

MARIA ŚWIĄTKIEWICZ-MOŚNY 

Uniwersytet Jagielloński

MAGDALENA ŚLUSARCZYK 

Uniwersytet Jagielloński

ANNA PROKOP-DORNER 

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

NATALIA OŻEGALSKA-ŁUKASIK 

Uniwersytet Jagielloński

ALEKSANDRA POTYSZ-RZYMAN 

Uniwersytet Jagielloński

EDUKACJA SPOŁECZNA SZCZEPIONKĄ NA INFODEMIĘ? EKSPŁORACJA KAPITAŁU ZDROWOTNEGO PODCZAS PANDEMII COVID-19 W POLSCE*

Streszczenie

Wyzwania wynikające z globalnego kryzysu zdrowotnego i *infodemii* ujawniły znaczenie kapitału zdrowotnego. Wychodząc od wielowymiarowej definicji Anny Schneider-Kamp [2021], analizujemy istniejące i potencjalne zasoby dostępne Polakom i Polkom w czasie pandemii. W artykule przyglądamy się

Maria Świątkiewicz-Mośny, dr hab. prof. UJ, Instytut Socjologii;
<https://orcid.org/0000-0001-6797-5580>

Magdalena Ślusarczyk, dr hab. prof. UJ, Instytut Socjologii;
<https://orcid.org/0000-0003-4415-5947>

Anna Prokop-Dorner, dr, Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej; <https://orcid.org/0000-0003-3575-469X>

Natalia Ożegalska-Łukasik, mgr, Instytut Studiów Międzykulturowych;
<https://orcid.org/0000-0002-4239-4429>

Aleksandra Potysz-Rzyman, mgr, Instytut Socjologii; <https://orcid.org/0000-0003-4704-4548>

* Praca powstała w wyniku realizacji projektu badawczego Diagnostyka i rozwój kapitału zdrowotnego – kompetencje zdrowotne uczniów szkół podstawowych (UMO-2020/39/B/HS6/00977) finansowanego ze środków Narodowego Centrum Nauki.

znaczeniu kompetencji zdrowotnych dla dbania o zdrowie i poszukiwania wiarygodnych informacji na temat epidemii. Podejmujemy kwestię strategii, jakie kobiety i mężczyźni wykorzystywali w zarządzaniu pandemicznie zmienioną codziennością w Polsce. Bazując na dostępnych badaniach, analizujemy także oddziaływanie kapitałów społecznego i ekonomicznego na sytuację zdrowotną jednostek i grup osób w kontekście wynikających z epidemii zmian życia rodzinnego, zawodowego czy indywidualnego. Przyjmując założenie, że stosunek do szczepień przeciwko COVID-19 jest wskaźnikiem tego, w jaki sposób kapitał zdrowotny został zagospodarowany, badamy postawy Polaków i Polek wobec szczepienia się przeciwko koronawirusowi. W końcu bierzemy na warsztat zdrowotne oddziaływania edukacyjne, prowadzone w Polsce przez agendy państwa, jak i te oddolne, i wskazujemy, które z nich mają szansę przyczynić się do rozwoju kapitału zdrowotnego, a które sprawiają wrażenie działań pozorowanych.

Słowa kluczowe: pandemia, kapitał zdrowotny, kompetencje zdrowotne, szczepienia

WPROWADZENIE

Ogłoszona 11 marca 2020 roku przez WHO pandemia COVID-19 określana bywa jako „dżuma XXI wieku”, bo zbiera swoje żniwo nie tylko w postaci wysokiej śmiertelności, ale również masowych lęków i obaw, przeradzających się niejednokrotnie w panikę. Okres ten niczym papiererek lakmusowy wskazał, jak istotną rolę w społeczeństwach odgrywa kapitał zdrowotny. Ważna okazała się nie tylko umiejętność rozumienia przekazów dotyczących zdrowia, lecz także krytyczna ocena tych informacji oraz zdolność podporządkowania się wymogom sanitarnym. W walce z pandemią istotny okazał się kapitał zdrowotny społeczeństw i jednostek. Wiedza medyczna na temat dynamiki epidemiologicznej, stanu zdrowia grup ryzyka czy konsekwencji zdrowotnych choroby wirusowej legitymizowała reżimy sanitarne i ograniczenia, które zostały wprowadzone w sferze publicznej. Eksperci, profesjonalisci do spraw zdrowia publicznego, jak również lekarze i politycy, którzy aktywnie brali udział w dyskursie medialnym, odwoływali się do wiedzy medycznej, zakładając przy tym, że jest ona zrozumiała dla obywateli.

