji działania koncentrują się jednak tylko i wyłącznie na likwidacji barier lub dostosowaniu do poruszania się osób na wózkach, brakuje podejścia zapewniającego dostępność dla wszystkich w proponowanych rozwiązaniach architektonicznych, transportowych czy komunikacyjnych już na etapie planistycznym. Takie podejście często przyczynia się do stygmatyzowania osób na wózkach (poprzez osobne wejścia, dojścia czy wydłużenie drogi dojścia dla jednej z grup) w wyniku stosowania rozwiązań dedykowanych jednej grupie osób, zamiast rozwiązań systemowych zrównujących szanse jednakowego użycia przez wszystkich użytkowników zgodnie np. z doświadczeniami szeroko opisywanymi już w literaturze³². Uwagę autorów badań zwróciło, iż nie odnaleziono w powiązaniu z programem odniesień do jego efektów oraz informacji, czy będzie w przyszłości kontynuowany.

³² ECA, *Design for All in progress, from theory to practice*, EuCAN – European Concept for Accessibility Network, 2013, <http://www.eca.lu/index.php/documents/eucan-documents/29-eca-2013-design-for-all-in-progress-from-theory-to-practice/file> [dostęp: 20.03.2019 r.].

Wnioski końcowe

Analizując wyniki przeprowadzonych badań zarówno w zakresie wskaźników jakości, jak i na podstawie przeprowadzonych audytów czy ankiet, można stwierdzić, iż **badana infrastruktura miejska nie gwarantuje równych szans dla PRM w zakresie samodzielnego funkcjonowania w przestrzeni miejskiej**, zatem możliwe jest uznanie, że hipoteza postawiona na wstępie została potwierdzona wynikami badań. W zderzeniu z dokumentami strategicznymi na poziomie miejskim, z których tylko pośrednio wynika potrzeba zapewnienia dostępności, można wnioskować, iż jedną z wielu przyczyn takiego stanu rzeczy jest brak właściwego zdefiniowania nie tylko celów w zakresie zapewnienia dostępności, ale również niepełnego rozpoznania rzeczywistych potrzeb. W konsekwencji przeprowadzonych badań i analiz zdiagnozowano ryzyko wynikające z faktu, że realizacja zadań inwestycyjnych zgodnie z tak sformułowanymi celami strategicznymi nie gwarantuje poprawy dostępności satysfakcjonującej i niestygmatyzującej mieszkańców i interesariuszy funkcjonujących w przestrzeni miejskiej, w tym PRM. To właśnie ta grupa (PRM) została uznana jako wzorcowa i docelowa, gdyż takie podejście umożliwia nie tylko skupienie uwagi na diagnozowaniu i usuwaniu barier dla osób z niepełnosprawnością ruchową, lecz umożliwia wdrożenie podejścia holistycznego w praktyce. Podejście takie stwarza szansę poprawy jakości życia odczuwalnej przez szerszą grupę niż osoby z niepełnosprawnością ruchową (na wózkach), które są najczęstszą grupą wzorcową w procesie likwidacji barier architektonicznych. W procesie tym rekomenduje się wykorzystanie wniosków z niniejszej analizy o zdiagnozowanych w szerszym zakresie obszarach, aby w codziennej praktyce skuteczniej realizować inwestycje publiczne stwarzające równe szanse i dostępność dla wszystkich.

Przeprowadzone badania wskazują, iż aby zapewnić społeczeństwu oczekiwaną jakość życia w mieście skoncentrowaną na poprawie dostępności, konieczna jest zmiana podejścia w zarządzaniu publicznym władz samorządowych do realizacji inwestycji celów publicznego i przy wyznaczaniu celów rozwojowych miasta.

Stąd rekomendacja szerszego upowszechnienia tworzenia polityk i strategii opartych na faktach i wiedzy, co umożliwi lepszą obsługę potrzeb lokalnej społeczności na poszczególnych poziomach piramidy potrzeb w zarządzaniu publicznym (por. Wykres 2).

Konieczne jest, aby cele rozwojowe miasta definiować bazując na wynikach analiz *ex ante* przy wykorzystaniu wiedzy z ocen *ex post* i eksplorowaniu dostępnych danych gromadzonych na poziomie lokalnym w celu uzyskania większej wartości z tych zbiorów (rozproszonych baz gromadzenia danych) w zarządzaniu publicznym. Warto korzystać także w analizie trendów i zmienności potrzeb z dostępnych danych statystycznych,

skorelowanych z aktualnym stanem infrastruktury miejskiej i analizowanymi na bieżąco potrzebami mieszkańców.

Tylko w ten sposób można stworzyć miasto o wysokiej jakości życia, gdzie ludzie nie będą odczuwać barier związanych z dostępnością do podstawowej infrastruktury miejskiej. Być może takie podejście pomoże w tworzeniu miasta szczęśliwego, które określił Guillermo Peñalosa w stwierdzeniu, że „Miasto odnosi sukces nie wtedy, gdy jest bogate, ale gdy jego mieszkańcy są szczęśliwi. Stworzenie możliwości poruszania się na rowerze i chodzenia świadczy o szacunku dla ludzkiej godności. Mówimy ludziom: «Jesteś ważny – nie dlatego, że jesteś bogaty, ale dlatego, że jesteś człowiekiem». Kraj rozwinięty nie jest miejscem, gdzie biedni mają samochody. To miejsce, gdzie bogaci korzystają z transportu publicznego”³³.

Bibliografia

Literatura

- Bach-Głowińska J., *Inteligentna przestrzeń – trzeci wymiar innowacyjności*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014. Maslow A., *A Theory of Human Motivation*, „Psychological Review” 1943, no. 50, s. 370-396.
- Błaszak M., Przybylski Ł., *Rzeczy są dla ludzi – Niepełnosprawność i idea uniwersalnego projektowania*, Wydawnictwo naukowe SCHOLAR, Warszawa 2010.
- EIDD – Design for All Europe, *The EIDD Stockholm Declaration on Design for All*, Stockholm 2004.
- Helliwell J. i in., *Good Governance and National Well-being: What Are the Linkages?*, „OECD Working Papers on Public Governance” no. 25, OECD Publishing, Paris 2014.
- Likert R., *A Technique for the Measurement of Attitudes*, „Archives of Psychology” 1932, No. 140.
- Riisom P., Sorensen H.B., *Universitetsholmen og det 4. stadsrum*, Statsbyggnadskontor, Malmö 2009.
- Śleszyński, *Delimitacja miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze*, PAN, Warszawa 2016.

Źródła

- Decyzja Komisji (UE) nr 1300/2014, pkt 2.2.
- MiR, *Rządowy Program Dostępność Plus 2018 – 2025*, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju (MiR) Warszawa 2018.
- Polski Komitet Normalizacyjny. *Zrównoważony Rozwój Społeczny Wskaźniki usług miejskich i jakości życia: Norma międzynarodowa ISO 37120:2014 Sustainable development of communities – Indicators for city services and quality of life*, Warszawa 2015.
- Powiatowy Program Działań Na Rzecz Osób Niepełnosprawnych w Latach 2012-2021.

³³ Bilén-Onabanjo S., Building happiness, the Danish way, „The Guardian” 4.05.2019, <https://guardian.ng/guardian-woman/building-happiness-the-danish-way/> [dostęp 9.05.2019].

Rozporządzenie Komisji Europejskiej nr 1300/2014 z dnia 18 listopada 2014 r. w sprawie technicznych specyfikacji interoperacyjności odnoszących się do dostępności systemu kolei Unii dla osób niepełnosprawnych i osób o ograniczonej możliwości poruszania się (Dz. Urz. UE L Nr 356 z 12 grudnia 2014 r., s. 110).

Strategia Rozwoju Gminy Nysa na lata 2014-2023.

Trace Center, General concepts, universal design principles and guidelines, University of Wisconsin 2008. http://trace.wisc.edu/world/gen_ud.html (za Błaszak M., Przybylski Ł., Rzeczy są dla ludzi – Niepełnosprawność i idea uniwersalnego projektowania, Wydawnictwo naukowe SCHOLAR, Warszawa 2010, s.8).

World Health Organization, *International classification of functioning and disability*, World Health Organization, Geneva 2001.

Załącznik do uchwały nr 198 Rady Ministrów z dnia 20 października 2015 r. (poz. 1235), Krajowa Polityka Miejska 2023, Warszawa 2015.

Internet

Bilen-Onabanjo S., *Building happiness, the Danish way*, „The Guardian” 4.05.2019, <https://guardian.ng/guardian-woman/building-happiness-the-danish-way/> [dostęp 9.05.2019].

ECA, *Design for All in progress, from theory to practice*, EuCAN – European Concept for Accessibility Network, 2013, <http://www.eca.lu/index.php/documents/eucan-documents/29-eca-2013-design-for-all-in-progress-from-theory-to-practice/file> [dostęp: 20.03.2019].

GUS, *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.*, GUS, Warszawa 2016. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html> [dostęp 20.03.2019].

World Health Organization, *The world health report 2006: working together for health*, World Health Organization, 2006. <https://www.who.int/whr/2006/en/> [dostęp 21.02.2019].

Wpływ projektów współfinansowanych z EFS na jakość życia osób niepełnosprawnych

The impact of projects co-financed by the ESF on the quality of life of disabled people

Katarzyna Godek¹

Uniwersytet Wrocławski, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii

ORCID: 0000-0003-1015-7231

Streszczenie

Poczucie jakości życia jest pojęciem subiektywnym, interdyscyplinarnym i wielowymiarowym. W konsekwencji prowadzi do różnicowania jego rozumienia i pomiaru. Pojęcie jakości życia na trwałe zaistniało w literaturze w rozważaniach dotyczących funkcjonowania osób z niepełnosprawnością. Niniejszy artykuł przedstawia podstawowe zagadnienia związane z jakością życia osób niepełnosprawnych, ich funkcjonowaniem w życiu społecznym i zawodowym ze szczególnym uwzględnieniem realizacji projektów współfinansowanych z EFS, wpływających na poprawę jakości życia osób niepełnosprawnych.

Głównym celem artykułu było przedstawienie aktualnej pozycji i roli, jaką odgrywają osoby niepełnosprawne w życiu społecznym i zawodowym, oraz ukazanie możliwości poprawy jakości życia tych osób poprzez realizację projektów współfinansowanych z EFS.

Omówiono m.in. zagadnienia rehabilitacji i integracji społecznej, wykorzystywane usługi i instrumenty skierowane do osób niepełnosprawnych, ze szczególnym uwzględnieniem projektów współfinansowanych z EFS. Wskazano na czynniki, które wpływają na wzrastającą aktywność tych osób w szeroko pojętym życiu społecznym. Odniesiono się również do własnego doświadczenia zawodowego w zakresie współpracy z osobami niepełnosprawnymi, w tym z uczestnikami projektów współfinansowanych z EFS.

Artykuł zawiera wyniki badań prezentujące osoby niepełnosprawne jako aktywne uczestników życia społecznego i zawodowego, a także roli projektów współfinansowanych z EFS w procesie poprawy jakości ich życia. Dzięki odpowiedniemu wsparciu i pomocy ukierunkowanej na rozwiązywanie indywidualnych problemów i potrzeb osób o obniżonej sprawności możemy przyczynić się do ich lepszego funkcjonowania na wielu płaszczyznach życia.

Słowa kluczowe

wykluczenie społeczne, jakość życia, życie społeczne, praca, Europejski Fundusz Społeczny

Abstract

The sense of quality of life is a subjective, interdisciplinary and multidimensional concept. As a consequence, it leads to differentiation of understanding and measurement this concept.

¹ E-mail: katarzyna.godek@uwr.edu.pl, europrosu@interia.pl

Disability is an important social problem. The quality of life of people with disabilities is an important problem in social life and on the labour market. One of the tools supporting the activation of disabled people and their quality of life is the implementation of projects co-financed from the European Social Fund.

The main goal of the article is to present the current position and role of disabled people in social and professional life and to show the possibilities of improving the quality of life of those people through the implementation of projects co-financed from the ESF.

Additional goals are to determine the role of factors affecting the quality of life of people with disabilities, including the professional activity of people who are at risk of social exclusion and its impact on their lives. This article identified also factors that impede access for disabled people to fully enjoy of their social life.

For this purpose, a general concept of the quality of life disabled people and the efficiency of projects co-financed of European Social Fund, which are dedicated to disabled people, is illustrated. It shows which tools and what kind of projects has positive influence on quality of life disabled people.

This article concludes with statement that proper kind of support and help disabled people, including projects co-financed from the ESF, may make much better life of those people.

Keywords

social exclusion, quality of life, social life, work, European Social Fund

JEL: I10, I31, J15, J17, J24, J71, Z13

Wstęp

Głównym celem artykułu było przedstawienie aktualnej pozycji i roli, jaką odgrywają osoby niepełnosprawne w życiu społecznym i zawodowym, oraz ukazanie możliwości poprawy jakości życia tych osób poprzez realizację projektów współfinansowanych z EFS.

Celami dodatkowymi było określenie roli czynników wpływających na jakość życia osób z niepełnosprawnością, w tym aktywności zawodowej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i jej oddziaływania na ich życie oraz identyfikacja czynników, które utrudniają dostęp osobom niepełnosprawnym do możliwości korzystania w pełni z życia społecznego, w tym kulturalnego, edukacyjnego i sportowego, a także wskazanie jak na poprawę jakości życia tych osób wpływa realizacja projektów EFS.

Osoby z niepełnosprawnością starają się być aktywne zarówno na rynku pracy, jak i w uczestniczeniu w życiu społecznym.

Problemem badawczym było zbadanie, jak projekty współfinansowane z EFS wpływają na jakość życia osób niepełnosprawnych, ich aktywność na rynku pracy i życie społeczne.

Hipotezą pracy było założenie, że projekty współfinansowane z EFS wpływają korzystnie na jakość życia osób niepełnosprawnych, ich aktywność zawodową i życie społeczno-kulturalne.

Problematyka związana z poprawą jakości życia oraz wsparciem osób niepełnosprawnych jest przedmiotem wielu badań społecznych, m.in. psychologii czy socjologii. Pojęcie jakości życia, które jest przedmiotem badań, jest wieloznaczne i może być ujmowane w różnych perspektywach. Warto również podkreślić, że na poprawę jakości życia osób z dysfunkcjami wpływa wiele czynników.

