

# Lokalne Spotkania Interdyscyplinarne

Publikacja pokonferencyjna



# **Lokalne Spotkania Interdyscyplinarne** **Publikacja pokonferencyjna**

---

Pod redakcją  
Pauliny Niedźwiedzkiej-Rystwej, Michała M. Michalskiego,  
Patrycji Bełtowskiej i Kaciaryny Bychak

Fundacja Centrum Badań Socjologicznych  
Szczecin 2022

# **Local Interdisciplinary Meetings**

## **Post-conference publication**

---

Red.  
Paulina Niedźwiedzka-Rystwej, Michał M. Michalski,  
Patrycja Bełtowska i Kaciaryn Bychak

Fundacja Centrum Badań Socjologicznych  
Szczecin 2022

## **REDAKCJA**

dr hab. Paulina Niedźwiedzka-Rystwej, prof. US  
mgr Michał M. Michalski  
mgr inż. Patrycja Beltowska  
mgr Kaciaryna Bychak

## **AUTORZY**

mgr Anna Ścibior-Butrym  
mgr Anna Rzepiela-Podlecka  
mgr Aleksandra Werner

## **RECENZJA**

prof. zw. dr hab. Maria Czerepaniak-Walczak

## **KOREKTA**

mgr Izabela Osek

## **PROJEKT GRAFICZNY**

mgr Hubert Kocur



ISBN: 978-83-966582-1-0  
DOI: 10.14254/978-83-959336-5-3/2022

Wydawnictwo Fundacji Centrum Badań Socjologicznych  
ul. Bolesława Śmiałego 22 lok. 27  
70-347 Szczecin, Poland  
tel. +48 91 3285 464



## WSTĘP

W XXI wieku niemal każdy problem naukowy wymaga interdyscyplinarnego ujęcia. Takie podejście do zagadnienia naukowego jest nie tylko drogą do skuteczniejszego znalezienia rozwiązania, ale także odkrycia innych, alternatywnych i kreatywnych ścieżek do tegoż rozwiązania. Ważne staje się zatem nie tylko osiągnięcie celu, ale także sama droga do jego osiągnięcia. Zupełnie jak w życiu.

Taka też zasada przyświecała twórcom Interdyscyplinarnego Koła Doktorantów Uniwersytetu Szczecińskiego, których – ze względu na reprezentowane dyscypliny naukowe – wiele różni, ale jedno łączy – chęć osiągnięcia celu, choćby niestandardowymi metodami. Strategia Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Szczecińskiego, w której kształcą się Doktoranci reprezentujący 16 dyscyplin naukowych także na czołowym miejscu stawia interdyscyplinarność, jako nie tylko najlepszy sposób na rozwój naukowy, ale także osobisty.

Wyrażam niezwykłą radość i dumę, że oddolny, w całości zaplanowany i zrealizowany przez Doktorantów projekt „Lokalnych Spotkań Interdyscyplinarnych” nie tylko zrealizował się w niesamowicie ciekawych spotkaniach, w których uczestniczyło bardzo wiele osób reprezentujących różne dyscypliny naukowe, ale także zapisze się w historii nauki na papierze – postaci przedkładanej Państwu monografii, w której młodzi adepci nauki w swój autorski i niepowtarzalny sposób prezentują swoje rozumienie interdyscyplinarności.

*dr hab. Paulina Niedźwiedzka Rystwej, prof. US*

## INTRODUCTION

In the 21st century, almost every scientific problem requires an interdisciplinary approach. Such an approach to a scientific issue is not only a way to find a solution more effectively, but also to discover other, alternative and creative paths to that solution. Therefore, it is not only important to achieve the goal, but also the way to achieve it. Just like in life.

This was also the principle behind the founders of the Interdisciplinary Circle of Doctoral Students of the University of Szczecin, which - due to the scientific disciplines they represent - have many differences, but they have one thing in common - the will to achieve the goal, even with non-standard methods. The strategy of the Doctoral School of the University of Szczecin, which educates PhD students representing 16 scientific disciplines, also puts interdisciplinarity at the forefront, as not only the best way for scientific development, but also personal development.

I express great joy and pride that the entirely planned and implemented by PhD students project of "Local Interdisciplinary Meetings" has not only been realized in incredibly interesting meetings attended by many people representing various scientific disciplines, but will also go down in the history of science at on paper in the form of a monograph presented to you, in which young students of science present their own understanding of interdisciplinarity in their original and unique way.

*dr hab. Paulina Niedźwiedzka Rystwej, prof. US*

# SPIS TREŚCI

## Rozdział I. Interdyscyplinarne ujęcie zdrowia

### Michał Mateusz Michalski

Refleksje nad polskim systemem opieki zdrowotnej – finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.....10

### Anna Rzepiela-Podlecka

Wielowymiarowość zdrowia w kontekście kultury fizycznej.....21

### Aleksandra Werner

Osoby z niepełnosprawnościami jako grupa docelowa dla sektora turystycznego.....28

## Rozdział II. COVID-19 jako zjawisko społeczne

### Patrycja Beltowska

E-commerce oraz jego zróżnicowanie w krajach Unii Europejskiej podczas pandemii SARS-CoV-2...42

### Anna Ścibior-Butrym

Ograniczenia i wyzwania organizacji seniorskiej w czasie trwania pandemii Covid – 19.....55

## Rozdział III. (Nie)śmiertelność

### Kaciaryna Bychak

Puste Noce: tradycyjne obrzędy pożegnania zmarłego a współczesne poszukiwania nowych form rytuału .....67

## Podsumowanie

### Michał Mateusz Michalski, Patrycja Beltowska, Kaciaryna Bychak

Podsumowanie.....78

# TABLE OF CONTENTS

## Chapter I. Interdisciplinary approach to health

### Michał Mateusz Michalski

Reflections on the Polish health care system in connection with financing health services from public funds.....10

### Anna Rzepiela-Podlecka

Multidimensionality of health in the context of physical culture.....21

### Aleksandra Werner

People with disabilities as a target group for the tourism sector.....28

## Chapter II. COVID-19 as a social phenomenon

### Patrycja Beltowska

E-commerce and its diversification in European Union countries during the SARS-CoV-2 pandemic...42

### Anna Ścibior-Butrym

Constraints and challenges an organization for seniors during the Covid – 19 pandemic.....55

## Chapter III. Immortality

### Kaciaryna Bychak

Empty Nights: from traditional rituals of bidding farewell to the deceased to the contemporary search for new forms of ritual.....67

## Summary

### Michał Mateusz Michalski, Patrycja Beltowska, Kaciaryna Bychak

Summary.....78



# **Interdyscyplinarne ujęcie zdrowia**

Rozdział I

Michał Mateusz Michalski,  
Szkoła Doktorska Uniwersytetu Szczecińskiego  
Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Szczecińskiego  
michal.michalski@phd.usz.edu.pl  
ORCID: 0000-0002-7159-1755

## **Refleksje nad polskim systemem opieki zdrowotnej – finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych**

**Streszczenie:** W pracy dokonano analizy treści i zastosowania art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Analiza została oparta na metodzie dogmatycznej oraz analizie orzecznictwa Trybunału Konstytucyjnego, a w szczególności wyroku o sygn. K 14/03, który stanowi punkt wyjścia do rozważań. Na podstawie wyodrębnionych modeli finansowania świadczeń zdrowotnych wskazano, że w Polsce funkcjonuje model mieszany i podkreślono, że nie jest to jedyny system, który może funkcjonować w ramach polskiej konstytucji. Możliwe jest stworzenie innego systemu, który jednak musi spełniać określone warunki zapewniające każdemu obywatelowi dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Adresatem przedmiotowego obowiązku był organ władzy publicznej, który ma ograniczoną swobodę w kształtowaniu systemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Głównym wnioskiem z tezy jest wskazanie, że środowisko akademickie i eksperci muszą przeanalizować polski system ochrony zdrowia i docelowo go zmienić, co zapewni wdrożenie standardu zakodowanego w omawianym przepisie, uwzględniającego przeciwdziałanie rozprzestrzenianiu się wirusa COVID-19 lub innych chorób, które mogą ponownie sparaliżować funkcjonowanie obecnego systemu zdrowotnego.

**Słowa kluczowe:** świadczenia zdrowotne, system opieki zdrowotnej, art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej

### **1. Wstęp**

Celem niniejszej pracy było przedstawienie sytuacji związanej aktualnym ukształtowaniem polskiego systemu opieki zdrowotnej, w związku z realizacją art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej<sup>1</sup> oraz wskazanie na możliwości ukształtowania innych systemów, które byłyby zgodne z wskazanym wyżej przepisem konstytucji. Przedmiotowa refleksja jest konsekwencją kryzysu związanego z rozprzestrzenianiem się wirusa COVID-19 oraz coraz częstszym podnoszeniem tezy, niewydolności polskiego systemu opieki zdrowotnej (K. Nowosielska, 2020) i nierealizowaniem normy zakodowanej w art. 68 ust. 2 Konstytucji.

Jak już wyżej wskazano, polski system opieki zdrowotnej w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych znajduje swoją podstawę w art. 68 ust. 2 Konstytucji, który stanowi, iż „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków

---

<sup>1</sup> Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78 poz. 483, z 2001 r. Nr 28, poz. 319, z 2006 r. Nr 200, poz. 1471, z 2009 r., Nr 114 poz. 946.

publicznych”. Adresatami normy wyrażonej w tym przepisie jest władza publiczna. Z kolei osobami trzecimi, które korzystają z dobrodziejstw ustawy zasadniczej są wszyscy obywatele – niezależnie od ich sytuacji materialnej, ale także innych kwestii sprowadzających się głównie do ich niedyskryminacji. Wskazanie w tym przepisie *expressis verbis* obywateli jako podmiotów uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych jest podstawowym kryterium odróżniającym normę zakodowaną w art. 68 ust. 2 Konstytucji, od normy zakodowanej w art. 68 ust. 1 Konstytucji, albowiem art. 68 ust. 1 Konstytucji stanowi, iż „każdy ma prawo do ochrony zdrowia”, przez co należy rozumieć każdego człowieka, niezależnie od tego czy jest obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, apatrydą czy cudzoziemcem. Nie oznacza to jednak, że apatryda czy cudzoziemiec mają prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Glanowski, 2019, s. 164-165). Celem niniejszej pracy jest zatem systemowe przedstawienie sytuacji polskiego systemu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, poprzez analizę art. 68 ust. 2 Konstytucji, a także zagadnień z nim związanych.

Jako podstawę wyjścia do niniejszych rozważań należy wskazać wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 listopada 2004 r. sygn. akt K 14/03<sup>2</sup>, który zarówno w doktrynie, jak i w judykaturze wskazuje się jako podstawę rozważań nad polskim systemem opieki zdrowotnej w związku z jej finansowaniem ze środków publicznych. Ogólnie rzecz ujmując znaczący wpływ na analizę i rozwój normy zakodowanej w art. 68 ust. 2 Konstytucji ma polska doktryna prawnicza złożona ze znamienitych polskich konstytucjonalistów oraz wyrok Trybunału Konstytucyjnego z 7 listopada 2004, sygn. akt K 14/03, stanowiące filar przedmiotowych rozważań. Wyrok ten w treści uzasadnienia wskazuje, że to na władzy publicznej ciąży obowiązek zapewnienia warunków należytej realizacji prawa do ochrony zdrowia (art. 68 ust. 2 Konstytucji). Z obowiązku tego wynikać mają następujące konsekwencje:

- 1) **konieczność funkcjonowania mechanizmów pozwalających na gromadzenie, a następnie wydatkowanie środków publicznych na świadczenia zdrowotnej;**
- 2) **świadczenia zdrowotne ze środków publicznych mają być dostępne dla obywateli;**
- 3) **dostęp do świadczeń musi być równy dla wszystkich obywateli, niezależnie od ich sytuacji materialnej;**
- 4) **obowiązek zapewnienia opisanego standardu dostępności świadczeń obciąża władze publiczne.**

---

<sup>2</sup> Wyrok TK z dnia 7 listopada 2004 r., K 14/03, Legalis nr 60760.

## 2. Pojęcie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Zanim jednak nastąpi omówienie systemu opieki zdrowotnej konieczne jest wyjaśnienie podstawowych kwestii związanych z terminologią oraz realizacją obowiązku „ochrony zdrowia” przez władze publiczne. W art. 68 Konstytucji występują bowiem, trzy różne pojęcia dotyczące przedmiotowej definicji. W ust. 1 wskazuje się na istnienie „ochrony zdrowia”, w ust. 2 „świadczenie opieki zdrowotnej”, a w ust. 3 „opieki zdrowotnej”. Kwestię wielości występujących pojęć rozstrzygnął Trybunał Konstytucyjny w wyroku z dnia 22 lipca 2008 r. sygn. akt K 24/07<sup>3</sup>, w którym wskazał, że spośród wymienionych pojęć „ochrona zdrowia” jest pojęciem znaczeniowo najszerszym, obejmującym swoim zakresem „opiekę zdrowotną”, której elementem składowym są „świadczenia opieki zdrowotnej”. Pojęcia te są systemowo ze sobą powiązane i wyróżniają się zakresem nazewnictwa, w ramach którego w sensie hierarchicznym, jedno zawiera się w drugim. Trybunał Konstytucyjny w swoich wyrokach<sup>4</sup> wskazuje również, iż nie jest możliwe precyzyjne określenie rodzajów lub kategorii świadczeń mieszczących się w zakresie prawa gwarantowanego przez art. 68 Konstytucji, a tym samym nie ma możliwości do skonstruowania materialnej definicji „ochrony zdrowia”.

Jednakże w doktrynie podejmuje się wstępne próby jej zdefiniowania. G. Głanowski wskazuje np., że prawo do ochrony zdrowia można pojmować w aspekcie negatywnym oraz pozytywnym. „W aspekcie negatywnym wyraża się [ono]<sup>5</sup> w zakazie podejmowania przez państwo działań godzących w to dobro (procesy życiowe jednostki). W ujęciu pozytywnym [jest] to nakaz podjęcia działań, które zdrowie ludzkie mają zachować” (Głanowski, 2019, s. 164). Przedmiotową próbę zdefiniowania „ochrony zdrowia” należy przyjąć z aprobatą, albowiem to właśnie władza publiczna jest adresatem norm zakodowanych w przepisie art. 68 ust. 2 Konstytucji. Ponadto zarówno definicja negatywna, jak i definicja pozytywna odpowiadają wprost pierwszej konsekwencji wyprowadzonej przez Trybunał Konstytucyjny z art. 68 ust. 2 Konstytucji tj. konieczności funkcjonowania mechanizmów pozwalających na gromadzenie i wydatkowanie środków publicznych na świadczenia zdrowotne.

W przeciwieństwie do niedookreśloności pojęcia „ochrony zdrowia”, pojęcie „świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” zostało szczegółowo uregulowane w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej

---

<sup>3</sup> Wyrok TK z dnia 22 lipca 2008 r., K 24/07, Legalis nr 102201.

<sup>4</sup> *Ibidem*.

<sup>5</sup> Wtrącenia autora.

finansowanej ze środków publicznych<sup>6</sup>, a także zagadnienie to zostało znacząco rozwinięte pod względem materialnym przez doktrynę i judykaturę. Zgodnie z art. art. 5 pkt 34 przedmiotowej ustawy przez „świadczenie opieki zdrowotnej” należy rozumieć „świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące”. Przez świadczenie zdrowotne należy rozumieć działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady jej udzielania (art. 5 pkt 40). Przez świadczenie zdrowotne rzeczowe należy rozumieć związane z procesem leczenia leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne (art. 5 pkt 35). Z kolei przez świadczenie towarzyszące należy rozumieć zakwaterowanie i adekwatne do stanu zdrowia wyżywienie w szpitalu lub w innym zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, usług transportu oraz transportu sanitarnego, a także poza zakładem leczniczym podmiotu leczniczego, jeżeli konieczność jego zapewnienia wynika z warunków określonego dla danego świadczenia gwarantowanego (art. 5 pkt 38).

Świadczenia opieki zdrowotnej obejmują zatem szeroki zakres usług i nie sprowadzają się tylko i wyłącznie do podstawowych działań związanych z postępowaniem diagnostycznym i terapeutycznym, ale także obejmują świadczenia związane z refundacją leków i środków medycznych specjalnego żywienia, czy też z zapewnieniem pobytu w ośrodkach udzielających pomocy medycznej, jak np. w szpitalach.

### **3. Model systemu ochrony zdrowia.**

Współcześnie istnieje wiele modeli finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych i to właśnie dzięki nim określa się sposób uregulowania finansowań przyjętych w różnych państwach. Jednym z podstawowych modeli wyróżnionych w doktrynie jest m.in model ubezpieczeniowy i model budżetowy (Bosek, Raszkiewicz, 2020).

Model ubezpieczeniowy, zwany też modelem Bismarcka, zakłada funkcjonowanie systemu ubezpieczeń polegającym na finansowaniu usług medycznych za pomocą składek na ubezpieczenie zdrowotne, które są pobierane od wynagrodzeń pracowników i przeznaczane na zapewnienie opieki medycznej ze środków publicznych. Podstawowym założeniem tego modelu było stworzenie publicznego podmiotu np. funduszu, którego celem było zagwarantowanie, za pomocą przedmiotowego systemu ubezpieczeniowego, świadczeń

---

<sup>6</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, 1492, 1493, 1578, 1875.

medycznych dla świadczeniobiorców. Z kolei model budżetowy, zwany również modelem Beveridge'a zakładał, że świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych zasilane będą bezpośrednio z podatków. To właśnie aktualna władza publiczna zarządzająca państwem jak np. rząd lub samorzady mają za zadanie przeznaczyć daną część swojego budżetu na sfinansowanie tych świadczeń (Lewandowski, 2015, s. 62).

Poza wyżej wymienionymi modelami istnieje również tzw. model mieszany, który funkcjonuje obecnie w Polsce. W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych znaleźć bowiem można sytuację, w której określona grupa świadczeń finansowana jest z budżetu państwowego lub samorządowego (co odpowiada modelowi budżetowemu), jak i sytuację, w której za pomocą umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej między Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcami dochodzi do skonstruowania sieci świadczeń, z których następnie korzysta świadczeniobiorca (co odpowiada modelowi ubezpieczeniowemu) (Lewandowski, 2015, s. 62). Świadczeniobiorcy (pacjenci) potrącana jest składka na ubezpieczenie zdrowotne z jego wynagrodzenia za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). Trafia ona następnie do Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), który ma podmiotowość prawną i jest osobą prawną. To właśnie z tych składek NFZ finansuje świadczenia zdrowotne, które świadczeniodawcy udzielają świadczeniobiorcom na podstawie zawartej z nim umowy o udzielanie, świadczeń opieki zdrowotnej. Umowa ta zawierana jest formalnie między świadczeniodawcą a NFZ i jest umową *in favorem tertii* (art. 393 KC<sup>7</sup>), czyli na rzecz świadczeniobiorcy.

Jak słusznie zauważył m.in. W. Borysiak, system formułowany za pomocą umowy składa się na trójkąt złożony ze stosunków cywilnoprawnych zachodzących między NFZ, świadczeniodawcą i świadczeniobiorcą. Wskazuje on, że „w umowie takiej pomiędzy NFZ (zastrzegającym) a [...] świadczeniodawcą (przyrzekającym) istnieje stosunek pokrycia, pomiędzy świadczeniodawcą a pacjentem istnieje stosunek zapłaty), a między NFZ a świadczeniobiorcą (pacjentem – osobą trzecią) istnieje stosunek waluty)” (Borysiak, 2016). System ten nie jest jednak jedynym możliwym systemem, który może funkcjonować jako realizacja art. 68 ust. 2 Konstytucji.

Na inne możliwości wskazał Trybunał Konstytucyjny w wyroku o sygn. K 14/03, ustawodawca ma względną swobodę w zakresie kształtowania modelu systemu ochrony zdrowia. Konieczne

---

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U z. 2022 r. poz. 1360).

jest by system ten był precyzyjnie, jednoznacznie i funkcjonalnie skonstruowany. W ślad za tym idzie prawidłowe określenie zasad funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej, który będzie gwarantować niezbędną transparentność działań, skuteczne jego nadzorowanie, a także jasne, czytelne i jednoznaczne zasady ponoszonej odpowiedzialności. System ochrony zdrowia jako całość musi gwarantować realizację prawa do ochrony zdrowia poszczególnych jednostek, zaś stanowiące komponent świadczenia finansowane ze środków publicznych muszą być dostępne na zasadzie równości. Trybunał Konstytucyjny podkreślił ponadto, że jeżeli system jest dysfunkcyjny i przez to niezdolny do urzeczywistnienia formalnie gwarantowanej w Konstytucji zasady równej dostępności do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, a także istnieją zasadnicze wady systemowe naruszające gwarancje prawa do ochrony zdrowia, to niezbędne jest dokonanie na tej płaszczyźnie oceny samego modelu organizacyjnego przyjętego w, ustawie poprzez jego weryfikację na podstawie wzorca konstytucyjnego dla art. 2 Konstytucji.

Swoboda ustawodawcy w kształtowaniu systemu opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych jest w pewnym stopniu ograniczona, zatem nie opiera się tylko i wyłącznie na aktualnie funkcjonującym systemie. Trybunał Konstytucyjny, a za nim doktryna prawnicza wskazują na to, że art. 68 ust. 2 Konstytucji nie gwarantuje wprowadzenia bezpłatnych świadczeń – co wcale nie oznacza, że takie również mogą funkcjonować. Ponadto możliwe jest wprowadzenie świadczeń całkowicie lub częściowo odpłatnych (Borysiak, 2016). Nie jest natomiast możliwe wprowadzenie do polskiego ustawodawstwa całkowicie rynkowego systemu ochrony zdrowia. Zatem system publicznej opieki zdrowotnej, który kładzie nacisk tylko i wyłącznie na ekonomiczne rozwiązania, nie jest pożądanym systemem, albowiem nie daje gwarancji rzeczywistej realizacji ochrony zdrowia publicznego. Czyste skapitalizowanie rynku świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych stwarza bowiem ryzyko pominięcia sedna sprawy, jakim jest interes polegający na ochronie zdrowia publicznego. Tak więc, w kolizji dóbr jakimi są wartość ekonomiczna i dbanie o zdrowie człowieka, pierwszeństwo znajdzie dbanie o zdrowie. Z kolei w pozostałym zakresie ustawodawca, może swobodnie kształtować model ochrony zdrowia, przy przestrzeganiu zasad rządzących art. 68 oraz art. 2 Konstytucji. Nie oznacza to jednak, że wprowadzenie Funduszu konkurencyjnego względem NFZ byłoby w Polsce niemożliwe.

Konstytucja nie przesądza zatem modelu świadczeń zdrowotnych. Nie rozstrzyga także na własnym poziomie nic więcej ponad to, że obywatelom zapewnia się „równy” dostęp do świadczeń. Zasada konkurencyjności nie ma tu pełnego odzwierciedlenia, a bardziej liczy się

zapewnienie dostępu do przedmiotowych świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych<sup>8</sup>. Ponadto nie jest też możliwe pełne zrezygnowanie z finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych przez ustawodawcę<sup>9</sup>.

#### **4. Warunki realizacji art. 68 ust. 2 Konstytucji**

Celem normy zakodowanej w art. 68 ust. 2 Konstytucji jest zapewnienie równego dostępu świadczeń finansowanych ze środków publicznych dla obywateli, przy czym jak podkreślił sam Trybunał Konstytucyjny nie chodzi o dostępność do tych świadczeń jedynie pod kątem formalnym, czyli deklarowanym tylko i wyłącznie w teorii, a chodzi o faktyczne zapewnienie rzeczywistej dostępności<sup>10</sup>. Cel ten realizowany jest poprzez określone warunki udzielania świadczeń ze środków publicznych odnoszących się do przesłanek, których istnienie oraz spełnienie warunkuje dostęp do gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Warunki są zbliżone zatem do zasad, na podstawie których następuje włączenie ich do systemu opieki zdrowotnej, z którego korzystanie zapewnić ma praktyczną realizację prawa. Wykonanie tego obowiązku wystąpiło w ustawie. Nie są to zatem warunki w rozumieniu okoliczności, w których coś się odbywa czy sytuacji, okoliczności lub możliwości<sup>11</sup>. Doktryna prawnicza wyróżnia jeszcze inne dodatkowe warunki tworząc tym samym ich swoisty katalog. Przykładowo za L. Bosekiem i J. Raszkiewiczem należy przyjąć listę warunków, jakie musiałby spełnić dany system opieki zdrowotnej, aby zrealizować przesłanki przewidziane w art. 68 ust. 2 Konstytucji. Do najważniejszych z nich należy m.in.: regulacja systemu na poziomie ustawowym, równy dostęp do świadczeń, organizacja systemu w sposób „precyzyjny, jednoznaczny i funkcjonalny (efektywny)”, nadzór nad wydatkowaniem środków czy w końcu pomocniczy charakter (Bosek, Raszkiewicz, 2020).

Przy określeniu regulacji systemu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na poziomie ustawowym należy uwzględnić jej znaczenie, gdyż kwestia ta jest na tyle doniosła, że musi być regulowana i rozbudowana na poziomie ustawy, a nie innego aktu prawa powszechnie obowiązującego, jak np. akty prawa miejscowego czy rozporządzenia. Rozporządzenia mogą bowiem regulować kwestie związane ze szczegółowymi np. techniczno-organizacyjnymi problemami. Natomiast tak istotne kwestie, jak określenie kręgu podmiotów uprawnionych do pobierania świadczeń (świadczeniobiorców), wskazanie kręgu

---

<sup>8</sup> Wyrok TK z dnia 12 kwietnia 2006 r., sygn. akt Kp 2/04, Legalis nr 75301.

<sup>9</sup> Wyrok TK z dnia 10 maja 2018 r. U 1/16, Legalis nr 1766701.

<sup>10</sup> Wyrok TK z dnia 7 listopada 2004 r., sygn. akt K 14/03, cyt. wyżej.

<sup>11</sup> Wyrok TK z dnia 26 kwietnia 2016 r. U 1/15, Dz. U. 2016 poz. 1236.



świadczeniodawców czy powołanie specjalnej jednostki, która będzie odpowiedzialna za stworzenie i funkcjonowanie tego systemu (np. NFZ) muszą być zapewnione na poziomie ustawowym. Ponadto w związku z tym, że system regulowany jest przez ustawę, to musi być on jeszcze odpowiednio nadzorowany, a to ze względu na fakt wykorzystywania środków publicznych na realizację tego celu.

Warunek spójności, jednoznaczności i efektywności polega na tym, że „akty prawne określające zasady funkcjonowania i strukturę służby zdrowia [...] powinny być tworzone zgodnie z zasadami przyzwoitej legislacji, niedziałania prawa wstecz, ochrony praw słuszenie nabytych, ochrony interesów w toku, stabilności stosunków prawnych, ukształtowanych prawomocnymi orzeczeniami sądów i ostatecznymi decyzjami administracyjnymi” (Bosek, Raszkiewicz, 2020). Przesłanka ta opiera się na konieczności realizacji i przestrzegania zasad konstytucyjnych, wywodzonych z zasady demokratycznego państwa prawnego, urzeczywistniającego zasady sprawiedliwości społecznej.

## **5. Aktualny system służby zdrowia obowiązujący w Polsce**

Zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, podstawą udzielania tych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta między świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem oraz pewnymi określeniami odnośnie pomocy w stanach nagłych czy też tzw. świadczeń ponadlimitowych. Jak już wyżej wspomniano, w zakres świadczeń opieki zdrowotnej wchodzi świadczenia zdrowotne „zwykłe”, świadczenia rzeczowe oraz świadczenia towarzyszące. Oparty na tej umowie polski system opieki zdrowotnej, polega na tym, że Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera umowę z różnymi podmiotami kwalifikowanymi jako świadczeniodawcy, przy czym praktycznie ma na to swoisty monopol (Bagiński, Gałączyński, Nestorowicz, Robaczyński, 2015). To właśnie Narodowy Fundusz Zdrowia jednostronnie decyduje z kim zawrze umowę, a z kim nie. W ramach wybranych przez NFZ podmiotów udzielane są świadczenia bezpłatne lub częściowo odpłatne dla świadczeniobiorców, czyli beneficjentów tego systemu. W tym przypadku działa w pewnej formie model ubezpieczeniowy (Bismarcka), bowiem świadczenia udzielane w ten sposób finansowane są ze środków publicznych w ramach obowiązkowego lub dobrowolnego odprowadzania składek na ubezpieczenie zdrowotne za pośrednictwem ZUS lub KRUS.

Drugim sposobem, który również obowiązuje w Polsce jest finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z budżetu państwa. L. Bosek oraz J. Raszkiewicz wskazują na to, że „środki

pochodzące z budżetu państwa są przekazywane na finansowanie ochrony zdrowia co do zasady na dwa sposoby: albo w formie dotacji albo na podstawie rachunku oraz miesięcznego zestawienia i rozliczenia” (Bosek, Raszkiewicz, 2020). Przykładowo, zgodnie z art. 11a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych – w celu zaspokojenia dodatkowych potrzeb zdrowotnych Minister Obrony Narodowej, minister właściwy do spraw wewnętrznych, Szef ABW albo Szef Agencji Wywiadu w zakresie posiadanych środków, mogą dofinansować świadczenia gwarantowane z budżetu państwa, z części których są dysponentami. Ponadto art. 14 przedmiotowej ustawy wyraźnie wskazuje, że podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są: właściwi ministrowie i Narodowy Fundusz Zdrowia. Podział ten wyczerpuje *de facto* współczesne uregulowanie aktualnego polskiego systemu opieki zdrowotnej, albowiem właściwi ministrowie finansują świadczenia opieki zdrowotnej głównie z budżetu państwa, z kolei Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia opieki zdrowotnej głównie ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.

NFZ pełni tutaj funkcję wyspecjalizowanego podmiotu leczniczego, który zawiera umowę z podmiotami skupionymi na wykonywaniu działalności gospodarczej lub też niegospodarczej w ramach działalności leczniczej i tym samym stają się oni świadczeniodawcami (Borysiak, 2018). Umowa ta jest umową cywilnoprawną ((Bagiński, Gałączyński, Nestorowicz, Robaczyński, 2015), nazwaną (Borysiak, 2018) oraz zawierana jest w formie pisemnej pod rygorem nieważności (art. 19 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych).

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych nie należy jednak utożsamiać z umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ta pierwsza uregulowana jest w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, ta druga z kolei uregulowana jest w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, 567, 1493). W przypadku pierwszej umowy podmiotem decyzyjnym jest Prezes NFZ lub Dyrektor NFZ, w drugim zaś przypadku podmiotem decydującym jest kierownik danego podmiotu leczniczego określonego w art. 26 ustawy o działalności leczniczej. Ponadto umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej nie gwarantuje świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Sprowadza się ona w głównej mierze do ogłoszenia w drodze konkursu ofert na udzielenie świadczenia leczniczego (Drecz, Rek, 2019, s. 184 i 191).