Równoległe do dyskursu opartego na dowodach (ang. *evidence based medicine*) uwidoczniły się i wzmocniły dyskursy alternatywne – m.in. związane z negowaniem pandemii czy sceptycyzmem wobec szczepień. Niezaprzeczalnym

faktem jest to, że pandemia COVID-19 stała się katalizatorem zmian na poziomie lokalnym i regionalnym. W stosunkowo krótkim czasie miała przy tym miejsce mobilizacja wcześniej nierozpoznanych lub ignorowanych zasobów, np. kapitału społecznego i kapitału kulturowego [Klimczuk 2021: 2]. Ponadto tzw. *infodemia*, a więc zalew niespójnych, fragmentarycznych, na szybko zebranych informacji [Eysenbach 2020], pogłębiała kryzys. Co więcej, w miarę postępu badań na temat pandemii i jej źródeł zasób wiedzy nie tylko się poszerzał, lecz także zmieniał, i niektóre ustalenia z biegiem czasu należało odrzucić lub przeformułować. Ten ogromny chaos informacyjny niejednokrotnie mógł podważyć zaufanie do nauki. Teorie spiskowe i fake newsy towarzyszące kryzysowi pandemicznemu rozprzestrzeniały się przy tym błyskawicznie, siejąc zamęt w głowach ludzi [Wróblewski 2020: 29–30].

Kluczowy okazał się kapitał zdrowotny, który rozumiemy bardzo szeroko i włączamy w jego zakres także kompetencje zdrowotne (ang. *health literacy*), komunikacyjne i umiejętności związane z krytycznym myśleniem. Wszystkie te zasoby pozwalają jednostkom i społecznościom skutecznie odnaleźć się w polu ochrony zdrowia. Zwracamy także uwagę, iż kapitał zdrowotny, a w szczególności kompetencje zdrowotne są narzędziami, które nie tylko skutecznie pomagają obywatelom zrozumieć konieczność dostosowania się do wymogów pandemicznej rzeczywistości, ale przede wszystkim świadomie i dobrowolnie podporządkować się reżimom sanitarnym. W takim wymiarze kapitał zdrowotny, kompetencje zdrowotne, komunikacyjne oraz umiejętności związane z krytycznym myśleniem w obszarze zdrowia ściśle łączą się także z kapitałem społecznym, w tym solidarnością i odpowiedzialnością, które w okresie kryzysu pandemicznego okazały się podstawą funkcjonowania społeczeństwa [Paakkari, Okan 2020]. Stawiając pytania dotyczące tego, w jaki sposób pandemia COVID-19 zmieniała kapitały zdrowotne, analizujemy dwa wątki. Pierwszy dotyczy tego, jak kapitał zdrowotny został w pandemii zagospodarowany, jakie strategie radzenia sobie z kryzysem pandemicznym były stosowane – zarówno na poziomie jednostkowym, jak i społecznym. Drugi wątek związany jest z działaniami, które z założenia miały budować i wzmacniać kapitał zdrowotny.

Celem artykułu jest pokazanie, w jaki sposób kapitał zdrowotny został wykorzystany w czasie pandemii i w jaki sposób kryzys zdrowotny przyczynił się (lub nie) do budowania kapitału zdrowotnego. Interesują nas szeroko rozumiane działania edukacyjne skierowane do dzieci i młodzieży, które podejmowane były przez organizacje krajowe i międzynarodowe po to, żeby wypracowywać strategie radzenia sobie z pandemicznymi wyzwaniami. W pierwszej części pracy stawiamy pytanie, czy i jak kryzys pandemiczny – jako czynnik zewnętrzny/egzogeniczny