W kategorii oceny jakości życia osób niepełnosprawnych istotną rolę odgrywa rynek pracy, jest jednym z obszarów istotnych dla funkcjonowania gospodarki państwa. Jest on bowiem powiązany ściśle z różnymi sferami życia społeczno-ekonomicznego, co wpływa zarówno na podaż siły roboczej, jak i popyt na pracę. Sytuacja panująca na rynku pracy, poziom bezrobocia i właściwa alokacja zasobów ludzkich oddziałuje na ekonomiczną i społeczną postać funkcjonowania gospodarki. Dlatego tak istotna jest aktywizacja zawodowa grup defaworyzowanych społecznie, w tym osób niepełnosprawnych.

Jakość życia osób niepełnosprawnych w ujęciu definicyjnym

Zakres rozumienia kategorii poznawczej jakości życia jest bardzo szeroki. Znaczenie tego pojęcia może obejmować takie elementy jak m.in.: poziom życia, dobrostan czy też styl życia².

Wyodrębnienie w literaturze przedmiotu dwóch aspektów „jakości życia”: obiektywnego i subiektywnego, prowadzi w konsekwencji do uznania, że operacjonalizacja pojęcia opierać się musi na dwóch typach wskaźników³.

Zgodnie z założeniami E. Conversa i W. Rodgersa wskaźniki obiektywne powinny być odnoszone do poziomu grupowego. Takie stanowisko wynika z faktu, że jednostka doświadcza tylko w części tego, co jest udziałem grupy w całości. Natomiast wskaźniki subiektywne, które są stosowane do poziomu jednostkowego, opisują to, co specyficzne dla postrzegania przez osobę własnego życia w kategoriach zadowolenia lub jego braku⁴.

Analizę jakości życia przeprowadził G. Goodal, który wprowadził następujące zmienne⁵:

- określające osobowość,
- charakteryzujące otoczenie,

² W. Urbaniak, *Aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnością w wymiarach ich jakości życia w świetle badań*, „Problemy Profesjologii” 2018, Nr 1, s. 140.

³ *Ibidem*, s. 140.

⁴ P.E. Convers, W. Rodgers, *Measures of the Perceived Overall Quality of Life*, „Social Indicators” 1975, no. 2, s. 127-152.

⁵ L.E. Davis, A.B. Cherna (eds.), *The quality of working life*, Vol. 1, *Problems, prospects, and the states of the art*, Free Press, New York 1975, s. 18-24 (J. Goodal, D.T. Hall, R. Burke zastosowali model, który został przytoczony w ww. pracy).

- pozwalające dokonać analizy poprzez wskaźniki subiektywne,
- oparte na wskaźnikach obiektywnych.

Pierwszą kategorię zmiennych można rozumieć jako samokontrolę, samoidentyfikację czy też szacunek dla siebie. Kolejną kategorię odczytuje się jako czynniki naturalne i fizyczne, czynniki artystyczne, edukacja, religia, czynniki polityczne, czynniki ekonomiczne, czy też czynniki społeczne i rodzinne, praca, wypoczynek, hobby oraz czynniki osobiste. Natomiast zmienne postrzegane w kontekście wskaźników subiektywnych poczytywać należy jako zadowolenie z pracy oraz zaangażowanie w stosunkach międzyludzkich. Zmienne oparte na wskaźnikach obiektywnych to aktywność społeczna oraz zabezpieczenie zdrowotne i ekonomiczne.

Problematyką jakości życia zajmował się również E. Allard, którego zdaniem pojęcie to oznaczało zaspokojenie potrzeb pozamaterialnych.

W świetle prowadzonych przez niego badań w ww. obszarze można zauważyć, że wyróżnił on trzy główne kategorie zaspokajania potrzeb, które podzielił następująco⁶:

- 1) „mieć” (*having*),
- 2) „kochać” (*loving*),
- 3) „być” (*being*).

Pierwsza kategoria zawiera w sobie takie elementy jak posiadanie dochodu, zdrowie, zatrudnienie czy wykształcenie. W obszarze drugiej kategorii znajdują się więzi rodzinne, przyjacielskie, lokalne, zawodowe czy też zadowolenie ze stosunków interpersonalnych. Trzecią kategorię można postrzegać jako potwierdzenie się przez prestiż, realizację swoich pasji czy hobby, aktywność zawodową i pozazawodową.

W związku z powyższym można stwierdzić, że kategoria „mieć” w ujęciu E. Allarda to określenie „poziomu życia”, natomiast kategorie „być” i „kochać” odnoszą się do „jakości życia”.

Poczucie jakości życia zgodnie z twierdzeniem M. Straś-Romanowskiej i T. Frąckowiaka jest pojęciem interdyscyplinarnym, wielowymiarowym i subiektywnym. Prowadzi to w konsekwencji do różnicowania jego pomiaru i rozumienia. W świetle psychologii pojęcie jakości życia nie mieści się w żadnym z tradycyjnych podziałów, jak np. psychologia kliniczna czy społeczna. Z drugiej jednak strony w każdym z tych działów występuje nurt, który bardziej kładzie nacisk na pożądanym aspektach społecznego i psychicznego funkcjonowania człowieka niż na jego ograniczeniach czy słabościach⁷.

⁶ W. Urbaniak, *op. cit.*, s. 141.

⁷ M. Straś-Romanowska, T. Frąckowiak, *Personalistyczno-egzystencjalna koncepcja poczucia jakości życia a doświadczanie niepełnosprawności*, [w:] M. Flanczewska-Wolny (red.), *Jakość życia w niepełnosprawności – mity a rzeczywistość*, Kolegium Nauczycielskie-Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Gliwice-Kraków 2007, s. 15-16.

Pojęcie jakości życia na trwałe zaistniało w literaturze w rozważaniach dotyczących funkcjonowania osób z niepełnosprawnością. Wśród badaczy problemu brak jest jednak jednomyślności co do kształtu koncepcji i zakresu znaczeniowego tego pojęcia.

Dla części z nich jest to pojęcie bardzo szerokie, dla innych zaś to pewne elementy życia w jego społecznych i psychologicznych aspektach⁸.

Pomimo faktu tak zróżnicowanego podejścia do zdefiniowania pojęcia „jakości życia” istnieje jednak zgoda co do fundamentalnych jego założeń. Przyjmuje się tu bowiem, że pojęcie jakości życia osób z niepełnosprawnościami ma konstrukt społeczny rozwijany na styku wielu dziedzin życia takich jak medycyna, zdrowie psychiczne czy edukacja i służy częściej do oceny pomocy i usług pomocowych na rzecz tych osób⁹.

Warto podkreślić, że pojęciem tym zainteresowane są również same osoby niepełnosprawne i ich otoczenie, np. organizatorzy wsparcia, rodzice czy politycy.

W definiowaniu pojęcia jakości życia w kontekście osób niepełnosprawnych należy zwrócić uwagę na koncepcję The Quality of Life Special Interest Group (IASSID). Ten międzynarodowy zespół uzgodnił najistotniejsze założenia pojęcia jakości życia, które odnoszą się znacząco do osób z niepełnosprawnościami.

Dbłość o wysoką jakość życia powinna być uznawana za nadrzędny cel rozwoju zarówno na szczeblu lokalnym, regionalnym, krajowym, jak i międzynarodowym. Działania mające zagwarantować odpowiedni poziom jakości życia powinny być podejmowane przez odpowiednie struktury władz, w tym także władze samorządowe.

Wiele jednostek samorządu terytorialnego podejmuje szereg badań jakości życia na różnych poziomach.

Narzędziem, które może pozwolić na realizację tych badań, są instrumenty wykorzystywane przez GUS. Przyjęta przez GUS koncepcja statystycznego pomiaru jakości życia nawiązuje zarówno do bogatej tradycji polskich badań w tym zakresie, jak i do zaleceń opracowanych w ramach Europejskiego Systemu Statystycznego¹⁰.

W celu dokonania wielopłaszczyznowej oceny jakości życia należy zintegrować wiedzę dotyczącą różnych obszarów życia. GUS cel ten osiąga za pomocą wdrażania wieloaspektowych, ankietowych badań jakości życia oraz przez powiązanie ze sobą informacji pochodzących z wielu źródeł danych (np. sprawozdania statystyczne czy badania ankietowe).

⁸ Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujanowska, *Jakość życia a niepełnosprawność – konteksty psychopedagogiczne*, UMCS, Lublin 2006, s. 149.

⁹ K.J. Zabłocki, ks. W. Woźniak, *Jakość życia osób z niepełnosprawnością*, „Łódzkie Studia Teologiczne” 2013, Nr 22, s. 225.

¹⁰ Raport GUS 2016, Warszawa 2017 s. 24, <https://stat.gov.pl/aktualnosci/raport-gus-2016,152,1.html> [dostęp 12.05.2019].

Pomiar jakości życia w świetle badań GUS obejmuje takie elementy jak np. materialne warunki życia, zdrowie, edukację, główny rodzaj aktywności zawodowej, czas wolny i relacje społeczne, subiektywny dobrobyt, bezpieczeństwo ekonomiczne i fizyczne, jakość środowiska w miejscu zamieszkania, państwo i podstawowe prawa oraz aktywność ekonomiczną.

W związku z powyższym można zauważyć wiele narzędzi do przeprowadzenia analizy jakości życia osób niepełnosprawnych.

Wielu autorów, zarówno w Polsce, jak i na świecie, coraz częściej podejmuje badania w tym obszarze. Ich zakres poza osobami niepełnosprawnymi obejmuje także otoczenie tych osób i ich rodziny. Głównym celem takich badań jest zwykle określenie, w jakim wymiarze rodzaj i stopień niepełnosprawności oddziałują na poziom jakości życia. Poza tym badacze starają się określić, jakie inne czynniki mogą wpływać na poziom jakości życia tychże osób, a także na ich poczucie jakości życia¹¹.

W badaniach subiektywnej, a zarazem bezpośredniej oceny swojej sytuacji przez osoby niepełnosprawne niezastąpione są metody wypracowane na gruncie badań jakościowych. Dzięki temu można dotrzeć do świata znaczeń badanych, który zazwyczaj nie jest ujawniany w badaniach ilościowych¹².

Biorąc pod uwagę przedstawione powyżej określenia jakości życia, można zauważyć, że na jego poziom wpływa m.in. aktywność osób niepełnosprawnych na rynku pracy i w życiu społecznym. Problematyka ta jest tematem coraz częściej podejmowanym przez wielu autorów (Garbat, Paszkowicz 2006, Tomaszczyn, Romanowicz 2012, Borowiecki 2016). Dostępna wiedza w tym obszarze jest nadal niedostateczna i stanowi doskonały grunt do dalszych badań. Obecnie autorzy skupiają się na opisie efektów rozwiązań systemowych w aktywizacji zawodowej osób z niepełnosprawnością.

Dokonując analizy interdyscyplinarnych poglądów na temat jakości życia, w tym w szczególności osób niepełnosprawnych, można dojść do wniosku, iż pojęcie to odnosi się do całokształtu życia ludzkiego we wszystkich jego wymiarach i analizować je można w wielu aspektach.

¹¹ P. Borowiecki, *Jakość życia osób z niepełnosprawnością i ich rodzin w perspektywie zewnętrznej i wewnętrznej – przegląd wybranych badań*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2016, nr III(20), s. 82.

¹² N.K. Denzin, Y.S. Lincoln: *Wprowadzenie. Dziedzina i praktyka badań jakościowych*, [w:] N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (eds.), *Metody badań jakościowych*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009, s. 23.

Metodologia badań jakości życia w kontekście analizy wpływu na nią projektów współfinansowanych z EFS

W artykule wykorzystano takie metody badawcze jak analiza literatury w zakresie piśmiennictwa krajowego i zagranicznego oraz danych internetowych, a także analiza krytyczna zebranych danych. Na podstawie zgromadzonych informacji wybrano te, które przedstawiały wpływ projektów współfinansowanych z EFS na jakość życia osób niepełnosprawnych oraz obrazowały sytuację osób niepełnosprawnych na rynku pracy i w życiu społecznym. Przedstawione dane ukazują rosnący stopień włączenia społecznego osób niepełnosprawnych w życie zawodowe oraz kulturalno-sportowo-rekreacyjne i edukacyjne. Dodatkowo wykorzystano badania prowadzone w środowisku zawodowym autora, jak i własne doświadczenia.

Odniesiono się do własnego doświadczenia zawodowego w zakresie współpracy z osobami niepełnosprawnymi. Dokonano analizy wniosków własnych na gruncie realizacji programów aktywizujących osoby niepełnosprawne, w tym przedstawiono wyniki ewaluacji projektów dedykowanych osobom z określonymi problemami i wpływ uczestnictwa w danym projekcie osób niepełnosprawnych na ich życie zawodowe i społeczne.

Zaprezentowano również metody stosowane przez GUS, gdzie zasadniczym badaniem stanowiącym podstawę wieloaspektowej diagnozy jakości życia jest cykliczne badanie spójności społecznej (BSS). Szeroki zakres przedmiotowy, który obejmuje zarówno obiektywne warunki życia, jak i subiektywny dobrobyt oraz możliwość zintegrowanej analizy danych jednostkowych dotyczących różnych obszarów życia sprawiają, że badanie to jest unikatowe w skali europejskiej. Wyniki ostatniej edycji BSS z 2015 r. są systematycznie udostępniane m.in. w postaci: publikacji analitycznych, notatek, folderów oraz infografik. Informacje, które oparte są na wynikach BSS, były także wielokrotnie prezentowane podczas wystąpień przedstawicieli GUS na konferencjach i seminariach organizowanych zarówno przez krajowe, jak i międzynarodowe organizacje i instytucje.

Dobrym przykładem łączenia informacji pochodzących z różnych źródeł jest publikacja wydawana corocznie przez GUS *Jakość życia w Polsce*. Prezentowany jest w niej zestaw około 60 wskaźników umożliwiających monitorowanie zjawisk społecznych związanych ze wszystkimi 9 obszarami tematycznymi uwzględnianymi w ramach Europejskiego Systemu Statystycznego.

Wykorzystana również została metoda analizy przypadku (*case study*), czyli pogłębione i szczegółowe, wieloaspektowe analizy pojedynczego zjawiska społecznego. Natomiast podstawą empirycznego opisu i sformułowanych rekomendacji jest materiał z analizy dokumentów wybranych projektów obejmujących wsparciem osoby z niepełnosprawnościami.