## 6. Podsumowanie

Norma zakodowana w art. 68 ust. 2 Konstytucji zobowiązuje władzę publiczną, by sformułowała tak system opieki zdrowotnej, aby zapewnić wszystkim obywatelom Rzeczypospolitej Polskiej równy i niedyskryminacyjny dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Jednakże dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej nie oznacza wyłącznie dostępu do wszystkich świadczeń, a jedynie tych gwarantowanych przez system, dodatkowo nie oznacza to tylko i wyłącznie świadczeń związanych ściśle z samym leczeniem, ale również rozumie się przez to zapewnienie dostępu do środków medycznych, do opieki całodobowej szpitalnej – czyli m.in. świadczeń rzeczowych czy świadczeń towarzyszących. Aktualny stan polskiego systemu świadczeń opieki zdrowotnej oparty jest na modelu mieszanym, łączącym model budżetowy oraz model ubezpieczeniowy. Podstawę stanowi model ubezpieczeniowy, który opiera się na umowach o świadczeniu opieki zdrowotnej zawieranej między Narodowym Funduszem Zdrowia, a świadczeniodawcami. System ten nie jest jednak jedyny, który może funkcjonować na gruncie polskiego prawodawstwa. Ustawodawca ma bowiem swobodę w kształtowaniu polskiego systemu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, ale nie całkowitą, albowiem ogranicza go szereg warunków, które musi przestrzegać przy formułowaniu systemu. Swoboda kształtowania ma zatem charakter względny. Wykluczone jest zatem zrezygnowanie z całkowitego finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, a także nie jest możliwe oparcie przedmiotowego systemu na warunkach czystej rynkowości i konkurencyjności, choć nie jest to wykluczone. Gdy jednak okaże się, że system sformułowany przez ustawodawcę nie zapewnia tej ochrony zdrowotnej i jest wadliwy, należy dokonać jego kontroli z art. 2 Konstytucji i poddać go ocenie, by następnie poddać go nowelizacji. Aktualnie funkcjonujący polski system służby zdrowia nie jest z założenia złym systemem, jednakże ostatni kryzys związany z rozprzestrzenianiem się wirusa COVID-19 wykazał liczne błędy systemowe i należy uznać, że warunki art. 68 ust. 2 Konstytucji nie są do końca realizowane w praktyce. Istnieje zatem konieczność, a nawet obowiązek dokonania przez zarówno środowisko akademickie jak i eksperckie analizy polskiego systemu opieki zdrowotnej, celem jego zmiany lub uszczelnienia. Przedmiotowy system należy zatem tak uregulować, aby wyeliminować niestosowne błędy i spowodować polepszenie sytuacji zdrowotnej obywateli, przy uwzględnieniu zapobiegania rozprzestrzeniania się wirusa COVID-19 lub innych chorób, które mogą ponownie sparaliżować jego funkcjonowanie.

## Bibliografia

### Literatura:

1. Drecz M., Rek T., *Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, wyd. 3. Wolters Kluwer, Warszawa 2019, s. 184 i 191.
2. Głanowski G., *Umowa o świadczenie zdrowotne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2019, s. 164-165.

### Akty prawne:

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z 2001 r. Nr 28, poz. 319, z 2006 r. Nr 200, poz. 1471, z 2009 r. Nr 114, poz. 946).
2. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2022 r., poz. 1360).  
Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427, 2469, z 2022r. poz. 64, 91, 526, 583, 655, 807, 974, 1002, 1078, 1265, 1352, 1700).

### Źródła internetowe:

1. Bagińska E., Gałączyński J., Nestorowicz M., Robaczyński W., *Umowy o świadczenie usług* (w:) W. J. Katner, *Prawo zamówień – umowy nienazwane. System prawa prywatnego*, Tom 9, wyd. 2, C. H. Beck, Warszawa 2015, <https://sip.legalis.pl/documentview.seam?documentId=mjxw62zogydkmjrgm4dknjomfrxilrtg4ytkmzvq44tmtqmfyc4mzrga2damjwhe> [dostęp 13.12.2020 r.].
2. Borysiak W., *Czynność prawna jako podstawowe źródło stosunku prawa medycznego* (w:) M. Safjan (red.), L. Bosek (red.), *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Tom I. Komentarz do art. 1-86*, Warszawa 2016, <https://sip.legalis.pl/documentview.seam?documentId=mjxw62zozgizdkmjsha2tsmroobqxlrsqu4tenq#tab-metrical-info> [dostęp 13.12.2020 r.].
3. Bosek L., Raszkievicz J., *Konstytucyjne uwarunkowania systemu udzielania świadczeń zdrowotnych* (w:) D. Bach-Golecka (red.), R. Stankiewicz (red.), *Organizacja systemu ochrony zdrowia. System prawa medycznego. Tom 3*, Warszawa 2020, <https://sip.legalis.pl/documentview.seam?documentId=mjxw62zogi3damrvhe3tanzomfrxilrsgq4tgmjjoobqxlrsqu4tenq#> [dostęp 13.12.2020 r.].
4. Nowosielska K., *Kolejne ograniczenia, bo system opieki zdrowotnej staje się niewydolny*, <https://www.prawo.pl/zdrowie/niewydolny-system-opieki-zdrowotnej,504272.html> [dostęp 13.12.2020 r.].

### Orzecznictwo:

1. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 listopada 2004 r., o sygn. akt K 14/03, Legalis nr 60760.
2. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 12 kwietnia 2006 r., o sygn. akt Kp 2/04, Legalis nr 75301.
3. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 26 kwietnia 2016 r. U 1/15, (Dz. U. 2016, poz. 1236).
4. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 lipca 2008 r., o sygn. akt K. 24/07, Legalis nr 102201.
5. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 10 maja 2018 r. U 1/16, Legalis nr 1766701.

### Reflections on the Polish health care system in connection with financing health services from public funds

**Summary:** In this work, an analysis of the content and application of art. 68 sec. 2 of the Constitution of the Republic of Poland. It was based on the dogmatic method and the analysis of the jurisprudence of the Constitutional Tribunal, and in particular the judgment with the reference number K 14/03, which is the starting point for the considerations in question. On the basis of distinguishing models of financing health services, it was indicated that the mixed model functions in Poland and it was emphasized that it was not the only system that could function under the Polish constitution. It is possible to create a different system which, however, must meet certain conditions ensuring that every citizen has access to healthcare services financed from public funds. The addressee of the obligation in question was a public authority that has limited freedom in shaping the health care system financed from public funds. The main conclusion of the thesis is the indication that the academic community and experts must analyze the Polish health system and ultimately change it, which will ensure the implementation of the standard encoded in the provision in question, taking into account the prevention of the spread of COVID-19 virus or other diseases that may paralyze again functioning of the current system.

**Key words:** health services, healthcare system, art. 68 sec. 2 of the Constitution of the Republic of Poland

Anna Rzepiela-Podlecka

Szkoła Doktorska Uniwersytetu Szczecińskiego,

Instytut Nauk o Kulturze Fizycznej

e-mail: anna.rzepiela-podlecka@phd.usz.edu.pl

ORCID: 0000-0002-7777-2629

## **Wielowymiarowość zdrowia w kontekście kultury fizycznej**

**Streszczenie:** Zdrowie to sfera ważna już w chwili narodzin każdego człowieka. Historia pojęcia sięga czasów starożytnych, kiedy tak naprawdę nie istniała jeszcze żadna z jego definicji. Na przestrzeni lat ludzie zaczęli być bardziej świadomi, poznawali różnorodne choroby, ale z racji niedostatecznej wiedzy nie mieli możliwości ich leczenia. Wraz z upływem czasu odnotowuje się większe zainteresowanie tematyką zdrowia, co poskutkowało utworzeniem jego definicji obowiązującej na całym świecie. Obecnie zdrowie jest przedmiotem wielu badań prowadzonych na wielu płaszczyznach. Jest ono szczególnie ciekawe w odniesieniu do kultury fizycznej, która łączy je z różnymi obszarami: obszarem zdrowia fizycznego, zdrowia psychicznego, aktywnością ruchową człowieka, czy stylem życia. Pozwala to na ujrzenie zdrowia w wielu wymiarach. Praca składa się z części teoretycznej, która jest zbiorem informacji związanych z historią zdrowia, utworzeniem jego definicji, podziału zdrowia ze względu na czynniki je warunkujące, a także odnosi się do zdrowia publicznego. Oprócz tego została uwzględniona część przeglądowa na temat badań prowadzonych w ostatnich kilku latach, których celem jest zwrócenie uwagi na ten obszar w odniesieniu do nauk o kulturze fizycznej.

**Słowa kluczowe:** zdrowie, nauczyciel, wychowanie fizyczne

### **Wprowadzenie**

Zdrowie jest pojęciem, które pojawiło się już w czasach starożytnych – brakuje jednak źródeł, które opisywałyby rozwój medycyny w tym okresie. Początkowo uważano, że termin zdrowie wiąże się z planetami oraz bóstwami, w związku z tym tuż po narodzinach każdy miał przypisany swój dalszy los. Istniało również przekonanie, że choroba to kara – dotykała ona osób naruszających obowiązujące zasady lub była karą za popełnione grzechy (Starzyńska-Kościusko, 2010).

Na przełomie lat, zainteresowanie zdrowiem rosło. Wraz z upływem czasu pojawiały się kolejne koncepcje, które umożliwiały ewolucję w tej dziedzinie. Przez wiele wieków nie znano jednak chorób oraz lekarstw, które umożliwiałyby powrót do zdrowia. Ludziom nie były znane organy znajdujące się w ich ciele, procesy oraz reakcje zachodzące w organizmie, urazy (Domaradzki, 2013). Zdrowie w tych latach było również tematyką podejmowaną w literaturze – jako pierwszy zainteresował się nim Kochanowski. Pisał o nim jako o wartości nadrzędnej, najważniejszej, w swojej fraszce „Na zdrowie” wyrażał potrzebę troski o nie. Pomimo to zdrowie przez wiele lat było obszarem niezbadanym.

Początek XIX wieku to okres, kiedy zaczęto bardziej zwracać uwagę na sferę zdrowia. Troska o nie wyrażała się w największej mierze poprzez dbanie o higienę rąk i twarzy. Ze względu na małą dostępność do sieci wodno-kanalizacyjnych w dalszym ciągu obszar ten był jednak niedostatecznie rozwinięty, a higiena pozostawiała wiele do życzenia. XX wiek uważa się za przełom w dziedzinie, powstała wtedy definicja pojęcia, która obowiązuje na całym świecie. Rozpoczęto wiele interesujących badań związanych ze zdrowiem w obszarze różnych

nauk: medycznych, biologicznych, nauk o kulturze fizycznej itp. Usystematyzowano również definicję zdrowia i oficjalnie wprowadzono ją do obiegu (Starzyńska-Kościuszko, 2010).

Zdrowie jest definicją o wielu kontekstach. Laicy potocznie uznają je za „brak choroby lub dolegliwości”. Na świecie istnieje około 120 definicji pojęcia (Domaradzki, 2013), jednak za najważniejszą z nich (w kontekście nauk o kulturze fizycznej) uważa się tę, która została zdefiniowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO – World Health Organization). Wg organizacji, zdrowie oznacza „stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby, kalectwa i niepełnosprawności” a także „sferę obejmującą problemy sprawności do prowadzenia produktywnego życia społecznego i ekonomicznego oraz sferę duchową”. Termin zdrowie wiąże się z 5 sferami: fizyczną, psychiczną, społeczną, ekonomiczną i duchową. Oznacza to, że żeby organizm można było uznać za zdrowy wszystkie z nich muszą spełniać określone kryteria. „Dobre” zdrowie oznacza odpowiednie funkcjonowanie organizmu i organów, zachowanie równowagi psychicznej, nawiązywanie właściwych relacji społecznych, koleżeńskich, rodzinnych, traktowanie innych z poszanowaniem, należnym szacunkiem, akceptowanie poglądów, kierowanie się określonymi normami społecznymi (Wojnarowska, 2008). Najnowsze wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia największy nacisk kładą obecnie na higienę zdrowia psychicznego. Zalecenia WHO w tej kwestii wiążą się z odpowiednim wypoczynkiem, czasem na regenerację organizmu, odpowiednim rozkładem obowiązków czy też dbaniem o atmosferę i relacje tworzone w ognisku domowym (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/swiatowa-organizacja-zdrowia-who->, 2020).

Niewątpliwie nasze zdrowie zależy od wielu czynników do których należą: uwarunkowania biologiczne, warunki środowiskowe, styl życia, podejmowanie aktywności fizycznej, opieka zdrowotna (Wojnarowska, 2008). W związku z tym w dużej mierze wpływają na nie odziedziczone geny, stopień zanieczyszczenia środowiska, sposób odżywiania, podejmowanie aktywności ruchowej, a także okresowe kontrole u specjalistów i wykonywanie kontrolnych badań. Trud oraz wykonywanie szeregu określonych czynności mających na celu dbałość o zdrowie może zagwarantować utrzymanie go w odpowiedniej kondycji przez wiele lat, aż do starości (Osiński, 2003).

Innym aspektem zdrowia jest zdrowie publiczne – wiąże się ono z promowaniem zdrowia jako wartości nadrzędnej, podejmowaniem działań mających na celu przedłużanie życia oraz zapobieganie chorobom. Najważniejszą z instytucji odpowiedzialnych za zdrowie publiczne jest Ministerstwo Zdrowia, które podejmuje wiele działań dążących do ograniczenia stosowania używek (tytoniu, alkoholu, środków psychoaktywnych), a także tworzeniem standardów związanych z produkcją żywności w oparciu o konkretne wytyczne. Umożliwia to wyeliminowanie lub ograniczenie w konsumpcji produktów uznawanych za szkodliwe. Kontrola przeprowadzana jest przez specjalnie powołaną Komisję Kodeksu Żywnościowego, a towary z półki testowane są pod kątem składu (<https://www.gov.pl/web/zdrowie/swiatowa-organizacja-zdrowia-who->, 2020). Oznacza to, że w teorii „szkodliwy” produkt powinien zniknąć z ekspozycji, jednak w praktyce nie do końca tak jest – żywność niejednokrotnie zawiera konserwanty oznaczone nieznanymi symbolami lub nazwami. W związku z tym ludzie sięgają po niektóre produkty myśląc, że są one pełnowartościowe, a w rzeczywistości okazuje się, że są one niezdrowe dla naszego organizmu. Oprócz tego etykiety są mało czytelne, często trudnością jest ich odczytanie – zwłaszcza przez osoby mające problemy ze wzrokiem.

Zdrowie publiczne łączy się również z promowaniem zdrowego stylu życia i kształtowaniem nawyków żywieniowych przez szkoły podstawowe. Od 2014 roku wiele polskich szkół bierze udział w programie „Owoce i warzywa w szkole”, w których od najmłodszych lat kształtuje się zdrowe nawyki u dzieci. W ramach akcji uczniowie otrzymują owoc lub warzywo pochodzące z upraw od polskich rolników, od jakiegoś czasu akcja dodatkowo wzbogacona została o mleko i przetwory mleczne, soki owocowe. Oprócz tego w ramach profilaktyki szkoły organizują różnorodne akcje związane ze zdrowiem psychicznym, aktywnością ruchową, uzależnieniami od używek itp. (Woynarowska, 2008).

Zdrowie w kulturze fizycznej jest pojęciem mającym wiele wymiarów. Przede wszystkim związane jest ono z utrzymywaniem odpowiednich parametrów wydolnościowych, krążeniowych, oddechowych i odpornościowych. Ważną rolę odgrywa tu dodatkowo zapewnienie aktywności ruchowej, utrzymywanie odpowiedniej masy ciała, stosowanie zbilansowanej diety bogatej w niezbędne witaminy i substancje odżywcze, a także środowisko, w którym żyje człowiek. Oprócz tego na zdrowie składają się również wspomniane wcześniej sfery: fizyczna, psychiczna, społeczna, ekonomiczna i duchowa. Można by uznać, że kultura fizyczna jest jedyną z dyscyplin rozpatrujących zdrowie pod tak szerokim kątem, ponieważ ma tak wiele składowych (Osiński, 2003).

### **Przegląd badań**

W obecnych czasach zdrowie jest przedmiotem wielu interesujących badań – wiele z nich skupia się wokół tematyki związanej ze zdrowiem w kontekście aktywności ruchowej, zdrowia fizycznego lub psychicznego, występujących chorób cywilizacyjnych.

Kotarska i Drohomirecka badały styl życia nauczycieli wychowania fizycznego. Badania przeprowadzone zostały w 2013 roku na grupie 63 kobiet pracujących w szkołach podstawowych i gimnazjach, z których przeważająca większość znajdowała się w przedziale wiekowym 36-45 lat. W trakcie badań pod uwagę brano przede wszystkim wskaźnik BMI, ilość snu oraz ilość spożywanych posiłków. Oprócz tego uwzględniono systematyczność w podejmowaniu aktywności, sposoby spędzania czasu wolnego oraz sposób przemieszczania się do pracy, stosowanie używek (Kotarska, Drohomirecka, 2013).

Podczas badań wysnute zostały następujące wnioski: nauczyciele prowadzą prozdrowotny styl życia – 46% ankietowanych śpi w przedziałach 7-8 godzin, 38% 5-7 godzin; nauczycielki właściwie się odżywiają – 46% ankietowanych spożywa 4 posiłki dziennie, 20% 5 posiłków, w odpowiedzi 66% respondentów zaznaczyło, że spożywa warzywa i owoce; 90% osób ankietowanych ma właściwy wskaźnik BMI, a tylko 10% badanych ma nadwagę lub jest otyłych; 90% nauczycielek nie pali papierosów; 94% ankietowanych podejmuje systematyczną aktywność fizyczną, co wynika z dbałości o własne zdrowie, utrzymywanie formy, odprężenie psychiczne; nauczyciele w większości korzystają z dojazdu do miejsca pracy samochodem (Kotarska, Drohomirecka, 2013).

Przeprowadzone na nauczycielkach badania świadczą o tym, że wykazują one pozytywne tendencje związane z utrzymywaniem zdrowego stylu życia. Dbają o regenerację organizmu poprzez odpowiednią ilość snu, spożywanie odpowiedniej ilości posiłków bogatych w niezbędne witaminy, dbają o swoją sprawność. Zebrane dane wskazują, że świadomość ankietowanych na temat postaw prozdrowotnych utrzymuje się na wysokim poziomie i

większość z nich troszczy się o prawidłowe funkcjonowanie organizmu (Kotarska, Drohomirecka, 2013).

Zdrowie jest ważnym aspektem w kontekście coraz częściej występujących chorób cywilizacyjnych. Kosendiak, Limanowska i Felińczak prowadziły w 2012-2013 roku badania związane z wpływem treningu wytrzymałościowego na zmiany subiektywnej oceny zagrożenia tego typu chorobami. Grupa badawcza liczyła 367 osób płci męskiej i żeńskiej w przedziale wiekowym 18-73 lata. Uczestnicy objęci zostali treningiem wytrzymałościowym o charakterze zorganizowanym 2 razy w tygodniu, dodatkowo 2 razy w tygodniu mieli organizować sobie trening we własnym zakresie. Do najważniejszych założeń zaliczono stan zdrowia, poziom sprawności, obecność chorób cywilizacyjnych oraz przewidywane efekty treningu (Kosendiak, Limanowska, Felińczak, 2015).

W oparciu o zebrane dane udało się ustalić, że: w ocenie osób badanych zaburzenia, które początkowo zgłaszały, minęły w trakcie podjęcia treningu wytrzymałościowego – wpłynął na to zdrowszy styl odżywiania i aktywność ruchowa; zmniejszyła się ilość osób z nadwagą – z 38,86% do 17,13%; zmniejszyła się ilość osób otyłych – z 8,45% do 1,12%; zmniejszyła się ilość osób, u których występowały nerwice – z 14,99% do 10,11% (Kosendiak, Limanowska, Felińczak, 2015).

Aktywność fizyczna to element, który nieodłącznie powinien towarzyszyć w naszym codziennym życiu. Podejmowanie systematycznego treningu umożliwia eliminowanie niektórych chorób cywilizacyjnych, np. nadwagi, otyłości czy nerwicy. Regularne ćwiczenia pozytywnie wpływają na prawidłowe funkcjonowanie organizmu człowieka, organów, układów czy procesów zachodzących w organizmie. Osoby podejmujące aktywność fizyczną stają się bardziej świadome korzyści wynikających z jej podejmowania, a co za tym idzie eliminowaniem zagrożenia związanego z występowaniem chorób cywilizacyjnych (Kosendiak, Limanowska, Felińczak, 2015).

Ważnym elementem wpływającym na odpowiednią jakość życia jest zdrowie psychiczne. Umiastowska i Gdaniec badały zjawisko wypalenia zawodowego u nauczycieli wychowania fizycznego. Badania przeprowadzono na grupie 101 osób (49 kobiet i 52 mężczyzn) pracujących w szczecińskich szkołach podstawowych, gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych (Umiastowska, Gdaniec, 2016).

W badaniach ustalono, że 58% ankietowanych odczuwa satysfakcję z wyboru zawodu, a 42% dokonało złego wyboru; 53% ankietowanych jest niezadowolonych z zarobków i odczuwa potrzebę zmiany stanowiska pracy; 59% respondentów jest niezadowolonych z pracy ze względu na brak wsparcia ze strony pracodawcy; źródłami stresu u nauczycieli były: brak odpowiedniego wyposażenia, nieodpowiednie zachowania uczniów, duża liczebność grup podczas zajęć, hałas (Gdaniec, Umiastowska, 2016).

Stres jest głównym powodem generującym w zawodzie nauczyciela wyczerpanie, brak motywacji do prowadzenia zajęć, brak empatycznych postaw względem uczniów. Dodatkowo na pewno nie sprzyja duży nacisk oraz brak wsparcia ze strony dyrekcji, zbyt duża ilość obowiązków oraz odpowiedzialność za uczniów. Czynnikiem wpływającym na zniechęcenie do pracy jest również niskie wynagrodzenie, brak możliwości przedłużenia umowy, przekonanie o małej istotności zajęć WF jako przedmiotu szkolnego (Gdaniec, Umiastowska, 2016).



Na przełomie 2017-2018 roku badano zachowania zdrowotne młodzieży szkolnej HBSC w ramach międzynarodowego projektu. W ramach analizy uwzględniono 5225 rekordów z polskiej bazy HBSC. W jednym z rozdziałów skupiono się na wskaźniku BMI, który podlegał ocenie przez uczniów (wyliczenie wskaźnika na podstawie wzoru). Badania przeprowadzono na młodzieży w 3 kategoriach wiekowych: 11, 13 i 15 lat. W badaniach wzięto pod uwagę normy wyznaczone przez WHO (Światowa Organizacja Zdrowia, 2007) – Oblacińska, 2018.

Badania dotyczyły dwóch aspektów: niedoboru masy ciała i otyłości oraz nadwagi. W zakresie pierwszego przedstawionego problemu udało się ustalić, że niedobór masy ciała dotyczy 13,6% ankietowanych, z czego dziewczynki częściej wykazywały niedobór masy ciała w odniesieniu do chłopców; znaczny niedobór masy ciała dotyczył 4,2% młodzieży – odsetek ten stanowi ok. 3-5% populacji. Oprócz tego zastosowanie znalazł standard IOTF (International Obesity Task Force – Międzynarodowa Grupa ds. Otyłości), który uwidoczniał wyniki niewiele niższe w odniesieniu do norm wyznaczonych przez WHO. Drugi aspekt dotyczył nadwagi i otyłości, w oparciu o normy WHO (Światowa Organizacja Zdrowia, 2007) problem dotyczył 21,3% respondentów, z zaznaczeniem otyłości u 4,7% badanych. Uwzględniając płeć, problem częściej dotyczył chłopców niż dziewcząt. Analiza wskaźnika masy ciała wg standardów IOTF wykazała dość znaczne różnice – problem nadwagi dotyczył 16,5% badanych, otyłość odnotowano u 2,3% osób. W tym wypadku problem również częściej dotyczył chłopców niż dziewcząt (Oblacińska, 2018).

W badaniach zaobserwowano, że zjawisko nadwagi i otyłości obniża się wraz z wiekiem – problem dotyczył 25,8% osób badanych w kategorii 11 lat oraz 15,3% w kategorii 15 lat. U dzieci w wieku 13 lat odnotowano najwyższy wskaźnik otyłości – 31,7% (Oblacińska, 2018).

W oparciu o powyższe badania wyznacznikiem dla niedoboru masy ciała oraz nadwagi i otyłości mogła być niedojrzałość dzieci w wieku 11 lat. Jak można zauważyć największe odchylenia od norm wykazywały grupy 11 i 13-latków, grupa 15-letnia wypadła bardziej korzystnie. Problematyka podjęta w badaniach jest szczególnie ważna ze względu na odnotowany w ostatnim czasie wysoki wskaźnik otyłości, który często jest powodem wielu chorób cywilizacyjnych. Sama otyłość jest również obecnie coraz bardziej powszechna wśród dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych (Oblacińska, 2018).

W najnowszych badaniach prowadzonych przez Sokół-Szawłowską uwzględniono wpływ kwarantanny podczas pandemii COVID-19 na zdrowie psychiczne. Badania prowadzono na różnych grupach osób w 2020 roku (Sokół-Szawłowska, 2021).

Pierwsze badania zostały przeprowadzone na grupie obejmującej 662 osoby na terenie Indii. Wielu respondentów wykazywało, że odczuwa natręctwa myślowe – 37,8% oraz problemy ze snem – 12,5%, wskazano również, że źródłem dodatkowego stresu były media społecznościowe podające informacje związane z rozwojem pandemii na świecie. W trakcie badań ponad 80% respondentów wymagało wsparcia psychicznego, należy przy tym nadmienić, że dla podtrzymywania odpowiedniego zdrowia psychicznego niezbędne byłoby zintensyfikowanie programów profilaktycznych dla osób dotkniętych stresem (Sokół-Szawłowska, 2021).

W tych samych badaniach prowadzono badania na terenie Chin dla osób objętych 14-dniową kwarantanną, odpowiedzi uzyskano od 1210 osób. 53,8% respondentów oceniło

psychologiczny wpływ pandemii na samopoczucie jako umiarkowany lub ciężki, przy czym 16,5% dodatkowo wykazywało objawy depresji, 28,8% objawy lękowe, a 8,1% odczuwało większy niż dotychczas stres wynikający z rozwoju sytuacji (Sokół-Szawłowska, 2021).

Pandemia COVID-19 spowodowała, że ludzie zaczęli prowadzić bardziej sędziwoty tryb życia, zaczęli odczuwać więcej dolegliwości związanych ze zdrowiem psychicznym i fizycznym poprzez obejmowanie ich kwarantanną. Do grup najbardziej narażonych na odczuwanie skutków związanych z izolacją zaliczono osoby starsze, osoby zajmujące się małymi dziećmi i osoby ze współistniejącymi chorobami psychicznymi, depresją, nerwicami. Sytuacja na świecie spowodowała, że Światowa Organizacja Zdrowia pomimo zaleceń związanych z aktywnym i zdrowym stylem życia zmieniła się w odniesieniu do panującej sytuacji, a wprowadzona izolacja doprowadziła do rozwoju wielu chorób (Sokół-Szawłowska, 2021).

### Podsumowanie

Zdrowie w odniesieniu do człowieka jest elementem, z którym wiąże się szereg procesów. Podejmowanie odpowiednich działań od najmłodszych lat pozwala na utrzymanie go w jak najlepszej „kondycji”. Dlatego też ważne jest, żeby w naszym codziennym życiu dbać o budowanie prawidłowych nawyków żywieniowych, wzbogacać codzienne posiłki o owoce i warzywa, zapewniać odpowiednią ilość snu, organizować w czasie wolnym jak najwięcej ruchu. Okresowo powinno się również zadbać o kontrole u specjalistów i wykonywanie podstawowych badań, by wykluczyć występowanie chorób. W nawiązaniu do sytuacji na świecie, pandemia COVID-19 doprowadziła do rozwoju wielu chorób, np. otyłości, chorób psychicznych, a także do obniżenia aktywności w różnych grupach wiekowych. Wielowymiarowość to dobre określenie dla sfery zdrowia – nie wystarczy spełnić tylko jednego kryterium, aby mówić o dobrym zdrowiu, aby mówić o dobrym zdrowiu należy spełnić wszystkie z nich.

### Bibliografia

#### Literatura:

1. Osiński W., *Antropomotoryka*, Poznań: Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego, 2003.
2. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2008.
3. Domaradzki J., *O definicjach zdrowia i choroby*, „Folia Medica Lodziensia”, 40/1, Łódź 2013, s. 5-29.
4. Starzyńska-Kościuszko E., *Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia: zdrowie jako wartość*, „Humanistyka i Przyrodoznawstwo”, 16, 2010, s. 319-326.
5. Kotarska K., Drohomirecka A., *Styl życia nauczycieli wychowania fizycznego*, „Handel wewnętrzny” numer specjalny (wrzesień-październik), Turystyka i Rekreacja w Rozwoju Cywilizacyjnym, 2013, s. 256-273.
6. Kosendiak A., Limanowska P., Felińczak A., *Problemy kultury fizycznej – aspekty ekonomiczne, prawne i pedagogiczne: Wpływ treningu wytrzymałościowego na zmiany subiektywnej oceny zagrożenia chorobami cywilizacyjnymi*, Bydgoszcz: Akademia Nauki i Sportu, 2015, s. 79-86.
7. Umiaostowska D., Gdaniec A., *Zjawisko wypalenia zawodowego wśród nauczycieli wychowania fizycznego*, Prace naukowe Akademii Wychowania fizycznego im. Jana Długosza w Częstochowie, t. XV, nr 4, 2016, s. 147-156.
8. Mazur J., Małkowska-Szkutnik A., *Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC*, Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2018, s. 70-82.
9. Sokół-Szawłowska M., *Wpływ kwarantanny na zdrowie psychiczne podczas pandemii COVID-19*, „Prace poglądowe via Medica”, tom 18, nr 1, 2021, s. 57-62.

**Źródła internetowe:**

1. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/swiatowa-organizacja-zdrowia-who-> [dostęp 21.07.2022 r.].

**Multidimensionality of health in the context of physical culture**

**Summary:** Health is an important sphere of human's life since the time of birth. The history of the concept goes back to ancient times, when none of its definitions existed yet. Over the years, people began to be more aware, they got to know various diseases, but due to insufficient knowledge, they were unable to treat them. With the passage of time, there is a growing interest in the subject of health, which has resulted in the creation of a definition applicable all over the world. Currently, health is the subject of many studies conducted at many levels. It is particularly interesting in relation to physical culture, which connects them with various areas: the area of physical health, mental health, human physical activity and lifestyle. This allows to have a look at health in many dimensions.