–ostał wykorzystany do rozwoju kapitału zdrowotnego Polaków. Omawiamy i ilustrujemy wynikami badań kwestię kapitału zdrowotnego w odniesieniu do obszarów związanych z kompetencjami zdrowotnymi, postawami wobec pandemii, strategiami życia codziennego (np. przestrzegania reżimów sanitarnych) oraz w kontekście zaangażowania kapitału społeczno-ekonomicznego [Schneider-Kamp 2021]. Korzystając ze wskaźnika szczepień, wskazujemy, jak kapitał ten „pracował” w pandemii. Odnosimy się tutaj do danych dotyczących dorosłej populacji (badań sondażowych, raportów instytucji badawczych. Staramy się zidentyfikować sposoby i skuteczność zagospodarowania kapitału zdrowotnego w Polsce w kontekście szczepień przeciwko COVID-19. Druga część artykułu koncentruje się wokół tego, jak czas pandemii motywował do budowania kapitału zdrowotnego poprzez działania edukacyjne – prowadzone odgórnie (instytucjonalnie – przez agendy rządowe) oraz oddolnie (przez organizacje pozarządowe, np. ZHP). W analizie wykorzystujemy materiały skierowane do dzieci i młodzieży, jako z założenia głównych odbiorców tych działań.

WYMIARY KAPITAŁU ZDROWOTNEGO

Pojęcie kapitału zdrowotnego wymyka się jednoznaczny definicjom. Anna Schneider-Kamp [2021] dostrzega wielowymiarowość tego terminu i wskazuje na różne aspekty pomocne w jego analizie. Kluczowa pozostaje dla nas definicja, w której podkreśla się, że „kapitał zdrowotny jest konceptualizowany jako suma rzeczywistych i potencjalnych zasobów posiadanych przez aktora społecznego, które mają zdolność wpływania na jego pozycję w polu ochrony zdrowia. Kapitał zdrowotny obejmuje: umiejętności, kompetencje, relacje społeczne, środki finansowe i status, które mogą, bezpośrednio lub za pośrednictwem konwersji z innych form kapitału, być wykorzystane w celu zachowania dobrego zdrowia i zarządzania chorobą. W ten sposób czerpie z synergii i uzupełnia ekonomiczne, społeczne, kulturowe i symboliczne formy kapitału” [Schneider-Kamp 2021: 205]. Takie ujęcie kapitału zdrowotnego pozwala przyjrzeć się jego poszczególnym komponentom i uzmysławia, że ważne są zarówno czynniki indywidualne, jak i społeczne. Każdy z aspektów zostanie omówiony w dalszej części artykułu.

W okresie pandemii w przestrzeni publicznej temat zdrowia i odpowiedzialności indywidualnej i społecznej był podejmowany znacznie częściej niż wcześniej. Jednak, jak już wspomniano, równoległe z dyskursem opartym na faktach rozwijały się dyskursy alternatywne, w których bagatelizowano skalę zagrożenia. W marcu 2020 r. blisko połowa Polaków (48%) była przekonana, że temat epidemii został wyolbrzymiony i „rozdmuchany” przez media [CBOS 2020a].

W kolejnych sondażach w sierpniu i w listopadzie 2020 (w szczytowym momencie II fali epidemii) odsetek osób wyrażających to przekonanie spadł odpowiednio do 31% i 38%, jednak wciąż był stosunkowo wysoki, szczególnie wśród osób młodych [CBOS 2020b]. Przekonania na temat stopnia zagrożenia stały się podstawą do wyznaczenia nowych kategorii pojęciowych, tworzenia podziałów społecznych i polaryzowania społeczeństwa. Znalazło to także odzwierciedlenie w języku, w którym pojawiły się nowe określenia, takie jak „koronasceptyk” lub „covidianin” [Matyjaszczyk-Łoboda 2021: 103], których kontekst miał znamiona pejoratywne i wykluczające. Nowe pojęcia odnoszone były do jednostek albo grup osób zaliczanych do radykalnych przeciwników lub zwolenników zaleceń epidemiologicznych, a szczególnie szczepień. Oba sformułowania zostały opisane przez Obserwatorium Językowe Uniwersytetu Warszawskiego: „ludzie wątpięcy w istnienie pandemii COVID-19 nazywają z dezaprobatą covidianami tych, którzy uważają, że należy się obawiać wirusa” [Kłosińska 2020], a „koronasceptyk” to „osoba zaprzeczająca istnieniu choroby COVID-19 lub kwestionująca poziom zagrożenia tą chorobą i jej szkodliwości w odniesieniu do stopnia dotkliwości wprowadzonych środków prewencji (np. lockdownu, obostrzeń sanitarnych)” [Dec 2020].