Projekty współfinansowane z EFS a jakość życia osób niepełnosprawnych

Pełna ocena efektywności wykorzystania środków pomocowych pochodzących z UE wymaga szerokiego spojrzenia z perspektywy, która obejmuje nie tylko sytuację krajową, ale także uwarunkowania międzynarodowe¹³.

Jednym z kluczowych funduszy pomocowych Unii Europejskiej jest Europejski Fundusz Społeczny. Warto podkreślić, że Polska w latach 2004–2014 otrzymała wyjątkową szansę rozwojową, m.in. dzięki uzyskaniu największej alokacji środków z Europejskiego Funduszu Społecznego, które stanowiły istotny bodziec do zmian.

Wśród różnych obszarów wsparcia, które realizowane są w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, wyróżnić należy włączenie społeczne.

Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu oraz walka z ubóstwem nadal stanowią jedne z największych wyzwań stojących współcześnie przed państwami członkowskimi Unii Europejskiej, w tym także przed Polską. Wynika to m.in. z założeń Strategii Europa 2020, w której to walkę z wykluczeniem społecznym i minimalizację ubóstwa określono jako jeden z najważniejszych celów rozwojowych Unii Europejskiej.

Warto podkreślić, że dalsze pogłębianie się zróżnicowania społecznego może stać się przeszkodą dla stabilnego rozwoju społecznego i gospodarczego.

Środki z EFS pozwoliły na wsparcie kilkuset tysięcy osób z grup wykluczonych społecznie oraz zagrożonych zjawiskiem wykluczenia. Projekty, które były skierowane do ww. osób, cechowały się kompleksowością i szerokim wachlarzem wsparcia integracyjnego. Działania powyższych projektów dzieliły się na szkoleniowe, doradcze czy warsztatowe. Ze wsparcia w ramach wskazanych działań mogli skorzystać m.in. podopieczni ośrodków pomocy społecznej, wychowankowie zakładów poprawczych, więźniowie, osoby niepełnosprawne itp. Zrealizowane dotychczas przedsięwzięcia charakteryzowały się wysokim poziomem efektywności w obszarze poprawy sytuacji na rynku pracy.

Aktywność osób niepełnosprawnych jest ważnym zagadnieniem zarówno w obszarze życia społecznego, jak i na rynku pracy. Poziom aktywności społecznej osób niepełnosprawnych ma znaczący wpływ na ich jakość życia.

Poza rynkiem pracy istotna jest również kwestia kształcenia się osób z niepełnosprawnością. Jednak dysfunkcje, które dotyczą tych osób, są często barierą na drodze do zdobycia odpowiedniego wykształcenia czy też znalezienia swojego miejsca na rynku pracy.

¹³ *Pierwsza Dekada Europejskiego Funduszu Społecznego w Polsce. Efekty Wdrażania EFS w latach 2004–2014*, Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, Departament Europejskiego Funduszu Społecznego, Warszawa 2015, s. 6.

Zaniżone poczucie wartości u osób niepełnosprawnych, skupienie się na swojej niepełnosprawności staje się niejednokrotnie przeszkodą do wejścia na rynek pracy i dalszego rozwoju.

Ważnym aspektem aktywizacji zawodowej jest przede wszystkim gotowość do podejmowania nowych działań i wyzwań.

Zgodnie z danymi PFRON niepełnosprawność dotyka w Polsce około 5 milionów osób¹⁴.

Biorąc pod uwagę powyższe, jak pokazują wyniki licznych badań, grupa ta tylko w niewielkiej części, na równi z osobami sprawnymi, wykorzystuje możliwości stwarzane przez nowoczesne państwo i społeczeństwo.

Zjawisko odizolowania osób z dysfunkcjami uwidacznia się w niskich wskaźnikach aktywności zawodowej i wykształcenia. Tymczasem to właśnie te dwa czynniki odgrywają ważną rolę w kształtowaniu psychologicznej i społeczno-ekonomicznej jakości życia osób niepełnosprawnych.

Na aktywność zawodową oraz życie społeczne osób niepełnosprawnych ma wpływ poziom dysfunkcji, jaką dotknięte są osoby należące do tej grupy.

Samo pojęcie niepełnosprawności nie da się jednoznacznie zdefiniować. Nie istnieje jedna, globalnie uznana definicja niepełnosprawności.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wprowadza następujące pojęcia niepełnosprawności, uwzględniając stan zdrowia człowieka¹⁵:

- niesprawność – rozumiana jako każda utrata sprawności lub nieprawidłowość w budowie czy funkcjonowaniu organizmu pod względem psychologicznym, psychofizycznym lub anatomicznym;
- niepełnosprawność – pojęcie to oznacza każde ograniczenie prowadzenia aktywnego życia w sposób uznawany za typowe dla człowieka;
- ograniczenia w pełnieniu ról społecznych – w tym przypadku oznacza ułomność określonej osoby wynikającą z dysfunkcji, ograniczającą lub uniemożliwiającą pełną realizację roli społecznej odpowiadającej płci czy wiekowi oraz zgodnej ze społecznymi i kulturowymi uwarunkowaniami.

Zgodnie ze Standardowymi Zasadami Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych oraz Światowym Programem Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych pojęcie niepełnosprawności definiowane jest jako problem społeczny i nie ogranicza się tylko i wyłącznie do jednej, konkretnej osoby¹⁶.

¹⁴ <https://www.pfron.org.pl/osoby-niepelnosprawne/> [dostęp 21.05.2019].

¹⁵ <http://www.unic.un.org.pl/niepelnosprawnoscd/definicja.php> [dostęp 21.05. 2019].

¹⁶ *Osoba niepełnosprawna aktywnym uczestnikiem życia społecznego i zawodowego*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie, Rzeszów 2014, s. 2.

Wyniki Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności wskazują, że w 2018 roku w porównaniu z 2017 rokiem współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym spadł o 0,6 pkt proc. i osiągnął poziom 28,3%. Roczne statystyki zebrane w przeciągu ostatnich dziesięciu lat wskazują pozytywny trend w obszarze aktywności ekonomicznej tej grupy społecznej, podnosząc wartość współczynnika aktywności zawodowej o 2,4 punktu procentowego¹⁷.

Pomimo zaobserwowania korzystnych zmian w zakresie aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych na przestrzeni lat poziom aktywności zawodowej tych osób nadal znacząco odbiega od aktywności zawodowej osób sprawnych. W 2018 roku współczynnik aktywności zawodowej osób sprawnych w wieku produkcyjnym wynosił 80,5%, natomiast wskaźnik zatrudnienia osiągnął pułap 77,4%, zaś stopa bezrobocia ukształtowała się na poziomie 3,9%. Różnica między wskaźnikiem zatrudnienia osób sprawnych a niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym wyniosła 51,2 pkt proc., a między stopą bezrobocia tych dwóch grup – 3,3 pkt proc.¹⁸

Zgodnie z powyższym dane z badania BAEL wskazują na utrzymujący się stabilny poziom zatrudnienia tej grupy osób i znaczny spadek ich bezrobocia.

Osoby niepełnosprawne, a zwłaszcza ze znacznym stopniem niepełnosprawności, są w większym stopniu narażone na zjawisko wykluczenia społecznego. Niejednokrotnie doświadczają one odrzucenia na gruncie zawodowym i społecznym.

Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie w 2014 roku przeprowadził badania, których celem było scharakteryzowanie trudności w życiu społecznym i zawodowym osób niepełnosprawnych.

Przeprowadzone badania miały charakter ilościowy i realizowane były wśród osób niepełnosprawnych zatrudnionych w zakładach pracy chronionej czy zakładach aktywności zawodowej. Łącznie badaniem objętych zostało 25 zakładów pracy.

Aktywność i ograniczenia osób niepełnosprawnych są w znacznym stopniu zależne od stopnia i rodzaju niepełnosprawności.

W świetle badań Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie największym problemem dla osób niepełnosprawnych było przemieszczanie się poza domem. Wynikało to przede wszystkim z dysfunkcji narządów ruchu, które ograniczały mobilność społeczną i zawodową tych osób.

Badane osoby niepełnosprawne wskazały, że największe oparcie znajdują w najbliższym otoczeniu rodziny i przyjaciół. To właśnie bliskie otoczenie osób niepełnosprawnych najczęściej pomaga im w codziennym funkcjonowaniu. W świetle przeprowadzonych badań niepokojącym faktem jest odsetek osób, którym nikt nie pomaga. Co

¹⁷ <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,80,rynek-pracy> [dostęp 21.05.2019].

¹⁸ *Ibidem*.

dziesiąty ankietowany nie może na nikogo liczyć, mimo iż potrzebuje wsparcia przy niektórych czynnościach¹⁹.

Na obszarze Polski działa wiele instytucji powołanych m.in. po to, aby pomagać osobom niepełnosprawnym w rozwiązywaniu ich problemów. Do takich jednostek można zaliczyć różnego rodzaju fundacje i stowarzyszenia. Część ze wskazanych organizacji pozarządowych powstała w wyniku konkretnej potrzeby, a zakładały je same osoby niepełnosprawne. Podmioty te szczególnie dobrze rozumieją bariery, na które codziennie natrafiają osoby niepełnosprawne, oraz realizują przedsięwzięcia o wysokim stopniu efektywności.

Sytuacja osób z niepełnosprawnościami na rynku pracy, z racji swoich dysfunkcji oraz powiązanych z nim czynników indywidualnych i systemowych, jest znacznie gorsza niż sytuacja osób sprawnych.

Osoby niepełnosprawne borykają się z licznymi barierami. Ze względu na swoją trudną sytuację na rynku pracy są jedną z priorytetowych grup objętych wsparciem EFS. Działania, które są podejmowane w ramach EFS, mają znaczący wpływ na zmianę nastawienia społeczeństwa do osób niepełnosprawnych czy kształtowanie świadomości na temat niepełnosprawności wśród pracodawców. W projektach EFS oferowany jest kompleksowy zakres wsparcia, w tym poradnictwo specjalistyczne, różnego typu kursy, szkolenia czy też praktyki zawodowe, które oceniane są jako najbardziej skuteczne w przełamywaniu bierności i podejmowaniu aktywności edukacyjnej bądź zawodowej. Na przestrzeni lat projekty EFS spowodowały, że w Polsce systematycznie rośnie liczba osób niepełnosprawnych biorących udział w projektach. Zmianie uległa również struktura wspieranej grupy – wsparciem obejmowano coraz częściej osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności²⁰.

Jak pokazują wyniki badania ewaluacyjnego nt. efektywności wsparcia na rzecz osób niepełnosprawnych, dzięki wsparciu EFS pracę podjęło od 15% do 19% osób niepełnosprawnych obejmowanych projektowym wsparciem. Dla niemal 90% uczestników projektów oferowane działania w ramach realizowanych projektów EFS przyczyniły się do zmian, które wiążą się m.in. ze wzrostem kwalifikacji zawodowych czy też wzrostem poczucia pewności siebie oraz nawiązaniem nowych kontaktów²¹.

Przykładem projektu współfinansowanego z EFS i skierowanego do osób z niepełnosprawnościami może być projekt „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”, który realizowany jest przez PFRON w partnerstwie z ZUS, CIOP-PIB w okresie od 2018 do 2022 roku²².

¹⁹ *Osoba niepełnosprawna aktywnym uczestnikiem...*, s. 16.

²⁰ *Pierwsza Dekada Europejskiego...*, s. 22.

²¹ *Ibidem*, s. 22.

²² www.pfron.org.pl [dostęp 22.05.2019].

Celem głównym projektu jest opracowanie i przetestowanie efektywnego, optymalnego pod względem społecznym i finansowym kompleksowego modelu rehabilitacji oraz aktywizacji społecznej i zawodowej, który będzie miał wpływ na jakość świadczonych usług przez podmioty zajmujące się zawodowym i społecznym włączeniem osób zagrożonych niezdolnością do pracy, niepełnosprawnością oraz osób niepełnosprawnych.

Rezultatem projektu ma być stworzenie modelu kompleksowej rehabilitacji, mającego ułatwić podjęcie lub powrót do aktywności społecznej lub zawodowej osób, które wskutek doznanego urazu, zdiagnozowanego schorzenia albo niepełnosprawności wrodzonej lub nabytej w okresie rozwojowym nie mogą kontynuować bądź podejmować się pełnienia ról społecznych oraz kontynuować lub podejmować aktywności zawodowej.

Takie działanie wprost przyczynia się do podniesienia jakości życia tych osób i ich otoczenia.

Kluczowymi czynnikami stojącymi u podstaw podjęcia prac nad modelem są następujące fakty:

- 72,28% osób z niepełnosprawnością pozostaje biernych zawodowo;
- 37 mld zł to wydatki ZUS w 2017 roku na świadczenia pieniężne dla osób czasowo i długotrwale niezdolnych do pracy;
- 85 tys. pracowników co roku doznaje urazów ciała powodujących czasową lub długotrwałą niezdolność do pracy;

Jedną z ważniejszych barier skutecznego działania w zakresie powrotu i wejścia na rynek pracy osób z niepełnosprawnościami jest mocno rozbudowany i rozproszony system wsparcia.

Efektem uzyskania przez uczestników programu nowego zawodu i zatrudnienia w dotychczasowym bądź w nowym zakładzie pracy będzie ich uczestnictwo w życiu społecznym i zawodowym oraz poprawa ich jakości życia.

Założenia przedmiotowego projektu można odnieść do badań, które przeprowadzili E. Bolach, B. Bolach i P. Jadach. Badania te miały na celu określenie wpływu aktywności zawodowej na jakość życia osób z niepełnosprawnością ruchową, a tak dokonano analizy komparatywnej jakości życia osób niepełnosprawnych poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz aktywnych zawodowo i bezrobotnych. Próbą badawczą objęto 25 osób aktywnych zawodowo i 20 bezrobotnych. W badaniach wykorzystano metodę Kwestionariusza Wskaźnika Jakości Życia (*Quality of Life Index*, QLI). Przeprowadzone badania pozwoliły na stwierdzenie, że aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnością ruchową ma znaczny i pozytywny wpływ na ich jakość życia, zarówno w ujęciu obiektywnym, jak i w ujęciu subiektywnym (poczucie jakości życia). Badacze porównując ze sobą grupę osób bezrobotnych z osobami niepełnosprawnymi, aktywnymi zawodowo, zauważyli, że w tej drugiej grupie ocena ich jakości życia była znacznie

wyższa niż w przypadku pierwszej z wymienionych grup. Praca zawodowa miała istotny wpływ na wzrost poziomu jakości życia osób badanych²³.