The article consists of a theoretical part, which is a collection of information related to the history of health, the creation of its definition, the division of health according to its determinants and relates to public health. In addition, an overview section on research conducted over the past few years has been included to highlight this area in relation to physical culture sciences.

**Keywords:** health, teacher, physical education

Aleksandra Werner  
Szkoła Doktorska Uniwersytetu Szczecińskiego  
Instytut Gospodarki Przestrzennej i Geografii Społeczno-Ekonomicznej,  
aleksandra.werner@phd.usz.edu.pl

## **Osoby z niepełnosprawnościami jako grupa docelowa dla sektora turystycznego**

**Streszczenie:** Celem artykułu jest ukazanie potencjału wśród osób z niepełnosprawnościami do udziału w wyjazdach turystycznych poprzez analizę dostępnych raportów i innych materiałów wtórnych. Ważną kwestią przy próbie oszacowania wielkości strony popytowej oraz podażowej są odpowiednio ustalone i przyjęte kryteria definiowania zdrowia, choroby oraz niepełnosprawności. W pracy zwrócono uwagę, że grupa turystów z niepełnosprawnościami stanowi ważny segment podróżujących, których liczba będzie stale rosła. Wprowadzenie licznych rozwiązań ułatwiających podróżowanie osobom z niepełnosprawnościami może być szansą dla wielu przedsiębiorców a nie tylko obowiązkiem wynikającym z przepisów prawa. Wymaga podkreślenia faktu, że turystyka dostępna przynosi korzyści wszystkim w nią zaangażowanym podmiotom.

**Słowa kluczowe:** turystyka dostępna, popyt turystyczny, podaż turystyczna, turyści z niepełnosprawnościami, sektor turystyczny

## **Korelacje między zdrowiem, chorobą a niepełnosprawnością**

Pojęcie zdrowia ma interdyscyplinarny aspekt ponieważ badacze z różnych dyscyplin naukowych zajmują się jego problematyką, np.: medycyna, psychologia, prawo, nauki o kulturze fizycznej czy geografia społeczno-ekonomiczna i gospodarka przestrzenna. Wpływa to na tworzenie nowych definicji zdrowia, których szacuje się, że jest około 120 (Domaradzki, 2013). Światowa Organizacja Zdrowia<sup>12</sup> definiuje zdrowie jako poczucie pełnej sprawności fizycznej (prawidłowe funkcjonowanie układów i narządów), umysłowej (zdolność do jasnego, logicznego myślenia oraz do rozpoznawania emocji i radzenia sobie ze stresem) i społecznej (zdolność do utrzymywania prawidłowych relacji międzyludzkich) a nie tylko brak choroby lub innych ułomności. Ze zdrowiem związane jest również pojęcie choroby jako jego przeciwieństwa, czyli pewnego zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu. Zwykle kojarzony jest ze stanem fizycznym człowieka, należy jednak pamiętać, że może odnosić się też do stanu psychicznego. Zjawisko choroby może być także wykreowane przez otoczenie społeczne

---

<sup>12</sup> 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 roku, Dz.U. z 1948, nr 61, poz. 477, ze zm.

względem człowieka, który został uznany za chorego i jest traktowany w sposób odmienny niż osoby postrzegane jako zdrowe. Ograniczenia bądź brak sprawności do realizacji czynności i zadań w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka określany jest niepełnosprawnością. Wynikać to może z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu<sup>13</sup>. W literaturze przedmiotu oraz międzynarodowych klasyfikacjach zauważyć można odwołanie do niepełnosprawności w dwóch odmiennych w swych założeniach modeli: medycznego oraz społecznego. W modelu medycznym to jednostka stanowi swojego rodzaju „problem” i wymaga pomocy medycznej. Natomiast w modelu społecznym przyczyn niepełnosprawności nie dostrzega się w jednostce ale wskazuje się na ograniczenia w środowisku oraz na bariery społeczne, ekonomiczne i fizyczne.

Korelacje zachodzące między triadą zdrowie- choroba- niepełnosprawność można zauważyć między innymi w różnych podejściach do prób oszacowania liczby osób z niepełnosprawnościami w świecie, Europie oraz w Polsce. Ze względu na dyscyplinę naukową, jaką Autorka się zajmuje, w artykule tym znaleźć będzie można odnośniki do aspektów turystycznych w kontekście osób z niepełnosprawnościami i próby oszacowania liczby turystów z niepełnosprawnościami oraz wielkości strony podażowej.

### **Osoby z niepełnosprawnościami w świecie, Unii Europejskiej oraz Polsce- strona popytowa**

Szacuje się, że osoby z różnymi rodzajami niepełnosprawnościami stanowią 15% światowej populacji, przy czym częstość występowania niepełnosprawności jest wyższa w krajach rozwijających się. Jedna piąta z tej szacunkowej liczby na świecie, czyli od 110 do 190 milionów osób, doświadcza znacznego stopnia niepełnosprawności<sup>14</sup>. W Unii Europejskiej (UE) średnio co czwarty obywatel jest osobą z niepełnosprawnością. Zjawisko to będzie się nasilać ponieważ społeczeństwo się starzeje. Liczba urodzeń drastycznie maleje a wzrasta długość życia ludzi.

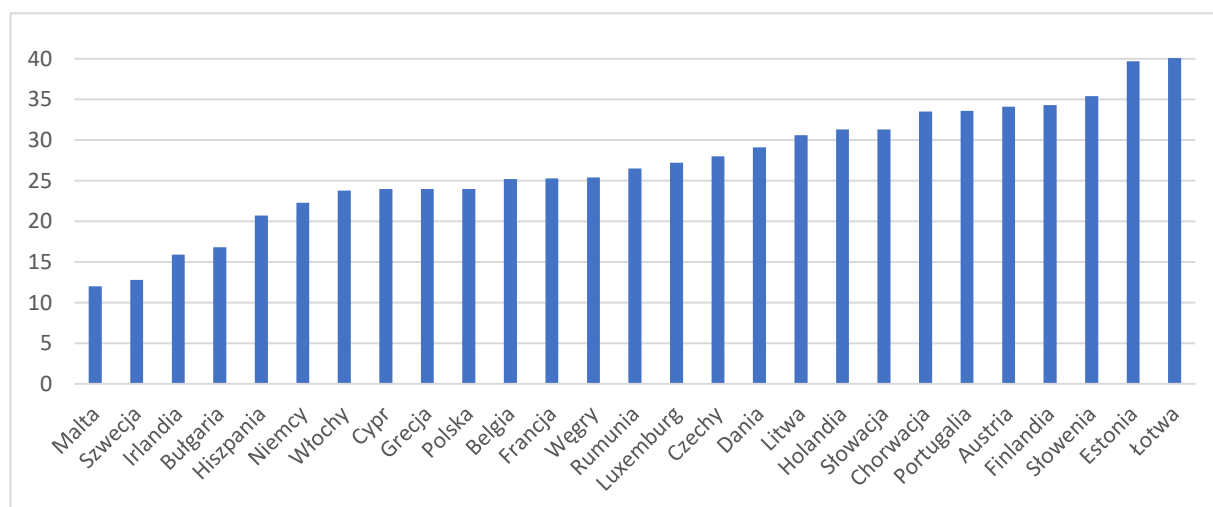
---

<sup>13</sup> Internetowa encyklopedia PWN.

<sup>14</sup> <https://www.worldbank.org/en/topic/disability>, dostęp 02.04.2022.

Na rycinie 1 zaprezentowano częstość występowania niepełnosprawności w ogólnej liczbie obywateli poszczególnych krajów UE. Najwyższym stosunkiem osób z niepełnosprawnością do pełnosprawnej części społeczeństwa wyróżniają się: Łotwa (40,1), Estonia (39,7) oraz Słowenia (35,4). Średnio co trzecią osobę z tych krajów dotyka aspekt niepełnosprawności, w tym blisko co druga osoba z niepełnosprawnością to kobieta. Udział osób z niepełnosprawnościami w populacji mieszkańców powyżej 16. roku życia w tych państwach przekraczał 35% i był wyższy od przeciętnej dla Unii Europejskiej o ponad 10 pkt proc. Do państw, w których zaobserwować można najniższe wartości dla osób z niepełnosprawnościami zaliczyć należy: Maltę (12,0), Szwecję (12,8) oraz Irlandię (15,9). Wskaźniki nie przekroczyły 16%, przy czym najkorzystniejsza sytuacja jest na Malcie, gdzie co 8 mieszkańiec, w przyjętym do badań wieku, posiadał pewną dysfunkcję. Polska (24,0) znalazła się w pierwszej dziesiątce krajów z najmniejszym wskaźnikiem niepełnosprawności, nie przekraczając tym samym średniej dla całej Unii Europejskiej (24,7).

**Rycina 1 Częstość występowania niepełnosprawności według państw Unii Europejskiej dla osób w wieku 16+ w 2018 roku**



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Statistics on Person with Disabilities 2018, Master tables concerning EU 2020: year 2018, Prepared for the European Disability Expertise (EDE) by S. Grammenos & M. Priestley.

W Polsce gromadzenie danych o osobach z niepełnosprawnościami jest przede wszystkim zadaniem statystyki publicznej. Podstawą prawną, która upoważnia służby do systematycznego zbierania i gromadzenia danych jest Ustawa o statystyce publicznej<sup>15</sup>. Do głównych źródeł danych o osobach z niepełnosprawnościami zalicza się (Antczak, Granowska, Polańska, 2018, s. 28-38):

- a. statystyka publiczna:

<sup>15</sup> Ustawa z dnia 29.06.1995 o statystyce publicznej, Dz.U. 1995 nr 88 poz. 439 ze zm.

- Narodowe Spisy Powszechne Ludności i Mieszkań (NSP), które odbywały się w latach 1978, 1988, 2002, 2011 oraz 2021 w trakcie gromadzenia danych,
- Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), które pierwszy raz przeprowadzono w 1992 roku (Zgierska, 2019, s. 23-24), jest badaniem prowadzonym kwartalnie<sup>16</sup>,
- Europejskie ankietowe badanie zdrowia (EHIS), zrealizowane pierwszy raz w 2009 roku, następnie w 2014 oraz w 2019<sup>17</sup>,
- Europejskie badanie dochodów i warunków życia (EU-SILC), prowadzone co roku od 2005 roku,
- badanie budżetów gospodarstw domowych, które prowadzone jest od 1957 roku (Zgierska, 2019, s. 23-24),

b. badania ankietowe:

- diagnoza społeczna,
- PolSenior,
- ogólnopolskie badanie sytuacji, potrzeb i możliwości niepełnosprawnych,
- generacje i rodziny,
- Europejski sondaż społeczny (ESS),
- badanie zdrowia, starzenia się i przechodzenia na emeryturę w Europie (SHARE),

c. rejestry administracyjne:

- Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
- ośrodki pomocy społecznej, np.: domy pomocy społecznej, rodzinne domy pomocy, dzienne domy pomocy,
- Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ).

Badania ankietowe prowadzone są dobrowolnie, często na reprezentatywnych próbach populacji o ściśle określonym temacie. Dane gromadzone w rejestrach administracyjnych należą do organizacji i instytucji, które odpowiadają za różnorodne dziedziny życia i rozwijanie w nich usług.

Badanie niepełnosprawności jest problematyczne ze względu na trudności definicyjne oraz różnorodny okres przeprowadzenia badania. Różne źródła danych mają inną tematykę

<sup>16</sup> Zeszyt metodologiczny. Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności, GUS, Warszawa 2018, s. 9.

<sup>17</sup> <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/index.php?c=page&id=122&print=1>, dostęp 07.04.2022.

główną, która podaje dane o częściowo innej grupie, co związane jest z wyrywkowością i brakiem tworzenia spójnego obrazu na temat populacji osób z niepełnosprawnościami. W tabeli 1 przedstawiono, najnowsze z dostępnych, dane o liczbie osób z niepełnosprawnościami dla publicznych źródeł danych w Polsce. W niektórych ze źródeł zastosowano podział niepełnosprawności na prawną, biologiczną oraz ogólną. Autorka ze względu na zagadnienia poruszane w artykule nie będzie podawała danych z podziałem na niepełnosprawności tylko dostępne dane ogólne, które mają za zadanie zobrazować wielkość badanego problemu w Polsce. Należy zaznaczyć, że w przypadku BAEL, badaniem objęto osoby w wieku 16- 89 lat, w pozostałych badaniach brana była pod uwagę cała populacja.

**Tabela 1 Osoby z niepełnosprawnościami w Polsce według różnych źródeł badań ze statystyki publicznej**

<b>Źródło danych z rokiem przeprowadzenia badania</b>	<b>Ogółem</b>	<b>Kobiety</b>	<b>Mężczyźni</b>
NSP 2011	4 697 000	2 530 100	2 166 900
BAEL II kwartał 2021	2 906 000	1 444 000	1 462 000
EHIS 2014	4 905 100	2 516 500	2 388 600

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna, Część I. Ludność, Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, GUS, Warszawa 2013, s. 54; Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle badania EHIS 2014, GUS, Warszawa 2015; Aktywność ekonomiczna ludności Polski III kwartał 2021 roku, Tablice w formacie XLS, tab. 5.1, GUS, Warszawa 2021.

Na podstawie danych zawartych w tabeli 1 zauważyć można znaczącą przewagę kobiet wśród osób z niepełnosprawnościami do roku 2014. Wynikać to może z ogólnego trendu, w którym to wskaźnik feminizacji od kilkadziesiąt lat przekracza 100. Oznacza to, że populacja kobiet jest większa niż mężczyzn. Wpływać na to może dłuższy średni wiek życia kobiet od mężczyzn. W badaniu BAEL z III kwartału 2020 roku również kobiety stanowiły większość natomiast w badaniu z 2021 roku to mężczyźni przeważają wśród aktywnych zawodowo. Kolejnym ważnym aspektem jest ogólna liczba osób z niepełnosprawnościami. Porównując rok 2011 i 2014 zauważyć można wzrost liczby osób z niepełnosprawnościami i drastyczny spadek w 2021 roku. Spadek ten wynikać może z innej interpretacji definicji osoby z niepełnosprawnością podczas badania BAEL. Badanie BAEL wyróżnia jedynie niepełnosprawność prawną, nie biorąc pod uwagę niepełnosprawności biologicznej.

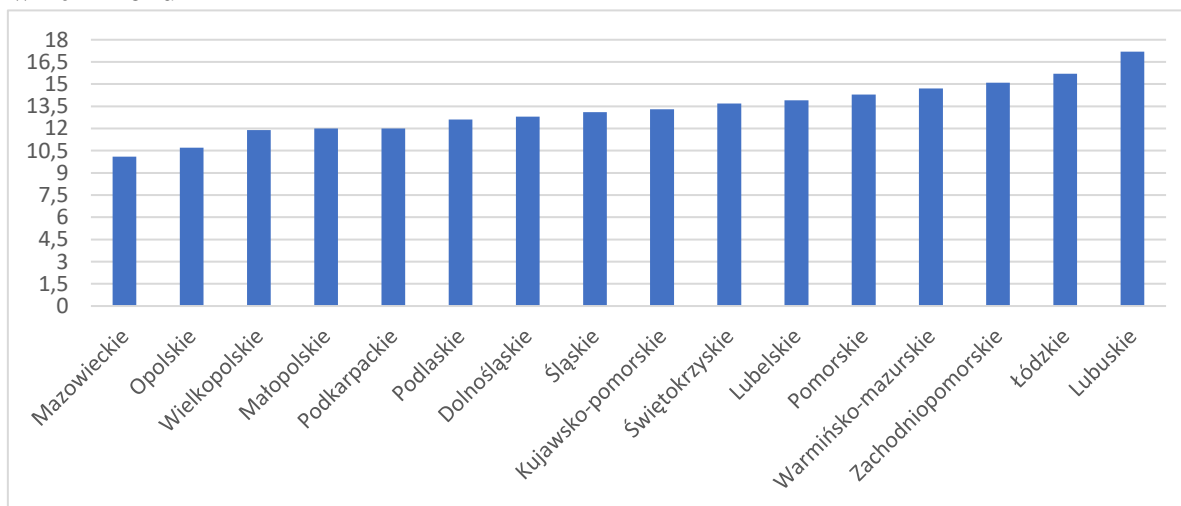
W raporcie o stanie zdrowia ludności w 2014 roku zawarto dane o częstotliwości występowania niepełnosprawności według województw<sup>18</sup>. Dane te zostały przedstawione na

<sup>18</sup> Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku, GUS, Warszawa 2016, s. 112.



rycinie 2. Blisko co 8 mieszkańców Polski boryka się z problemem niepełnosprawności. Zaobserwować można, że najwięcej osób z niepełnosprawnościami zamieszkiwało województwa: Lubuskie (17,2), Łódzkie (15,7) oraz Zachodniopomorskie (15,1). Oznacza to, że blisko co 6 mieszkańców tych województw, był osobą z niepełnosprawnością. Natomiast w województwach: Mazowieckim (10,1) i Opolskim (10,7) była to już co 10 osoba zamieszkująca ten region.

**Rycina 2 Częstość występowania niepełnosprawności według województw w Polsce w 2014 roku**



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku, op.cit. s. 112.

Przechodząc do aspektu ekonomicznego, szacuje się, że w Polsce występuje ponad 344,3 tys. osób z niepełnosprawnościami, które pracują w podmiotach zatrudniających 10 osób i więcej<sup>19</sup>. Stanowią one 3,6% ogólnej liczby pracujących w średnich i dużych przedsiębiorstwach. W roku 2018 odnotowano 344,9 tys. pracujących osób z niepełnosprawnościami w średnich i dużych przedsiębiorstwach<sup>20</sup>. Najwyższa wartość wskaźnika liczby osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub niezdolności do pracy na 10 tys. ludności wystąpiła w województwie lubuskim (933), następnie w województwach wielkopolskim (740) oraz małopolskim (725). Z kolei najmniej osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub niezdolności do pracy na 10 tys. ludności zamieszkiwało województwa opolskie (466), mazowieckie (473) a także podlaskie (490)<sup>21</sup>. Porównując powyższe dane z rokiem 2019, zauważyć można spadek liczby pracujących osób z niepełnosprawnościami w średnich i dużych przedsiębiorstwach o 0,2%<sup>22</sup>. Najwyższe

<sup>19</sup> Osoby niepełnosprawne w 2019 roku, Główny Urząd Statystyczny.

<sup>20</sup> Osoby niepełnosprawne w 2018 roku, Główny Urząd Statystyczny.

<sup>21</sup> Tamże.

<sup>22</sup> Osoby niepełnosprawne w 2019 roku, op.cit.

wartości wskaźnika liczby osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub niezdolności do pracy na 10 tys. ludności wystąpiły w województwach lubuskim (886), wielkopolskim (711) oraz świętokrzyskim (710). Natomiast najniższy wskaźnik odnotowano w województwach mazowieckim (455), opolskim (463) i podlaskim (483)<sup>23</sup>.

Zestawiając dane, o częstotliwości występowania niepełnosprawności w województwach w Polsce w 2014 roku oraz wielkość zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami w średnich i dużych przedsiębiorstwach w 2019 roku, zauważyć można pewne korelacje. W województwie lubuskim, gdzie wskaźnik osób z dysfunkcjami był największy, najwięcej też osób jest zatrudnionych w przedsiębiorstwach. Z kolei w województwach opolskim i mazowieckim wskaźnik zatrudnienia osób z niepełnosprawnościami jest najniższy, co może być związane z niskim współczynnikiem osób z niepełnosprawnościami przypadającymi na pełnosprawną część społeczeństwa.

Podsumowując, ponad bilion ludzi na świecie związanych jest z niepełnosprawnością, co przekracza ponad dwukrotnie ogólną liczbę mieszkańców Unii Europejskiej<sup>24</sup>. Problemem w zbieraniu informacji o osobach z niepełnosprawnościami jest różne definiowanie zdrowia, choroby oraz niepełnosprawności i brak ujednoczonych kryteriów zbierania danych. Liczba osób z niepełnosprawnościami w Polsce, Europie i na świecie podawana jest biorąc pod uwagę różne aspekty. Istotne jest, aby dane z przeprowadzanych badań przez różne organizacje i instytucje, mogły być porównywalne i po ich zestawieniu stanowiły pełen obraz niepełnosprawności w otoczeniu, który jednocześnie się uzupełnia. Można wywnioskować z powyższych danych statystycznych, że osoby z niepełnosprawnościami mogą stanowić dużą grupę potencjalnych turystów, do których atrakcyjne turystycznie miasta powinny być dostosowane.

## **Podaż dóbr i usług dla osób z niepełnosprawnościami w świecie, Unii Europejskiej oraz Polsce**

Ułatwienie podróżowania osobom z niepełnosprawnościami jest nie tylko obowiązkiem wynikającym z zapisów prawa, ale także szansą dla wielu przedsiębiorców. Turystyka dostępna przynosi korzyści wszystkim, poprawiając dostępność otoczenia, zwiększając perspektywy gospodarcze i tworząc nowe miejsca pracy. Światowa Organizacja Turystyki (UNWTO)

---

<sup>23</sup> Tamże.

<sup>24</sup> <https://www.worldbank.org/en/topic/disability>, dostęp 02.04.2022.

podaje, że 70% osób z niepełnosprawnościami w UE ma środki finansowe i zdolności psychiczne, żeby podróżować. Wyjeżdżają najczęściej w towarzystwie 2 lub 3 osób. Potencjalny rynek osób z niepełnosprawnościami w UE wynosi ponad 80 mln osób, a jeżeli uwzględni się dodatkowo seniorów i osoby towarzyszące to około 130 mln. W Azji i regionie Pacyfiku rynek ten obejmuje 690 mln osób, a w Ameryce Łacińskiej i na Karaibach liczba ta sięga 85 mln osób. W Australii, po dodaniu rynków krajowych i przyjazdowych, całkowity rynek turystyki dostępnej jest wart 10,8 mld dolarów australijskich<sup>25</sup>. Wpływ ekonomiczny z podróży osób z niepełnosprawnościami wyniósł 58,7 mld dolarów w Stanach Zjednoczonych<sup>26</sup>. Średnie wydatki wakacyjne turystów w Hiszpanii wynoszą ponad 800 euro w porównaniu z 600 euro w przypadku turystów bez niepełnosprawności<sup>27</sup>.

Badanie przeprowadzone przez GfK i współpracowników<sup>28</sup> wykazało, że wielkość rynku turystyki dostępnej w Europie wynosi ponad 740 mln wyjazdów rocznie (łącznie wyjazdy jednodniowe i z noclegiem) w oparciu o analizę skłonności do podróżowania osób z niepełnosprawnościami i starszych w państwach członkowskich UE. Bezpośredni wkład gospodarczy, w postaci obrotu brutto, unijnej turystyki dostępnej dla osób ze szczególnymi potrzebami oszacowano na 351,936 mln euro w 2012 r. Prognozuje się, że do 2020 r. popyt na dostępną turystykę w UE ze strony osób mieszkających w UE, będzie nadal rósł i osiągnie około 862 mln podróży rocznie, a popyt ze strony kluczowych międzynarodowych rynków przyjazdowych wyniesie 21 mln podróży rocznie.

---

<sup>25</sup> UNWTO Inclusive Recovery Guide- Sociocultural Impacts of COVID-19, Issue 1: Persons with Disabilities, Hiszpania 2020, s. 6.

<sup>26</sup> [https://opendoorsnfp.org/wp-content/uploads/2020/10/2020-Market-Study-Release\\_FNL.pdf](https://opendoorsnfp.org/wp-content/uploads/2020/10/2020-Market-Study-Release_FNL.pdf), dostęp 10.04.2022.

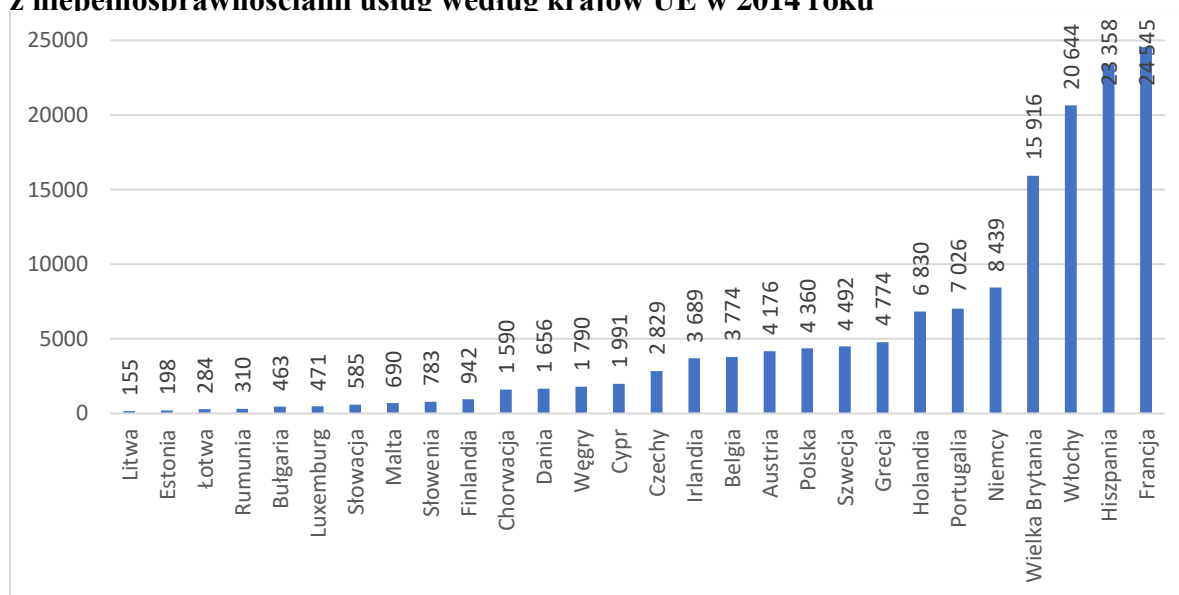
<sup>27</sup> <https://biblioteca.fundaciononce.es/publicaciones/colecciones-propias/coleccion-accesibilidad/observatory-universal-accessibility>, dostęp 10.04.2022.

<sup>28</sup> Report of the EC Study: Economic Impact and Travel Patterns of Accessible Tourism in Europe. Significant GfK and partners, 2014.

Rozkład usług w poszczególnych krajach UE, które są dostosowane do potrzeb osób z dysfunkcjami, przedstawia rycina 3. Każdy rodzaj usług jest zsumowany w celu wskazania wartości całkowitych. W czołówce krajów z liczbą 15 000-25 000 usług znajdują się Francja, Hiszpania, Włochy i Wielka Brytania, natomiast w drugiej grupie krajów z liczbą 5 000-14 999 usług znajdują się Niemcy, Portugalia i Holandia. Jedenaście krajów ma od 1 000 do 5 000 usług, a dziesięć krajów ma poniżej 1 000 zarejestrowanych przez Pantou dostępnych usług. Polska na tle swoich sąsiadów, w zakresie dostosowanych usług, wygląda zadawalająco. Znajduje się w pierwszej dziesiątce krajów, które posiadają najwięcej zarejestrowanych usług dostosowanych do osób z dysfunkcjami. Wśród wszystkich państw członkowskich UE, Francja, Wielka Brytania i Niemcy są głównymi rynkami dla turystyki dostępnej, biorąc pod uwagę zarówno podróże krajowe, jak i wewnątrzunijne, pomimo, iż na przedstawionej rycinie drugie i trzecie miejsce zajmują kolejno: Hiszpania i Włochy<sup>29</sup>.

Na podstawie danych zawartych w Pantou<sup>30</sup>, zauważyć należy, że aktualnie w Polsce zarejestrowane są zaledwie 3 organizacje, w tym dwa hotele z tej samej sieci lecz w innych

**Rycina 3 Dane Pantou związane z zarejestrowaną sumą dostosowanych do osób z niepełnosprawnościami usług według krajów UE w 2014 roku**



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Mapping and Performance Check of the Supply of Accessible Tourism Services (220/PP/ENT/PPA/12/6491), Final Report, 2015, s. 31-34.

lokalizacjach, tj.: Scandic Gdańsk (hotel), Scandic Wrocław (hotel) oraz biuro podróży

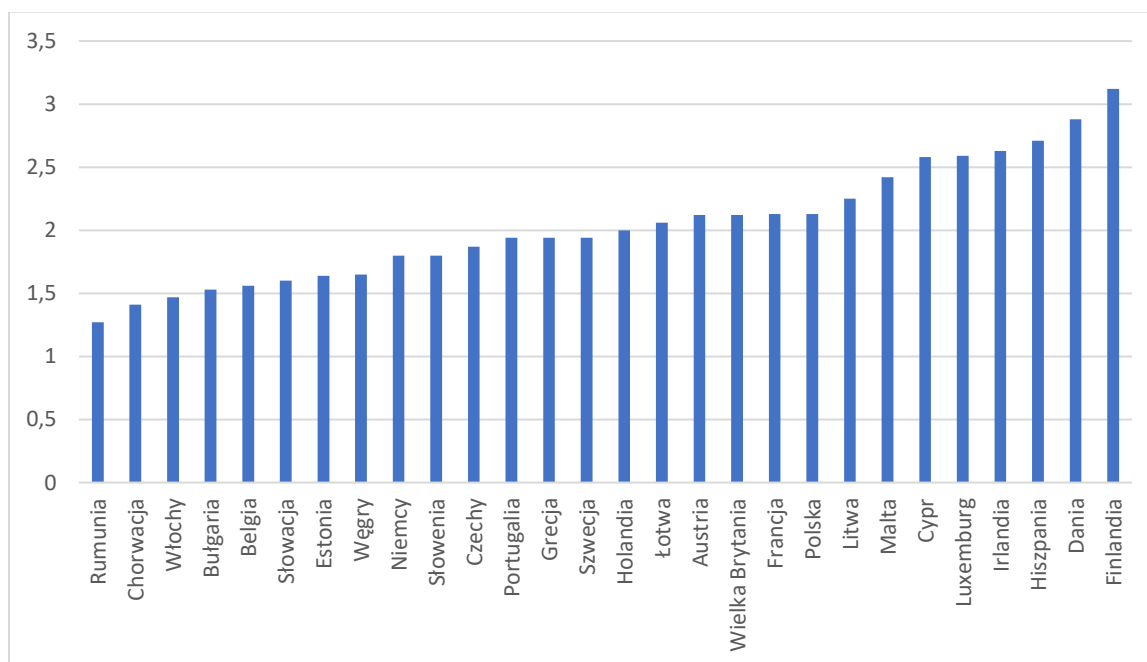
<sup>29</sup> Tamże.