Zagrożenie pandemiczne definiowane w kategoriach ryzyka przedstawionego przez Ulricha Becka jest nagłe i nieprzewidywalne [Beck 2004; Klimczuk 2021]. Żadne państwo na świecie nie było w pełni przygotowane na pandemię. Mimo prognoz i ostrzeżeń wszyscy wydawali się zaskoczeni dynamiką jej rozwoju w pierwszych miesiącach jej trwania [Klimczuk 2021: 8]. Doniesienia z Chin początkowo traktowane były jako zagrożenie odległe i niedotyczące Polski. Dopiero pierwsze przypadki zachorowań w Europie i obrazy medialne z ogarniętych epidemią Włoch spowodowały, że zagrożenia zaczęto traktować poważniej. Wraz z rozwojem pandemii pojawiały się pytania dotyczące nie tylko kondycji zdrowotnej obywateli i ich stosunku do kwestii zdrowia, lecz także kondycji systemów ochrony zdrowia w poszczególnych krajach. I choć kwestia ta była obecna w powszechnym dyskursie od dawna [Polak, Świątkiewicz-Mośny, Wagner 2019], to nabrała ona aktualności, podobnie jak pojęcie *infodemii*. Ogromny przyrost informacji dotyczących pandemii COVID-19 (w tym tych nieprawdziwych) utrudnił radzenie sobie z natłokiem wiadomości i ich oceną oraz skłaniał do wykorzystywania umiejętności krytycznego myślenia i refleksyjnego analizowania przekazów.

Kompetencje zdrowotne

Schneider-Kamp [2021], definiując kapitał zdrowotny, jako pierwszy, kluczowy element wymienia kompetencje i umiejętności. Kompetencje zdrowotne obejmują umiejętność „czytania” i rozumienia informacji medycznych i wykorzystywania ich w codziennym życiu. Do ich komponentów zalicza się m.in. wiedzę na temat zdrowia czy też umiejętność krytycznego myślenia (szczególnie w kontekście przekazów medialnych – *media literacy*) [Paakkari, Paakkari 2012].

Międzynarodowy pomiar kompetencji zdrowotnych przeprowadzony w 2011 r. w ramach projektu „The European Health Literacy Project (HLS-EU)” na losowo dobranych próbach mieszkańców Holandii, Austrii, Bułgarii, Irlandii, Hiszpanii, Niemiec, Grecji i Polski dostarczył interesujących danych na temat wspomnianych umiejętności wśród Europejczyków w wieku 15+. Od tego czasu nie przeprowadzono tak szerokich badań porównawczych w Europie. Poziom kompetencji zdrowotnych mierzony był z wykorzystaniem kwestionariusza HLS-EU-Q47 na 50-punktowej skali. Średni wynik uzyskany przez polskich respondentów (34,45) wskazywał na dostateczny poziom kompetencji i był wyższy od średniej z ośmiu krajów (33,78). Polska znalazła się w połowie stawki, za Holandią (37,06), Irlandią (35,16) i Niemcami (34,47) [Sørensen i in 2015]. Blisko połowa Polaków (44,6%) uzyskała niski wynik, z czego niedostateczny poziom kompetencji został zidentyfikowany u 10,2%, a problematyczny u 34,4%. Kompetencjami na poziomie wystarczającym dysponowało 35,9% Polaków, a na poziomie doskonałym – co piąty badany (19,5%) [Sørensen i in 2015]. Grupą szczególnie narażoną na niski poziom kompetencji zdrowotnych w Polsce były osoby starsze w wieku 65+. W tej grupie aż 61,3% badanych osiągnęło wynik niski [Słońska, Borowska, Aranowska 2015; Sørensen i in 2015]. W krajowym badaniu przeprowadzonym z wykorzystaniem skróconej wersji kwestionariusza HLS-EU-Q16 pięć lat później (w 2016 r.) na reprezentatywnej grupie dorosłych Polaków 34,8% respondentów charakteryzował ograniczony poziom kompetencji zdrowotnych, a 65,2% – poziom wystarczający [Dupłaga 2020].