W świetle licznych badań nad jakością życia zauważono, że największe znaczenie dla satysfakcji i zadowolenia z życia osób niepełnosprawnych ma fakt zaakceptowania przez nich ich własnej niepełnosprawności. Niski poziom samooceny i samoakceptacji w zestawieniu z brakiem wsparcia ze strony osób pełnosprawnych i społecznej izolacji pejoratywnie wpływa na poczucie jakości życia osób z niepełnosprawnością²⁴.

Kolejne badanie weryfikujące jakość życia w grupie osób z niepełnosprawnościami przeprowadzone zostało przez M. Parchomiuk i S. Byra i obejmowało ono 120 osób z lekką niepełnosprawnością intelektualną, słabowidzących, słabosłyszących oraz z niepełnosprawnością ruchową w wieku 17-28 lat²⁵. Wymienione grupy osób zostały podzielone na 30-osobowe zespoły według rodzaju niepełnosprawności. Narzędziem badawczym w tym przypadku był Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia Schalocka oraz Keitha. Kwestionariusz ten uwzględnia m.in. takie czynniki, jak: poczucie integracji ze społeczeństwem, samodzielność, niezależność oraz możliwości decydowania o sobie. Jak pokazały wyniki badań, rodzaj niepełnosprawności miał duży wpływ na poczucie jakości własnego życia. Najwyższe wyniki w zakresie poczucia jakości życia uzyskały osoby słabo widzące, a najniższy wynik uzyskały osoby z niepełnosprawnością ruchową²⁶.

Biorąc pod uwagę fakt, że choroba jednego z członków rodziny lub jego niepełnosprawność zaburza cały system rodzinny i jego funkcjonowanie, pełnosprawni członkowie rodziny zmuszeni są do przeorganizowania dotychczasowego funkcjonowania rodziny i przystosowania się do niedogodności. Wśród nich można wyróżnić m.in.²⁷:

- zaburzenia rytmu dnia;
- zaburzenia planów krótkoterminowych;
- konieczność przzerwania nauki, zmiany szkoły lub pracy;
- kłopoty finansowe;
- konflikty i zaburzenia komunikacji w rodzinie, brak szczerości i porozumienia we wzajemnych kontaktach;
- problemy związane z wydatkami na leczenie i rehabilitację, z utratą pracy przez samego chorego, koniecznością ograniczenia lub rezygnacji z pracy przez rodzica dziecka z niepełnosprawnością.

²³ P. Borowiecki, *op. cit.*, s. 83.

²⁴ *Ibidem*, s. 84.

²⁵ M. Parchomiuk, *Rodzice dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym wobec sytuacji trudnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2007, s. 1-242.

²⁶ P. Borowiecki, *op. cit.*, s. 84.

²⁷ *Ibidem*, s. 87.

W świetle badań A. Firkowskiej-Mankiewicz na jakość życia rodzin z osobą niepełnosprawną wpływają następujące czynniki²⁸:

- postawy członków rodziny;
- ogólna percepcja społeczeństwa wobec osób z niepełnosprawnością;
- czynniki obiektywne jak np. cechy osobiste, wykształcenie oraz poziom wiedzy na temat danej niepełnosprawności oraz obiektywne warunki życia;
- czynniki indywidualne i osobowościowe.

W kontekście analizy jakości życia osób niepełnosprawnych i ich rodzin warto zwrócić uwagę na problematykę jakości życia dzieci i młodzieży posiadającej rodzeństwo z niepełnosprawnością. B. Sidor przebadła za pomocą Skali RUU T. Witkowskiego do badania trudności psychospołecznych 120 osób w wieku 16-26 lat posiadających rodzeństwo z niepełnosprawnością intelektualną²⁹. Skala obejmowała cztery sfery: rodzinną, osobowościową, społeczną i zajęciową. Wyniki badań wskazały, że większości z badanych osób udaje się osiągnąć satysfakcję z życia. Warto również podkreślić, że w dorosłym życiu stają się oni ludźmi pełnymi wrażliwości i empatii, tolerancyjnymi i odpowiedzialnymi, a także radzącymi sobie z przeciwnościami losu.

Biorąc pod uwagę powyższe, można stwierdzić, że w celu wspierania osób niepełnosprawnych i ich otoczenia, a także skutecznego wpływania na ich jakość życia, należy najpierw poznać ich potrzeby i oczekiwania. Wspieranie osób z niepełnosprawnością powinno polegać na uruchamianiu za pomocą odpowiednich środków czynności zastępczych. Ważna jest również wielopłaszczyznowość pomocy, która opierać się będzie nie tylko na wsparciu samej osoby niepełnosprawnej, ale także jej otoczenia, rodziny itd. Takie podejście pozwoli na dobór odpowiedniej formy wsparcia i będzie miało wpływ na podniesienie jakości życia.

Wsparcie udzielane osobie niepełnosprawnej ma głównie na celu zmobilizowanie jej do aktywnego rozwiązywania własnych problemów. W takim przypadku narzędziem ułatwiającym realizację powyższego założenia są projekty współfinansowane z EFS.

Należy zaznaczyć, że osoby niepełnosprawne mają do dyspozycji sieć różnego typu instytucji, które zostały powołane do tego, aby takim osobom świadczyć pomoc w różnych dziedzinach i sferach życia. Sprawne funkcjonowanie tych instytucji ma duże znaczenie dla poczucia jakości życia osób niepełnosprawnych i ich otoczenia.

Idea, która przyświeca projektom współfinansowanym z EFS w obszarze zwłaszcza wykluczenia społecznego, to m.in. zasada równości szans i niedyskryminacji, w tym

²⁸ A. Firkowska-Mankiewicz, *Jakość życia osób niepełnosprawnych intelektualnie – prezentacja QOL Kwestionariusza Jakości Życia*, „Sztuka Leczenia” 1999, Nr 5(3), s. 15-21.

²⁹ B. Sidor, *Psychospołeczne aspekty funkcjonowania młodzieży mającej rodzeństwo z niepełnosprawnością umysłową*, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2005, s. 3-18.

dostępności dla osób z niepełnosprawnościami, a także zasada równości szans kobiet i mężczyzn.

Jednym z celów określonych w Strategii Europa 2020 jest osiągnięcie przez Unię Europejską wskaźnika zatrudnienia dla osób w wieku 20-64 lata (obydwu płci) na poziomie 75%³⁰. Związany z tym celem krajowym dla Polski jest osiągnięcie stopy zatrudnienia na poziomie 71%.

Zgodnie z zasadami przyświecającymi Europejskiemu Funduszowi Społecznemu wszystkie produkty projektów realizowanych ze środków EFS powinny być dostępne dla wszystkich osób, w tym również dostosowane do zidentyfikowanych potrzeb osób niepełnosprawnych.

Agenda działań na rzecz równości i niedyskryminacji w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 kładzie nacisk na niżej wymienione obszary dyskryminacji³¹:

- płeć,
- orientacja seksualna,
- rasa lub pochodzenie etniczne,
- wiek,
- religia lub światopogląd,
- niepełnosprawność.

W świetle wymienionej agendy za główne przyczyny trudnej sytuacji osób z niepełnosprawnościami uznaje się m.in.:

- problemy ze zdobyciem pracy i utrzymaniem zatrudnienia;
- izolację społeczną;
- negatywne postrzeganie osób z niepełnosprawnościami przez przedstawicieli instytucji publicznych, przedsiębiorców;
- stereotypy i uprzedzenia związane z postrzeganiem tych osób;
- brak przygotowania pracodawców funkcjonujących na otwartym rynku pracy do zatrudniania osób niepełnosprawnych.

Wszystkie nowe produkty projektów, które finansowane są ze środków polityki spójności, muszą być zgodne z tzw. koncepcją uniwersalnego projektowania.

W projektach dedykowanych osobom niepełnosprawnym wydatki na zapewnienie w projekcie udziału uczestników z niepełnosprawnościami co do zasady są z góry uwzględnione we wniosku o dofinansowanie projektu.

³⁰ https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/framework/europe-2020-strategy_pl [dostęp 23.05.2019].

³¹ Materiały szkoleniowe Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie, *Zasada równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasada równości szans kobiet i mężczyzn w realizacji projektów współfinansowanych ze środków EFS*, Szczecin, 14.06.2018, s. 9.

W celu zapewnienia możliwości pełnego uczestnictwa osób z niepełnosprawnościami, w przypadku projektów ogólnodostępnych należy zastosować mechanizm racjonalnych usprawnień.

Odnosząc powyższe do projektów realizowanych ze środków EFS, EFRR i FS, oznacza to możliwość finansowania specyficznych usług dostosowawczych lub oddziaływania na szeroko pojętą infrastrukturę, nieprzewidzianych z góry we wniosku o dofinansowanie projektu, lecz uruchamianych wraz z pojawieniem się w projekcie (w charakterze uczestnika lub personelu) osoby z niepełnosprawnością³².

Przygotowując się do realizacji projektów współfinansowanych z EFS, należy przeprowadzić szczegółową analizę potrzeb grupy docelowej, do której ma być skierowany projekt.

Wnikliwe zbadanie danych ilościowych i jakościowych pozwoli również na zaplanowanie zindywidualizowanego wsparcia, które pozwoli osobom z niepełnosprawnościami na przewyciężenie sytuacji kryzysowych. Na gruncie praktyki realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej szczegółową analizę należy przeprowadzić zwłaszcza w przypadku tych projektów, które dedykowane są osobom z różnego typu niepełnosprawnościami. W takiej sytuacji projektodawca powinien poznać odpowiedzi na następujące pytania³³:

- Jakiej liczby osób niepełnosprawnych dotyczy problem, który ma zostać rozwiązany/złagodzony w wyniku realizacji projektu?
- Jaka jest struktura tej grupy docelowej pod względem rodzaju niepełnosprawności, wieku, wykształcenia itp.?
- Na jakim obszarze zamieszkują osoby, do których ma zostać skierowany projekt, i ile z nich potrzebować będzie dodatkowego wsparcia, np. w formie transportu na miejscu realizacji projektu?
- Jakie są główne problemy, na które napotykają osoby niepełnosprawne w życiu społeczno-zawodowym?
- Czy wskazane osoby korzystały już wcześniej z podobnych form wsparcia i czy było ono skuteczne i w jakim stopniu?
- Jakie bariery utrudniają/uniemożliwiają osobom z niepełnosprawnościami przewyciężenie sytuacji problemowej?
- Jakie są główne potrzeby osób niepełnosprawnych i ich otoczenia w związku z zaistniałą sytuacją kryzysową/problemową?

³² *Ibidem*, s. 102.

³³ *Realizacja zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnościami. Poradnik dla realizatorów projektów i instytucji systemu wdrażania funduszy europejskich 2014-2020*, Ministerstwo Rozwoju, Warszawa 2015, s. 21.

- Które ze wskazanych potrzeb należy zaspokoić w pierwszej kolejności, aby umożliwić osobom z niepełnosprawnościami udział w projekcie i osiągnięcie z niego satysfakcji?

Biorąc pod uwagę powyższe, jako dobry przykład w obszarze włączenia społecznego, a zwłaszcza w zakresie wyrównywania szans osób z niepełnosprawnościami, można wymienić projekt partnerski, który zrealizowany został przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i Fundację Aktywizacja – „Wsparcie środowiska osób niepełnosprawnych z terenów wiejskich i małomiasteczkowych”.

Celem głównym projektu było udzielenie pomocy 2 tys. osób niepełnosprawnych z obszarów wsi i małych miast na terenie całego kraju w wyjściu z sytuacji zagrożenia wykluczeniem społecznym poprzez podniesienie ich kompetencji i kwalifikacji, wyposażenie w umiejętności poruszania się po rynku pracy i zmobilizowanie do aktywnego poszukiwania zatrudnienia, jak również wsparcie 1000 osób z otoczenia beneficjentów³⁴.

Realizacja projektu poprzedzona została wnikliwą analizą potrzeb grupy docelowej. W jej efekcie zauważono, że dla wielu jego potencjalnych uczestników pierwszym krokiem na drodze do aktywizacji zawodowej powinna być aktywizacja i integracja społeczna.

Takie wyniki analizy potrzeb potencjalnych uczestników projektu pozwoliły na realizację działań, w ramach których znalazły się m.in. następujące formy wsparcia³⁵:

- Integracyjne Wyjazdowe Warsztaty Aktywizacji Społeczno-Zawodowej;
- warsztaty umiejętności społecznych;
- opieka mentorów.

Integracyjne Wyjazdowe Warsztaty Aktywizacji Społeczno-Zawodowej miały za zadanie wzmocnienie umiejętności interpersonalnych i społecznych osób z niepełnosprawnościami. Warsztaty umiejętności społecznych ukierunkowane były na wyposażenie uczestników w tzw. kompetencje/umiejętności miękkie. Natomiast celem opieki mentorów było wspieranie uczestników w rozwiązywaniu problemów utrudniających im podejmowanie aktywności społecznej i zawodowej.

Tak kompleksowe i rozbudowane wsparcie, które skoncentrowane zostało na aktywizacji społeczno-zawodowej wskazanej grupy docelowej, zapewniło skuteczność podjętych w ramach projektu działań i w efekcie podjęcie zatrudnienia przez 496 osób z niepełnosprawnościami.

Kolejnym dobrym przykładem projektu skierowanego do osób niepełnosprawnych i współfinansowanego z EFS był projekt zrealizowany przez Fundację Aktywizacja³⁶.

³⁴ *Ibidem*, s. 41.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ <https://www.aktywizacja.org.pl/> [dostęp 23.05.2019].

Projekt ten dotyczył organizacji kursu obsługi komputera i Internetu zarówno dla osób niepełnosprawnych, jak i pełnosprawnych z terenu województwa opolskiego.

Warto podkreślić, że wiele osób z niepełnosprawnościami ma trudności w obsłudze komputera i Internetu. Dlatego podczas kursu używano też specjalnego sprzętu komputerowego dla osób z niepełnosprawnościami, np. klawiatury z dużymi klawiszami³⁷.

W katalogu dobrych przykładów należy również wskazać Akademicki Klub Integracji Społecznej (AKIS). Był to projekt realizowany przez Uniwersytet Zielonogórski w latach 2011-2013, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego – Priorytet VII oraz dotacji celowej budżetu państwa³⁸.

Działania, które zostały podjęte w ramach tego Priorytetu, to przede wszystkim ułatwienie dostępu do rynku pracy osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym oraz rozwijanie instytucji ekonomii społecznej jako skutecznej formy integracji społeczno-zawodowej.