<sup>30</sup> Pantou jest rejestrem usługodawców świadczących na całym świecie dostępne usługi turystyczne dla turystów z niepełnosprawnościami lub mających szczególne wymagania w zakresie dostępu (dostosowania).

Accessible Poland Tours prowadzone przez Małgorzatę Tokarską<sup>31</sup>. Ostatnia organizacja zlokalizowana jest w Warszawie. Dla porównania w Niemczech jest ich 7, w Czechach 2, w Słowacji 1. W Skandynawii jest ich zlokalizowanych znacznie więcej, dla przykładu w Norwegii 10, w Danii 24 a w Szwecji ponad 70<sup>32</sup>.

W kolejnym z badań<sup>33</sup> zwrócono się do wyspecjalizowanych podmiotów świadczących usługi w zakresie dostępności (zespół 1) oraz do tych, które mają przynajmniej pewien stopień dostępności (zespół 2), o wskazanie sektorów mających wpływ na ich działalność, które uważają za najmniej i najbardziej dostępne. Ocenie podlegały następujące elementy: zakwaterowanie, informacja, rezerwacja, restauracje, transport, atrakcje oraz organizatorzy turystyki. Zauważono, że na poziomie poszczególnych dostawców usług turystycznych koordynacja różnych segmentów łańcucha dostaw pod względem dostępności jest niewielka. Zakwaterowanie i informacja są postrzegane jako najbardziej dostępne, podczas gdy transport i atrakcje są uznawane przez przedsiębiorstwa turystyczne jako najmniej dostępne. Spróbowano także stworzyć jednorodną, ponadnarodową i efektywną ocenę bazową kluczowych kryteriów

**Rycina 4** Oceny ekspertów krajowych dotyczące dostępności usług dla osób z niepełnosprawnościami w państwach UE w 2014 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Mapping and Performance Check of the Supply of Accessible Tourism Services op.cit. s. 55-56.

przy użyciu wspólnego modelu badania dla państw członkowskich UE. Wyniki badania zostały

<sup>31</sup> Projekt Imago Maris powstał, aby promować ideę żeglowania po morzu wśród osób niewidomych z różnych krajów Europy. Głównym celem jest wymiana doświadczeń i integracja niewidomych żeglarzy z całej Europy.

<sup>32</sup> <https://pantou.org/map-view>, dostęp 09.04.2022.

<sup>33</sup> Mapping and Performance Check of the Supply of Accessible Tourism Services op.cit. s. 31-34.

przedstawione na rycinie 4. Skala obejmowała 4 stopniowe ocenianie poszczególnych usług, takich jak: publiczne otoczenie zewnętrzne, obiekty noclegowe, środki transportu (taksówki, autobusy, autokary dalekobieżne, pociągi, metro, koleje podmiejskie, promy), terminale transportowe, sklepy, banki, urzędy pocztowe, instytucje publiczne, obiekty rekreacyjne i atrakcje, strony internetowe i usługi ICT, informacje o dostępności. Ze względu na ogólny charakter tych ocen, opinie krajowych ekspertów powinny być traktowane jako dające ogólne pojęcie o poziomie dostępności usług turystycznych w danym kraju a nie określające ich rzeczywiste dostosowanie.

Autorzy badania uważają, że jego powtarzanie w regularnych odstępach czasu i skorelowanie tych danych z ustrukturyzowanymi informacjami zwrotnymi od każdego z państw mogłoby być pomocne przy monitorowaniu wyników w zakresie dostępności w sektorze turystycznym. Efektywność definiuje się tutaj jako stopień, w jakim istniejąca liczba dostępnych usług odpowiada konkretnym potrzebom turystów. Polska w podanym zestawieniu znajduje się na 10 miejscu ze średnią ocen 2,13. Jest to wynik wyższy od średniej uzyskanych ocen dla UE o blisko 0,1. W skali od 1 do 4, gdzie jeden to słabo a 4 bardzo dobrze, Polska nie uzyskała żadnej oceny 4. Najwyżej, przyznając 3, oceniono środki transportu takie jak busy i metro, terminale transportowe, strony internetowe i usługi ICT oraz podawanie informacji o dostępności. Najmniej punktów (0) nadano promom a następnie taksówką (1), autokarom dalekobieżnym (1) oraz kolei podmiejskiej (1). Pozostałe elementy zostały ocenione na 2, czyli średnio. Na podstawie uzyskanej średniej Polska została zaliczona do grupy liderów, którzy zrealizowali jeden lub więcej programów rozwoju dla turystyki dostępnej, zarówno na szczeblu regionalnym jak i krajowym.

## **Podsumowanie**

Turystyka zajmuje ważne miejsce we współczesnym świecie. Świadczą o tym chociażby liczne organizacje turystyczne, które są powoływane i działają na jej rzecz ale również dane na temat wielkości ruchu turystycznego oraz wynikających z niego skutków ekonomicznych. Przedstawione w tym artykule wyniki badań pozwalają stwierdzić, że turystyka dostępna niesie korzyści dla wszystkich w nią zaangażowanych. Udostępniając informację w sposób jasny i czytelny a przede wszystkim dostępny zwiększa się liczbę potencjalnych odbiorców, którymi są także osoby z dysfunkcjami. Wyposażając transport w udogodnienia dla osób o szczególnych potrzebach ulepsza się jego korzystanie także dla mieszkańców i seniorów. Posiadając

dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami zakwaterowanie wzrasta komfort korzystania z obiektów noclegowych przez wszystkich turystów. Modernizowane atrakcje turystyczne z dodatkowymi udogodnieniami, typu winda, włączają osoby dotąd wykluczone ze zwiedzania tych obiektów, wśród których znajdować się mogą także mieszkańcy regionu, nie tylko turyści. Kluczowe znaczenie ma także rozpowszechnianie informacji o posiadanych dostępnych usługach przez przedsiębiorców i rejestracja swoich obiektów na takich platformach jak Pantou, która wspiera osoby z niepełnosprawnościami podróżujące po świecie. Polska na tle pozostałych krajów UE pod względem posiadanych udogodnień i dostosowanej infrastruktury wypada dobrze. W wielu kategoriach znajduje się w pierwszej dziesiątce najlepiej przystosowanych państw UE do obsługi turystów z niepełnosprawnościami. Należy zwrócić uwagę, że grupa turystów z niepełnosprawnościami stanowi ważny segment podróżujących, którzy mają odpowiednie środki finansowe i zdolności fizyczno-psychiczne, ale zauważa się, w Polsce i na świecie, lukę po stronie podażowej. W celu umożliwienia komfortowego korzystania z różnorodnych usług, organizacje (w tym instytucje publiczne i przedsiębiorstwa prywatne) powinny korzystać z zasady uniwersalnego projektowania, która uwzględnia potrzeby osób z niepełnosprawnościami oraz wszystkich pozostałych użytkowników. Projektowane budynki i przestrzeń powinny być dostępne dla każdego.

#### **Bibliografia**

##### **Literatura:**

1. *Aktywność ekonomiczna ludności Polski III kwartał 2021 roku, Tablice w formacie XLS*, tab. 5.1, GUS, Warszawa 2021.
2. Antczak R., Granowska I., Polańska Z., *Podstawy i źródła danych statystyki osób niepełnosprawnych*, [w] „Wiadomości Statystyczne”, miesięcznik rok LXIII, nr 2 (681), Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2018.
3. Domaradzki J., *O definicjach zdrowia i choroby*, [w] „Folia Medica Lodziensia”, 2013, 40/1:5-29.
4. *Ludność i gospodarstwa domowe. Stan i struktura społeczno-ekonomiczna, Część I. Ludność*, Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011, GUS, Warszawa 2013.
5. *Mapping and Performance Check of the Supply of Accessible Tourism Services (220/PP/ENT/PPA/12/6491)*, Final Report, 2015.
6. *Osoby niepełnosprawne w 2018 roku*, Główny Urząd Statystyczny.
7. *Osoby niepełnosprawne w 2019 roku*, Główny Urząd Statystyczny.
8. *Report of the EC Study: Economic Impact and Travel Patterns od Accessible Tourism in Europe*. Significant GfK and partners, 2014.
9. *Stan zdrowia ludności Polski w 2014 roku*, GUS, Warszawa 2016.
10. *Statistics on Person with Disabilities 2018*, Master tables concerning EU 2020: year 2018, Prepared for the European Disability Expertise (EDE) by S. Grammenos & M. Priestley.
11. *UNWTO Inclusive Recovery Guide – Sociocultural Impacts of COVID-19*, Issue 1: Persons with Disabilities, Hiszpania 2020.
12. *Zdrowie i zachowania zdrowotne mieszkańców Polski w świetle badania EHIS 2014*, GUS, Warszawa 2015.
13. *Zeszyt metodologiczny. Badanie Aktywności Ekonomicznej Ludności*, GUS, Warszawa 2018.
14. *Zeszyt metodologiczny. Badanie budżetów gospodarstw domowych*, GUS, Warszawa 2018.
15. Zgierska A., *25 lat Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności w Polsce – kamienie milowe i perspektywy rozwoju*, [w] „Wiadomości Statystyczne”, miesięcznik rok LXII, nr 12 (679), Zakład Wydawnictw Statystycznych, Warszawa 2019.

##### **Akty prawne:**

1. 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 roku, Dz.U. z 1948, nr 61, poz. 477, ze zm.
2. Ustawa z dnia 29.06.1995 o statystyce publicznej, Dz.U. 1995 nr 88 poz. 439 ze zm.

**Źródła internetowe:**

1. <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/index.php?c=page&id=122&print=1> [dostęp 03.02.2021 r.].
2. <https://biblioteca.fundaciononce.es/publicaciones/colecciones-propias/coleccion-accesibilidad/observatory-universal-accessibility> [dostęp 03.02.2021 r.].
3. [https://opendoorsnfp.org/wp-content/uploads/2020/10/2020-Market-Study-Release\\_FNL.pdf](https://opendoorsnfp.org/wp-content/uploads/2020/10/2020-Market-Study-Release_FNL.pdf) [dostęp 03.02.2021 r.].
4. <https://pantou.org/map-view> [dostęp 03.02.2021 r.].
5. <https://www.worldbank.org/en/topic/disability> [dostęp 03.02.2021 r.].
6. Internetowa encyklopedia PWN [dostęp 03.02.2021 r.].

**People with disabilities as a target group for the tourism sector**

**Summary:** The aim of this article is to show the potential among people with disabilities to participate in tourism travel by analyzing available reports and other secondary materials. An important issue when trying to estimate the size of the demand and supply side is properly established and adopted criteria for defining health, illness and disability. The paper points out that the group of tourists with disabilities is an important segment of travelers whose number will continue to grow. The introduction of numerous solutions facilitating travel for people with disabilities may be an opportunity for many companies and not only a legal obligation. It should be emphasized that accessible tourism brings benefits to all the entities involved.

**Keywords:** accessible tourism, tourism demand, tourism supply, tourists with disabilities, tourism sector



# **COVID-19 jako zjawisko społeczne**

Rozdział II

Patrycja Beltowska

Szkoła Doktorska Uniwersytetu Szczecińskiego

Instytut Ekonomii i Finansów Uniwersytetu Szczecińskiego

patrycja.beltowska@phd.usz.edu.pl

ORCID: 0000-0001-5771-6091

## ***E-commerce* oraz jego zróżnicowanie w krajach Unii Europejskiej podczas pandemii SARS-CoV-2**

**Streszczenie:** Celem artykułu jest zbadanie związków pomiędzy wybranymi zmiennymi, obejmującymi dostęp do Internetu standardowego i szerokopasmowego w gospodarstwach domowych ogółem oraz z uwzględnieniem podziału na dochód, częstość korzystania z Internetu, a także dokonywanie określonych typów zakupów online przez osoby fizyczne w krajach Unii Europejskiej w latach 2019 i 2020. Postawiono hipotezę, że gospodarstwa domowe w krajach Unii Europejskiej istotnie statystycznie nie różniły się pod względem dostępu do Internetu oraz Internetu szerokopasmowego, a także w częstości korzystania z Internetu przez osoby fizyczne przed wybuchem epidemii COVID-19 oraz w roku rozpoczęcia się i trwania globalnej pandemii. Druga postawiona hipoteza zakładała, iż osoby fizyczne w państwach Unii Europejskiej istotnie statystycznie nie różniły się pod względem dokonywania zakupów przez Internet w latach 2019 i 2020, uwzględniając ich zróżnicowanie pod względem osiąganego dochodu i regionu pochodzenia sprzedawców kupowanych przez nich online dóbr i usług. Weryfikacji hipotez dokonano na podstawie danych statystycznych Eurostatu. Metodą wykorzystaną do weryfikacji hipotez był test *U* Manna-Whitney'a oraz analiza istotności statystycznej powiązań między zmiennymi. Wyniki analizy pozwoliły na pozytywną weryfikację pierwszej hipotezy, a także częściowo pozytywną weryfikację drugiej hipotezy, którą należy odrzucić w części dotyczącej osób fizycznych kupujących przez Internet od sprzedawców pochodzących spoza Unii Europejskiej w okresie ostatnich 3 miesięcy.

**Słowa kluczowe:** *e-commerce*, e-konsument, etnocentryzm konsumencki, Internet, COVID-19

### **Wprowadzenie**

Handel elektroniczny, powszechnie określany terminem *e-commerce*, od wielu lat zyskuje na popularności wśród konsumentów, do czego w znacznej mierze przyczynił się szybko rosnący dostęp do Internetu. W 2021 roku na świecie dostęp do Internetu posiadało 4,9 biliona osób, a aż 28,8 miliona mieszkańców Polski było użytkownikami omawianej sieci. Analizy ukazują, iż w najbliższych latach poziom dostępu do Internetu oraz liczba jego użytkowników będzie systematycznie rosnąć zarówno globalnie, jak i wśród polskiego społeczeństwa (statista.com, 2022a, 2022b). W kontekście obecnej powszechności dostępu do Internetu oraz

jego wykorzystywania do dokonywania zakupów dóbr i usług pojawia się dyskusyjność w jakim stopniu kryzys związany z pojawieniem się globalnej pandemii COVID-19 mógł wywrzeć wpływ na częstość wykorzystywania, charakter oraz zróżnicowanie handlu elektronicznego, a także na zmianę zachowań i preferencji europejskich e-konsumentów.

Artykuł przedstawia charakterystykę handlu elektronicznego oraz zachowań konsumentów w warunkach niepewności i kryzysu gospodarczego. Celem analizy dokonanej w artykule jest zbadanie związków pomiędzy wybranymi zmiennymi, obejmującymi dostęp do Internetu standardowego i szerokopasmowego w gospodarstwach domowych ogółem oraz z uwzględnieniem podziału na dochód, częstość korzystania z Internetu, a także dokonywanie określonych typów zakupów online przez osoby fizyczne w krajach Unii Europejskiej w latach 2019 i 2020. Podczas analizy przyjęto hipotezy, iż w okresie przed epidemią COVID-19 oraz w okresie powstania i rozwoju globalnej pandemii wybrane do badania zmienne nie różniły się na poziomie istotności statystycznej. Założenia te zostały ustalone na podstawie wstępnej analizy danych statystycznych publikowanych przez Eurostat.

## **1. Przegląd literatury**

W literaturze z zakresu omawianej tematyki można zaobserwować pogląd, iż zachowania o charakterze nabywczym wśród konsumentów wykorzystujących Internet do dokonywania zakupów implikują dwa typy czynników – wewnętrzne oraz zewnętrzne. Działania e-konsumentów determinowane są przez czynniki tworzące makrootoczenie, do których zalicza się m.in. uwarunkowania społeczne, demograficzne, kulturowe czy ekonomiczne. Czynniki te są powiązane z mikrootoczeniem każdego e-konsumenta, do którego należy infrastruktura handlowa, oferta podaźowa, a także domowa infrastruktura konsumencka (Wolny, 2016). Współczesne społeczeństwa charakteryzują się zachowaniami konsumpcyjnymi, których podstawą są równocześnie dwie przeciwne postawy – standaryzacja potrzeb konsumenckich oraz zmienność sposobu ich zaspokajania. Przemiany zachodzące obecnie w sferze konsumpcji oraz hierarchii potrzeb konsumentów są skutkiem dynamicznych zmian społecznych spowodowanych globalizacją, postępem technologicznym oraz powszechnym dostępem do Internetu. Rozwój tej sieci wykreował nowe otoczenie konsumentów zarówno w skali makro, jak i mikro, co przyczyniło się do identyfikacji nowych potrzeb, a także zmian w dziedzinie decyzji konsumenckich (Zalega, 2010). Analizując wagę wpływu wskazanych powyżej uwarunkowań na funkcjonowanie e-konsumentów nie sposób pominąć konsekwencji wynikających z zagadnieniem kryzysu, zwłaszcza w sytuacji pojawienia się globalnej pandemii oraz jej długofalowych implikacji. Badacze omawianego zagadnienia dla celów analizy

zachowań konsumenckich najczęściej wykorzystują analogię do kryzysu gospodarczego z lat 2008-2011. Przy dokonywaniu porównań należy jednak mieć na uwadze szerszy kontekst problemowy związany z epidemią COVID-19, który nie polegał wyłącznie na kwestiach finansowych, lecz był i jest kryzysem na płaszczyźnie gospodarczej, psychologicznej, socjologicznej, zdrowotnej, a nawet filozoficznej. Brak adekwatnego kontekstu dla dokonania analizy porównawczej identyfikuje i uwypukla pewną lukę badawczą w tematyce zagadnienia omawianego w niniejszym artykule.

W literaturze wskazuje się na następstwa sytuacji kryzysowych w postaci pogorszenia nastrojów konsumenckich, a tym samym na zmiany zachowań konsumpcyjnych wśród gospodarstw domowych. Wskutek kryzysu ma miejsce zmiana modelu zarządzania finansami z powodu zmniejszenia się dostępnych środków pieniężnych przez m.in. niższe dochody lub utratę pracy, co w efekcie prowadzi do dokonywania mniejszych zakupów w zakresie ilości kupowanych dóbr lub usług, a także ich wartości. Opisana strategia postępowania w sytuacji kryzysowej nie jest jednak tożsama dla wszystkich grup konsumentów. Jedną z taktyk postępowania podczas kryzysu jest utrzymywanie struktury konsumpcji w gospodarstwie domowym na stałym poziomie, pomimo malejących dochodów. Taki typ zachowania konsumentów najczęściej wynika z nawyków związanych z dotychczasowym standardem życia. Badacze wskazują, iż pojawi się wówczas tzw. efekt rygla, przejawiający się w wykorzystywaniu zaoszczędzonych środków pieniężnych lub zobowiązaniach w postaci kredytów, pożyczek. Zachowania tego typu są również tłumaczone zjawiskiem tzw. awersji do straty, opisanym w teorii perspektywy. Zgodnie z nim w sytuacji kryzysu gospodarstwa domowe konsumują na takim samym poziomie jak dotychczas z powodu trudności z zaakceptowaniem straty (Zalega, 2017; Kahneman, Tversky, 1979). Istnieje pogląd, iż w sytuacji niepewności ekonomicznej zachowania konsumentów cechują się dążeniem do utrzymania osiągniętego wcześniej poziomu konsumpcji. W sytuacji kryzysowej konsumenci poszukują dodatkowych płatnych zajęć, a także podejmują działania w celu podnoszenia kompetencji zawodowych – aktywnie starają się utrzymać poziom życia, do którego przywykli, nie rezygnują z dotychczasowym kategorii ilościowych i wartościowych dokonywanych zakupów (Kieźel, 2011).

Analiza zachowań polskich konsumentów podczas kryzysu gospodarczego z lat 2008-2011 wykazała brak znaczących zmian w poziomie oraz strukturze konsumpcji, w szczególności wśród gospodarstw domowych w dużych ośrodkach miejskich. Reakcja na kryzys była dla polskich konsumentów bardziej korzystna w porównaniu z sytuacją w innych krajach

europejskich, co było spowodowane m.in. niższym zadłużeniem oraz większym zaufaniem do instytucji finansowych wśród konsumentów w Polsce (Zalega, 2017).

W literaturze pojawia się pogląd, iż skutki pandemii COVID-19 można rozpatrywać z perspektywy kilku kategorii czynników kształtujących zachowania konsumentów w przestrzeni handlu. Do wspomnianych typów zaliczane są czynniki ekonomiczne, obejmujące m.in. poziom i źródła dochodów, uwarunkowania pozaekonomiczne – m.in. społeczno-zawodowe, a także czynniki subiektywne, wśród których można wskazać m.in. postawy i nawyki konsumentów (Borusiak, Wanat, 2020). Przedstawione ujęcie konsekwencji globalnej pandemii dla handlu potwierdzają dotychczasowe badania, dotyczące *e-commerce* oraz zachowań konsumentów w różnych państwach. Zgodnie z nimi nabywcy byli mniej skłonni do robienia zakupów w stacjonarnych sklepach spożywczych w sytuacji rozprzestrzeniania się epidemii COVID-19 (Grashuis, Skevas, Segovia, 2020). Podczas pandemii w Stanach Zjednoczonych, zaobserwowano 65% wzrost zakupów spożywczych online (Shamshiripour, Rahimi, Shabanpour, Mohammadian, 2020). W Stambule częstotliwość zakupów online znacznie wzrosła po rozpoczęciu się pandemii, zwłaszcza wśród kobiet (Shakibaei, De Jong, Alpkökin, Rashidi, 2021). Epidemia COVID-19 była również główną przyczyną rozwoju *e-commerce* w Czechach (Eger, Komárková, Egerová, Mičík, 2021).

Pandemia wpłynęła na handel, konsumentów i sprzedawców na całym świecie (Feng, Fay, 2020). Wywarła również wpływ na zachowania klientów poprzez zwiększenie skłonności do dokonywania zakupów w postaci *e-commerce* oraz wykorzystania różnych zmiennych, takich jak częstotliwość, konieczność, metoda płatności, cena i dostępność produktu lub usługi (Hashem 2020). Badania pozwoliły także zidentyfikować nietypowe zachowania zakupowe podczas wczesnych etapów pandemii COVID-19, co sugeruje, że zachowania konsumentów zmieniły się przed i po wystąpieniu epidemii (Laato, Islam, Farooq, Dhir, 2020). Podczas trwania pandemii nabywcy zmienili swoje preferencje dotyczące kanału sprzedażowego – zdecydowanie częściej wybierali oni zakupy internetowe, rzadziej z kolei dokonywali zakupów w sklepach wielkopowierzchniowych, głównie w celu uniknięcia zakażenia oraz nie narażania siebie oraz bliskich (Samuk, Sidorowicz, 2020).

Badania dotyczące zachowań konsumentów w warunkach globalnej pandemii COVID-19 wskazują na pogorszenie lub znaczące pogorszenie sytuacji finansowej wielu polskich konsumentów, dla których proces dokonania zakupu wydłużył się o analizę możliwości finansowych oraz podjęcie decyzji, czy stać ich na nabycie danego produktu lub usługi. Raport KPMG ukazuje, iż aż 75% badanych konsumentów w Polsce zadeklarowało, że pandemia COVID-19 wpłynęła na ich zwyczaje wydatkowe. W czasie trwania pandemii nieznacznie

zwiększyła się również liczba polskich konsumentów wykorzystujących Internet do dokonywania zakupów – w badanym okresie 1% Polaków zaczął po raz pierwszy kupować online. Z kolei aż 34% badanych konsumentów przyznało, że podczas pandemii zaczęli nabywać przez Internet nowe produkty, których wcześniej nie kupowali w ramach *e-commerce*. Jedynie 15% respondentów zadeklarowało, iż pandemia COVID-19 nie wywołała zmian w ich zachowaniach zakupowych podczas *e-commerce* (Krasek, Musiał, Gaponiuk, 2020).

## 2. Metody badawcze

Celem analizy dokonanej w przedstawionym artykule jest zbadanie zróżnicowania wybranych zmiennych, obejmujących dostęp do Internetu standardowego i szerokopasmowego w gospodarstwach domowych ogółem oraz z uwzględnieniem podziału na dochód, częstość korzystania z Internetu, a także dokonywanie określonych typów zakupów internetowych przez osoby fizyczne w krajach Unii Europejskiej w latach 2019 i 2020. Na podstawie studiów literaturowych oraz wstępnej analizy danych statystycznych opublikowanych przez Eurostat postawiono następujące pytania badawcze:

- Czy gospodarstwa domowe w krajach Unii Europejskiej istotnie statystycznie różniły się pod względem dostępu do Internetu oraz Internetu szerokopasmowego, a także w częstości korzystania z Internetu przez osoby fizyczne przed wybuchem epidemii COVID-19 oraz w roku rozpoczęcia się i trwania globalnej pandemii?
- Czy osoby fizyczne w państwach Unii Europejskiej istotnie statystycznie różniły się pod względem dokonywania zakupów przez Internet w latach 2019 i 2020, uwzględniając ich zróżnicowanie pod względem osiąganego dochodu i regionu pochodzenia sprzedawców kupowanych przez nich online dóbr i usług?

W trakcie analizy przyjęto hipotezy, iż:

- Gospodarstwa domowe w krajach Unii Europejskiej istotnie statystycznie nie różniły się pod względem dostępu do Internetu oraz Internetu szerokopasmowego, a także w częstości korzystania z Internetu przez osoby fizyczne przed wybuchem epidemii COVID-19 oraz w roku rozpoczęcia się i trwania globalnej pandemii,
- Osoby fizyczne w państwach Unii Europejskiej istotnie statystycznie nie różniły się pod względem dokonywania zakupów przez Internet w latach 2019 i 2020, uwzględniając ich zróżnicowanie pod względem osiąganego dochodu i regionu pochodzenia sprzedawców kupowanych przez nich online dóbr i usług.

Dane wykorzystane do weryfikacji postawionych hipotez uzyskano na podstawie informacji z lat 2019-2020 udostępnionych przez Eurostat. W badaniu uwzględniono dane

opublikowane dla 27 krajów Unii Europejskiej, które należały do wspólnoty europejskiej w 2020 roku. Do analizy wykorzystano dane roczne oraz dane kwartalne, obejmujące zestawienia dotyczących dostępu do standardowego i szerokopasmowego Internetu w gospodarstwach domowych ogółem oraz z podziałem na kwartyle dochodu, udziału osób fizycznych korzystających z Internetu z różną częstotliwością, dokonujących zakupy z wykorzystaniem Internetu z różną częstotliwością ogółem i z podziałem na kwartyle dochodu, a także z uwzględnieniem pochodzenia sprzedawców kupowanych w ramach *e-commerce* dóbr lub usług. Pod względem regionu pochodzenia sprzedawców w badaniu wyróżniono statystyki Eurostatu obejmujące dokonywanie zakupów z wykorzystaniem Internetu od sprzedawców narodowych, pochodzących z Unii Europejskiej oraz spoza krajów unijnych. Wykorzystane statystyki obejmowały dane uwzględniające wszystkie typy gospodarstw domowych oraz osób fizycznych klasyfikowane w zbiorach informacji publikowanych przez Eurostat. Jednostkami miary badanych cech są % gospodarstw domowych oraz % osób fizycznych w analizowanych krajach Unii Europejskiej. Dla celów badania założono, iż statystyki Eurostatu obejmujące dane z 2020 roku tożsame są z danymi z okresu trwania pandemii w Unii Europejskiej.

Weryfikacji przyjętych hipotez badawczych dokonano na podstawie przeprowadzonych analiz statystycznych z wykorzystaniem pakietu IBM SPSS Statistics 26, który posłużył do wyznaczenia podstawowych statystyk opisowych oraz testu Shapiro-Wilka, sprawdzającego normalność rozkładu zmiennej losowej. W kolejnym etapie badania, po dokonaniu interpretacji wyników oraz ustaleniu braku zasadności zrealizowania pomiarów z wykorzystaniem testów parametrycznych, przeprowadzono test *U* Manna-Whitney'a. Metoda ta pozwoliła zweryfikować czy gospodarstwa domowe w krajach Unii Europejskiej różniły się w częstotliwości korzystania z Internetu i dostępie do niego przed wybuchem pandemii COVID-19 oraz w roku trwania pandemii, a także czy osoby fizyczne różniły się pod względem dokonywania zakupów online w latach 2019 i 2020, uwzględniając zróżnicowanie dochodu gospodarstw domowych i pochodzenie sprzedawców. W badaniu założono poziom istotności na poziomie  $\alpha = 0,05$ .

### **3. Analiza danych i wyniki**

Celem weryfikacji rozkładów zmiennych ilościowych obliczono podstawowe statystyki opisowe, a także wykonano test Shapiro-Wilka sprawdzający normalność rozkładu. Wyniki testu zastosowano do porównania rozkładu danej zmiennej z rozkładem teoretycznym, jakim jest rozkład normalny. Jeżeli wartość *p* dla wykonanego testu jest mniejsza od progu istotności, przyjętego na poziomie  $\alpha = 0,05$ , to wówczas rozkład zmiennej odbiega od rozkładu normalnego. Wyniki przeprowadzonej analizy zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1. Podstawowe statystyki opisowe badanych zmiennych wraz z testem Shapiro-Wilka

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Dostęp do Internetu w gospodarstwach domowych	88,74	90,00	5,35	-0,40	-0,40	75,00	98,00	0,96	0,178
Dostęp do szerokopasmowego Internetu w gosp. dom.	87,75	89,00	5,50	-0,26	-0,69	75,00	98,00	0,97	0,427
Dostęp do Internetu w gosp. dom. (1 kwartył dochodu)	72,77	74,00	14,49	-0,64	0,27	33,00	96,00	0,96	0,140
Dostęp do Internetu w gosp. dom. (2 kwartył dochodu)	87,15	88,50	8,57	-0,73	-0,20	65,00	98,00	0,94	<b>0,024</b>
Dostęp do Internetu w gosp. dom. (3 kwartył dochodu)	95,52	96,50	3,64	-1,25	1,72	83,00	100,00	0,89	<b>&lt;0,001</b>
Dostęp do Internetu w gosp. dom. (4 kwartył dochodu)	98,81	99,00	1,35	-3,13	13,55	92,00	100,00	0,62	<b>&lt;0,001</b>
Dostęp do szerokopasm. Internetu w gosp. dom. (1 kwartył dochodu)	71,29	72,00	14,34	-0,57	0,17	32,00	95,00	0,97	0,228
Dostęp do szerokopasm. Internetu w gosp. dom. (2 kwartył dochodu)	85,96	87,00	8,87	-0,57	-0,61	64,00	97,00	0,94	<b>0,025</b>
Dostęp do szerokopasm. Internetu w gosp. dom. (3 kwartył dochodu)	94,50	96,00	4,15	-0,90	0,00	83,00	99,00	0,89	<b>&lt;0,001</b>
Dostęp do szerokopasm. Internetu w gosp. dom. (4 kwartył dochodu)	98,25	99,00	1,72	-2,08	6,06	91,00	100,00	0,79	<b>&lt;0,001</b>
Os. fiz. korzyst. z Intern. co najmniej 1 raz w tyg., ale nie codziennie	6,06	6,00	2,85	0,75	1,35	1,00	15,00	0,94	<b>0,016</b>
Os. fiz. korzyst. z Intern. co najmniej 1 raz w tyg., w tym codziennie	84,92	86,00	7,52	-0,42	-0,56	67,00	97,00	0,97	0,206
Osoby fiz. korzystające z Internetu codziennie	78,89	79,00	9,18	-0,36	-0,39	57,00	94,00	0,97	0,270
Os. fiz. dokonujące zakupów przez Internet (ostatnie 3 miesiące)	48,77	49,00	16,66	-0,16	-0,62	14,00	79,00	0,98	0,436
Os. fiz. dokonujące zakupów przez Internet (ostatnie 12 miesięcy)	60,04	62,00	16,39	-0,30	-0,45	22,00	89,00	0,98	0,509
Os. fiz. dok. zakupów przez Internet (ost. 12 mies., 1 kwartył doch.)	42,44	41,00	20,24	0,14	-1,01	6,00	80,00	0,96	0,185
Os. fiz. dok. zakupów przez Internet (ost. 12 mies., 2 kwartył doch.)	53,40	53,50	19,18	-0,30	-0,65	13,00	83,00	0,97	0,302
Os. fiz. dok. zakupów przez Internet (ost. 12 mies., 3 kwartył doch.)	65,52	67,50	18,38	-0,57	-0,25	22,00	93,00	0,96	0,102
Os. fiz. dok. zakupów przez Internet (ost. 12 mies., 4 kwartył doch.)	75,81	79,00	15,96	-0,98	0,46	33,00	96,00	0,92	<b>0,005</b>
Os. fiz. dok. zakupów w ostatnich 3 mies. od sprzedawców narodowych	43,25	42,00	16,78	0,31	-0,62	14,00	77,00	0,97	0,272
Os. fiz. dok. zakupów w ostatnich 3 mies. od sprzedawców z UE	23,77	21,00	13,17	0,63	-0,13	2,00	57,00	0,96	0,116
Os. fiz. dok. zakupów w ostatnich 3 mies. od sprzedawców spoza UE	22,66	17,00	15,02	0,80	-0,17	1,00	62,00	0,92	<b>0,004</b>

Źródło: obliczenia własne na podstawie Eurostat.