Badania przeprowadzone przez ARC Rynek i Opinia na przełomie marca i kwietnia 2020 pokazują, że Polacy byli stosunkowo pewni swojej wiedzy na temat SARS-Cov2, a w szczególności tego, w jaki sposób wirus jest przenoszony. Takie wyniki plasowały nasz kraj bardzo wysoko w międzynarodowych rankingach. Polacy objęci badaniem w tym czasie twierdzili, że znają objawy koronawirusa, a 30% uważało, że ma na jego temat wiedzę szczegółową [Hubicz 2020]. Do tych optymistycznych wyników należy jednak podchodzić z ostrożnością, jako że opierały się na samoocenie respondentów, a co za tym idzie może cechować

je brak krytycyzmu i mogą być zinterpretowane w kategoriach swoistej strategii obronnej. Dla kontrastu, wyniki badania dotyczącego wirusa HIV, zrealizowanego w grupie respondentów poniżej 40 roku życia w 2019 r. przez polską Fundację Pomocy Humanitarnej Res Humanae, nie skłaniają do nadmiernego optymizmu. Ponad połowa badanych nie знаła dróg zarażenia patogenem, a 40% nie miało wiedzy operacyjnej dotyczącej miejsc, w których można zrobić test na obecność HIV we krwi [Wojtasiński 2019].

Można jednak także założyć, że kryzys zdrowotny wywołany przez pandemię był czasem, kiedy, w związku ze wspomnianym wcześniej zalewem informacji medialnych i zintensyfikowaną edukacją w zakresie działań epidemiologicznych, wiedza społeczeństwa na temat wirusów i wywoływanych przez nie chorób znacząco wzrosła. Tematy zdrowotne były częściej poruszane w mediach, następnie powtarzane, interpretowane i żywo komentowane. Pandemia i towarzysząca jej infodemia uwiarydliły, że świadomość zdrowotna jest niedocenianym problemem zdrowia publicznego na całym świecie [Paakkari, Okan 2020]. Według badań cytowanych przez Paakkari i Okana jeszcze przed pandemią połowa dorosłych Europejczyków zgłaszała problemy ze świadomością zdrowotną i brakiem kompetencji w dbaniu o zdrowie. Ponadto pandemia COVID-19 pokazała, że globalna świadomość zdrowotna jest tak samo ważna dla zapobiegania chorobom zakaźnym, jak niezakaźnym. Okazało się również, że do skuteczniejszej walki z tak podstępny przeciwnikiem potrzebna jest nie tylko wydolność systemowa, lecz także indywidualna gotowość do wdrażania zaleceń epidemiologicznych i edukowania siebie oraz otoczenia.

Polacy, szczególnie na początku pandemii, aktywnie poszukiwali informacji dotyczących wirusa SARS-Cov-2, o czym świadczą wyniki badania Forum Odpowiedzialnego Biznesu z 2020 r., według których 84% mieszkańców Polski poszukiwało informacji na temat wirusa przynajmniej kilka razy dziennie. Kluczowe jest jednak to, z jakich źródeł wiedzy respondenci korzystali i kogo darzyli zaufaniem. Wspomniane badania wskazywały na telewizję (77%) oraz polityków (68%) jako najpopularniejsze źródła informacji. Respondenci deklarowali, że najbardziej ufają krajowym i zagranicznym ekspertom z obszaru zdrowia (naukowcom, lekarzom, przedstawicielom GIS i WHO). Należy to szczególnie podkreślić, ponieważ kompetencje zdrowotne obejmują również umiejętność oceny wiarygodności źródła informacji. Światowa Organizacja Zdrowia wielokrotnie ostrzegała przed *infodemią*, która jest inherentną częścią pandemii. Potwierdzają to badania realizowane w marcu 2020 r. przez zespół badawczy Uniwersytetu Warszawskiego, pokazujące, że teorie spiskowe i nieprawdziwe

informacje znajdują swoich odbiorców. Mimo że ich odsetek nie jest znaczny, to jednak trzeba odnotować, że wpływ niektórych teorii spiskowych na określone zachowania prozdrowotne nie może być lekceważony [Oleksey i in. 2021].