W ramach przedmiotowego projektu zastosowano tu instrumenty aktywnej integracji, których zadaniem było przywrócenie osób wykluczonych na rynek pracy oraz ich integrację ze społeczeństwem. Jako kluczowy element projektu uznano tworzenie warunków sprzyjających rozwojowi adaptacyjnych form zatrudnienia, w tym w sektorze ekonomii społecznej.

Osoby niepełnosprawne mogą również uzyskać wsparcie w ramach projektu pn. „Nowe lepsze życie”³⁹, który realizowany jest w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 7: Włączenie społeczne, Działanie 7.1. Aktywna integracja, Poddziałanie 7.1.2. Aktywna integracja – projekty konkursowe.

Realizatorem projektu jest Fundacja im. Królowej Polski św. Jadwigi w Puszczykowie.

Celem głównym projektu jest integracja społeczna i zawodowa 200 osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym osób niepełnosprawnych, które zamieszkują na obszarze Wielkopolski, poprzez wykorzystanie różnorodnych metod aktywizujących, prowadzących do zdobycia nowych kwalifikacji zawodowych i społecznych oraz podjęcie zatrudnienia⁴⁰.

Grupą docelową projektu jest 200 osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, biernych zawodowo, w wieku aktywności zawodowej (18-64 lat) z terenu województwa wielkopolskiego.

³⁷ *Realizacja zasady równości...*, s. 181.

³⁸ <https://www.uz.zgora.pl/index.php?projekty-unijne> [dostęp 23.05.2019].

³⁹ <http://www.jadwiga.org/aktualne-projekty/nowe-lepsze-%C5%BCycie> [dostęp 23.05.2019].

⁴⁰ *Ibidem*.

Do działań przewidzianych w ramach projektu zaliczono: identyfikację potrzeb społeczno-zawodowych uczestników – przygotowanie diagnozy społecznej i zawodowej (IPD), kursy podnoszące kwalifikacje zawodowe, staże zawodowe, usługi pośrednictwa pracy oraz wzmocnienie kompetencji społeczno-zawodowych poprzez Kurs Umiejętności Społecznych, Samopomocowe Grupy Wsparcia i Kurs Aktywnego Poszukiwania Pracy.

Kolejnym ciekawym projektem, który zrealizowany został przez powiat kępiński/ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kępnie w partnerstwie z gminą Kępno/Miejsko-Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Kępnie, gminą Trzcinica/ Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Trzcinicy i Fundacją AKME był projekt pn. „W rodzinie siła”, realizowany w okresie od 1.01.2017 do 31.12.2018 roku⁴¹.

Celem głównym projektu była poprawa dostępu do usług społecznych dla 219 osób z terenu powiatu kępińskiego, które zagrożone są ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (z powodu niepełnosprawności albo wychowywania się w rodzinie zastępczej lub rodzinie z problemami opiekuńczo-wychowawczymi).

Realizacja celu głównego była możliwa poprzez realizację następujących celów szczegółowych:

- zindywidualizowanego wsparcia 92 osób, ukierunkowanego na działania mające na celu złagodzenie skutków wykluczenia społecznego spowodowanego stanem zdrowia,
- zindywidualizowanego wsparcia ukierunkowanego na 60 dzieci z rodzin zastępczych poprzez optymalizację działań wsparcia rodziny zastępczej,
- zindywidualizowanego wsparcia 33 osób z rodzin biologicznych borykających się z problemami opiekuńczo-wychowawczymi, mającego za zadanie wsparcie rodziny dysfunkcyjnej w takim zakresie, aby dzieci nie trafiły do zastępczych form opieki rodzicielskiej.

Działania, które skierowane zostały do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, obejmowały m.in.:

- szkolenia;
- usługi poradnictwa zawodowego;
- terapię;
- indywidualne wsparcie: opiekunowie, asystenci, pracownicy socjalni, animatorzy pracy, streetworkerzy.

W zakresie wsparcia osób niepełnosprawnych celem projektu „W rodzinie siła” była poprawa dostępu do usług społecznych dla 40 osób niepełnosprawnych z terenu powiatu kępińskiego.

⁴¹ <http://www.pcpnr.kepno.pl/projekt-w-rodzinie-sila-,134,,5.html> [dostęp 23.05.2019].

PCPR w Kępnie realizował wcześniej różne przedsięwzięcia skierowane do osób niepełnosprawnych.

Na podstawie wcześniejszych działań, a także zgłaszanych przez osoby niepełnosprawne potrzeb (rozmowy telefoniczne i osobiste z pracownikami Centrum) nowy projekt został dopasowany do aktualnych potrzeb ww. osób, korzystając ze sprawdzonych wcześniej rozwiązań, jak i dodając nowe formy wsparcia.

Dzięki zaangażowaniu w różne formy wsparcia opiekunów osób niepełnosprawnych, zaistniała możliwość realnego wpływu na poszerzanie wiedzy społeczeństwa na temat potrzeb osób z niepełnosprawnościami i przekształcenia panujących w społeczeństwie szkodliwych stereotypów.

Dostęp do podjętych działań był łatwy, powszechny i bez barier. Potwierdzeniem tego było m.in. zorganizowanie osobom niepełnosprawnym dojazdu na grupy wsparcia. Dodatkowo pomieszczenie, w którym odbywały się grupy wsparcia, zostało w pełni dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Również inne działania odbywające się poza Centrum (konsultacje dietetyczne, prawnicze, warsztaty aktywnej rehabilitacji wspomagającej osoby niepełnosprawne, zajęcia na basenie, spotkania i wyjazdy integracyjne) były dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Dodatkowym atutem był fakt, że uczestnicy, którzy potrzebowali wsparcia wybranego przez siebie opiekuna, mieli taką możliwość. Warto zaznaczyć, że również opiekun nie ponosił kosztów finansowych z tytułu współuczestnictwa w projekcie.

Realizacja projektu poprzedzona była diagnozą potrzeb, w którą zaangażowane były zarówno osoby niepełnosprawne, jak i ich otoczenie.

Diagnoza potrzeb zawierała takie działania jak:

- rozmowy telefoniczne i osobiste z potencjalnymi uczestnikami projektu (osoby niepełnosprawne i członkowie ich rodzin);
- kontakty z organizacjami pozarządowymi i różnymi instytucjami działającymi na rzecz osób niepełnosprawnych;
- konsultacje ze specjalistami, którzy na co dzień pracują z osobami niepełnosprawnymi (lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci).

Atutem podjętych działań było również opracowanie przez pracownika socjalnego zindywidualizowanej ścieżki reintegracji, ściśle dopasowanej do potrzeb każdego uczestnika.

Projekt „W rodzinie siła” miał widoczny, pozytywny wpływ na zmianę postawy społeczności lokalnej wobec osób niepełnosprawnych, postrzegania ich potrzeb i możliwości ich wspierania. Wnioski te zostały wysunięte na podstawie wypowiedzi zarówno uczestników, jak i ich otoczenia na temat projektu.

Do PCPR w Kępnie zgłaszały się osobiście, jak i kontaktowały telefonicznie osoby, które mówiły, że działania projektowe wpłynęły na ich relacje z osobami niepełnosprawnymi. Podkreślały m.in. to, że osoby niepełnosprawne stały się bardziej otwarte, chętniej nawiązują relacje, z większą pewnością mówią o swoich potrzebach, mają w sobie więcej radości z życia, zawarły nowe znajomości, które podtrzymują, i mają więcej energii do działań.

Niejednokrotnie spotkano się również z opiniami, że otoczenie osoby niepełnosprawnej zaczęło inaczej o niej myśleć, mniej stereotypowo, a bardziej indywidualnie, z uwzględnieniem jej uczuć i potrzeb. Również osoby prowadzące różnego typu formy wsparcia dla uczestników projektu zauważyły w nich pozytywne zmiany, np. większą otwartość i lepszą komunikatywność.

Podsumowując zaprezentowane przykłady projektów, można stwierdzić, że obecnie osoby zagrożone wykluczeniem społecznym starają się być aktywne zarówno na rynku pracy, jak i w życiu społecznym. Mając na uwadze współczesne możliwości, osoby te mają coraz większe szanse rozwoju i normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Dzięki odpowiedniemu wsparciu i pomocy ukierunkowanej na rozwiązywanie indywidualnych problemów i potrzeb osób z niepełnosprawnościami możemy przyczynić się do ich lepszego funkcjonowania na wielu płaszczyznach życia.

Wnioski

Biorąc pod uwagę przeprowadzoną analizę projektów współfinansowanych z EFS i ich wpływ na jakość życia osób niepełnosprawnych, można stwierdzić, że cechują się one wysokim stopniem efektywności. Zaplanowane w ramach projektów działania dopasowane są do potrzeb osób niepełnosprawnych i ich otoczenia i rozwiązują zdiagnozowane przez projektodawców problemy.

Uwzględniając analizę jakości życia osób niepełnosprawnych i prowadzonych w tym obszarze badań, realizacja projektów współfinansowanych z EFS jest konieczna i potrzebna w zakresie wspierania ww. osób.

Na gruncie badań własnych i doświadczenia we współpracy z osobami niepełnosprawnymi objętymi wsparciem projektu współfinansowanego z EFS zauważalna jest zmiana ich postaw i zachowań, a także postrzegania osób niepełnosprawnych przez społeczeństwo.

W ramach realizowanego projektu „W rodzinie siła”, którego liderem był PCPR w Kępnie, przeprowadzona została ewaluacja i monitoring uczestników po zakończeniu uczestnictwa w projekcie. W świetle przeprowadzonych badań ankietowych oraz

diagnozy psychologicznej przed i po zakończonym projekcie odnotowano znaczące zmiany wśród osób niepełnosprawnych objętych wsparciem projektowym.

Wszystkie z 40 badanych osób wskazały, że w związku z uzyskanym wsparciem podniosły swoje kompetencje i nabyły nowe umiejętności społeczno-zawodowe.

Psycholog projektu również odnotował zmiany postaw i poczucia jakości życia wśród uczestników projektu. Z grupy badanych 40 osób 90% z nich wyraźnie podniosło poczucie własnej wartości, zaakceptowało swoją niepełnosprawność, odczuło poprawę jakości życia i nabyło nowe umiejętności.

Jak pokreślono na wstępie artykułu, zagadnienie jakości życia osób niepełnosprawnych należy do obszaru, który wymaga dalszego zgłębiania. Ponadto należy zaznaczyć, że nie ma jednego pojęcia niepełnosprawności. Jest ono złożone i wielowymiarowe.

W badaniach społecznych dotyczących osób z niepełnosprawnościami na uwagę zasługują zależności pomiędzy jakością życia a relacjami społecznymi i możliwościami korzystania z dóbr powszechnie dostępnych, w tym zatrudnienia.

Przytoczone w treści artykułu przykłady dotyczące badań nad jakością życia osób niepełnosprawnych, jak i przykłady projektów współfinansowanych z EFS wskazują na to, że uwarunkowania jakości życia osób niepełnosprawnych są specyficzne i często zależą od relacji interpersonalnych i relacji z otoczeniem.

Projekty współfinansowane z EFS, które skierowane są do osób niepełnosprawnych, mają za zadanie nie tylko wyposażyć te osoby w umiejętności zawodowe, ale także podnieść poczucie ich własnej wartości, wzmocnić ich kompetencje psychospołeczne i radzenie sobie w trudnych sytuacjach życiowych. Dodatkowym atutem takich projektów jest również objęcie wsparciem otoczenia osób niepełnosprawnych. Dzięki takiemu kompleksowemu podejściu osoby z niepełnosprawnościami są postrzegane mniej stereotypowo i traktowane są na równi z osobami pełnosprawnymi.

Takie działania pozwalają na poprawę jakości życia tych osób i ich najbliższych. Akceptacja tych osób ze strony społeczeństwa jest dla nich bodźcem do dalszego rozwoju i przełamywania barier.

Wskazywane często przez respondentów badań nad jakością życia osób niepełnosprawnych poczucie odrzucenia przez środowisko, w którym funkcjonują, skutkuje m.in. brakiem satysfakcji z życia i niską samooceną, co przekłada się na niską jakość ich życia.

Rozwiązaniem tego problemu mogą być zatem projekty współfinansowane z EFS, których zadaniem jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznego, a poprzez to wpływanie na poprawę jakości życia osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, w tym osób niepełnosprawnych.

Poprzez odpowiedni system wsparcia i pomocy ukierunkowanej na rozwiązywanie indywidualnych problemów i potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w tym

efektywnie wykorzystanie programów aktywizujących, możemy przyczynić się do ich lepszego funkcjonowania na wielu płaszczyznach życia.

Bibliografia

Literatura

- Borowiecki P., *Jakość życia osób z niepełnosprawnością i ich rodzin w perspektywie zewnętrznej i wewnętrznej – przegląd wybranych badań*, „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania” 2016, nr 3(20).
- Convers P.E., Rodgers W., *Measures of the Perceived Overall Quality of Life*, „Social Indicators” 1975, no. 2.
- Davis L.E., Cherns A.B. (eds.), *The quality of working life*, Vol. 1. *Problems, prospects, and the states of the art*, Free Press, New York 1975.
- Denzin N.K., Lincoln Y.S., *Wprowadzenie. Dziedzina i praktyka badań jakościowych*, [w:] N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (eds.), *Metody badań jakościowych*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2009.
- Firkowska-Mankiewicz A., *Jakość życia osób niepełnosprawnych intelektualnie – prezentacja QOL Kwestionariusza Jakości Życia*, „Sztuka Leczenia” 1999, Nr 5(3).
- Materiały szkoleniowe Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie, *Zasada równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasada równości szans kobiet i mężczyzn w realizacji projektów współfinansowanych ze środków EFS*, Szczecin, 14.06.2018 r.
- Osoba niepełnosprawna aktywnym uczestnikiem życia społecznego i zawodowego*, Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Rzeszowie, Rzeszów 2014.
- Palak Z., Lewicka A., Bujanowska A., *Jakość życia a niepełnosprawność*, UMCS, Lublin 2006.
- Parchomiuk M., *Rodzice dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym wobec sytuacji trudnych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2007.
- Pierwsza Dekada Europejskiego Funduszu Społecznego w Polsce. Efekty Wdrażania EFS w latach 2004–2014*, Ministerstwo Infrastruktury i Rozwoju, Departament Europejskiego Funduszu Społecznego, Warszawa 2015.
- Raport GUS 2016, Warszawa 2017.
- Realizacja zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami. Poradnik dla realizatorów projektów i instytucji systemu wdrażania funduszy europejskich 2014-2020*, Ministerstwo Rozwoju, Warszawa 2015.
- Sidor B., *Psychospołeczne aspekty funkcjonowania młodzieży mającej rodzeństwo z niepełnosprawnością umysłową*, Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego, Lublin 2005.
- Straś-Romanowska M., Frąckowiak T., *Personalistyczno-egzystencjalna koncepcja poczucia jakości życia a doświadczanie niepełnosprawności*, [w:] M. Flanczewska-Wolny (red.), *Jakość życia w niepełnosprawności – mity a rzeczywistość*, Kolegium Nauczycielskie-Oficina Wydawnicza „Impuls”, Gliwice-Kraków 2007.
- Urbaniak W., *Aktywność zawodowa osób z niepełnosprawnością w wymiarach ich jakości życia w świetle badań*, „Problemy Profesjologii” 2018, Nr 1.