Wyniki przeprowadzonego testu Shapiro-Wilka w przypadku części zmiennych okazały się istotny statystycznie, co oznacza, iż rozkłady tych zmiennych istotnie odbiegają od rozkładu normalnego. Na uwagę zasługuje jednak skośność rozkładu większości zmiennych, która nie przekracza umownej wartości bezwzględnej równej 2 (George, Mallery, 2019), co oznacza, że ich rozkłady są asymetryczne w nieznacznym stopniu. Na podstawie powyższych wniosków



można uznać za zasadne przeprowadzenie analizy w oparciu o testy parametryczne, o ile zostały spełnione ich pozostałe założenia, co nie nastąpiło w badanym przypadku. W związku z powyższym w celu przeprowadzenia badania wykorzystano nieparametryczny test *U* Manna-Whitney'a.

### 3a. Zróżnicowanie w częstotliwości korzystania z Internetu oraz dostępie do Internetu standardowego i szerokopasmowego w gospodarstwach domowych w krajach Unii Europejskiej, z uwzględnieniem podziału na dochód, w latach 2019 i 2020

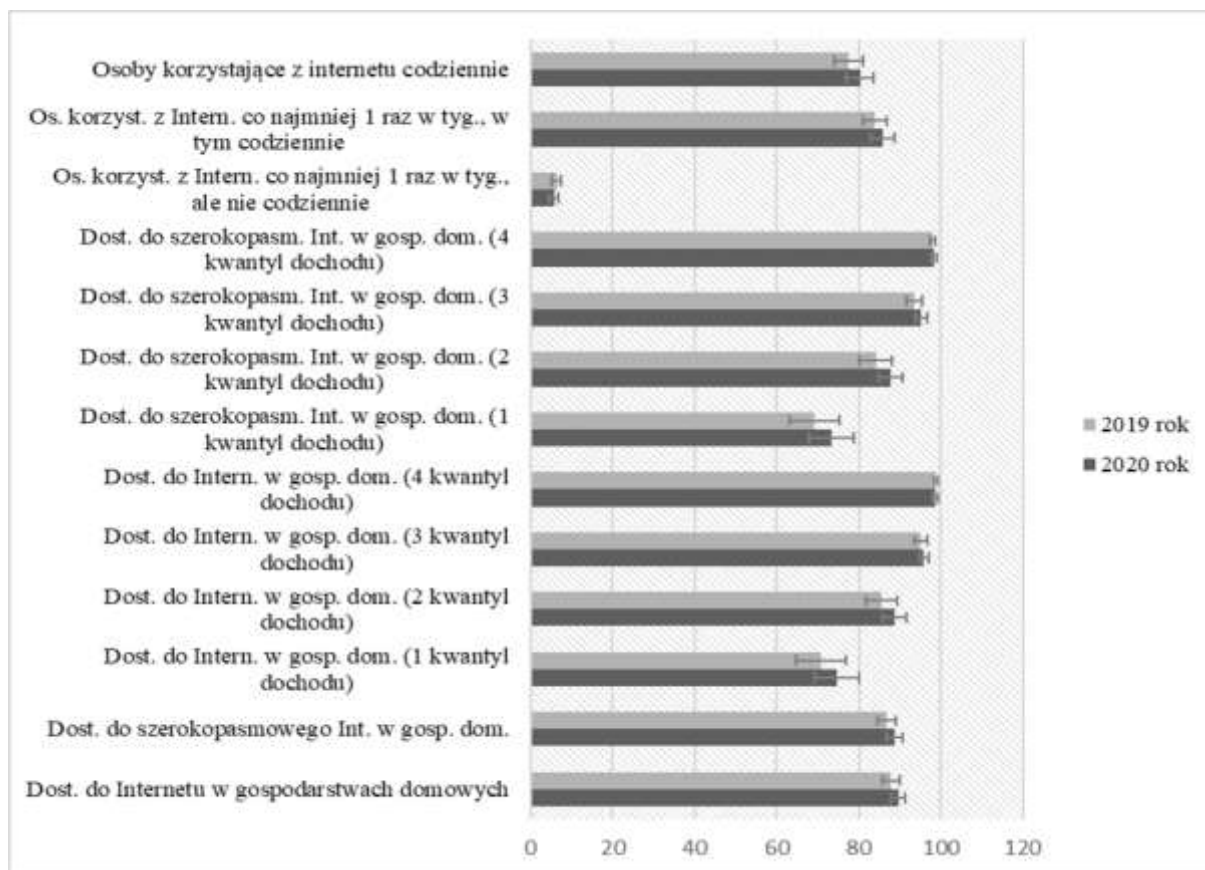
W pierwszym etapie analizy sprawdzono czy gospodarstwa domowe w krajach Unii Europejskiej różniły się w częstotliwości korzystania z Internetu i dostępie do standardowego oraz szerokopasmowego Internetu przed wybuchem pandemii COVID-19 oraz w roku rozpoczęcia i trwania pandemii. W tym celu wykorzystano test *U* Manna-Whitney'a (tab. 2, rys. 1).

Tabela 2. Porównanie średnich dla częstotliwości korzystania z Internetu i dostępu do Internetu standardowego oraz szerokopasmowego w gospodarstwach domowych w krajach Unii Europejskiej, z uwzględnieniem podziału na dochód, w latach 2019 i 2020

	2020 rok ( <i>n</i> = 26)				2019 rok ( <i>n</i> = 27)				<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	Śred. ranga	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	Śred. ranga	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>			
Dostęp do Internetu w gospodarstwach domowych	29,27	89,58	90,00	4,91	24,81	87,93	89,00	5,72	-1,06	0,291	0,15
Dostęp do szerokopasmowego Internetu w gosp. dom.	29,94	88,85	89,50	4,85	24,17	86,70	87,00	5,97	-1,36	0,173	0,19
Dostęp do Internetu w gosp. dom. (1 kwartył dochodu)	26,29	74,67	77,50	13,59	22,71	70,88	70,50	15,38	-0,89	0,375	0,13
Dostęp do Internetu w gosp. dom. (2 kwartył dochodu)	26,44	88,83	91,50	7,04	22,56	85,46	87,00	9,73	-0,96	0,337	0,14
Dostęp do Internetu w gosp. dom. (3 kwartył dochodu)	25,38	95,92	96,50	3,02	23,63	95,13	96,50	4,19	-0,44	0,663	0,06
Dostęp do Internetu w gosp. dom. (4 kwartył dochodu)	24,83	98,79	99,00	1,59	24,17	98,83	99,00	1,09	-0,19	0,851	0,03
Dost. do szerokopasm. Int. w gosp. dom. (1 kwartył dochodu)	26,69	73,42	75,50	13,35	22,31	69,17	69,00	15,25	-1,08	0,279	0,16
Dost. do szerokopasm. Int. w gosp. dom. (2 kwartył dochodu)	26,85	87,79	90,00	7,35	22,15	84,13	85,50	9,98	-1,17	0,243	0,17
Dost. do szerokopasm. Int. w gosp. dom. (3 kwartył dochodu)	26,35	95,29	96,00	3,32	22,65	93,71	95,50	4,79	-0,92	0,356	0,13
Dost. do szerokopasm. Int. w gosp. dom. (4 kwartył dochodu)	25,67	98,38	99,00	1,81	23,33	98,13	99,00	1,65	-0,61	0,544	0,09
Os. korzyst. z Intern. co najmniej 1 raz w tyg., ale nie codziennie	24,90	5,69	5,50	2,85	29,02	6,41	6,00	2,86	-0,98	0,329	0,13
Os. korzyst. z Intern. co najmniej 1 raz w tyg., w tym codziennie	29,19	85,96	86,50	7,33	24,89	83,93	85,00	7,70	-1,02	0,310	0,14
Osoby korzystające z Internetu codziennie	29,48	80,35	80,50	8,90	24,61	77,48	77,00	9,39	-1,15	0,251	0,16

Źródło: obliczenia własne na podstawie Eurostat.

Rysunek 1. Średnie wraz z przedziałem ufności 95% dla częstotliwości korzystania z Internetu oraz dostępu do Internetu standardowego i szerokopasmowego w gospodarstwach domowych w krajach Unii Europejskiej, z uwzględnieniem podziału na dochód, w latach 2019 i 2020



Źródło: obliczenia własne na podstawie Eurostat.

Analiza z wykorzystaniem testu *U* Manna-Whitney'a nie wykazała istotnych statystycznie różnic. Uzyskane wyniki badania wskazują, że gospodarstwa domowe w krajach należących do Unii Europejskiej w latach 2019-2020 miały podobny poziom dostępu do Internetu zwykłego i szerokopasmowego, bez względu na przynależność do wskazanego kwantylu dochodu. Analizowane typy gospodarstw domowych nie różniły się również istotnie pod względem częstotliwości korzystania z Internetu.

### 3b. Zróżnicowanie w poziomie dokonywania zakupów z wykorzystaniem Internetu przez osoby fizyczne mieszkające w krajach Unii Europejskiej w latach 2019 i 2020

W kolejnym etapie analizy sprawdzono czy osoby fizyczne różniły się pod względem dokonywania zakupów z wykorzystaniem Internetu w latach 2019 i 2020, uwzględniając zróżnicowanie osiąganego dochodu oraz region pochodzenia sprzedawców kupowanych dóbr i usług. Analizę wykonano z wykorzystaniem testu *U* Manna-Whitney'a (tab. 3, rys. 2).

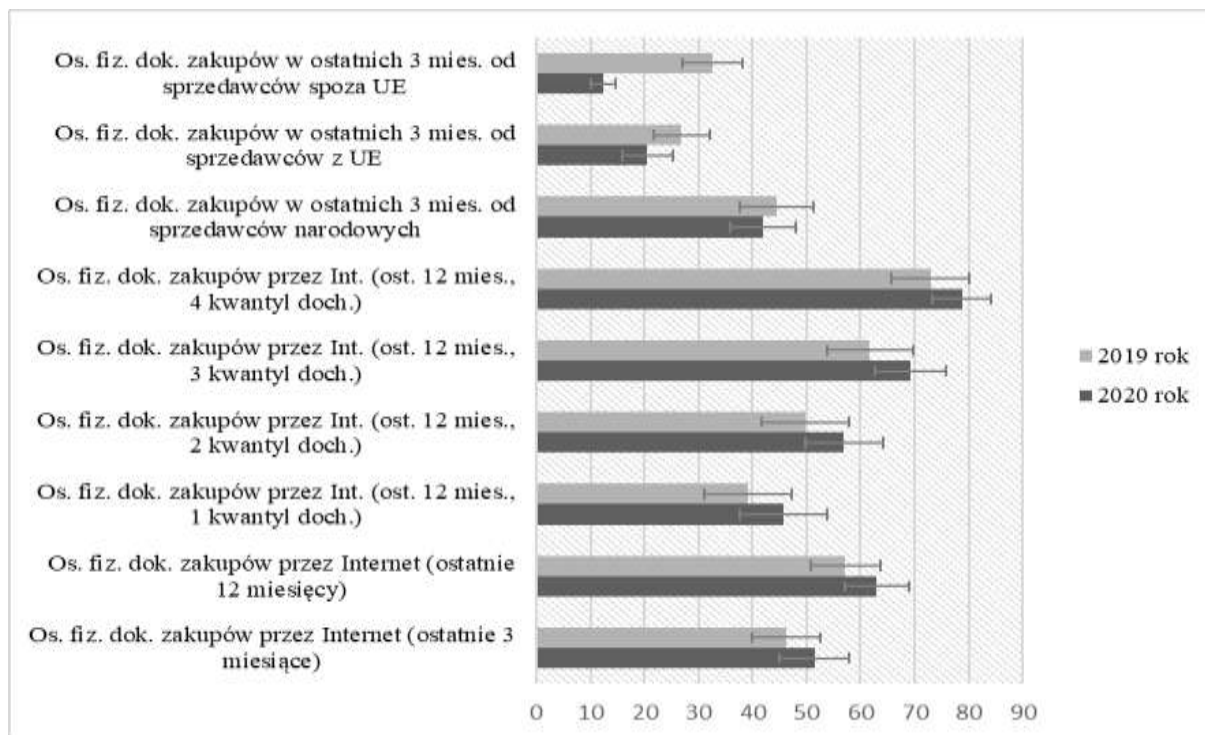
Tabela 3. Porównanie średnich zakupów dokonywanych z wykorzystaniem Internetu przez osoby fizyczne mieszkające w krajach Unii Europejskiej w latach 2019 i 2020

	2020 rok ( <i>n</i> = 26)				2019 rok ( <i>n</i> = 27)				<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
	Śred. ranga	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	Śred. ranga	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>			

Os. fiz. dok. zakupów przez Internet (ostatnie 3 miesiące)	29,50	51,42	53,00	16,76	24,59	46,22	47,00	16,46	-1,16	0,247	0,16
Os. fiz. dok. zakupów przez Internet (ostatnie 12 miesięcy)	29,44	63,04	63,00	15,42	24,65	57,15	58,00	17,06	-1,13	0,258	0,16
Os. fiz. dok. zakupów przez Int. (ost. 12 mies., 1 kwartył doch.)	27,00	45,71	41,50	20,42	22,00	39,17	35,50	19,94	-1,24	0,216	0,18
Os. fiz. dok. zakupów przez Int. (ost. 12 mies., 2 kwartył doch.)	27,21	56,96	57,00	17,91	21,79	49,83	49,50	20,11	-1,34	0,180	0,19
Os. fiz. dok. zakupów przez Int. (ost. 12 mies., 3 kwartył doch.)	27,27	69,33	70,00	16,37	21,73	61,71	63,50	19,80	-1,37	0,170	0,20
Os. fiz. dok. zakupów przez Int. (ost. 12 mies., 4 kwartył doch.)	26,67	78,71	84,00	13,67	22,33	72,92	76,50	17,78	-1,07	0,283	0,15
Os. fiz. dok. zakupów w ost. 3 mies. od sprzed. Narodowych	25,63	41,92	41,50	15,64	28,31	44,52	45,00	18,01	-0,63	0,527	0,09
Os. fiz. dok. zakupów w ost. 3 mies. od sprzedawców z UE	22,87	20,58	19,00	12,10	30,98	26,85	24,00	13,64	-1,91	0,056	0,26
Os. fiz. dok. zakupów w ostat. 3 mies. od sprzedawców spoza UE	16,33	12,38	12,50	5,71	37,28	32,56	33,00	14,58	-4,94	<b>&lt;0,001</b>	0,68

Źródło: obliczenia własne na podstawie Eurostat.

Rysunek 2. Średnie wraz z przedziałem ufności 95% dla dokonywania zakupów z wykorzystaniem Internetu przez osoby fizyczne mieszkające w krajach Unii Europejskiej w latach 2019 i 2020



Źródło: obliczenia własne na podstawie Eurostat.

Analiza wykonana z pomocą testu *U* Manna-Whitney'a wykazała istotną statystycznie różnicę w zakresie osób fizycznych dokonujących zakupów z wykorzystaniem Internetu od sprzedawców pochodzących spoza obszaru Unii Europejskiej w okresie 3 ostatnich miesięcy. Wyniki analizy wskazują, iż mieszkańcy państw unijnych znacznie częściej dokonywali zakupów z wykorzystaniem Internetu od sprzedawców pochodzących spoza Unii Europejskiej w 2019 roku niż 2020. Siła związku, liczona miarą rangowego współczynnika korelacji

dwuseryjnej Glassa, była duża i wynosiła 0,68 ( $r > 0,50$ ). Wynik analizy na poziomie zbliżonym do wartości istotności przyjętej w artykule dotyczył różnicy w zakresie osób fizycznych dokonujących zakupów online w okresie ostatnich 3 miesięcy od sprzedawców pochodzących z państw należących do Unii Europejskiej. Analiza z wykorzystaniem testu *U* Manna-Whitney'a nie wykazała istotnych statystycznie różnic w zakresie pozostałych badanych kategorii osób fizycznych wykorzystujących *e-commerce* do nabywania dóbr i usług w krajach Unii Europejskiej.

### **Podsumowanie**

Na podstawie interpretacji wyników przeprowadzonej analizy należy uznać postawioną w artykule hipotezę, iż gospodarstwa domowe w krajach Unii Europejskiej istotnie statystycznie nie różniły się pod względem dostępu do Internetu standardowego oraz szerokopasmowego, a także w częstości korzystania z Internetu przez osoby fizyczne przed wybuchem epidemii COVID-19 oraz w okresie trwania globalnej pandemii, należy uznać za zweryfikowaną pozytywnie. Dla wszystkich analizowanych zmiennych poziom istotności przekroczył wartość przyjętą w artykule ( $\alpha = 0,05$ ), wyniki analizy można zatem uznać za nieistotne statystycznie.

Postawioną w artykule hipotezę, że osoby fizyczne w państwach Unii Europejskiej istotnie statystycznie nie różniły się pod względem dokonywania zakupów przez Internet w latach 2019 i 2020, uwzględniając ich zróżnicowanie pod względem osiąganego dochodu i regionu pochodzenia sprzedawców, należy uznać za częściowo pozytywnie zweryfikowaną. Powyższą hipotezę należy przyjąć w części dotyczącej osób fizycznych kupujących online w okresie ostatnich 3 oraz 12 miesięcy ogółem, z podziałem na osiągnany dochód, a także dokonujących zakupów z wykorzystaniem Internetu od sprzedawców narodowych i pochodzących z państw unijnych. Dla wszystkich wskazanych zmiennych poziom istotności przekroczył przyjęty w artykule. Postawioną hipotezę należy odrzucić w części dotyczącej osób fizycznych kupujących online od sprzedawców pochodzących spoza Unii Europejskiej w okresie ostatnich 3 miesięcy – dla tej zmiennej poziom istotności nie przekroczył wartości przyjętej w artykule, a tym samym wyniki analizy we wskazanym zakresie można uznać za istotne statystycznie.

Na podstawie przeprowadzonej analizy można zauważyć pewne różnice w dokonywaniu zakupów z wykorzystaniem Internetu przez osoby fizyczne z obszaru Unii Europejskiej w okresie trwania pandemii COVID-19. Wykonane testy ukazały, iż osoby te w czasie pandemii kupowały online o wiele rzadziej od sprzedawców pochodzących spoza krajów unijnych niż miało to miejsce przed rozpoczęciem globalnej epidemii. Wyniki analizy mogą wskazywać na zmianę preferencji zakupowych europejskich użytkowników *e-commerce* pod wpływem

uwarunkowań wynikających z pandemii COVID-19, takich jak ograniczenie poziomu konsumpcji, braki komponentów do wyrobu dóbr w perspektywie globalnej, czy przerwy w łańcuchu dostaw do krajów unijnych. Przyczyną wskazanej zmiany może być również wzrost postaw o charakterze etnocentryzmu konsumenckiego, które opierają się na przekuwaniu, iż nabywanie produktów oraz usług lokalnych jest bardziej korzystne dla gospodarki i społeczeństwa narodowego. Przedstawione wnioski charakteryzują się pewnymi ograniczeniami, zostały wyciągnięte na podstawie analizy wybranych zmiennych i dotyczyły ograniczonego okresu badawczego. W kolejnych badaniach pożądana wydaje się weryfikacja przedstawionych konkluzji na podstawie analizy danych z kolejnych lat trwania pandemii opublikowanych przez Eurostat, a także obserwacja pozostałych preferencji zakupowych unijnych konsumentów. Zasadne wydaje się również zweryfikowanie zaprezentowanych wniosków z wykorzystaniem badań empirycznych, zarówno o charakterze ilościowym, jak i jakościowym, które mogłyby posłużyć do zdefiniowania oraz znalezienia podstaw leżących u zmian preferencji zakupowych badanych w czasie trwania pandemii COVID-19.

## Bibliografia

### Literatura:

1. Borusiak B., Wanat T., *Merchandising w handlu stacjonarnym i internetowym*, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 2020.
2. Eger L., Komárková L., Egerová D., Mičik M., *The effect of COVID-19 on consumer shopping behaviour: generational cohort perspective*, „Journal of Retailing and Consumer Services”, 61, 2021, p. 102542.
3. Feng C., Fay S., *Store closings and retailer profitability: a contingency perspective*, „Journal of Retailing”, 96 (3), 2020, pp. 411-433.
4. George D., Mallery P., *IBM SPSS Statistics 26 Step by Step: A Simple Guide and Reference*, Routledge, New York 2019.
5. Grashuis J., Skevas T., Segovia M.S., *Grocery shopping preferences during the COVID-19 pandemic*, „Sustainability”, 12 (13), 2020, p. 5369.
6. Hashem T., *Examining the influence of COVID 19 pandemic in changing customers' orientation towards E-shopping*, „Modern Applied Science”, 14 (5), 2020, pp. 59-76.
7. Kahneman D., Tversky A., *Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk*, „Econometrica”, vol. 47, nr 2, 1979.
8. Kieźel E., *Zachowania konsumentów w warunkach niepewności i ryzyka*, [w:] E. Kieźel, S. Smyczek (red.), *Zachowania polskich konsumentów w warunkach kryzysu gospodarczego*, Placet, Warszawa 2011, s. 125-145.
9. Laato S., Islam A.K.M.N., Farooq A., Dhir A., *Unusual purchasing behavior during the early stages of the COVID-19 pandemic: the stimulus-organism-response approach*, „Journal of Retailing and Consumer Services”, 57, 2020, p. 102224.
10. Samuk G., Sidorowicz I., *Wpływ pandemii COVID-19 na zachowania konsumentów*, „Akademia Zarządzania”, 4(3), 2020, s. 195-206.
11. Shakibaei S., De Jong G.C., Alpkökin P., Rashidi T.H., *Impact of the COVID-19 pandemic on travel behavior in Istanbul: a panel data analysis*, „Sustainable Cities and Society”, 65, 2021, p. 102619.
12. Shamshiripour A., Rahimi E., Shabanpour R., Mohammadian A., *How is COVID-19 reshaping activity-travel behavior? Evidence from a comprehensive survey in Chicago*, „Transportation Research Interdisciplinary”, 7, 2020, p. 100216.
13. Wolny R., *Zachowania nabywcze w Internecie e-konsumentów w Austrii, Niemczech i Szwajcarii*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Uniwersytetu Szczecińskiego”, nr 43/4, 2016, s. 459-470.

14. Zalega T., *Uwarunkowania zaspokojenia potrzeb w zakresie mieszkania i jego wyposażenia w gospodarstwach domowych wysokodochodowych*, „MBA”, nr 4/105, Wydawnictwo ALK, Warszawa 2010.
15. Zalega T., *Zachowania konsumentów w obliczu kryzysu*, [w:] M. Bartosik-Purgat (red.), *Zachowania konsumentów*, PWN, Warszawa 2017, s. 147-169.

#### **Źródła internetowe:**

1. Eurostat, *Households - level of internet access*, [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ISOC\\_CI\\_IN\\_H/default/table](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ISOC_CI_IN_H/default/table) [dostęp: 23.07.2021 r.].
2. Eurostat, *Household internet connection type: broadband*, [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ISOC\\_CI\\_IT\\_H\\_custom\\_1169284/default/table](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ISOC_CI_IT_H_custom_1169284/default/table) [dostęp: 23.07.2021 r.].
3. Eurostat, *ICT usage in households and by individuals*, [https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/isoc\\_i\\_esms.htm](https://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/en/isoc_i_esms.htm) [dostęp: 23.07.2021 r.].
4. Eurostat, *Internet purchases by individuals*, [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ISOC\\_EC\\_IBUY\\$DEFAULTVIEW/default/table](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ISOC_EC_IBUY$DEFAULTVIEW/default/table) [dostęp: 10.08.2021 r.].
5. Eurostat, *Internet purchases - origin of sellers*, [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ISOC\\_EC\\_IBOS\\$DEFAULTVIEW/default/table](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ISOC_EC_IBOS$DEFAULTVIEW/default/table) [dostęp: 10.08.2021 r.].
6. Krasek J., Musiał A., Gaponiuk K., *Nowa rzeczywistość: Konsument w dobie COVID-19*, 2020, <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/pl/pdf/2020/09/pl-Raport-KPMG-Nowa-rzeczywistosc-konsument-w-dobie-COVID-19.pdf> [dostęp: 09.07.2021 r.].
7. Statista.com, 2022a, <https://www.statista.com/statistics/955204/poland-internet-users/> [dostęp: 04.04.2022].
8. Statista.com 2022b, <https://www.statista.com/statistics/273018/number-of-internet-users-worldwide/> [dostęp: 04.04.2022 r.].

#### **E-commerce and its diversification in European Union countries during the SARS-CoV-2 pandemic**

**Summary:** The aim of this paper is to examine the relationships between selected variables including standard and broadband internet access in households overall and by income, frequency of internet use, and making certain types of online purchases by individuals in European Union countries between 2019 and 2020. It was hypothesised that households in the European Union countries were not statistically significantly different in terms of internet access and broadband and in the frequency of internet use by individuals before the COVID-19 outbreak and in the year of the start and duration of the global pandemic. The second hypothesis was that individuals in European Union countries were not statistically significantly different in terms of online shopping between 2019 and 2020, taking into account their variation in terms of income and region of origin of the sellers of the goods and services they purchased online. The hypotheses were verified using Eurostat statistics. The method used to verify the hypotheses was the Mann-Whitney U test and an analysis of the statistical significance of the associations between variables. The results of the analysis allowed for positive verification of the first hypothesis, as well as a partially positive verification of the second hypothesis, which should be rejected in the part concerning individuals buying online from sellers coming from outside the European Union in the last 3 months.

**Keywords:** e-commerce, e-consumer, consumer ethnocentrism, Internet, COVID-19

Anna Ścibior-Butrym

Instytut Zarządzania Uniwersytetu Szczecińskiego

Szkoła Doktorska Uniwersytetu Szczecińskiego

anna.scibior-butrym@phd.usz.edu.pl

ORCI: 0000-0001-7756-6908

## **Ograniczenia i wyzwania organizacji seniorskiej w czasie trwania pandemii Covid – 19**

**Słowa kluczowe:** organizacja seniorska, seniorzy w pandemii Covid – 19, zarządzanie w pandemii Covid - 19

**Streszczenie:** Rzeczywistość społeczna podczas trwania pandemii Covid -19 uległa mniej lub bardziej gwałtownej transformacji. Organizacje musiały zweryfikować swoją umiejętność szybkiego przystosowania się, zarówno w kontekście zarządzania, organizacji pracy jak i efektywności swych działań. Działalność organizacji pomocowych, w tym organizacji seniorskich, zyskała na swoim znaczeniu. Dbalność o aktywizację seniorów, musiała się zmierzyć z problemem bezpieczeństwa zdrowia fizycznego, ale i psychicznego zarówno wśród pracowników jak i swoich podopiecznych.

Celem artykułu jest identyfikacja głównych modyfikacji zachodzących w obszarze działań i zarządzania organizacji seniorskich, na podstawie obserwacji i opinii pracowników i seniorów organizacji działającej na rzecz wsparcia osób starszych w Szczecinie. Podjęto próbę wskazania największych trudności i zalet wynikających z konieczności funkcjonowania zgodnie z ograniczeniami pandemicznymi. Dokonano swoistego bilansu zysków i strat ostatnich kilkunastu miesięcy wpływających na bieżącą działalność organizacji.

### **Wstęp**

Działania dedykowane seniorom stanowią bardzo ważny obszar polityki społecznej. W Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy, od kilkadziesiątu lat zachodzi zjawisko starzenia się społeczeństwa. W praktyce oznacza to, że każdego roku rośnie ilość osób mających 60 lat i więcej. Osoby starsze należą do grupy zagrożonej wykluczeniem społecznym i wymagają szczególnego zaopiekowania. Realizacja zadań prewencyjnych związanych z groźbą wykluczenia, to przede wszystkim realizacja systemowych działań o charakterze inkluzywnym, determinującym aktywność seniorów w życiu społecznym.

W kwietniu 2020 roku w Polsce ogłoszono stan epidemii Covid - 19, który wystawił na próbę wiele firm i organizacji, w tym te o charakterze pomocowym. W początkowym okresie nałożono na ludność konieczność społecznej izolacji i wprowadzono obostrzenia sanitarne, które z różnym natężeniem utrzymywano w dłuższym okresie czasu. Ludzie starsi musieli zmierzyć się z lękiem i ograniczeniami wynikającymi z separacji społecznej, a organizacje działające na rzecz seniorów, musiały się zmierzyć z problemem kontynuacji prowadzonej działalności, która jeszcze bardziej zyskała na swoim znaczeniu. Osoby w wieku 60 lat i więcej, stały się grupą podwójnie narażoną. Z jednej strony na negatywne skutki izolacji, a z drugiej na zwiększone ryzyko zarażenia wirusem.