Zabłocki K.J., ks. Woźniak W., *Jakość życia osób z niepełnosprawnościami*, „Łódzkie Studia Teologiczne” 2013, Nr 22.

Źródła internetowe

<http://www.jadwiga.org/aktualne-projekty/nowe-lepsze-%C5%BCycie> [dostęp 23.05.2019]

<http://www.niepelnosprawni.gov.pl/p,80,rynek-pracy> [dostęp 21.05.2019]

<http://www.pcpr.kepno.pl/projekt-w-rodzinie-sila-,134,,5.html> [dostęp 23.05.2019]

<http://www.unic.un.org.pl/niepelnosprawnos/definicja.php> [dostęp: 21.05.2019]

https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester/framework/europe-2020-strategy_pl [dostęp 23.05.2019]

<https://www.pfron.org.pl> [dostęp 22.05.2019]

<https://www.pfron.org.pl/osoby-niepelnosprawne/> [dostęp 21.05.2019]

Rola organizacji pozarządowych w poprawie jakości życia osób z niepełnosprawnością wzrokową

Role of non-governmental organizations in improving quality of life of persons with visual disability

Andrey Tikhonov

Uniwersytet Wrocławski

Wydział Nauk Społecznych

ORCID: [0000-0001-9391-1003](https://orcid.org/0000-0001-9391-1003)

Streszczenie

Rzeczywistość jest konstruowana w oparciu o założenie, że jest owa rzeczywistość doświadczana, postrzegana, używana, oceniana oraz modyfikowana przez ludzi widzących. Dlatego zaburzenia istotnego dla człowieka kanału sensorycznego, którym jest wzrok, mogą powodować obniżenie jakości życia. Na całym świecie organizacje pozarządowe działające na rzecz osób z niepełnosprawnością wzrokową odgrywają ważną rolę w poprawie jakości ich egzystencji. Poprzez różnorodne działania polskie organizacje pozarządowe realizują założenia Konwencji ONZ o prawach osób z niepełnosprawnościami i tworzą warunki do samodzielnego i godnego życia osób niemających możliwości postrzegania świata za pomocą zmysłu wzroku.

Słowa kluczowe

niepełnosprawność wzrokowa, jakość życia, organizacje pozarządowe

Abstract

Human reality is constructed on the assumption that it is experienced, perceived, used, evaluated and modified by sighted people. Sensory channel which is based on the sense of sight has a significant meaning for a person. Therefore, vision impairments can jeopardize quality of life. In the whole world non-governmental organizations play an important role in Improving Quality of Life of people who have visual disability. Polish non-governmental organizations run different activities to implement the UN Convention on the Right of Persons with Disabilities. They also create conditions for independent life of blind and low-vision people.

Keywords

visual disability, quality of life, non-governmental organizations

JEL: I31, I180, J140, L310

Wprowadzenie

Głównym celem niniejszego artykułu jest przedstawienie działalności wybranych polskich organizacji pozarządowych realizujących założenia Konwencji o prawach osób z niepełnosprawnościami w celu poprawy jakości życia ludzi niewidomych i słabowidzących. Artykuł również zawiera zarys międzynarodowego kontekstu działalności organizacji pozarządowych i jej znaczenia w procesie tworzenia warunków do godnego i niezależnego życia osób z niepełnosprawnościami.

Profesor wydziału klinicznej neurologii Uniwersytetu Oksfordzkiego Derick Wade stwierdził: „wszyscy wiemy, czym jest jakość życia, ale nikt nie potrafi jej zdefiniować”¹. Jedną z pierwszych definicji jakości życia została sformułowana przez badaczy Dalkey’a i Rourke’a. Według tej definicji na jakość życia składają się satysfakcja z życia i poczucie szczęścia². Campbell z kolei wskazywał, że jakość życia ściśle wiąże się ze stopniem zaspokojenia w określonych z góry dziedzinach życia: małżeństwo, życie rodzinne, zdrowie, sąsiedzi, znajomi, zajęcia domowe, praca zawodowa, życie w danym kraju, miejsce zamieszkania, czas wolny, warunki mieszkaniowe, wykształcenie i standard życia³. Późniejsze definicje jakości życia mają tendencję do szerszego traktowania tego pojęcia. Przykładem może służyć definicja George’a Torrance’a, kanadyjskiego profesora klinicznej epidemiologii i biostatystyki, według którego jakość życia jako szerokie pojęcie powinna ujmować wszystkie aspekty egzystencji jednostki⁴.

Z uwagi na fakt, że jakość życia jest pojęciem interdyscyplinarnym, badania jakości życia prowadzi się, uwzględniając różnorodne aspekty funkcjonowania człowieka: warunki ekonomiczne, społeczne, polityczne, medyczne, psychiczne *etc.*⁵W celu przeprowadzenia pomiaru jakości życia ocenie i analizie podlegają źródła dochodu, zatrudnienie, ogólny stan zdrowia, sprawność fizyczna, dostęp do instytucji opieki zdrowotnej, edukacji, kultury, szczęście rodzinne, poczucie przynależności społecznej oraz dobrostan czynnościowy i emocjonalny.

W perspektywie historycznej niepełnosprawność fenomenologicznie była traktowana zgodnie z przyjętymi na konkretnym odcinku rozwoju cywilizacyjnym modelami zachowania społecznego i trendami intelektualno-naukowymi, jak np. w starożytnej kulturze greckiej, w której istniało przyzwolenie dla zabijania dzieci z dostrzegalnymi

¹ D. Wade, *Measurement in Neurologic Rehabilitation*, t. 7, Oxford University Press, Inc., New York 1996.

² N.C. Dalkey, D.L. Rourke, *The Delphi Procedure and Rating Quality of Life Factors*, University of California Press, California 1972.

³ A. Campbell, *Subjective measures of well-being*, „American Psychologist” 1976, no. 31, s. 117-124.

⁴ G.W. Torrance, *Utility approach to measuring health-related quality of life*, „Journal of Chronic Diseases” 1987, no.4, s.6-11.

⁵ A. Tikhonov, *Jakość życia osób z dysfunkcją wzroku*, [w:] E. Mazurek (red.), *Paradygmaty badawcze jakości życia w ekonomii, zarządzaniu i psychologii*, Uniwersytet Ekonomiczny, Wrocław 2017.

wadami ciała⁶. Tradycyjnie ułomność była przedmiotem kpin, a jednocześnie budziła lęk i litość⁷. XX wiek budzi zainteresowania wśród badaczy nie tylko dlatego, że ludzkość stanęła w obliczu sekwencji klęsk cywilizacyjnych, nieudanych eksperymentów społecznych (m.in. przymusowa sterylizacja, program eksterminacji osób z niepełnosprawnościami w hitlerowskich Niemczech⁸), a znalezione *equilibrium* ekonomiczno-polityczne głoszone przez np. Hannah Arendt, Zbigniewa Brzezińskiego, Francisa Fukuyamę i Samuela Huntingtona okazało się pozorne. W takiej dziedzinie jak *disability studies* druga połowa XX wieku jest znamienna, albowiem nowe podejścia opierające się na koncepcji praw człowieka i postęp w zakresie nauk ścisłych stworzyły zupełnie inne warunki do podniesienia jakości życia osób z niepełnosprawnościami. W tych zmianach zdaje się kluczową rolę odegrał (i nadal ma znaczenie) ruch o charakterze międzynarodowym zapoczątkowany przez same osoby z niepełnosprawnościami⁹, którego głównym celem było podważenie głęboko zakorzonego medycznego dyskursu i postrzeganie niepełnosprawności jako tragedii jednostki¹⁰.

Zmysł wzroku a jakość życia

Jak już wspomniano, jakość życia jest pojęciem wielopłaszczyznowym, a badania w tym zakresie powinny uwzględniać zarówno subiektywną satysfakcję jednostki ludzkiej z funkcjonowania w różnych wymiarach rzeczywistości, jak i konkretne wskaźniki. Jako czynniki bezpośrednio wpływające na jakość życia badacze wskazują nie tylko zdrowie fizyczne, stan psychiczny, relacje z innymi ludźmi oraz środowisko, w jakim żyje dana osoba, ale także stopień niezależności¹¹. Niezależność osoby pozbawionej możliwości postrzegania świata za pomocą zmysłu wzroku jest stopniowalna, a stopień jej bezpośrednio koreluje się z posiadanymi przez taką osobą umiejętnościami samodzielnego życia (*independent living skills*). W tym wypadku niezależność można

⁶ C. Barnes, G. Mercer, *Niepełnosprawność*, tłum. P. Morawski, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008, s. 31.

⁷ J. Ryan, F. Thomas, *The Politics of Mental Handicap*, Penguin, Harmondsworth 1980; D. Thomas, *The Experience of Handicap*, Methuen, London 1982; C. Barnes, *A legacy of oppression: a history of disability in Western culture*, [w:] L. Barton, M. Oliver (eds.), *Disability Studies: Past, Present and Future*, Disability Press, Leeds 1997.

⁸ M. Burleigh, *Death and Deliverance: „Euthanasia” in Germany 1900-1945*, Cambridge University Press, Cambridge 1994.

⁹ D. Driedger, *The Last Civil Rights: Disabled People's International*, Hurst and Company, London 1989.

¹⁰ T. Blackmore, S. Hodgkins, *Discourses of Disabled Peoples' Organisations: Foucault, Bourdieu and Future Perspectives*, [w:] D. Goodley, B. Hughes, L. Davis (eds.), *Disability and Social Theory. New Developments and Directions*, Palgrave Macmillan, London 2012, s. 71.

¹¹ S. Saxena S., J. Orley, *Quality of life assesment. The World Health Organization perspective*, „European Psychiatry” 1997, no. 12, supp. 3, s. 263-266.

zdefiniować jako proces dynamiczny, stopień jej zmienia się bowiem względem wieku, stanu psychosomatycznego, dostępu do rehabilitacji, edukacji, informacji, kultury *etc.*

Zaburzenia istotnego kanału sensorycznego, którym jest zmysł wzroku, mogą być przyczyną obniżenia jakości życia człowieka. W swej pracy *SightUnseen* amerykańska badaczka niepełnosprawności Georgina Kleege poddaje analizie pojęcia: *blind*, *sight*, *vision*, biorąc pod uwagę utrwalone językowe i kulturowe schematy¹². Brak sposobności widzenia (*blindness*) w świadomości ludzkiej wiąże się z ciemnością, zależnością, wykluczeniem, bezradnością, potrzebą pomocy, śmiercią, niemożnością zrozumienia czegoś i doświadczenia¹³. Osoba niewidoma to osoba żebrząca na stacji metra, a gdy osiąga sukcesy, jest postrzegana jako wyjątek¹⁴. W celu eliminowania stereotypów myślenia i dążąc do niezależnego oraz godnego życia, w pierwszej połowie XX wieku osoby z dysfunkcjami wzroku uzewnętrzniły swoje pragnienia w protestach i postulatach politycznych. Przykładem może służyć strajk niewidomych pracowników, który odbył się 28 lutego 1939 roku w Derry, w Irlandii Północnej, pod hasłem „nie widzimy, ale widzimy istotne rzeczy”¹⁵.

Nie ma potrzeby poszybowania w krainę metafizycznego teoretyzowania, by znaleźć odpowiedź na pytanie, czemu niepełnosprawność wzrokowa „kryje w sobie poważne i potężne zagrożenie jakości życia”¹⁶. Rzeczywistość nas otaczająca, modele funkcjonowania, role społeczne oraz oczekiwania społeczne są konstruowane w oparciu o założenie, iż jednostka ludzka ma możliwość postrzegania świata za pomocą zmysłu wzroku. W erze późnej nowoczesności i globalizacji rozumianej jako wyraz fundamentalnych aspektów rozsuwania czasu i przestrzeni¹⁷, w dobie ponowoczesności charakteryzującej się malejącym znaczeniem legitymizacji politycznej, ideologii i dominującej kultury oraz poszukiwaniem przyjemności z konsumpcji¹⁸ osoba niewidoma może czuć się jeszcze bardziej zagubiona i wyalienowana. Z jednej strony, nader ważnym osiągnięciem cywilizacyjnym jest to, że osoba niewidoma może korzystać z wielorakich rozwiązań instytucjonalnych, technicznych i medycznych mających na celu przywrócenie jej sprawności. Jednak z drugiej strony, należy pamiętać, że trudności, z którymi zmuszona jest borykać się osoba pozbawiona możliwości postrzegania świata za pomocą zmysłu wzroku, nie sposób pokonać bez kompleksowego wsparcia, czyli wsparcia

¹² G. Kleege, *Sight Unseen*, Yale University Press, New Haven-London 1999.

¹³ *Ibidem*, s. 18.

¹⁴ *Ibidem*, s. 19.

¹⁵ M. O’Cathain, *Blind, But Not to the Hard Facts of Life: The Blind Workers’ Struggle in Derry, 1928-1940*, [w:] T. Meade, D. Serlin (eds.), *Radical History Review: Disability History*, Duke University Press, Durham, NC 2006.

¹⁶ A. Tikhonov, *Jakość życia osób...*, s. 198.

¹⁷ A. Giddens, *Nowoczesność i tożsamość*, tłum. A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001, s. 31.

¹⁸ Z. Bauman, *Ponowoczesność jako źródło cierpień*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2000, s. 100.

informacyjnego, wsparcia emocjonalnego, wsparcia materialnego, wsparcia przez świadczenie usług, wsparcie w rozwoju¹⁹.