W niniejszym artykule, podjęto próbę zidentyfikowania największych ograniczeń i wyzwań wynikających z konieczności funkcjonowania organizacji seniorskiej w czasie pandemii Covid – 19, na przykładzie szczecińskiego podmiotu realizującego projekt Klub „Senior+”. Realizacja działań wspierających seniorów, w oparciu o ustalony harmonogram pracy i zasady finansowania, określone w ramach projektu, który rozpoczął się przed ogłoszeniem stanu epidemii, stała się bardzo trudna do wykonania. W praktyce należało wykorzystać wszelkie możliwe zasoby wewnętrzne i zewnętrzne organizacji. Zaangażowanie jej członków w kreatywne rozwiązywanie problemów, pozwoliło na wypracowanie alternatywnych sposobów realizacji wyznaczonych wcześniej zadań. Co więcej, konieczność dostosowania się do zaspokojenia nowych potrzeb, determinowała zespół organizacji do zwiększenia swojej aktywności i wdrażania innowacyjnych rozwiązań przy użyciu niewykorzystywanych wcześniej narzędzi.

### **1. Podstawowe zagadnienia teoretyczne.**

Działania organizacji, których działalność dedykowana jest seniorom, należą do działań szeroko pojętej polityki społecznej. Jej zakres winna obejmować pomoc w wspieraniu zaspokajania potrzeb społecznych obywateli, co w rezultacie ma fundamentalny wpływ na kształtowanie stosunków międzyludzkich i realny poziom życia społecznego. Podmiotami polityki społecznej są grupy, organizacje, instytucje, także te o charakterze nieformalnym, które podzielono na tzw. trzy sektory. Pierwszy z nich to sektor publiczny, którego celem jest realizowanie polityki rządowej. To instytucje państwowe, korzystające z funduszy publicznych, których działanie nie jest nastawione na zysk. Sektor drugi, nazywany prywatnym lub rynkowym rządzi się innymi prawami. Organizacje te mają charakter komercyjny, nastawiony na korzyści finansowe. Trzecim sektorem nazywano organizacje pozarządowe, których działania oscylują pomiędzy sektorem prywatnym a publicznym. Ich działalność jest niezależna od administracji organów władzy państwa i nie jest nastawiona na zysk. Do organizacji pozarządowym zaliczane są także organizacje pożytku publicznego, działające w oparciu o ustawę o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r.). Beneficjentami usług sektora trzeciego są bardzo zróżnicowane grupy społeczne. Podobnie jak organizacje sektora prywatnego, posiadają one różne formy prawne, a zakres ich działania opisują statuty. Częstymi praktykami sektora trzeciego i drugiego do zdobywania finansowania, jest przejmowanie zadań do realizacji, przekazywanych przez organy sektora pierwszego. Finalnie tworzy się wówczas, swoisty „lewiatan” łączący interesy wszystkich sektorów w celu działań prospołecznych.



Od 2015 roku Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, prowadzi Program „Senior +”. Pierwotnie Program obejmował okres 2015 – 2020 roku. Obecnie jest kontynuowany jako Program wieloletni „Senior +” na lata 2021 – 2025, w oparciu o Uchwałę nr 191 Rady Ministrów z dnia 21 grudnia 2020 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego "Senior+" na lata 2021-2025 [M.P. 2021 poz. 10](#). Celem strategicznym Programu jest zwiększenie aktywnego uczestnictwa seniorów w życiu społecznym, poprzez dofinansowanie rozbudowy infrastruktury ośrodków wsparcia w środowisku lokalnym oraz zwiększenie miejsc w ośrodkach wsparcia „Senior+”, tj. wsparcie działań jednostek samorządu w rozwoju na ich terenie sieci Dziennych Domów „Senior+” i Klubów „Senior+” (Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2021). Projekt skierowano do osób starszych w wieku 60 lat i więcej, które nie są aktywne zawodowo. W ramach programu otworzono konkurs dla jednostek samorządowych, które mogą ubiegać się o finansowanie działań w obrębach dwóch modułów, z których jeden dotyczy finansowania tworzonych placówek i/lub ich wyposażenia, a drugi finansowania całorocznej działalności ośrodków zgodnie z założeniami projektowymi dostosowanymi do lokalnych potrzeb. Program zakłada finansowanie z dwóch źródeł tj. dotację z Programu wieloletniego „Senior+” i środki własne jednostki samorządu terytorialnego.

## **2. Sytuacja osób starszych w Polsce.**

Spółeczeństwo polskie od wielu lat doświadcza zjawiska starzenia się ludności. „Demograficznie za stare uważa się te społeczeństwa w których odsetek ludzi po 60. roku życia przekroczył 12% (Kulik, Janiszewska, Piróg, Pacian, Stefanowicz, Żołnierczuk – Kieliszek i Pacian, 2011)”. Pierwsze objawy tego procesu zachodzącego w Polsce zauważono już w latach 70 - tych XX wieku (Państwowa Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, 2020). „Starzenie się społeczeństwa stanowi wyzwanie dla wielu gospodarek, gdyż oddziałuje ono choćby na system polityki społecznej” (Leoński, Pluta i Wieczorek – Szymańska, 2020, s. 42). Powodem takiego stanu rzeczy jest nieustający wzrost liczby osób w starszym wieku przy jednoczesnym spadku liczby urodzeń. Jak podaje Główny Urząd Statystyczny (GUS, 2021) w 2020 r., podobnie jak w latach poprzednich, nastąpił wzrost liczby mieszkańców Polski w wieku 60 lat i więcej, chociaż był on znacznie niższy niż w roku poprzednim. Na koniec roku populacja osób starszych wyniosła 9800,2 tys. i w stosunku do roku poprzedniego zwiększyła się o 1,0%. Niższa dynamika wzrostu liczby osób w wieku senioralnym spowodowana była dużą liczbą nadmiarowych zgonów. Od 2006 r. obserwuje się stały wzrost udziału osób starszych w

populacji Polski. W 2005 r. udział ten wyniósł 17,2%, w 2015 r. wzrósł do poziomu 22,9%, a w 2020 r. ukształtował się na poziomie 25,6%.

Starzejące się społeczeństwo jest problemem o charakterze globalnym, wprowadzającym szereg zmian w strukturach społecznych i stanowiącym wyzwanie dla polityki społecznej i gospodarczej.

„Siwienie” polskiego społeczeństwa spowoduje zmiany w funkcjonowaniu całego państwa, jak i poszczególnych jednostek i rodzin. W przypadku osób starszych zmniejszy się między innymi rola rodziny jako podstawowej instytucji wspierającej oraz świadczącej usługi opiekuńcze. Zwiększy się natomiast liczba samotnych osób starszych, coraz większą rolę będą odgrywać także relacje nieformalne z osobami niespokrewnionymi, a główny ciężar opieki przejmą placówki publiczne (Kubicki i Olcoń – Kubicka, 2010). W literaturze przedmiotu coraz częściej zwraca się uwagę na gospodarczy aspekt zjawiska. „Dostrzeżono bowiem, że osoby starsze wnoszą istotny wkład w życie społeczno - gospodarcze jako członkowie rodzin, pracownicy, wolontariusze czy konsumenci (tzw. silver economy) (Zalega, 2015, s.153)”. Autorzy zleconego przez Komisję Europejską raportu „The Silver Economy” dotyczącego wsparcia i rozwoju „Srebrnej Gospodarki” w Europie, zwracają uwagę na istotność procesu aktywnego starzenia się ludności. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wskazuje na sześć wymiarów ram warunkujących to zjawisko. Jedną z nich dotyczy determinantów społecznych (Komisja Europejska, 2018). Aktywność seniorów, poprawa ich mobilności wpływa na styl życia, stan zdrowia i poczucie dobrostanu. Wsparcie tego obszaru działań, to w konsekwencji przeciwdziałanie marginalizacji i zjawisku wykluczenia społecznego. Osoby starsze to nie tylko obciążenie dla współczesnej gospodarki, ale także jej potencjał, wymagający szczególnego zaopiekowania. „Dlatego niezbędne są zmiany dostosowujące życie publiczne, gospodarcze i społeczne do zmieniającej się sytuacji demograficznej w Polsce (Bojanowska, 2012, s. 320)”. Program Senior+ powstał w odpowiedzi na rosnące potrzeby seniorów. Celem operacyjnym Klubu „Senior+” jest aktywizowanie społeczne, fizyczne, edukacyjne i kulturalne, a także zaangażowanie w działania samopomocowe beneficjentów projektu, poprzez organizację minimum dwudziestu godzin zajęć wspierających osoby starsze w wybranym obszarze. Jednostki samorządu terytorialnego mogą zlecać realizację działań projektowych organizacjom trzeciego sektora, a konkretniej podmiotom, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.

### **3. Dostosowanie działań organizacyjnych do zmian w otoczeniu - największe ograniczenia i wyzwania organizacji seniorskiej Klub „Senior+” w Szczecinie podczas Pandemii Covid -19.**

Od roku 2005 województwo zachodniopomorskie notuje największy wzrost odsetek osób starszych w Polsce (GUS,2021). Realizacja zadań polityki społecznej dotyczącej osób starszych jest niezbędnym elementem przeciwdziałania problemom najstarszych członków społeczeństwa. Klub „Senior+”, w Szczecinie, rozpoczął swoją działalność w ramach modułu drugiego Programu wieloletniego „Senior +” w roku 2019. Klub realizujący cele i zadania projektowe zatrudnia: kierownika, animatora, psychologa, osobę zajmującą się księgowością i personel sprzątający. Uczestnikami klubu są osoby w wieku 60+, nieaktywne zawodowo, które łącznie liczą ok 40 osób. Udział w zajęciach nie może przekraczać 30 osób i jest raportowany raz w miesiącu. Klub otrzymuje finansowanie na dany rok i działa w oparciu o roczny harmonogram. Organizacja ta ze względu na swój projektowy charakter cechuje się konkretnymi celami operacyjnymi, ustalonym harmonogramem i sposobem realizacji tych celów, uwzględniając konkretne wskaźniki efektów i produktów projektu, a to wszystko w określonym czasie z określonym podziałem środków finansowania. Organizacja projektowa jest to sposób połączeniem zbioru osób i instytucji współdziałających przy realizacji projektu, a także ich więzi współdziałania na tle różnych form instytucjonalnych, w ramach, których czynności projektowe muszą zostać zrealizowane (Bukłaha, 2009).

Pandemia Covid – 19, to dla organizacji swoisty „czas próby”, wymagający od kierownika umiejętności podejmowania szybkich decyzji, które niejednokrotnie przynosiły i/lub przynoszą długofalowe skutki. To jak istotny jest wpływ otoczenia na organizację wskazuje m.in. Griffin (2006, s. 89 -93), zwracając uwagę na istotę zmienności i złożoności otoczenia, pięciu sił konkurencji organizacji i zakłóceń w jej otoczeniu. Stopień zmienności to zakres, w jakim otoczenie jest stosunkowo stabilne czy stosunkowo dynamiczne. Stopień jednorodności to zakres, w jakim otoczenie jest stosunkowo proste (niewiele elementów, małe rozczłonkowanie) lub stosunkowo złożone (wiele elementów, znaczne rozczłonkowanie). Oba te wymiary nakładają się na siebie, określając łącznie poziom niepewności, jaką napotyka organizacja. Z kolei niepewność jest siłą napędową wpływającą na wiele decyzji podejmowanych w organizacji (Griffin, s. 90). W/w pięć sił konkurencji pozwala zbadać otoczenie organizacji uwzględniając: zagrożenia ze strony nowych przedsiębiorstw, rywalizację pomiędzy konkurentami, zagrożenie substytutami, a także siłę zarówno dostawców jak i nabywców produktów i/lub usług. O ile siły te można obserwować poddając otoczenie

systematycznej kontroli, o tyle zagrożenia płynące z tzw. zakłóceń w otoczeniu już trudniej. Owe zakłócenia często mają charakter nieprzewidywalnych zdarzeń, zmian eskalujących kryzys czy to w sferze funkcjonowania konkretnej organizacji czy też szerzej, w skali otoczenia lokalnego, regionalnego czy globalnego.

O tym jak wielkich umiejętności zarządzania wymaga od menadżerów sytuacja kryzysowa przekonała się większość współczesnych organizacji. Ogłoszenie w 2020 roku stanu pandemicznego w Polsce, było początkiem szeregu prób dostosowania się organizacji do wymogów jej otoczenia. „Dopasowanie organizacji do otoczenia to jedno z niewielu normatywnych pojęć w zarządzaniu strategicznym, ponieważ zawiera ono jednoznaczne przesłanie: warunkiem sukcesu jest dopasowanie strategiczne organizacji do jej otoczenia” (Zając i in., 2000, za: Czakon, 2020, s.36).

Kontynuacja realizacji celów operacyjnych Klubu „Senior+”, pomimo zagrożeń związanych z ogłoszeniem stanu pandemii w marcu 2020 roku, była istotna z kilku powodów. Pierwszy z nich dotyczył projektowego charakteru tej organizacji. Zarządzanie projektem wymaga realizacji działań zgodnie z ustalonym wcześniej (przed pandemią Covid -19) harmonogramem, zgodnie z wymaganymi wskaźnikami, dysponując określonym zasobem ludzkim i określonym (w tym wypadku rocznym) czasie. Po drugie, realizacja celów dotyczyła grupy społecznej zagrożonej wykluczeniem, którego widmo było tym groźniejsze im groźniejsza stawała się sytuacja pandemiczna. Osoby starsze poddawane izolacji nie tylko nie mogły w tradycyjny sposób uczestniczyć w działaniach klubu, wzmacniających ich społeczne zaangażowanie i wspierających ich w sferze psychologicznej, fizycznej, kulturalnej czy edukacyjnej, ale też stanowiły grupę podwójnego ryzyka – z jednej strony wspomnianego wykluczenia z drugiej zaś, większej zachorowalności na Koronawirus. „Dopasowanie strategiczne odnosi się zarówno do efektywności wykorzystania zasobów oraz kompetencji organizacji ze względu na pojawiające się szanse i zagrożenia, jak i skuteczność wdrażania strategii w określonym otoczeniu” (Xu i in., 2006, za: Czakon, 2020, s. 36). W tym wypadku zmiany otoczenia organizacji seniorskiej, wymogły wprowadzenia zmian na trzech poziomach. Pierwszy z nich dotyczył możliwości realizacji działań projektowych, wymagających dogłębnego przeanalizowania umów między podmiotami jednostki samorządowej, jednostki publicznej, a organizacją pożytku publicznego odpowiadającą bezpośrednio za ich realizację. Po drugie, istotne były zmiany w organizacji pracy zatrudnionych osób, a po trzecie wyjątkowo trudna sytuacja dotarcia do beneficjentów projektu (seniorów) wymogła rozbudowania sieci współpracy (w swoistej kooperatywie) z wolontariuszami i innymi organizacjami działającymi

na rzecz seniorów. Kluczowym stało się pytanie: w jaki sposób osiągnąć cele projektu w sytuacji zagrożenia zdrowia i w trakcie izolacji społecznej? Wyzwaniem było nie tylko sprostanie ograniczeniom wynikającym z konieczności funkcjonowania podmiotu w trakcie pandemii Covid – 19, ale okazanie wsparcia w rozwiązywaniu nowych problemów podopiecznych. Główne ograniczenia, ich skutki i sposoby radzenia sobie z nimi przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 1. Ograniczenia i działania organizacji seniorskiej Klub „Senior+” w Szczecinie, w czasie trwania pandemii Covid – 19.

<b>Ograniczenia i ich skutki:</b>	<b>Działania:</b>
<p>Czas, izolacja społeczna i określona forma realizacji działań projektowych:</p> <p>zawieszenie działań w czasie groziło niewywiązaniem się z ostatecznych terminów realizacji projektu;</p> <p>zawieszenie działań w czasie i izolacja seniorów potęgowały problemy beneficjentów projektu (brak zaopiekowania);</p> <p>brak modyfikacji w sposobie realizacji działań uniemożliwiało realizację celów projektu;</p>	<p>Wprowadzenie alternatywnych form realizacji działań projektowych;</p>
<p>Ustalona forma i czas wykonywania zadań przez zespół pracowniczy organizacji (pracownicy i współpracownicy):</p> <p>brak możliwości wykonywania pracy w dotychczasowy sposób;</p>	<p>Przeorganizowanie formy i czasu pracy zgodnie z nowymi potrzebami;</p>
<p>Ograniczona liczebność zespołu pracowniczego:</p> <p>problemy logistyczne w realizacji działań projektowych i nowych działań pomocowych wynikających ze społecznej izolacji seniorów;</p>	<p>Wykorzystanie kapitału społecznego członków organizacji;</p> <p>Nawiązanie współpracy z innymi podmiotami świadczącymi działania pomocowe (w tym wolontaryjne);</p>

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych wywiadów.

Program „Senior +” w trakcie trwania pandemii był realizowany w tzw. alternatywnych formach zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej. Istotne okazały się narzędzia komunikacji takie jak Internet, telefon czy komputer, które pozwalały utrzymywać stały kontakt z uczestnikami projektu. Ograniczenia spowodowane obostrzeniami epidemiologicznymi, zdeterminowały zmiany w formach wsparcia seniorów, które okazały się być innowacyjne ze względu na swoją formułę jak i na swoiste wymuszenie rozwinięcia umiejętności posługiwania się nowoczesną technologią przez osoby starsze. Poniżej opisano wybrane sposoby na realizację alternatywnych działań projektowych, w obszarach skierowanych do wewnątrz jak i na zewnątrz organizacji, m.in.: zajęcia dydaktyczne, zajęcia artystyczne, fizyczne (z uwzględnieniem stanu zdrowia uczestników projektu), różnorodne zajęcia tematyczne, literackie, rozwijające zainteresowania, angażujące do wzajemnej pomocy i włączające w działania społeczne. W praktyce dotarto do domów seniorów dostarczając im tzw. „Kopertę Mocy”, w której znajdowały się zadania edukacyjne do wykonania (m.in. trening pamięci). Osoby starsze instruowano w jaki sposób mogą dołączyć do grupy klubu w Social Media, w której odbywały się spotkania tematyczne, dotyczące zarówno porad prawnych, profilaktyki zdrowia, zasad higieny jak i rozwijające pasje i hobby.

Przeciwdziałając nowym problemom wynikającym z konieczności społecznej izolacji, prowadzono kilkunastogodzinne dyżury telefoniczne. W ten sposób okazywano wsparcie psychologiczne jak i merytoryczne i doradcze, zapobiegające namnażaniu się lęków, poczucia frustracji i bezradności osób starszych. Współpraca z wolontariuszami poszerzała zakres pomocy, m.in. o realizację recept, dostarczanie zakupów, gotowych posiłków, opłacanie rachunków etc.

Ponadto wolontariusze docierali do domów seniorów i uruchamiali w ich telefonach aplikacje pozwalające na tworzenie grup dyskusyjnych i utrzymanie kontaktu z innymi uczestnikami projektu. Z czasem beneficjenci, zaczęli angażować się także, w akcje promujące zasady bezpieczeństwa i szczepienia. Innymi słowy dostosowując swoje działania do wymogów otoczenia i sytuacji pandemicznej, zrealizowano szereg działań, które w sposób innowacyjny zwiększyły aktywność seniorów w życiu społecznym, na miarę realnych możliwości.

#### 4. Bilans zysków i strat

W celu dokonania swoistego bilansu zysków i strat, związanych z realizacją działań projektu w trakcie trwania pandemii Covid - 19, poproszono o wskazanie ich przez pracowników i uczestników projektu „Senior+”. Odpowiedzi udzielane najczęściej ujęto w tabeli.

Tabela 2. Straty i zyski wynikające z konieczności funkcjonowania organizacji seniorskiej Klub „Senior+” w Szczecinie, w czasie trwania pandemii Covid – 19.

<b>Straty wynikające z konieczności funkcjonowania organizacji w trakcie trwania Pandemii Covid – 19:</b>	<b>Zyski wynikające z konieczności funkcjonowania organizacji w trakcie trwania Pandemii Covid – 19:</b>
Brak bezpośredniego kontaktu pomiędzy seniorami i pracownikami organizacji.	Wzrost umiejętności kontaktowania się za pomocą Internetu (grupy, profile w SM) wśród seniorów.
Brak możliwości realizowania i korzystania z działań projektowych w znanej formule.	Wzrost kompetencji miękkich zespołu pracowników, w tym: kreatywności (w realizacji innowacyjnych rozwiązań), umiejętności komunikacyjnych (w tym w formie online), umiejętnego zarządzania czasem.
Brak higieny pracy wynikający z konieczności pracy głównie online i świadczenia pomocy w nienormowanych godzinach pracy.	Wzmocnienie relacji pomiędzy seniorami, pracownikami, a także seniorami i pracownikami

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych wywiadów.

Wśród zalet pojawiły się m.in.: podniesienie kompetencji w zakresie kreatywności i umiejętności komunikacyjnych. Podkreślano wagę kapitału społecznego, który umożliwił prowadzenie dość szeroko zakrojonych działań dedykowanych uczestnikom projektu. Zauważono siłę potrzeby kontaktów międzyludzkich, co motywowało seniorów do rozwoju swoich zdolności posługiwania się nowoczesną technologią, ale także działania na rzecz pomocy innym. Z drugiej strony podkreślano zdecydowane preferowanie spotkań odbywających się bez pośrednictwa telefonu czy komputera i realizowanie działań projektowych w sposób tradycyjny. Największą stratą była utrata osobistego kontaktu między członkami grupy beneficjentów, a także utrata poczucia bezpieczeństwa (zwłaszcza w początkowym okresie pandemii).

Jednym z najtrudniejszych wyzwań okazał się brak higieny pracy i konieczność dostosowania pracy zdalnej i dyspozycyjności pracowników do potrzeb zdezorientowanych i zalekzionych seniorów. Finalnie złagodzenie obostrzeń związanych z pandemią Covid -19, spowodowało kontynuację działań projektowych w formie hybrydowej, bowiem o ile większość form wsparcia ma charakter spotkań personalnych, o tyle grupy dyskusyjne, grupy w mediach społecznościowych a nawet „Koperty Mocy” (dla osób, które z różnych powodów nie mogą dotrzeć na zajęcia) zostały z uczestnikami na dobre.

## **Podsumowanie**

Turbulentna rzeczywistość społeczna pandemii Covid - 19, wymogła na organizacjach wprowadzenia wielu zmian, na różnych płaszczyznach. Podmioty, których działalność ma charakter pomocowy, takie jak organizacje seniorskie stanęły przed trudnym wyzwaniem. Negatywne skutki izolacji społecznej osób starszych, zwiększyły groźbę ich wykluczenia. Przeciwdziałanie temu zjawisku wymagało podjęcia szybkich decyzji i wprowadzenia wielu modyfikacji narzędzi pracy i realizacji ustalonych wcześniej działań. W trosce o dobro seniorów, starano się zaspokajać także nowe potrzeby i oczekiwania. Organizacja seniorska realizująca projekt „Senior+” w Szczecinie, musiała sprostać wyzwaniom, pomimo ograniczeń czasu, izolacji społecznej, ustalonych form realizacji działań, ustalonego zakresu i sposobu pracy nielicznego zespołu pracowniczego. Finalnie w sposób alternatywny zapewniła beneficjentom projektu wsparcie i pomoc w formie innowacyjnych działań. Wykorzystano zasoby wewnętrzne i zewnętrzne organizacji, umożliwiające zachowanie względnej ciągłości jej działalności.

Paradoksalnie, obostrzenia epidemiologiczne wzmocniły relacje pomiędzy pracownikami, pracownikami i beneficjentami jak i pomiędzy samymi seniorami. Osoby starsze nabyły nowe kompetencje w obszarze posługiwania się nowoczesną technologią, a pracownicy w prowadzeniu zajęć online. Niektóre z wypracowanych metod i narzędzi zostaną w organizacji na dłużej, ale żaden z członków organizacji czy beneficjentów nie chciałby powtórzyć doświadczeń związanych z koniecznością funkcjonowania w cieniu Koronawirusa.

## **Bibliografia**

### **Literatura:**

1. Bukłaha E., *Formy organizacji projektowej*, [w:] K. Ziemięwicz (red.), *Instrumenty zarządzania we współczesnym przedsiębiorstwie*, Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, 2009, s. 105-113.
2. Czakon, W., *Krótkowzroczność strategiczna menadżerów*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2020.
3. Griffin R.W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2006.



4. Leoński W., Pluta A., Wieczorek-Szymańska A., *Zarządzanie różnorodnością w organizacji*, Warszawa: wydawnictwo CeDeWu Sp. z o.o., 2020.

#### **Akty prawne:**

1. Ustawa z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. 2022 r. poz. 1327, 1265, 1812 z późn. zm.).

#### **Źródła internetowe:**

1. Bojanowska E., *Ludzie starsi w rodzinie i społeczeństwie*, [w:] J. Hrynkiewicz (red), *O sytuacji ludzi starszych* (t. 3), Warszawa: Rządowa Rada Ludnościowa, 2012, s. 19-32, Link: [https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/16118/O\\_sytuacji\\_ludzi\\_starszych.pdf?sequence=1](https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/16118/O_sytuacji_ludzi_starszych.pdf?sequence=1) [dostęp: 5.01.2021 r.].
2. Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 roku*, Warszawa, Białystok: Główny Urząd Statystyczny, 2021, Link: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/osoby-starsze/sytuacja-osob-starszych-w-polsce-w-2020-roku,2,3.html#> [dostęp: 5.01.2021 r.].
3. Instytut Analiz Rynku Pracy, *Starzenie się społeczeństwa – wyzwanie dla rynku pracy, aktywizacja pracowników 50+*, Warszawa: Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, 2020, Link: [https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/Starzenie\\_sie\\_spoleczenstw.pdf](https://www.parp.gov.pl/storage/publications/pdf/Starzenie_sie_spoleczenstw.pdf) [dostęp: 5.01.2021 r.].
4. Komisja Europejska, *The Silver economy*, [w:] *The silver economy – Publications Office of the EU*, 2020, Link: [www.europa.eu](http://www.europa.eu) [dostęp: 5.01.2021 r.].
5. Kubicki P., Olcoń-Kubicka M., *Osamotnienie osób starszych w Polsce – skala, przejawy oraz sposoby przeciwdziałania zjawisku*, *Studia humanistyczne AGH*, tom 8, 2010, s. 130, Link: [https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/2064/Osamotnienie%20os%C3%B3b%20starszych%20w%20Polsce\\_Kubicki%20i%20Olco%C5%84-Kubicka.pdf?sequence=1](https://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/2064/Osamotnienie%20os%C3%B3b%20starszych%20w%20Polsce_Kubicki%20i%20Olco%C5%84-Kubicka.pdf?sequence=1) [dostęp: 5.01.2021 r.].
6. Kulik T.B, Janiszewska M., Piróg E., Pacian A., Stefanowicz A., Żołnierczuk-Kieliszek D., Pacian J., *Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich*, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 17(2), 2011, s. 90–95, Link: [file:///C:/Users/asbut/Downloads/Sytuacja\\_zdrowotna\\_os%C3%B3b\\_starszych\\_w.pdf](file:///C:/Users/asbut/Downloads/Sytuacja_zdrowotna_os%C3%B3b_starszych_w.pdf) [dostęp: 5.01.2021 r.].
7. Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, *Program wieloletni Senior+ na lata 2021-2025*, Warszawa: Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej, 2021, Link: <https://www.gov.pl/web/rodzina/program-wieloletni-senior-na-lata-2021-2025> [dostęp: 5.01.2022 r.].
8. Zalega T., *Konsumpcja osób starszych w Polsce*, *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, 42 (2), 2015, s. 152-173, Link: <https://bibliotekanauki.pl/articles/548972> [dostęp: 5.01.2021 r.].

#### **Constraints and challenges an organization for seniors during the Covid – 19 pandemic**

**Summary:** The COVID-19 pandemic has transformed social reality to a greater or lesser extent. Organisations were forced to adapt quickly to new circumstances, both in terms of management, work planning and efficiency. Support groups, including those targeting senior citizens, became more relevant. Various active ageing programmes had to address the problem of the physical as well as mental well-being and health of both employees and programme beneficiaries.

The purpose of this article was to identify the main changes taking place in senior citizens' support groups in terms of their activities and management, based on the observations and opinions of the employees of such organisations operating in the city of Szczecin, as well as seniors participating in their programmes. The paper attempts to identify the greatest drawbacks and upsides arising from the need to adapt to pandemic-related restrictions. A summary of the advantages and disadvantages affecting the functioning of the above-mentioned organisations over the last several months is presented.

**Keywords:** senior organization, seniors in the Covid - 19 pandemic, management of the Covid -19 pandemic.

# **(Nie)śmiertelność**

Rozdział III

Kaciaryna Bychak

Szkoła Doktorska Uniwersytetu Szczecińskiego

Instytut Nauk Teologicznych

Instytut Literatury i Nowych Mediów

kaciaryna.bychak@phd.usz.edu.pl

ORCID: 0000-0001-6554-527

## **Puste Noce: tradycyjne obrzędy pożegnania zmarłego a współczesne poszukiwania nowych form rytuału**

**Streszczenie:** Celem niniejszego opracowania jest próba porównania rytuałów pogrzebu i pożegnania zmarłego, a także wątku przeżywania żałoby w tradycyjnym społeczeństwie wiejskim oraz poszukiwania nowych form rytuału pogrzebowego w społeczeństwie współczesnym, zwłaszcza w kulturze miejskiej. Zasadność takiego porównania jest kwestionowana, ale wynika ona z obserwowanej potrzeby detabuizacji tematu śmierci we współczesnym świecie. W artykule przedstawiono uogólniony model obrzędu pogrzebowego, charakterystyczny dla kultury wiejskiej Polski i Europy Wschodniej, Natomiast nowe obrzędy dotyczą różnych części świata zachodniego. W procesie analizy obrzędów tradycyjnych konieczne było poszukiwanie wspólnych cech stałych w zróżnicowanym i wielowariantowym materiale etnograficznym, natomiast w przypadku analizy "nowych obrzędów" konieczne było wykorzystanie studiów przypadków. Jest to uwarunkowane samą strukturą analizowanych społeczności oraz podmiotami omawianych obrzędów. W artykule podjęto próbę analizy ciągłości kulturowej pomiędzy tradycyjnymi obrzędami a nowymi formami, a także analizę roli religii w starych i nowych obrzędach.

**Słowa kluczowe:** rytuał pogrzebowy, kultura tradycyjna, nowe formy rytuału, społeczeństwo współczesne

### **Wprowadzenie**

Francuski filozof i teolog Marie Dominique Goutierre określa problem śmierci jako sedno wszystkich gałęzi sztuki, tradycji religijnych i kultur (Goutierre, 2001, s. 17). Świadomość własnej śmiertelności, własnej skończoności stanowi jeden z najważniejszych egzystencjalnych problemów istoty ludzkiej. Akceptacja nieuniknioności śmierci jest procesem trwającym właściwie przez całe życie. Jednym z elementów tego procesu, swoistej akceptacji śmierci, jest doświadczenie śmiertelności innego człowieka: członka rodziny, przyjaciela, członka społeczności. Jednym ze sposobów akceptacji są obrzędy pogrzebowe obecne we wszystkich znanych kulturach świata, zarówno tych lokalnych, jak i w tych globalnych.

W pierwszej części niniejszego studium będę opierać się na przykładach zaczerpniętych z obszaru polskiej kultury wiejskiej i kultury wschodnich pograniczy. Umotywowane to jest kilkoma przyczynami:

1. pogranicze polsko-białoruskie/ukraińskie/litewskie jest nie tylko pograniczem państw narodowych i kultur etnicznych, ale również pograniczem szeroko pojętych *Slavia Catholica* i *Slavia Orthodoxa*;
2. obrzędy pożegnania zmarłego w tradycyjnej kulturze wiejskiej tych regionów są wciąż praktykowane, choć coraz bardziej noszą charakter marginalny;
3. obrzędy pożegnania są dobrze zarejestrowane i opisane przez etnografów, regionalnych historyków i folklorystów, co pozwala sądzić o dużej wiarygodności źródeł.

Druga część artykułu będzie opierać się w głównej mierze na kulturze miejskiej w granicach kulturowych globalnej cywilizacji Zachodu. Wraz z intensywną urbanizacją i postępującą mobilizacją w granicach Europy więzi tożsamościowe lokalnych społeczności rozluźniają się, a co za tym idzie dawne obrzędy i praktyki zanikają. Nie oznacza to jednak, że wraz z nimi odchodzi potrzeba przeżywania żałoby, która przybiera formę zupełnie nowych, przystających do otaczającej rzeczywistości społecznej i kulturowej, a także religijnych praktyk. Problem ten stał się szczególnie aktualny w czasie pandemii COVID-19, gdzie surowe restrykcje epidemiologiczne uniemożliwiły towarzyszenie osobie odchodzącej.

W tytule artykułu użyte zostało określenie Puste Noce, oryginalnie nazewnictwo to jest najbardziej kojarzone z etnoregionem Kaszub i oznaczało ostatnią noc bądź nocę czuwania bliskich i wspólnoty przy zmarłym. W innych regionach określane było nieraz jako „nocne czuwanie”, „łostetni różeniec” i in. Polscy etnografowie Ryszard i Joanna Tomiccy wiązali określenie „puste noce” z obrzędowością księżycową w tradycji ludowej. Bezksiężycowe noce pomiędzy „starym miesiącem” a nowiem pojmowane były jako okres przemiany, odrodzenia, zmartwychwstania (Tomicki, Tomicka, 1975, s.124-127). Noc pusta była nocą ciszy, zawieszenia pomiędzy światem żywych a światem zmarłych, do którego odchodził członek społeczności. Był to również czas zarezerwowany na ciszę, związaną z przeżywaniem utraty bliskiego człowieka dla całej społeczności. Mimo że obrzędowość tradycyjna ulega zmianie wraz z przemianami społecznymi, potrzeba przeżywania tej „pustki” nadal pozostaje silna w człowieku.

Zestawiając dwie rzeczywistości: obrzędów pożegnania obecnych w społecznościach tradycyjnych i nowych form pożegnania zmarłego stawiam kilka pytań, na które spróbuję odpowiedzieć w niniejszym tekście. Jaki charakter noszą obrzędy pożegnania zmarłego w kulturze tradycyjnej, a jakie w kulturze współczesnej? Czy nowe formy rytuału pogrzebowego odwołują się do dawnych praktyk obrzędowych i czy można nazwać to ciągłością kulturową? Jaka jest rola religii i religijności w obrzędach tradycyjnych i nowych formach?

## 1. Puste Noce. Obrzęd pogrzebowy w tradycyjnych społecznościach wiejskich

Społeczności tradycyjne, o których mowa będzie w pierwszej części artykułu, noszą jednoznacznie charakter wspólnotowy, co oznacza, że jednostka jest częścią swojej społeczności, funkcjonuje w charakterystycznym dla tej wspólnoty trybie i sposobach działania. W tego typu społecznościach dla każdego członka zarezerwowana jest swoje miejsce w organizmie społecznym. Jednostka zmienia swoją pozycję w zależności od wieku i statusu społecznego. Zmianom towarzyszą określone obrzędy przejścia, których jest kilka w ciągu ludzkiego życia. W kulturze ludowej są to m.in.: obrzędy włączenia do społeczności (np. w społecznościach chrześcijańskich obrzęd chrztu), przejście od dzieciństwa do dorosłości, obrzędy weselne, obrzędy związane z narodzinami dzieci i, oczywiście, obrzędy pogrzebowe.

Francuski socjolog Émile Durkheim zaproponował rozdział rzeczywistości ludzkiej na kategorie *sacrum* i *profanum* (Durkheim, 2010, s. 24-29) i choć podział ten był i jest często krytykowany, to najlepiej jednak obrazuje sposób funkcjonowania społeczności tradycyjnych. Bycie w *profanum* jest byciem w codzienności swojej ziemskiej wspólnoty, zaburzenie zwykłego porządku rzeczy – świadome bądź nieświadome – powiązane jest z obcowaniem z *sacrum*. Przy czym *sacrum* w rozumieniu społeczności tradycyjnej nie jest tożsamy z pojęciem Boga w wyznaniach chrześcijańskich, wiarygodniej jest go ująć w kategoriach *tremendum et fascinans* wprowadzonych przez Rudolfa Otto (Otto, 1993, s. 39, 59), ponieważ ten inny porządek powoduje zarówno lęk, jak i fascynację. Poruszanie się pomiędzy tymi dwoma rzeczywistościami *sacrum* i *profanum* jest możliwe m.in. przy pomocy obrzędów przejścia, które składają się ze ściśle określonych rytuałów. Arnold van Gennep w swojej klasycznej monografii *Les Rites de passage* przedstawił model trójstopniowego rytuału przejścia, na którym będę opierać się przy analizie obrzędów pogrzebowych. Rytuał w rozumieniu van Gennepa składa się z trzech faz: separacji, przejścia i inkorporacji albo fazy preliminalnej, liminalnej i postliminalnej (Gennep, 2006, s. 36).

Obrzęd pogrzebowy zarówno w polskiej, jak i we wschodnioeuropejskiej tradycji ludowej jest czynnością rozbudowaną i zróżnicowaną w zależności od regionu. W najdłuższej swojej formie – trzydniowego śpiewania i czuwania – jest już prawie niespotykany. W regionach, gdzie tradycja jest nadal żywe czuwanie nad zmarłym trwa tylko przez jedną noc przed pogrzebem, a czasem jeszcze krócej – jedynie przez kilka godzin.

Obrzęd pogrzebowy zaczyna się jeszcze przed śmiercią człowieka i nie kończy się wraz z zakończeniem pogrzebu, tylko trwa w zależności od tradycji od 30 dni do roku po pogrzebie.

Rozpoczęcie okresu separacji w obrzędzie pogrzebowym wiąże się z agonią umierającego.

Uważa się, że należy maksymalnie ułatwić odchodzącemu pożegnanie ze światem. W starszych zapisach można znaleźć różne sposoby wspomagania, np. otwieranie okien i drzwi, a nawet wynoszenia

zmarłego na próg domu, żeby dusza mogła opuścić ciało. Od dawna znany jest również zwyczaj podania umierającemu do rąk gromnicy, która jednak zapalana jest wraz ze stwierdzeniem zgonu. Gromnica i pieśni skierowane ku patronom dobrej śmierci (św. Barbara, św. Józef) są obecnie najbardziej rozpowszechnionymi i wciąż żywymi elementami cyklu odchodzenia. Kolejnymi elementami odnoszącymi się do fazy separacyjnej są: obmycie ciała, pokrycie zmarłego tkaniną czy inne czynności (np. zamykanie oczu, związanie nóg i żuchwy, zasłonięcie powierzchni lustrzanych w domu i in.) służące do pozbawienia ciała kontaktu z dotychczasowym światem (Trafimczuk, 2004) (Perszon, 2017, s. 148). Innymi czynnościami tego okresu jest poinformowanie o śmierci całej społeczności i lokalnego duszpasterza.

Druga faza obrzędu pogrzebowego związana jest bezpośrednio z czuwaniem. Lokalną społeczność zapraszano do wspólnej modlitwy o duszę zmarłego i wielogodzinnego śpiewania określonego repertuaru, który zawierał w sobie zarówno formy modlitewne, pieśni pobożnościowe, opowieści moralizatorskie, czasem historie biblijne albo hagiografie świętych. Z form słowno-muzycznych w obrzędzie pogrzebowym można obok pieśni pogrzebowych wyróżnić lamenty/płacze i mowy pogrzebowe, wygłaszane przy stosownych okazjach (Adamski, 1994). Długotrwałe czwanie spełnia kilka istotnych funkcji w społeczności tradycyjnej. Z pewnością są w nim pewne elementy dawnej wiary magicznej, gdzie spokojne przejście zmarłego do świata przodków było nie tylko wyrazem szacunku dla zmarłego, lecz również zapewnieniem spokoju i bezpieczeństwa dla rodziny i społeczności. Zmarły, który został odprowadzony w zaświaty w odpowiedni sposób przechodził do kategorii przodków i pełnił rolę opiekuńczą (Bychak, 2015, s. 38). Kolejną istotną funkcją jest funkcja terapeutyczna: długa wspólna modlitwa i śpiewanie dawało możliwość pożegnania zmarłego przez wspólnotę, ale również towarzyszenie w żałobie rodzinie i bliskim zmarłego. Sposób, rytm i treść wykonywanych pieśni pozwalały żywym wejść w swoisty stan międzyczasowości, odbyć razem ze zmarłym część jego ścieżki przejścia – fazy liminalnej. Istotną tutaj była rola osób pełniących swoją funkcję zawodowo: śpiewaków pogrzebowych, płaczek. W tradycji polskiej i przygranicznych śpiewacy nie dostawali wynagrodzenia za swoją „pracę”. Śpiewak pogrzebowy:

- znał cały rytuał;
- znał sporą liczbę rozpowszechnionym w danym regionie tekstów i melodii do nich;
- nie mógł odmówić zaproszenia na pogrzeb (z wyjątkiem ciężkiej choroby, żałoby albo innych nadzwyczajnych wydarzeń);
- był obecny podczas całego czuwania przed pogrzebem, a także wspierał modlitewnie rodzinę zmarłego podczas 30-dniowej żałoby, rocznego okresu po śmierci, a także czasem w kolejne rocznice.

Ani przewodniczący śpiewu (który najczęściej również był przewodniczącym całego rytuału), ani śpiewacy za swoją pracę zapłaty nie otrzymywali. Pytani o tę sprawę podczas badań terenowych na Suwalszczyźnie w sierpniu 2021 roku żyjący jeszcze śpiewacy pogrzebowi określali wykonywaną przez

siebie rolę jako funkcję służebną wobec społeczności, funkcję honorową, ale wyjątkowo wymagającą – czasowo i psychicznie<sup>34</sup>.

Zamknięciem trzystopniowego cyklu obrzędu jest wyprowadzenie trumny ze zmarłym na cmentarz. W starszych zapiskach można znaleźć, że na wyprawę zmarły otrzymywał ze sobą swoją dolę majątku (w postaci ulubionych rzeczy, narzędzi roboczych czy innych artefaktów), natomiast w obecnej tradycji wyprawka jest ograniczana raczej do świętego obrazka, różańca i ew. grzebienia, w rzadkich przypadkach lusterka<sup>35</sup>.

Tradycyjny obrzęd pogrzebowy jest ściśle związany z przebywaniem zmarłego we własnym domu po śmierci. To z tej przestrzeni ciało jest wyprowadzane i w do tej przestrzeni nie może powrócić. W białoruskiej tradycji pogrzebowej (nawet współczesnej miejskiej) wciąż obecne są czynności magiczno-rytualne mające zapobiec zabłąkaniu duszy albo jej nieplanowanym powrotom. Są to m.in.: rozrzucanie gałęzi drzew iglastych za trumną, zasypywanie drogi piaskiem po przejściu orszaku pogrzebowego, wydłużona droga do cmentarza z licznymi postojami (by zmylić duszę) (Trafimczuk, 2004).

Po wyprawieniu z domu trumna ze zmarłym jest transportowana do świątyni (kościół bądź cerkwi w zależności od wyznania). Kondukt pogrzebowy porusza się powoli (Pelplin, 2017, s. 148), dając czas zarówno zmarłemu jak i społeczności pożegnać się ze sobą. Ostatnim przystankiem konduktu na terenie wsi zarówno dawnej (gdzie czasem przetransportowanie trumny z ciałem do pobliskiej świątyni mogło być zadaniem niewykonalnym), jak i obecnie jest wiejski krzyż. Postój pod krzyżem, będącym *axis mundi* danej miejscowości, symbolicznie kończy wyłączenie zmarłego ze wspólnoty żywych. Wraz z przeniesieniem zmarłego do świątyni do obrzędu pogrzebowego wkracza inny porządek – reglamentowany porządek liturgiczny, który choć jest inny od pobożności ludowej, to uzupełnia się z nią w sposób dość harmonijny.

Zakończenie rytuału pogrzebowego można określić jako zakończenie fazy liminalnej zarówno dla zmarłego, jak i dla wspólnoty żywych. I wraz z tym następują faza inkorporacji (postliminalna), która osobna jest dla zmarłego i dla społeczności. Wraz z ostatnią garstką ziemi zmarły zostaje włączony do nowej wspólnoty przodków, o której żyjącym niewiele jest wiadomo, wspólnota żywych natomiast rozpoczyna pewną reintegrację, przebudowę wspólnoty, która od tego momentu ma funkcjonować bez jednego ze swoich członków. Symbolem takiej przebudowy jest uczta pogrzebowa – stypa. Jej formy bardzo różnią się w zależności od regionu, jest jednak kilka istotnych cech:

- wystawność;

---

<sup>34</sup> Z archiwum własnego. Nagrania z dn. 1-15.08.2021 z m. Szypliszki, Żytkiejmy, roczniki rozmówców 1950-1958. Rozmówcy byli albo są czynnymi śpiewakami pogrzebowymi w swoich społecznościach.

<sup>35</sup> W wierzeniach tradycyjnych lusterko jest przedmiotem magicznym, umożliwiającym poruszanie się między światami, w innych przypadkach tłumaczy się, że duża zmarłego może zostać zamknięta w lustrze jak w pułapce. Dlatego też dawanie lusterka „na śmierć” jest rzadko spotykane.

- określone dania, z wykorzystaniem dawnych rytualnych potraw (miód, rodzynki, mleko, etc.);
- uczta nosi charakter wspomnienia o zmarłym, celebracji jego dawnej obecności w społeczności.

Na Kaszubach udział w stypie jest określany jako „partycypacja w ostatnim poczęstunku, jaki nieboszczyk urządza żywym” (Pelpin, 2017, s. 215).

Dalsza część obrzędu pożegnania się ze zmarłym w kulturze tradycyjnej jest zarezerwowana dla rodziny i bliskich dla rodziny członków społeczności. Jest to m.in. 30-dniowy okres żałoby, codzienne/cotygodniowe modlitwy za zmarłego. Ciekawym w tym okresie wydaje się być pierwsza rocznica śmierci będąca w niektórych regionach symboliczną powtórką rytuału pogrzebowego: przechodzący przez wieś symboliczny kondukt pogrzebowy, lamenty płaczek albo czuwanie przy portrecie zmarłego.

Jak można zaobserwować na podstawie przytoczonego powyżej, bardzo uogólnionego i uproszczonego opisu obrzędu pogrzebowego w tradycyjnej wsi, pełni on swoją bardzo istotną rolę i posiada rozbudowane, lecz bardzo sprecyzowane rytuały. Obrzęd, o którym była mowa powyżej, nosi zdecydowanie wymiar religijny, niezależnie od wyznania zakłada on istnienie życia wiecznego (zaświatów), do których przechodzi zmarły, żeby kontynuować egzystencję już w wymiarze duchowym, w wymiarze przodka. Świadomość *sacrum*, ambiwalentnego w stosunku do człowieka żywego, mogącego być zarówno dobrem, jak i zagrożeniem wymaga przestrzegania ścisłego, wypracowanego przez doświadczenia poprzednich pokoleń rytuału. W rytuale pogrzebowym każdy krok, każda czynność ma swoje znaczenie i wprowadzenie zmian może zaburzyć całą dotychczas istniejącą strukturę, a co za tym idzie – sprowadzić niebezpieczeństwo na całą społeczność. Z obserwacji wynika, że mianowicie obrzędy pogrzebowe i obrzędy weselne (mające również dużo wspólnego w swoich strukturach) najmniej ulegają zmianom w tych społecznościach, gdzie zaobserwować można nieprzerwaną ciągłość kulturową.

## **2. Oswajanie przemijania. Współczesne formy pożegnania zmarłych**

Epoka człowieka nowoczesnego przyniosła wraz z pragnieniem rządów prawa, demokracji i dobra jednostki, także coś co można określić jako stawanie się jednostką autonomiczną, a co za tym idzie – wyemancypowanie się od tradycji i religii (Hudzik, 2001, s. 176). Wraz z aktywną urbanizacją i mobilnością, a co najważniejsze, postępującą sekularyzacją społeczeństwa, rola rytuałów przejścia, noszących wymiar wyraźnie religijny, uległa zmniejszeniu. Znaczący wpływ na zmianę obrzędowości pogrzebowej też wywierają przepisy prawne, regulujące zasady przechowywania zwłok i szczątków ludzkich. Nie wykluczają one możliwości obecności zmarłego w domu, jednak na mocy art. 9 ust.2 Ustawy z dn. 31 stycznia 1959 roku „O cmentarzach i chowaniu zmarłych” zwłoki powinny być usunięte z mieszkania w ciągu 72 godzin od zgonu. Coraz częstszą praktyką jest przechowywanie ciała zmarłego w kostnicach aż do momentu pogrzebu, w szczególności, jeśli odejście nastąpiło w szpitalu albo domu opieki. Zmiana ta jest całkowicie zrozumiała ze względów sanitarnych i organizacyjnych. Z innej zaś perspektywy śmierć, a w szczególności śmierć bliskiej osoby, jest zawsze przeżyciem traumatycznym.



Natychmiastowe odseparowanie tej osoby z trwającego życia bliskich nie daje możliwości wejścia w fazę akceptacji faktu śmierci, którą można zaobserwować w przypadku tradycyjnej formy obrzędu pogrzebowego, a w szczególności fazy związanej bezpośrednio z pobytem w międzyczasie, t.zw. „pustych nocach” – czasie czuwania.

### **2.1. Świecki pogrzeb jako nowa forma rytuału**

W przypadku omawiania współczesnych form rytuału pogrzebowego chciałabym pominąć rytuał związany z pogrzebem wyznaniowym, jest on ściśle regulowany obowiązującymi w danej wspólnocie wyznaniowej normami, które są mniej podatne na zmiany niż przestrzeń kulturowa rytuału.

Pogrzeb świecki nie jest zdecydowanie nową tradycją, na przestrzeni Europy Środkowej i Wschodniej rozprzestrzenił się wraz z propagowanym przez ustrój radziecki ateizmem. Ponieważ współczesny pogrzeb świecki nie nosi wymiaru obcowania z *sacrum*, jego struktura również nie ma ściśle uregulowanego charakteru: jest regulowana przez przepisy prawne i dobry obyczaj (etykę, normy społeczne i kulturowe). Pogrzeb świecki też nosi charakter usługi komercyjnej, a zatem jest dopasowywany do potrzeb konkretnego klienta.

Osobą towarzyszącą rodzinie w przygotowaniu się do ostatniego pożegnania bliskiego jest *mistrz ceremonii pogrzebowej* – wykwalifikowana osoba (zarówno mężczyzna, jak i kobieta), która przygotowuje całą ceremonię w porozumieniu z rodziną. W obowiązki Mistrza Ceremonii wchodzi przeprowadzenie wywiadu z rodziną zmarłego, żeby mógł przygotować mowę pogrzebową, odnoszącą się do konkretnej osoby i jej biografii; przygotowanie przebiegu ceremonii i kwestie organizacyjne (od wynajmu i wystroju sali, gdzie odbędzie się publiczne pożegnanie zmarłego aż po formę pochówku). Kwalifikacje Mistrza Ceremonii Pogrzebowej nie są regulowane prawem polskim, nie jest ustalony też porządek certyfikacji Mistrzów. Szkolenia przygotowujące do pełnienia tej funkcji prowadzone są przez polskie i zagraniczne organizacje pozarządowe, m.in. Polskie Stowarzyszenie Pogrzebowe<sup>36</sup>. Mimo, że rola Mistrza Ceremonii kojarzona jest z pogrzebem świeckim, nie wyklucza się jego udziału również z pogrzebem świecko-wyznaniowym.

Świecki obrzęd pogrzebowy nie odnosi się do tradycyjnej formy pogrzebu. Mimo to, w pewnym sensie nawiązuje w swoim układzie do dawnych struktur: pożegnanie zmarłego przez społeczność i rodzinę – mowa pogrzebowa (dawniej zarezerwowana dla mówcy, przewodniczącego śpiewu bądź płaczki) – pogrzeb – stypa.

### **2.2. Nowe sposoby przeżywania żałoby**

Jak zauważa Aneta Zychma z Instytutu Dobrej Śmierci, współczesne rozumienie śmierci jest dwuwymiarowe: „nieobecna, zapomniana, zepchnięta w otchłań milczenia. Tuż obok niej śmierć w wydaniu popkulturowym – zniekształcona, karykaturalna, będąca źródłem taniej, brutalnej rozrywki.

---

<sup>36</sup> <https://www.polskiestowarzyszeniepogrzebowe.pl/pl/Szkolenia> [dostęp: 08.04.2022].

To jej dwa główne współczesne oblicza. Pierwsze, mocno osadzone w myśleniu życzeniowym: skoro nie rozmawiamy o śmierci, to nas nie dotyczy. Drugie, oparte na próbach umniejszenia, może też i oswojenia, wykpienia swojej śmiertelności” (Zychma, 2022). W kulturze tradycyjnej śmierć była oswojana przez jej ciągłą obecność w życiu społeczności, już od najmłodszego wieku dzieci były zabierane na pogrzeby, podczas których uczyły się przez obserwacje zarówno o śmierci, jak i o rytuałach jej towarzyszących. W społeczeństwie ponowoczesnym coraz częściej odczuwalna jest potrzeba ponownej detabuizacji śmierci i ponownego jej oswojenia, rozmowy o niej. Potrzeba ta rodzi wiele mniej lub bardziej zindywidualizowanych sposobów na przeżywanie żałoby.

Jednym z nich jest nabierająca popularność forma spotkania *Death Café* – nieformalnych spotkań, zapoczątkowanych przez szwedzkiego socjologa i antropologa Bernarda Crettaza. Celem spotkań są luźne rozmowy o śmierci, o odchodzeniu, zarówno własnym, jak i bliskich osób; podzielenie się swoimi doświadczeniami i obawami związanymi ze śmiercią. Do udziału w spotkaniach są zapraszane zarówno osoby przeżywające okres żałoby, jak i osoby czujące potrzebę porozmawiania o śmierci i żałobie. Nieformalne spotkania nie roszczą sobie prawa do bycia gabinetem terapeutycznym, jednak dobrą praktyką jest prowadzenie spotkań przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach: psychologów, tanatologów, specjalistów od pracy z traumą. Pomaga to zadbać o bezpieczną przestrzeń dla uczestników spotkania, jak i również zapewnienie dalszego wsparcia i konsultacji z odpowiednimi specjalistami<sup>37</sup>.

Popularność zyskują również indywidualne albo zespołowe kreatywne formy przeżywania żałoby. Wśród nich można wyróżnić m.in.: listy do zmarłych wystawiane na deszcz, projekt „Telefon na wietrze”, celem którego jest dokończyć niedokończoną rozmowę ze zmarłym<sup>38</sup>, a również popularnymi w polskim środowisku spotkaniami śpiewaczymi przy pieśniach o rzeczach ostatecznych.

Ostatnia forma jest przykładem swoistego pomostu pomiędzy obrzędowością tradycyjną a współczesną. Mieszkańcy miast czerpią repertuar z pieśni znanych wiejskim śpiewakom i śpiewaczkom pogrzebowym. Repertuar ten jest adaptowany do przestrzeni miasta i wykorzystywany przy różnych okazjach, np. przy wspólnym celebrowaniu Wszystkich Świętych albo innych wspomnień zmarłych bliskich i ważnych osób; w projektach społecznych i ekologicznych (np. Lament Ziemi), ale też i w autentycznych sytuacjach czuwania przy zmarłym. W kilku polskich miastach istnieją nieformalne grupy, których jednoczy chęć kontynuacji tradycji polskiego śpiewu pogrzebowego, ale też pełnienia roli towarzyszy w żałobie dla rodziny i bliskich zmarłego. Takie grupy istnieją m.in. w Lublinie, Warszawie (Lubelski Komitet Pożegnalny, warszawskie śpiewy w katakumbach na Powązkach), a

---

<sup>37</sup> O misji i zadaniach Death Cafe więcej na stronie projektu: <https://deathcafe.com/deathcafes/> i polskiej stronie prowadzonej przez Anję Franczak – kulturoznawczynię i certyfikowaną towarzyszkę w żałobie <https://sprawyostateczne.pl> [dostęp: 08.04.2022].

<sup>38</sup> Projekt został zapoczątkowany w Japonii i polega na umieszczeniu w przyjaznej przestrzeni publicznej niepodłączonej budki telefonicznej [https://en.wikipedia.org/wiki/Wind\\_phone](https://en.wikipedia.org/wiki/Wind_phone) [dostęp: 08.04.2022].

poszczególne projekty artystyczne również w innych miastach, m.in. w Szczecinie (spotkania „O rzeczach Ostatecznych”, organizowane przez Ośrodek Teatralny Kana w Szczecinie).

### **Podsumowanie**

Pierwszą i najbardziej widoczną różnicą, która zachodzi przy porównywaniu tradycyjnej (wiejskiej) obrzędowości pogrzebowej a nowymi formami obrzędów pogrzebowych jest brak podłoża religijnego w tych ostatnich. Obrzęd religijny pozostał w domenie instytucji religijnych i pogrzebu wyznaniowego. We *Wprowadzeniu teologicznym i pastoralnym* do Obrzędów pogrzebu Kościoła Katolickiego zwraca się uwagę, że mimo że charakter obrzędu pogrzebowego nosi charakter uniwersalny i przyświadcza mu wiara w paschalne misterium Chrystusa i zmartwychwstanie umarłych, nie należy odrzucać też zwyczajów lokalnych, o ile zgodne one są z przekazem ewangelicznym<sup>39</sup>. W praktyce oznacza to, że lokalne zwyczaje pogrzebowe, zostały włączone w chrześcijańską obrzędowość pogrzebową i rozwinięte w taki sposób, żeby być w pełni zgodnymi z chrześcijańskim nauczaniem. Kościół Katolicki dopuszcza dwie formy pochówku: bardziej preferowany zwyczaj grzebania zmarłych i kremację, pod warunkiem jednak, że taka wola nie była związana z chęcią „odrzucenia chrześcijańskich dogmatów, albo w duchu sekciarskim, albo też pod wpływem nienawiści wobec religii katolickiej i Kościoła”<sup>40</sup>. Natomiast nieakceptowalne są formy pogrzebu, które uniemożliwiają odniesienie się do idei zmartwychwstania ciała bądź wprowadzają błędne, w rozumieniu nauki Kościoła, pojęcie śmierci jako ostatecznego unicestwienia albo innych sposobów rozumienia śmierci jako cyklicznego procesu, naturalistycznego procesu i etc.<sup>41</sup>. Powodują to pewną sprzeczność ideową ze nabierającymi popularność nowymi formami rytuału.

Nie sposób jest powiedzieć, że w nowych formach brakuje pierwiastka metafizycznego, czy też egzystencjalnych pytań dotyczących istoty życia i śmierci. Są one jednak przetwarzane przez pryzmat kulturowego pluralizmu, charakteryzującego współczesne społeczeństwo. Drugą istotną różnicą jest charakter rytuału: w społecznościach tradycyjnych nosi on zdecydowanie wymiar wspólnotowy, rytuał świecki jest skierowany do jednostki i/albo grona najbliższych zmarłego. Trzecią różnicą jest zagadnienie zmienności rytuału. W społecznościach tradycyjnych rytuał jest formą relacji z *sacrum*, więc zmiany w nim zachodzą bardzo powoli, a struktury przez długi czas pozostają takie same. W przypadku nowych form mamy do czynienia z rytuałem „szytym na miarę”, dopasowanym do potrzeb konkretnej sytuacji. Trudno jest jednak twierdzić o całkowitym oderwaniu nowych form obrzędowości pogrzebowej od dawnych tradycji. Mimo zmieniającej się formy i sposobu przeżywania, wciąż opierają

---

<sup>39</sup> *Wprowadzenie teologiczne i pastoralne*, nr 1; 3, w: *Obrzędy pogrzebu dostosowane do zwyczajów diecezji polskich*, Katowice 2001, s. 10.

<sup>40</sup> Cyt. za Instrukcją *Ad resurgendum cum Christo* dotyczącą pochówku ciał zmarłych oraz przechowywania prochów w przypadku kremacji, Kongregacja Nauki Wiary, nr 1.

<sup>41</sup> Tamże, nr 3.

się one na tych samych potrzebach: zapewnienia godnego pożegnania dla osoby bliskiej, wsparcia w żałobie po utracie, jak i obleczenia emocji towarzyszących procesom osvajania śmierci w namacalne formy.