Działania organizacji pozarządowych podejmowane w celu poprawy jakości życia osób z niepełnosprawnością wzrokową

Organizacje pozarządowe (NGO) działające na rzecz osób z niepełnosprawnością wzrokową są jednym z rozwiązań instytucjonalnych, którego głównym celem jest zarówno podniesienie jakości życia, jak i tworzenie warunków do niezależnego i godnego życia osób niewidomych i słabowidzących. Termin „organizacje pozarządowe” sięga 1950 roku, kiedy określenia tego użyto na forum Organizacji Narodów Zjednoczonych²⁰. Organizacje pozarządowe to organizacje, które (1) dostarczają przydatnych (w prawnym znaczeniu) dóbr i usług, w ten sposób służąc określonym celom społecznym, (2) nie mogą dystrybuować zysków we własnym imieniu, (3) są wolontarystyczne, co oznacza, że są stworzone, utrzymywane i rozwiązywane na podstawie dobrowolnej decyzji i z inicjatywy jej członków lub zarządu oraz (4) których działanie ma charakter racjonalny i często opiera się na silnych podstawach ideologicznych²¹. Mimo że organizacje pozarządowe lub ich odpowiedniki są częścią społeczeństwa od wieków, w ostatnich dziesięcioleciach liczba NGO, ich władza i wpływy znacznie wzrosły, a działalność przyczyniła się do istotnych zmian w polityce społecznej, prawie i przepisach²². Wzrost liczby, zasięgu władzy i wpływów organizacji pozarządowych jest jednym z najważniejszych wydarzeń społecznych w ostatnich 20 latach²³.

Wielu autorów i badaczy zajmujących się zjawiskiem niepełnosprawności dostrzeżęga ruch społeczny, który zapoczątkowany przez osoby z niepełnosprawnościami przyjął perspektywę ponadnarodową²⁴, jako jedną z kluczowych przyczyn poprawy ogólnych warunków życia tej grupy społecznej. Korzenie protestu niepełnosprawnych sięgają co najmniej pierwszych dziesięcioleci XX wieku. Nisko płatna praca i złe warunki przyczyniły się do zmobilizowania niewidomych robotników z całej Wielkiej Brytanii do

¹⁹ Z. Kawczyńska-Butrym, *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1998, s. 86-90.

²⁰ A. Vakil, *Confronting the classification problem: Toward a taxonomy of NGOs*, „World Development” 1997, vol. 25, iss. 12, s. 2068.

²¹ B.A. Hudson, W. Bielefeld, *Structures of Multinational Nonprofit Organizations*, „Non-profit Management and Leadership” 1997, vol. 8, iss. 1, s. 32.

²² M. Yaziji, J. Doh, *Organizacje pozarządowe a korporacje*, tłum. M. Morel, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011, s. 25.

²³ *Ibidem*, s. 44.

²⁴ M. Oliver, *Understanding Disability: From Theory to Practise*, Macmillan, Basingstoke 1996.

marszu na Londyn w roku 1920²⁵. Podobne formy zaangażowania w działalność polityczną pojawiły się w tym czasie w Stanach Zjednoczonych²⁶. W literaturze za przełomowy moment w historii niepełnosprawności uważa się list, który Paul Hunt w 1972 roku skierował do gazety „The Guardian”²⁷, co wpłynęło na powstanie Związku Niepełnosprawnych Fizycznie Przeciwko Segregacji (Union of the Physically Impaired Against Segregation – UPIAS). Otóż manifest tej organizacji pt. *Fundamental Principles of Disability*²⁸ (1976) zawiera fundamentalne stwierdzenie – „z naszej perspektywy, to społeczeństwo upośledza osoby niepełnosprawne fizycznie”²⁹. Trudno przecenić znaczenie organizacji pozarządowych, które to odegrały ogromną rolę w rozpowszechnieniu i wdrożeniu socjopolitycznego modelu niepełnosprawności³⁰, jak również w uznaniu niepełnosprawności jako tożsamości zbiorowej osób z niepełnosprawnościami mniejszości, która od lat była kojarzona z dyskryminacją i wykluczeniem. Organizacje pozarządowe stwarzają warunki do rozwoju takich osób, przyczyniają się do poszukiwania rozwiązań systemowych, a także realizują projekty mające na celu promowanie i wspieranie inkluzji i równości³¹. Organizacje pozarządowe osób niepełnosprawnych istnieją, żeby „mobilizować, wspierać aktywność, przywracając zdolność do samodzielnego funkcjonowania w strukturach społecznych, innymi słowy, realizować założenia integracji społecznej”³².

Wszystkie problemy osób z niepełnosprawnością wzrokową rejestrowane w skali światowej są zauważane również w Polsce. Jednym z wyzwania, przed którym stoi państwo, jest realizacja polityki społecznej zaspokajającej różnorodne potrzeby osób z niepełnosprawnością wzrokową w zgodzie z międzynarodowymi standardami. Władza publiczna, tworząc i wdrażając rozwiązania prawne, nie jest w stanie w pełni uwzględnić potrzeb wszystkich przedstawicieli tego złożonego środowiska. Można zatem przyjąć, że organizacje pozarządowe stanowią źródło wiedzy eksperckiej dla instytucji państwowych, dołączają się do realizacji pewnych kierunków polityki społecznej oraz mają możliwość szybkiego reagowania na zmieniające się konteksty potrzeb osób niewidomych i słabowidzących, w ten sposób odgrywając ważną rolę w podniesieniu jakości ich życia.

²⁵ C. Barnes, G. Mercer, *op.cit.*, s. 146.

²⁶ E.K. Longmore, D. Goldberg, *The League of the Physically Handicapped and the Great Depression: a case study in the new disability history*, „Journal of American History” 2000, vol. 87,iss. 3, s. 888-922.

²⁷ D. Pfeiffer, *A Comment on the Social Model(s)*, „Disability Studies Quarterly” 2000, vol. 22,iss. 4; T. Shakespeare, *Disability Rights and Wrongs*, Routledge, London 2006, s. 14.

²⁸ UPIAS, *Fundamental Principles of Disability, Union of the Physically Impaired Against Segregation*, London 1976.

²⁹ *Ibidem*, s. 14.

³⁰ C. Barnes, G. Mercer, *op.cit.*, s. 18.

³¹ T. Blackmore, S. Hodgkins, *op.cit.*, s. 72.

³² M. Komorska, *Instytucjonalne formy wsparcia stosowane wobec niepełnosprawnych w procesie integracji społecznej*, [w:] B. Skrętowicz, M. Komorska (red.), *Osoby niepełnosprawne w społeczeństwie polskim okresu transformacji*, Wyd. UMCS Lublin 2008, s. 124.

W 2012 roku Polska ratyfikowała Konwencję ONZ o prawach osób niepełnosprawnych (KPON). KPON stanowi jeden z kluczowych dokumentów o charakterze ponadnarodowym mającym na celu tworzenie warunków do godnego życia osób z niepełnosprawnościami i podniesienia ich jakości życia. Konwencja stanowi rozbudowany dokument wskazujący konkretne działania, które jest zobowiązane przedsięwziąć państwo. Dążenie do konstruowania dostępnej i przyjaznej dla osób ze specjalnymi potrzebami rzeczywistości jest procesem niezwykle złożonym i wymagającym współpracy pomiędzy instytucjami o różnym charakterze. Dlatego na straży praw tej licznej grupy społecznej stoją nie tylko instytucje państwowe, ale również organizacje pozarządowe. Przykładami organizacji pozarządowych działających na rzecz osób z niepełnosprawnością wzrokową mogą służyć następujące instytucje:

- Polski Związek Niewidomych, powstał 17 czerwca 1951 r., posiada okręgi na terenie 16 województw i 337 kół na terenie mniejszych jednostek administracyjnych, zrzesza ok. 48 tysięcy niewidomych i słabowidzących Polek i Polaków;
- Stowarzyszenie Kultury Fizycznej, Sportu i Turystyki Niewidomych i Słabowidzących „Cross”, powstało w 1991 r.;
- Fundacja „Szansa dla Niewidomych”, ustanowiona została 10 stycznia 1992 r., posiada tyflopunkty na terenie 16 województw (z gr. *typhlos*– niewidomy, tyflopunkty to punkty konsultacyjne, których celem jest udzielanie porad dotyczących doboru sprzętu rehabilitacyjnego, uzyskania dotacji, szkoleń rehabilitacyjnych, wyboru odpowiedniej szkoły albo miejsca pracy);
- Fundacja „Instytut Rozwoju Regionalnego”, ustanowiona została 9 lipca 2003 r.;
- Fundacja „Kultura bez barier”, została ustanowiona 29 września 2004 r.;
- Fundacja Polskich Niewidomych i Słabowidzących „Trakt”, powołana 7 marca 2005 r.;
- Mazowieckie Stowarzyszenie Pracy dla Niepełnosprawnych „DE FACTO”, powstało 7 września 2006 r.;
- Fundacja na Rzecz Rozwoju Audiodeskrypcji „Katarynka”, ustanowiona została 22 stycznia 2010 r.;
- Fundacja „Siódmy Zmysł”, została założona 31 stycznia 2011 r.

Wymienione organizacje działają na terenie całego kraju. Realizują one założenia różnych artykułów Konwencji. Na przykładzie dwóch organizacji można zobaczyć, jakie działania może podejmować organizacja pozarządowa w celu poprawy jakości życia osób niewidomych i słabowidzących poprzez realizację poszczególnych założeń KPON.

Zgodnie z KPON państwo jest zobowiązane do zapewnienia dostępu do materiałów w dziedzinie kultury, do programów telewizyjnych, filmów, teatru i innego rodzaju działalności kulturalnej oraz dostępu do miejsc działalności kulturalnej lub usług z nią

związanych³³. KPON nakłada na państwo obowiązek realizacji „prawa do wolności wypowiedzenia się i wyrażania opinii, w tym wolności poszukiwania, otrzymywania i rozpowszechniania informacji i poglądów, na zasadzie równości z innymi osobami i poprzez wszelkie formy komunikacji”³⁴. Organizacje pozarządowe działające na rzecz osób niewidomych i słabowidzących poprzez realizację licznych projektów przyczyniają się do wdrażania w życie wymienionych założeń KPON.

Przykładem organizacji pozarządowej działającej na rzecz podniesienia jakości życia osób z niepełnosprawnością wzrokową poprzez ułatwiania dostępu do informacji jest Mazowieckie Stowarzyszenie Pracy dla Niepełnosprawnych „DE FACTO”. Stowarzyszenie ustanowiono w dniu 7 września 2006 roku. Głównym jego celem jest rehabilitacja zarówno społeczna, jak i zawodowa osób niepełnosprawnych (statut stowarzyszenia). W brzmieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych rehabilitacja zawodowa polega na ułatwieniu „osobie niepełnosprawnej uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego przez umożliwienie jej korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy”³⁵. Stowarzyszenie „DE FACTO” zajmuje się prowadzeniem warsztatów terapii zajęciowej, realizuje doradztwo zawodowe, współpracuje z władzami lokalnymi na rzecz aktywizacji zawodowej i zatrudniania osób niewidomych i słabowidzących. Stowarzyszenie kładzie nacisk na „pobudzenie aktywności społecznej i zawodowej osób” z niepełnosprawnością wzrokową na drodze do zatrudnienia (statut stowarzyszenia).

„Rehabilitacja społeczna ma na celu umożliwianie osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu społecznym”³⁶. Stowarzyszenie „DE FACTO” realizując cele statutowe, oferuje osobom z niepełnosprawnością wzrokową rehabilitację społeczną poprzez upowszechnianie edukacji, wiedzy, informacji, dóbr kultury i sztuki oraz zapewnianie dostępu do nowoczesnych technologii. W taki sposób stowarzyszenie przyczynia się do likwidacji barier „technicznych w komunikowaniu się i dostępie do informacji”³⁷.

Ze względu na liczbę realizowanych od 2006 roku projektów zostanie wymienionych tylko kilka, które trwają albo zostały ukończono w 2018 roku. Stowarzyszenie regularnie prowadzi Festiwal Kultury i Sztuki dla Osób Niewidomych w Płocku (w 2018 roku odbyła się 8. edycja wydarzenia). Projekt „Pomniki Historii – 100 audiodeskrypcji na 100-lecie Niepodległości”, projekt „Królowe, czyli historia Polski po kądzieni”, projekt

³³ Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych z dnia 13 grudnia 2006 r., Dz. U. z 2012 r. poz. 1169, art. 30.

³⁴ *Ibidem*, art. 21.

³⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz. U. z 1997 r. Nr 123 poz. 776., art. 8, ust. 1.

³⁶ *Ibidem*, art. 9, ust. 1.

³⁷ *Ibidem*, art. 9, ust. 2.

„Opera dostępna dla osób niewidomych”. Kluczową rolę w tych projektach odgrywa technika audiodeskrypcji, która pozwala przezwyciężyć niepełnosprawność wzrokową i doświadczyć tego, co wcześniej było poza zasięgiem percepcji. Audiodeskrypcja to technika, która dzięki dodaniu słownego opisu umożliwia osobom niewidomym przeżywanie wszelkiego rodzaju sztuki, odbiór twórczości filmowej i teatralnej, uczestniczenie w wystawach malarstwa, fotografii czy wydarzeniach sportowych³⁸. Dzięki stowarzyszeniu, we współpracy z Główną Biblioteką Pracy i Zabezpieczenia Społecznego – Dział Zbiorów dla Niewidomych utworzył Krajowy Zasób Cyfrowych Filmów z Audiodeskrypcją dla Osób Niewidomych, dzięki któremu osoby niewidome mogą oglądać film w Internecie albo zamówić z jego zasobów płytę z wybranym filmem. Inny projekt, który warto wymienić, ma tytuł „Niewidzialna Galeria Sztuki”. W pełni wirtualna, łatwa w dostępie i ogólnodostępna „Niewidzialna Galeria” znajduje się na stronie stowarzyszenia. Osoby niewidome przeczytać w niej mogą audiodeskrypcję ponad 550 największych dzieł sztuki polskiej i światowej z dziedziny malarstwa, architektury i rzeźby, reprezentujących 5 okresów w sztuce oraz ponad 50 kierunków artystycznych.