## Bibliografia

### Literatura:

1. Bartmiński J. (red.), *Słownik stereotypów i symboli ludowych, cz. 1 Kosmos*, Lublin 1996.
2. Bychak K., *Obrzędy przejścia jako wyznaczniki czasu w społecznościach tradycyjnych (wiejskich) Europy Środkowo-Wschodniej*, [w:] *A human being in Space and Time – anthropological meeting at the Institute of History*, University of Łódź, Łódź 2015.
3. Durkheim E., *Elementarne formy życia religijnego. System totemiczny w Australii*, tłum. A. Zadrożyńska, Warszawa 2010.
4. Endelking A., *Kolchoźnicy. Antropologiczne studium tożsamości wsi białoruskich przełomu XX i XXI wieku*, Toruń 2012.
5. Fisher A., *Zwyczaje pogrzebowe ludu polskiego*, reprint Warszawa 2020.
6. Gennep A. van, *Obrzędy przejścia*, PIW, Warszawa 2006.
7. Goutierre M.-D., *Człowiek w obliczu śmierci*, tłum. A. Kuryś, Kraków 2001.
8. Hudzik J.P., *Filozoficzny wizerunek człowieka nowoczesnego a polityka*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio K. Politologia 8”, Lublin 2001.
9. Kołodziej M., *Obrzędy pogrzebu katolickiego. Aktualne przepisy prawa liturgicznego*, [w:] Kruk E. (red.), *Pogrzeb w prawie kanonicznym i prawie świeckim*, Kraków 2019, s. 73–104.
10. Michałek R., *Nowe obrzędy pogrzebu i związane z nimi problemy prawno-liturgiczne*, [w:] „Ruch Biblijny i Liturgiczny” 27 (1-2), 1974, s. 14-28.
11. Moszyński K., *Kultura Ludowa Słowian. Cz. 2 Kultura Duchowa*, reprint Warszawa 2019.
12. Nowicka-Jeżowa A., *Pieśni czasu śmierci*. Lublin 1991.
13. Otto R., *Świętość. Elementy irracjonalne w pojęciu bóstwa i ich stosunek do elementów racjonalnych*, przekład Bogdan Kupis, Wrocław 1993.
14. Perszon J., *Na brzegu życia i śmierci. Zwyczaje, obrzędy oraz wierzenia pogrzebowe i zaduszkowe na Kaszubach*, Gdańsk-Pelplin 2017.
15. Tomicka J., Tomicki R., *Drzewo życia: ludowa wizja świata i człowieka*, Warszawa 1975.
16. Trafimczuk D.U., *Obrzęd pogrzebowy w rejonie Lachowickim obwodu Breśckiego: retrospektywa historyczna*, Mińsk 2004.
17. *Wprowadzenie teologiczne i pastoralne*, [w:] *Obrzędy pogrzebu dostosowane do zwyczajów diecezji polskich*, Katowice 2001.

### Źródła internetowe:

1. Death Café, <https://deathcafe.com> [dostęp: 08.04.2022 r.].
2. Instytut Dobrej Śmierci, <https://instytutdobrejsmierci.pl/> [dostęp: 08.04.2022 r.].
3. Polskie Stowarzyszenie Pogrzebowe, <https://www.polskiestowarzyszeniepogrzebowe.pl> [dostęp: 08.04.2022].
4. Sprawy Ostateczne, <https://sprawyostateczne.pl> [dostęp: 08.04.2022 r.].
5. Wind Phone, [https://en.wikipedia.org/wiki/Wind\\_phone](https://en.wikipedia.org/wiki/Wind_phone) [dostęp: 08.04.2022 r.].
6. Instrukcja *Ad resurgendum cum Christo* dotycząca pochówku ciał zmarłych oraz przechowywania prochów w przypadku kremacji, Kongregacja Nauki Wiary, [https://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20160815\\_ad-resurgendum-cum-christo\\_pl.html#\\_ftn1](https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20160815_ad-resurgendum-cum-christo_pl.html#_ftn1) [dostęp: 17.06.2022 r.].

**Empty Nights: from traditional rituals of bidding farewell to the deceased to the contemporary search for new forms of ritual**

The aim of this study is an attempt to compare the rituals of funeral and farewell to the deceased, as well as the theme of experiencing mourning in traditional rural society and the search for new forms of funeral ritual in contemporary society, especially in urban culture. The validity of such a comparison is questioned, but it results from the observed need to detabuse the topic of death in the contemporary world. The article presents a generalised model of a funeral rite, characteristic for the rural culture of Poland and Eastern Europe, while the new rites are related to various parts of the Western world. In the process of analysing traditional rites it was necessary to look for common constant features in the diverse and multivariant ethnographic material, while in the case of analysing "new rites" it was necessary to use case studies. This is conditioned by the very structure of the analysed communities and the subjects of the discussed rituals. The article attempts to analyse the cultural continuity between the traditional rituals and the new forms, as well as to analyse the role of religion in the old and new rituals.

**Key words:** funeral ritual, traditional culture, new forms of ritual, modern society

Michał Mateusz Michalski,  
Szkoła Doktorska Uniwersytetu Szczecińskiego  
Wydział Prawa i Administracji Uniwersytetu Szczecińskiego  
michal.michalski@phd.usz.edu.pl  
ORCID: 0000-0002-7159-1755

Patrycja Beltowska  
Szkoła Doktorska Uniwersytetu Szczecińskiego  
Instytut Ekonomii i Finansów Uniwersytetu Szczecińskiego  
patrycja.beltowska@phd.usz.edu.pl  
ORCID: 0000-0001-5771-6091

Kaciaryna Bychak  
Szkoła Doktorska Uniwersytetu Szczecińskiego  
Instytut Nauk Teologicznych  
Instytut Literatury i Nowych Mediów  
kaciaryna.bychak@phd.usz.edu.pl  
ORCID: 0000-0001-6554-527

## **Podsumowanie**

Szanowni Czytelnicy, niniejsza monografia jest efektem czterech dotychczasowych edycji konferencji naukowych z cyklu „LSI – Lokalne Spotkania Interdyscyplinarne”, organizowanych przez Interdyscyplinarne Koło Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Szczecińskiego „IKSDUS”. Idea lokalnych dyskusji doktorantek oraz doktorantów prowadzących działalność naukową w Szkole Doktorskiej Uniwersytetu Szczecińskiego narodziła się w czasie trwania globalnej pandemii COVID-19. Była ona odpowiedzią na potrzebę prezentacji wyników badań oraz dyskusji wśród młodych naukowców w warunkach pandemicznych i ograniczenia kontaktów bezpośrednich. Wszystkie dotychczasowe edycje konferencji „LSI” odbyły się w trybie zdalnym, a ich uczestnicy doświadczali wielu wyzwań związanych z przeniesieniem działalności naukowo-badawczej do świata wirtualnego. W warunkach dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości oraz konieczności adaptacji do realiów pandemii wyzwaniem stało się nie tylko powołanie do życia pomysłu spotkań z cyklu „LSI”, ale również wydanie pierwszej pokonferencyjnej publikacji o charakterze naukowym oraz interdyscyplinarnym. Nazwy rozdziałów niniejszej monografii odpowiadają tytułom konferencji, podczas których członkowie Interdyscyplinarnego Koła Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Szczecińskiego zaprezentowali prelekcje związane z tematem przewodnim, jak

również wzięli udział w interdyscyplinarnej dyskusji, przedstawiając przy tym wielowymiarowość omawianych zagadnień.

Część pierwsza monografii podejmuje tematykę zdrowia. Pierwszy rozdział przedstawia problematykę finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. Jego autor, Michał M. Michalski, snuje refleksje nad aktualnie obowiązującym polskim systemem opieki zdrowotnej. Zwraca także uwagę na możliwość stworzenia innego, alternatywnego systemu, który musi spełniać określone warunki zapewniające każdemu obywatelowi dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych z funduszu publicznego. Z kolei Anna Rzepiela-Podlecka prezentuje wielowymiarowość zdrowia w kontekście kultury fizycznej. Artykuł ten jest zbiorem informacji związanych z historią zdrowia, jego definicjami, podziałem zdrowia ze względu na czynniki je warunkujące, odnoszącym się także do zdrowia publicznego. W artykule Aleksandry Werner poruszona została natomiast problematyka osób z niepełnosprawnościami jako grupy docelowej sektora turystycznego, przy jednoczesnym wskazaniu na rosnący popyt i podaż osób z niepełnosprawnościami jako podróżujących.

Pojęcie zdrowia rozwijało się na przestrzeni wieków i nie ma jednolitej definicji. W myśl tej przedstawianej przez WHO interpretuje się je jako dobre samopoczucie odnoszące się do płaszczyzny fizycznej, psychicznej oraz społecznej, zwracając jednocześnie uwagę m.in. na dążenie do zapobiegania chorobom. Zdrowie stanowi jedną z nadrzędnych wartości chronionych przez ustawodawcę krajowego, który w treści art. 68 ust. 1 Konstytucji wprost wskazuje, iż każdy ma prawo do ochrony zdrowia – niezależnie od tego czy jest obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, czy też cudzoziemcem lub osobą nieposiadającą obywatelstwa żadnego państwa (bezpaństwowcem, apatrydą). Zdrowie należy bowiem do problematyki o charakterze publicznym, a powiązane z nim kwestie dotyczą m.in. promowania zdrowia lub też podejmowania działań mających na celu przedłużenie życia i przeciwdziałanie chorobom. Instytucja zdrowia publicznego wzbudza tym samym szerokie zainteresowanie zarówno nauk o kulturze fizycznej, nauk prawnych, jak również geografii społeczno-ekonomicznej i gospodarki przestrzennej. Dyscyplina nauk prawnych bada przedmiotowe zagadnienie pod kątem zawłości dotychczasowych regulacji, intencji ustawodawcy w kształtowaniu przedmiotowego systemu lub też w odniesieniu do dynamicznie rozwijającej się w Polsce gałęzi prawa medycznego. Umożliwia ona tym samym – przy wykorzystaniu doktryny i judykatury oraz dyskursu prawnego – wskazanie postulatów *de lege ferenda* i *de lege lata* lub też określenie konkretnych polityk i standardów, mających na celu ochronę zdrowia rozumianego jako dobro publiczne. Z kolei dyscyplina nauk o kulturze fizycznej odnosi swój zakres badań i wskazuje na istotę zdrowia publicznego. Podejmuje bowiem problematykę związaną m.in. z utrzymywaniem parametrów wydolnościowych i odpornościowych poprzez wskazania oraz zalecenia odnoszące się do aktywności ruchowej lub też zbilansowanej diety. Ochrona zdrowia zapewniana jest przez polskiego ustawodawcę. Polega na stworzeniu systemu opartego na mieszanym modelu ubezpieczeniowo-finansowym, stwarzającym możliwość finansowania świadczeń zarówno z budżetów władzy centralnej, jak i samorządowej. Jest to realizowane także poprzez powołany specjalnie do tego Narodowy Fundusz Zdrowia, posiadający pozycję monopolisty w przydzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczenia takie finansowane są ze środków publicznych i zapewniają funkcjonowanie systemu poprzez zawieranie umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej: zwykłej, rzeczowej i towarzyszącej ze świadczeniodawcami. Jednakże niezależnie od tych faktów, problem związany z ochroną zdrowia uległ niebywale szerokiemu przeobrażeniu wskutek konieczności zmiany celów związanych z wybuchem pandemii COVID-19, skupiających się na walce z

chorobą i jej skutkami. Jednocześnie wyzwania, jakie stały się udziałem podmiotów związanych ze zdrowiem publicznym (oprócz przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się wirusa SARS-CoV-2), nie zniknęły, a jedynie zeszły na dalszy plan.

Zdrowie pojmowane jako dobro publiczne obejmuje również zagadnienia dotyczące osób niepełnosprawnych. W Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje się, iż władze publiczne obowiązane są do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej m.in. osobom niepełnosprawnym. Udzielają one pomocy w zabezpieczaniu egzystencji, przysposobieniu do pracy oraz komunikacji społecznej. Przepisy te stanowią pewien wzorzec, który w sposób ogólny określa ramy zabezpieczenia społecznego dla osób z niepełnosprawnościami, realizowania prawa do ochrony zdrowia oraz kierunku polityki, w którym polskim prawodawca powinien uregulować<sup>42</sup>. Zagadnienie niepełnosprawności rozpatrywane jest w dwóch płaszczyznach: medycznej oraz społecznej. Z medycznego punktu widzenia problematyka ta skupia się na jednostce, z kolei z perspektywy społecznej zwraca się uwagę na problematykę ograniczeń środowiska, w którym funkcjonują osoby z niepełnosprawnością, a w szczególności w odniesieniu do barier społecznych, ekonomicznych lub fizycznych. Szacuje się, że osoby z niepełnosprawnościami stanowią 15% światowej populacji. Dla sektora turystycznego jest to grupa społeczna o dużym potencjale, zwłaszcza z perspektywy turystyki miejskiej. Wskazuje to nie tylko na opłacalność, ale nawet na konieczność dostosowywania atrakcji turystycznych dla osób z niepełnosprawnościami. Kluczowe znaczenie ma tutaj rozpowszechnianie zarówno przez miasto, jak i przedsiębiorców informacji o udogodnieniach dla osób niepełnosprawnych w zakresie atrakcji turystycznych. Na tle innych krajów Polska plasuje się w rankingach w poszczególnych kategoriach w pierwszej dziesiątce, aczkolwiek mimo tego istnieje duże zapotrzebowanie podażowe na rozwój turystyki dedykowanej dla osób z niepełnosprawnościami, na co zarówno przedsiębiorcy, jak również władze centralne i samorządowe powinny zwrócić uwagę.

W drugiej części monografii zawarto opracowania dotyczące zagadnień zarządzania organizacjami oraz handlu elektronicznego podczas pandemii COVID-19. Pierwszy rozdział, autorstwa Anny Ścibior-Butrym, identyfikuje ograniczenia i wyzwania, z jakimi musiały zmierzyć się polskie organizacje seniorskie w warunkach trwania globalnej pandemii. Artykuł prezentuje główne modyfikacje wdrożone w zakresie zarządzania organizacjami seniorskimi na podstawie obserwacji oraz opinii pracowników i seniorów jednej z organizacji, działającej na rzecz wsparcia osób starszych w Szczecinie. Okres pandemiczny stał się inspiracją również dla artykułu Patrycji Bełtowskiej, w którym scharakteryzowano *e-commerce* oraz jego zróżnicowanie w krajach Unii Europejskiej podczas globalnej pandemii. Artykuł przedstawia charakterystykę handlu elektronicznego oraz zachowań konsumentów w warunkach niepewności i kryzysu gospodarczego. Autorka za cel rozważań przyjęła zbadanie związków pomiędzy wybranymi zmiennymi w krajach Unii Europejskiej z wykorzystaniem metod analizy statystycznej.

Pandemia COVID-19 istotnie wpłynęła na kierunek badań naukowych w wielu dyscyplinach, w tym naukach o zarządzaniu i jakości oraz ekonomii i finansach. Kraje Unii Europejskiej od wielu lat zmagają się z problemem starzenia się społeczeństw, a także stawiają czoła wyzwaniom związanym z przeciwdziałaniem wykluczeniu społecznemu osób starszych. Zagadnienie to dotyczy również polskiego społeczeństwa. Od 2006 roku obserwuje się stałą

---

<sup>42</sup> Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 23 maja 2017 r. o sygn. akt I OSK 3467/15.



wzrost udziału osób starszych w populacji Polski, który w 2020 roku kształtował się na poziomie 25,6%<sup>43</sup>. Ogłoszenie stanu epidemii COVID-19 wystawiło na próbę wiele organizacji o charakterze pomocowym. W związku z wprowadzeniem zasad izolacji społecznej oraz licznych obostrzeń ludzie starsi musieli zmierzyć się z lękiem i ograniczeniami wynikającymi z separacji społecznej. Organizacje działające na rzecz seniorów musiały z kolei skonfrontować się z problemem dostosowania prowadzonej działalności do nowych warunków, a także wdrożenia zasad funkcjonowania w warunkach pandemicznych. Osoby w wieku 60 lat i więcej stały się grupą podwójnie narażoną na konsekwencje pandemii COVID-19 – z jednej strony na negatywne skutki izolacji, a z drugiej na zwiększone ryzyko zarażenia wirusem. Działalność firm oraz organizacji o charakterze pomocowym stała się w omówionych warunkach niepewności i ryzyka jeszcze bardziej istotna z punktu widzenia przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu osób starszych oraz zaopiekowania się seniorami.

W związku z rozwojem pandemii COVID-19 i w warunkach zmiany zasad funkcjonowania społeczeństwa w Polsce koniecznym stało się zidentyfikowanie największych ograniczeń i wyzwań, jakie wynikały z konieczności funkcjonowania organizacji seniorskiej w czasie epidemii. Niezbędnym stało się również wdrożenie zasad zarządzania kryzysowego w organizacjach, które były niezbędne do ich sprawnego oraz efektywnego funkcjonowania w warunkach niepewności. Osoby zarządzające organizacjami pomocowymi musiały zmierzyć się z problemami z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, wdrożenia nowych form i czasu pracy, ograniczenia kontaktów bezpośrednich z podopiecznymi, realizacji umów, zobowiązań oraz projektów zakontraktowanych przed 2020 roku. Liczne projekty realizowane przez organizacje o charakterze pomocowym przed pandemią musiały zostać kontynuowane podczas stanu epidemicznego. Wymagało to od osób zarządzających projektami kontynuowania ich realizacji zgodnie z ustalonym przed pandemią harmonogramem, określonymi wskaźnikami oraz przy wykorzystaniu zdefiniowanych wcześniej zasobów ludzkich w określonych przedziałach czasowych. Prawdziwym wyzwaniem podczas realizacji zadań organizacji oraz wyznaczonych projektów stało się również wyższe niż przed pandemią ryzyko wykluczenia osób starszych, powodowane wprowadzeniem restrykcyjnych obostrzeń oraz zasad izolacji społecznej. Seniorzy podczas epidemii nie tylko nie mogli w tradycyjny sposób uczestniczyć w działaniach organizacji pomocowych, wzmacniających ich społeczne zaangażowanie i wspierających ich w sferze psychologicznej, fizycznej, kulturalnej czy edukacyjnej, ale też stanowili grupę podwyższonego ryzyka zachorowania na wirusa SARS-CoV-2.

Pandemia COVID-19 fundamentalnie wpłynęła również na zachowania oraz preferencje konsumenckie na świecie. Handel elektroniczny od wielu lat zyskuje na popularności wśród nabywców produktów oraz usług, do czego w znacznej mierze przyczynił się szybko rosnący dostęp do Internetu. W 2021 roku dostęp do globalnej sieci posiadało 4,9 biliona osób na świecie, w tym 28,8 miliona mieszkańców Polski. Analizy wskazują, iż w najbliższych latach poziom dostępu do Internetu, a także liczba jego użytkowników będą systematycznie rosnać zarówno w ujęciu globalnym, jak i pośród polskiego społeczeństwa<sup>44</sup>. Przemiany zachodzące obecnie w sferze konsumpcji są efektem dynamicznych zjawisk społecznych spowodowanych globalizacją, postępowaniem technologicznym oraz coraz powszechniejszym dostępem do Internetu. W kontekście ewolucji preferencji konsumenckich

---

<sup>43</sup> Główny Urząd Statystyczny: Sytuacja osób starszych w Polsce w 2020 roku. Warszawa, 2021.

<sup>44</sup> Statista.com, <https://www.statista.com/statistics/955204/poland-internet-users/> [dostęp: 04.04.2022], <https://www.statista.com/statistics/273018/number-of-internet-users-worldwide/> [dostęp: 04.04.2022].

nie sposób pominąć również konsekwencji powiązanych z zagadnieniem kryzysu wywołanego pojawieniem się globalnej epidemii oraz jej długofalowych implikacji. Przebieg pandemii COVID-19 charakteryzuje się konsekwencjami, które dotyczą zarówno kwestii finansowych gospodarstw domowych, jak i problemów na płaszczyźnie gospodarczej, psychologicznej, socjologicznej, zdrowotnej, a nawet filozoficznej. Kryzys związany z sytuacją epidemiczną wpłynął również na częstotliwość wykorzystywania, charakter oraz zróżnicowanie handlu elektronicznego, a także na zmianę zachowań i preferencji e-konsumentów na świecie.

Konsekwencje globalnej epidemii są jednocześnie widoczne wśród nabywców dóbr i usług w Polsce. Badania dotyczące zachowań konsumenckich w warunkach pandemii COVID-19 wskazują na pogorszenie lub znaczące pogorszenie sytuacji finansowej wielu polskich konsumentów, dla których proces dokonywania zakupu wydłużył się o analizę możliwości finansowych oraz podjęcie decyzji czy stać ich na nabycie danego produktu lub usługi. Aż 75% badanych w Polsce konsumentów deklaruje, iż pandemia COVID-19 wywarła wpływ na ich zwyczaje wydatkowe. W czasie trwania epidemii nieznacznie zwiększyła się liczba polskich konsumentów wykorzystujących Internet do dokonywania zakupów – w badanym okresie 1% Polaków zaczął kupować online po raz pierwszy. Z kolei aż 34% badanych konsumentów przyznało, że podczas pandemii zaczęli nabywać przez Internet nowe typy produktów oraz usług, których wcześniej nie kupowali w ramach tzw. e-commerce<sup>45</sup>.

Badania wskazują na zmianę preferencji zakupowych europejskich użytkowników e-commerce pod wpływem uwarunkowań wynikających z pandemii COVID-19, takich jak ograniczenie wydatków na zakupy i poziomu konsumpcji, braki komponentów do wyrobu dóbr w perspektywie globalnej, czy przerwy w łańcuchu dostaw do krajów unijnych. Przyczyn zmiany zachowań nabywców dóbr i usług można również upatrywać w rozwoju różnych trendów konsumenckich, takich jak m.in. postawy o charakterze etnocentryzmu konsumenckiego, które opierają się na przekonaniu, iż nabywanie produktów oraz usług lokalnych jest bardziej korzystne dla gospodarki i społeczeństwa narodowego. Pandemia COVID-19 istotnie wpłynęła na handel, konsumentów, dostawców i sprzedawców na całym świecie. Wywarła także wpływ na zachowania nabywców poprzez m.in. zwiększenie skłonności do dokonywania zakupów z wykorzystaniem Internetu oraz ograniczenie zakupów stacjonarnych lub w sklepach wielkopowierzchniowych, w głównej mierze w celu uniknięcia zakażenia oraz nienarażania na chorobę siebie oraz osób bliskich.

Część trzecia monografii dotyczy problematyki tożsamości kulturowej i religijnej w zakresie tradycyjnych rytuałów oraz wyzwań związanych z ich adaptacją we współczesnym świecie. Wraz z ogromnym przyspieszeniem trybu życia w ciągu ostatniego stulecia obrzędowość tradycyjna uległa znaczącym zmianom. Intensywna urbanizacja i postępująca mobilizacja w granicach Europy spowodowała rozluźnienie więzi tożsamościowych lokalnych społeczności, a co za tym idzie – zanik dawnych obrzędów i praktyk. Nie oznacza to jednak, że wraz z nimi zanika potrzeba adaptacji i normalizacji najważniejszych etapów ludzkiego życia. Tekst autorstwa Kaciaryny Bychak stanowi próbę analizy porównawczej obrzędu pogrzebu oraz pożegnania zmarłego, a także motywu przeżywania żałoby w tradycyjnym społeczeństwie wiejskim oraz nowych form rytuału pogrzebowego w społeczeństwie współczesnym, zwłaszcza w kulturze miejskiej. Potrzeba przeżywania żałoby przybiera formę zupełnie nowych praktyk, przystających do otaczającej rzeczywistości społecznej i kulturowej, a także

---

<sup>45</sup> J. Krasek, A. Musiał, K. Gaponiuk, Nowa rzeczywistość: Konsument w dobie COVID-19, Warszawa 2020 KPMG.

religijnych. W społeczeństwie mocno zindywidualizowanym taki charakter przybiera również rytuał przejścia – zgodnie z potrzebami swoich nadawców i odbiorców przechodzi przemianę od czynu wspólnotowego do performance'u „szytego na miarę”.

Problem pożegnania się z bliskimi i przeżywania żałoby stał się szczególnie aktualny w czasie pandemii COVID-19, kiedy to surowe restrykcje epidemiologiczne uniemożliwiły towarzyszenie osobie odchodzącej. Szczególnie odczuwalne stało się to w społeczeństwie wiejskim, gdzie rytuały przejścia nadal mają swój rytm. Powoduje to swoiste poczucie „skończenia” dotychczasowego świata. Kolejny problem związanym z pożegnaniem z bliskimi stanowi konflikt wojenny w Ukrainie. Wojenna rzeczywistość nie pozwala na odpowiednie pożegnanie zmarłych i zabitych. Obrazy prowizorycznych grobów ze zdjęć pochodzących m.in. z Mariupola, Buczy czy Irpienia pozostawiają uczucie „niedomkniętej bramki”, niedokońzonego rytuału. Wiosną na warszawskim Jazdowie powstał pierwszy w Polsce „Telefon na Wietrze” – telefoniczna budka pozwalająca odbyć niedokończone rozmowy z tymi, których już z nami nie ma. W księdze, w której wpisuje się niedokończone wypowiedzi do swoich zmarłych obecnie najwięcej wpisów jest po ukraińsku<sup>46</sup>.

Rytuały przejścia są bezpośrednio powiązane ze strefą ludzkiej duchowości. W społeczeństwach tradycyjnie religijnych miały zapewnić odchodzącemu nieśmiertelność w zaświatach bądź życie wieczne. We współczesnym świecie obserwujemy pluralizm koncepcji egzystencjalnych i religijnych, naturalnym zatem staje się pytanie o to, czy rytuały są w ogóle potrzebne i jeśli tak, to jaka jest ich rola oraz jaka jest rola i znaczenie religii w nowym rytuale. Jaka jest ta nowa (nie)śmiertelność?

W pierwszej monografii naukowej, będącej publikacją podsumowującą cykl konferencji „LSI”, przeważają tematy związane z wyzwaniem o charakterze kulturowym, gospodarczym oraz prawnym, stojącymi przed współczesnym społeczeństwem w perspektywie lokalnej, europejskiej i globalnej. Każdy z rozdziałów zawartych w monografii stanowi próbę identyfikacji oraz znalezienia odpowiedzi na wyzwania i problemy, z jakimi wszyscy musimy się zmagać, zwłaszcza w warunkach dynamicznych zmian oraz niepewności, będących efektem pojawienia się globalnej pandemii COVID-19. Jako organizatorzy cyklu konferencji „LSI” oraz redaktorzy publikacji żywimy nadzieję, iż niniejsza monografia stanie się istotnym źródłem wymiany wiedzy oraz doświadczeń, a także inspiracją dla dalszych badań.

Projekt „LSI” jest stale rozwijany przez członków Interdyscyplinarnego Koła Naukowego Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Szczecińskiego „IKSDUS”. Oprócz czterech Lokalnych Spotkań Interdyscyplinarnych w formie online, którym poświęcona została niniejsza publikacja, przeprowadzone zostały jeszcze cztery konferencje naukowe z cyklu „LSI” o charakterze ogólnopolskim, tj.: I Ogólnopolska Konferencja LSI „Interdyscyplinarne aspekty żywienia”; II Ogólnopolską Konferencję LSI „Interdyscyplinarne ujęcie niepełnosprawności”; III Ogólnopolską Konferencję LSI „Problems of Contemporary Science” oraz IV Ogólnopolską Konferencję LSI „Obraz Europy Środkowo-Wschodniej”. Podczas II Ogólnopolskiej Konferencji LSI miały miejsce wystąpienia gości specjalnych, tj. Pani Karoliny Białczewskiej – koordynatorki szczecińskiego oddziału Amnesty International oraz Pani mgr Justyny Markitoń, będącej przedstawicielką oraz kierownikiem Działu ds. Osób

---

<sup>46</sup> A. Jacewicz, *Z tej budki można zadzwonić do tych, których straciliśmy. Podniosłam słuchawkę.*, 2022 <https://wyborcza.pl/magazyn/7,124059,28700718,z-tej-budki-telefonicznej-mozna-zadzwonic-do-zmarlych-bliskich.html> [dostęp: 22.08.2022].

Niepełnosprawnych Uniwersytetu Szczecińskiego. Ponadto III Ogólnopolska Konferencja LSI „Problems of Contemporary Science” została przeprowadzona wyłącznie w języku angielskim.

Koło „IKSDUS” przeprowadziło ponadto dwa wykłady otwarte: LSI „Inspiration porn, czyli o wizerunkach osób z niepełnosprawnością”, przeprowadzony przez dr Małgorzatę M. Kulik oraz LSI „Puste Noce: od tradycyjnych obrzędów pogrzebowych po współczesne poszukiwania nowych form rytuału”, przeprowadzony przez mgr Kaciarynę Bychak.

Moderatorami powyższych wydarzeń byli członkowie Koła „IKSDUS”: mgr Anna Sienkiewicz (Instytut Historyczny US), mgr Łukasz Paluch (Instytut Nauk Teologicznych US), mgr Puti Sinansari (Instytut Zarządzania US), mgr Michał Michalski (Wydział Prawa i Administracji US), mgr Anna Rzepiela-Podlecka (Instytut Nauk o Kulturze Fizycznej i Zdrowiu US), mgr Dorota Kurek (Instytut Historyczny US) oraz mgr inż. Patrycja Bełtowska (Instytut Ekonomii i Finansów US).

Interdyscyplinarne Koło Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Szczecińskiego „IKSDUS” we współpracy z Kołem Badań Psychologicznych „Expieror” Uniwersytetu Gdańskiego, Radą Doktorantów Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Szczecińskiego oraz Samorządem Doktorantów Instytutu Psychologii Polskiej Akademii Nauk zorganizowało także pierwszą konferencję z cyklu Ogólnopolskich Międzyuczelnianych Konferencji LSI: „Interdyscyplinarne ujęcie psychologii”. Konferencja trwała trzy dni, a w jej ramach miały miejsce wydarzenia specjalne: podsumowanie wyników projektu PHD Mental Health, debata naukowa „Psychologia w naukach społecznych w Polsce”, debata organizacji pozarządowych „Rola organizacji pozarządowych w kształtowaniu nowoczesnej nauki” oraz wykłady gości specjalnych wydarzenia.

Projekt „LSI” pozwolił na ukazanie różnorodności oraz wielowymiarowości poruszanych zagadnień. Początkowo realizowany w Szkole Doktorskiej Uniwersytetu Szczecińskiego, wyszedł on szeroko poza uczelniane ramy, integrując przy tym środowisko naukowe zarówno w zakresie dyskursywnym, jak i organizacyjnym. Projekt ten będzie z całą pewnością kontynuowany, niemniej jednak niniejsza publikacja stanowi efekt współpracy całego Interdyscyplinarnego Koła Szkoły Doktorskiej Uniwersytetu Szczecińskiego (zrzeszającego ponad czterdziestu doktorantów z szesnastu dyscyplin naukowych), jak również kooperacji z innymi środowiskami i organizacjami akademickimi: Kołem Badań Psychologicznych „Expieror” Uniwersytetu Gdańskiego i Samorządem Doktorantów Instytutu Psychologii Polskiej Akademii Nauk.

Jako redaktorzy niniejszej monografii chcielibyśmy podziękować wszystkim osobom, które przyczyniły się do organizacji konferencji oraz spotkań z cyklu „LSI”, a także do powstania przedłożonej publikacji. Zakładamy, iż monografia ta stanie się istotnym źródłem inspiracji oraz punktem wyjścia do opracowywania nowych rozwiązań dla poruszanych problemów naukowych.

**S**

ISBN 978-83-966582-1-0



9 788396 658210