Jedną z doniosłych form rehabilitacji społecznej, którą oferuje stowarzyszenie „De Facto”, jest prowadzenie Internetowego serwisu z prasą dla osób niewidomych i słabowidzących. „Dzisiaj rynek obdarza osoby z wadami wzroku wielofunkcyjnymi narzędziami sprzyjającymi wykształceniu mechanizmów kompensacyjnych, które zastąpiłyby utracone funkcje organizmu”³⁹. Programy udźwiękawiające pozwalają czytać teksty za pomocą syntezatorów mowy; urządzenia brajlowskie (monitory, drukarki, notatniki) dają możliwość odbioru tekstów „wyświetlanych” albo wydrukowanych w alfabecie Brajla. Jednak często niewidomy użytkownik napotyka problem, gdy potrzebuje sięgnąć po czasopisma albo gazety z otwartego rynku prasowego. Zazwyczaj strony internetowe mediów są przepełnione informacjami graficznymi, reklamą i innymi środkami multimedialnymi, które czasami wręcz uniemożliwiają korzystanie z tych źródeł za pomocą technologii adaptacyjnych. Aby osoba niewidoma mogła łatwo zaznajomić się z najczęściej czytanyymi mediami w Polsce, stowarzyszenie „De Facto” prowadzi E-Kiosk z prasą. Przekształcenie czasopism i gazet na formę „zrozumiałą” dla programów udźwiękawiających umożliwia osobom niewidomym samodzielny dostęp do świata mediów. Artykuły, które są umieszczone w wielu „ramkach”, na wielu stronach i na wielu wariantach, są przekształcane na jeden ciągły tekst w cyfrowym pliku tekstowym. W czasie adaptacji usuwane są elementy graficzne, ale w miejsce ważnych ilustracji zamieszczone są ich tekstowe opisy. Użytkownicy zarejestrowani na stronie stowarzyszenia mogą

³⁸ Fundacja KATARYNKA, <http://fundajakatarynka.pl/audiodeskrypcja/> [dostęp 14.05.2019].

³⁹ A. Tikhonov, *Nowoczesne techniczne środki przewrótowania sprawności w życiu osób z wadami wzroku*, [w:] Ł. Koperski (red. nauk.), *Niepełnosprawność w socjologii. Stan obecny i perspektywy rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2018, s. 75.

za darmo czytać różne dzienniki (gazety ze wszystkich województw), tygodniki („Polityka”, „Wprost”, „Newsweek Polska”, „Przegląd Sportowy”, „Przewodnik Katolicki”, „Do Rzeczy”, „Sieci”), dwutygodniki oraz miesięczniki, w których można znaleźć artykuły związane z różnymi dziedzinami działalności człowieka.

Innym przykładem organizacji pozarządowej działającej na rzecz osób niewidomych i słabowidzących w zakresie zapewnienia dostępu do dóbr kultury i informacji jest Fundacja na Rzecz Rozwoju Audiodeskrypcji KATARYNKA. Fundacja ustanowiona została w dniu 22 stycznia 2010 roku. Działalnością statutową fundacji jest inicjowanie i wspieranie działań służących rozwojowi życia kulturalnego oraz dostosowywanie szeroko pojętych dóbr kultury do potrzeb osób niewidomych i niedowidzących (statut fundacji). Celem fundacji jest zapewnienie dostępu do materialnych dóbr kultury, dostępu do sztuki i wszelkich przejawów artystycznej myśli twórczej. Fundacja KATARYNKA wraz z fundacją Audiodeskrypcja i Siódmy Zmysł jest jednym z prekursorów rozwoju audiodeskrypcji w Polsce. Od 1 listopada 2014 roku fundacja prowadzi pierwszy w Polsce jeden z pierwszych na świecie portali z filmami dostępnymi dla osób niewidomych i niesłyszących. Portal filmowy dla niewidomych i niesłyszących adapter.pl umożliwia oglądanie filmów z audiodeskrypcją i napisami dla osób z niepełnosprawnością wzrokową i słuchową. Projekt prężnie się rozwija, a zbiór dostępnych filmów stale się wzbogaca o nowe tytuły. Fundacja KATARYNKA regularnie organizuje pokazy filmów, które cieszą się popularnością wśród osób z niepełnosprawnością wzrokową, członków ich rodzin i przyjaciół, umożliwia to bowiem wspólne spędzanie czasu i utrwalanie więzi międzyludzkich, co działa na rzecz integracji. Fundacja również aktywnie współpracuje z różnymi instytucjami, które wykazują chęć dostosowania swych usług do potrzeb osób niewidomych i słabowidzących.

Podsumowanie

Zaburzenia istotnego kanału sensorycznego, jakim jest zmysł wzroku, są jedną z przyczyn obniżenia jakości życia osób, które zmagają się z owymi zaburzeniami. Sposób funkcjonowania współczesnego świata konstruuje się w oparciu na założeniu że świat ten będzie postrzegany, wykorzystywany i modyfikowany przez osoby, dla których wzrok jest kluczowym kanałem percepcji. Ze względu na ten fakt osoba niewidoma albo słabowidząca zawsze będzie narażona na ryzyko wykluczenia społecznego, ekonomicznego i politycznego. Rozpowszechnienie i wdrażanie socjopolitycznego modelu niepełnosprawności, zwalczanie głęboko zakorzenionego dyskursu, w ramach którego niepełnosprawność była traktowana jako osobista tragedia jednostki, i przejście do interpretacji niepełnosprawności jako problemu wynikającego z niezdolności

społeczeństwa do zaspokojenia potrzeb osób niepełnosprawnych stworzyły zupełnie nowe warunki dla nich. Osoby z niepełnosprawnością wzrokową mogą korzystać z różnorodnych rozwiązań instytucjonalnych i technicznych, które mają na celu przywrócenie sprawności i tworzenie warunków do niezależnego życia. Będąc jednym z takich rozwiązań instytucjonalnych, organizacje pozarządowe są kluczowym elementem w systemie rehabilitacji i wsparcia osób niewidomych i słabowidzących. Dostęp do informacji i dóbr kultury na zasadzie równości z innymi jest jednym z praw, które są zapisane w kluczowych antydyskryminacyjnych aktach prawnych. Organizacje pozarządowe działające na rzecz osób z niepełnosprawnością wzrokową zapewniają dostęp do informacji, który jest jedną z ważnych przesłanek do rozwoju intelektualnego i emocjonalnego, umożliwia zdobywanie wykształcenia, znalezienie pracy, zajmowanie odpowiedniej pozycji w strukturach społeczno-politycznych, niezależność ekonomiczną. Z tych i wielu innych czynników składa się wielowymiarowe i interdyscyplinarne pojęcie jakości życia. Zatem można stwierdzić, że organizacje pozarządowe odgrywają ważną rolę w podniesieniu jakości życia osób z niepełnosprawnością wzrokową.

Bibliografia

Literatura

- Barnes C., *A legacy of oppression: a history of disability in Western culture*, [w:] L. Barton, M. Oliver (eds.), *Disability Studies: Past, Present and Future*, Disability Press, Leeds 1997.
- Barnes C., Mercer G., *Niepełnosprawność*, tłum. P. Morawski, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008.
- Bauman Z., *Ponowoczesność jako źródło cierpień*, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2000.
- Blackmore T., Hodgkins S., *Discourses of Disabled Peoples' Organisations: Foucault, Bourdieu and Future Perspectives*, [w:] D. Goodley, B. Hughes, L. Davis (eds.), *Disability and Social Theory. New Developments and Directions*, Palgrave Macmillan, London 2012.
- Burleigh M., *Death and Deliverance: „Euthanasia” in Germany 1900-1945*, Cambridge University Press, Cambridge 1994.
- Campbell A., *Subjective measures of well-being*, „American Psychologist” 1976, no. 31, s. 117-124.
- Dalkey N.C., Rourke D.L., *The Delphi Procedure and Rating Quality of Life Factors*, University of California Press, California 1972.
- Driedger D., *The Last Civil Rights: Disabled People's International*, Hurst and Company, London 1989.
- Giddens A., *Nowoczesność i tożsamość*, tłum. A. Szulżycka, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
- Hudson B.A., Bielefeld W., *Structures of multinational nonprofit Organizations*, „Non-profit Management and Leadership” 1997, Vol. 8, Iss. 1.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Niepełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*, Wydawnictwo „Śląsk”, Katowice 1998.

- Kleege G., *Sight Unseen*, Yale University Press, New Haven-London 1999.
- Komorska M., *Instytucjonalne formy wsparcia stosowane wobec niepełnosprawnych w procesie integracji społecznej*, [w:] B. Skrętowicz, M. Komorska (red.), *Osoby niepełnosprawne w społeczeństwie polskim okresu transformacji*, Wyd. UMCS, Lublin 2008.
- Longmore E.K., Goldberger D., *The League of the Physically Handicapped and the Great Depression: a case study in the new disability history* „Journal of American History” 2000, vol. 87,iss. 3, s. 888-922.
- O’Cathain M., *Blind, But Not to the Hard Facts of Life: The Blind Workers’ Struggle in Derry, 1928-1940*, [w:] T. Meade, D. Serlin (eds.), *Radical History Review: Disability History*, Duke University Press, Durham, NC 2006.
- Oliver M., *Understanding Disability: From Theory to Practise*, Macmillan, Basingstoke 1996.
- Pfeiffer D., *A Comment on the Social Model(s)*. „Disability Studies Quarterly” 2000,vol. 22, iss. 4.
- Ryan J., Thomas F., *The Politics of Mental Handicap*, Penguin, Harmondsworth 1980.
- Saxena S., Orley J., *Quality of life assesement. The World Health Organization perspective*, „European Psychiatry” 1997, no. 12,supp. 3, s. 263-266.
- Shakespeare T., *Disability Rights and Wrongs*, Routledge, London 2006.
- Thomas D., *The Experience of Handicap*, Methuen, London 1982.
- Tikhonov A., *Jakość życia osób z dysfunkcją wzroku*, [w:] E. Mazurek (red.), *Paradygmaty badawcze jakości życia w ekonomii, zarządzaniu i psychologii*, Uniwersytet Ekonomiczny, Wrocław 2017.
- Tikhonov A., *Nowoczesne techniczne środki przewrócenia sprawności w życiu osób z wadami wzroku*, [w:] Ł. Koperski (red. nauk.), *Niepełnosprawność w socjologii. Stan obecny i perspektywy rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2018.
- Torrance G.W., *Utility approach to measuring health-related quality of life* „Journal of Chronic Diseases” 1987, no. 40, s. 6-11.
- Vakil A., *Confronting the classification problem: Toward a taxonomy of NGOs*, „World Development” 1997, Vol. 25, Iss. 12, p. 2057-2070.
- Wade D., *Measurement in Neurologic Rehabilitation*, t. 7, Oxford University Press Inc, New York 1996.
- Yaziji M., Doh J., *Organizacje pozarządowe a korporacje*, tłum. M. Morel, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.

Źródła prawa

- Konwencja o prawach osób niepełnosprawnych z dnia 13 grudnia 2006 r., Dz. U. z 2012 r. poz. 1169.
- UPIAS Fundamental Principles of Disability, Union of the Physically Impaired Against Segregation, London 1976.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, Dz. U. z 1997 r. Nr 123 poz. 776.

Internet

Fundacja KATARYNKA, <http://fundacjakatarynka.pl/audiodeskrypcja/> [dostęp 14.05.2019].

Hunt P., *Letter to The Guardian*, 1972, <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Hunt-Hunt-1.pdf> [dostęp 01.04.2019].

Statut Fundacji na Rzecz Rozwoju Audiodeskrypcji KATARYNKA, <http://fundacjakatarynka.pl/o-nas/statut/> [dostęp 14.05.2019].

Statut Stowarzyszenia Mazowieckie Stowarzyszenie Pracy dla Niepełnosprawnych „DE FACTO”, <https://www.defacto.org.pl/statut2.html> [dostęp 14.05.2019].

Najnowsze publikacje z dyscypliny ekonomia i finanse, które ukazały się w e-Wydawnictwie WPAE UWr

Finanse wybranych jednostek organizacyjnych, red. Anna Ćwiąkała-Małys, Edyta Rutkowska-Tomaszewska, Marzena Karpińska, seria „Finanse i Rachunkowość” nr 3, Wrocław 2017

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/94981>

Joanna Helios, Wioletta Jedlecka, *Podstawy prawoznawstwa dla ekonomistów. Materiały do ćwiczeń*, Wrocław 2017

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/82253>

Własność w prawie i gospodarce, red. Urszula Kalina-Prasznic, Wrocław 2017

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/83823>

Prawno-finansowe systemy funkcjonowania wybranych jednostek organizacyjnych, red. Anna Ćwiąkała-Małys, Marzena Karpińska, seria „Finanse i Rachunkowość” nr 4, Wrocław 2018

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/99310>

Wyzwania współczesnych finansów – wybrane problemy, red. Anna Ćwiąkała-Małys, Marzena Karpińska, seria „Finanse i Rachunkowość” nr 5, Wrocław 2018

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/101224>

Gospodarka światowa po kryzysie 2008 r., red. Jarosław Kundera, Wrocław 2018

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/95558>

Małgorzata Niklewicz-Pijaczyńska, *System patentowy w gospodarowaniu wiedzą. Ekonomia wiedzy technicznej skodyfikowanej*, Wrocław 2019

Dostęp online: <http://www.bibliotekacyfrowa.pl/publication/102011>

W 1946 roku Światowa Organizacja Zdrowia uznała, że stan zdrowia człowieka zależy od jego indywidualnych cech biologicznych i zachowania, jak również środowiska fizycznego oraz środowiska społecznego i ekonomicznego. Trzy dekady później kanadyjski minister zdrowia Marc Lalonde wyodrębnił cztery grupy czynników, które mają wpływ na stan zdrowia. Według Lalonde'a, zdrowie człowieka w połowie zależy od jego stylu życia, w 20% od uwarunkowań genetycznych, w 20% od czynników środowiskowych oraz w 10% od organizacji opieki zdrowotnej. [...]

Wzrost wydatków na ochronę zdrowia i usługi medyczne bez holistycznego podejścia do zdrowia nie przekłada się na poprawę zdrowia i wydłużenie życia człowieka. Mając to na uwadze, przedstawiamy Państwu monografię, której celem jest prezentacja wyników badań dotyczących ekonomiczno-społecznych wyzwań w kontekście zdrowia i stylów życia we współczesnym świecie.

Wioletta Nowak i Katarzyna Szalonka, *Wprowadzenie*



ISBN 978-83-66066-83-0 (druk)
ISBN 978-83-66066-84-7 (online)