Postawy wobec zagrożenia pandemicznego

Właściwie utrwalona wiedza z zakresu zdrowia nie tylko buduje pożądane kompetencje, lecz także kształtuje odpowiednie postawy, na które składają się czynniki behawioralne, emocjonalne i poznawcze. Umiejętności i kompetencje, które Schneider-Kamp [2021] wskazuje jako komponenty kapitału zdrowotnego, warunkują postawy wobec zagrożenia pandemicznego.

Badania CBOS prowadzone wśród Polaków od marca 2020 pokazują swoistą fluktuację strachu przed zakażeniem koronawirusem. W kwietniu 2020 i pięć miesięcy później – w okresie II fali – najwyższy poziom obaw deklarowało 69% Polaków. W trakcie kolejnych fal obawy słabły. Pomiędzy kolejnymi szczytami zakażeń odsetek respondentów doświadczających obaw przed zakażeniem spadał o kilkanaście procent. Dane z badania na reprezentatywnej próbie wskazują na korelację pomiędzy obawami związanymi z zakażeniem a wiekiem: starsze osoby bały się bardziej niż młode. Obawy starszych z czasem się wzmacniały, a lęki młodszych słabły. Na początku pandemii (koniec marca 2020) 56% osób do 35 r. życia i 71% seniorów (osób powyżej 65 r. życia) deklarowało silny lub umiarkowany strach przed zakażeniem. Dwa lata później już tylko 35% młodych, ale nadal 81% osób starszych obawiało się zakażenia.

Ciekawą komponentą postaw Polaków w pandemicznej rzeczywistości były przekonania i reakcje na wprowadzane restrykcje i środki prewencji mające na celu spowolnienie rozprzestrzeniania się wirusa i wzmocnienie odporności stadnej. W związku z liczbą zachorowań zmieniał się zakres restrykcji wprowadzanych przez polski rząd. Pomiary postaw przeprowadzone w okresie IV i V fali (grudzień 2021 i styczeń 2022) wskazują, że 41% badanych postrzeżało ograniczenia jako odpowiednie do sytuacji, niewielu mniej było przekonanych, że są one zbyt małe (37%), zaś niewielka grupa uważała je za zbyt duże (15%). Postawy wobec szczepień silnie różnicowały postawy wobec choroby COVID-19 oraz ogólnie samej epidemii. Ostrzejsze restrykcje na etapie IV fali (grudzień–styczeń 2021) pozytywnie ocenili przede wszystkim zaszczepieni, zaś najbardziej krytyczni byli niechęć się szczepić przeciw COVID-19 [CBOS 2022a].

Wobec konieczności zabezpieczenia sektorów życia społecznego o szczególnym znaczeniu epidemiologicznym w dyskursie publicznym pojawiła się propozycja obowiązkowych szczepień dla osób w nich pracujących. Przekonanie, że konieczność ochrony szczególnie narażonych, np. pacjentów przewlekłe cho-

rych czy mieszkańców domów opieki społecznej, wymaga wyszczenia całej populacji profesjonalistów z tych sektorów, spotykało się ze sporą niechęcią. Równocześnie na przestrzeni sześciu miesięcy, konkretnie między sierpniem 2021 a styczniem 2022, wzrosło poparcie dla obowiązkowych szczepień przeciw COVID-19. Na początku 2022 blisko dwie piąte Polaków (38%, wzrost o 9 punktów procentowych w stosunku do sierpnia 2021 r.) uważało, że szczepienia powinny być obowiązkowe dla wszystkich, a co ósmy respondent(ka) uważał(a) (13%, wzrost o jeden punkt procentowy) – że dla wybranych grup. Wśród najczęściej wskazywanych grup zawodowych, które powinny zostać objęte obowiązkiem szczepień, wymieniani byli pracownicy systemu ochrony zdrowia (99%), nauczyciele (90%), pracownicy domów pomocy społecznej (85%), służb mundurowych (73%), handlu (62%) i usług (47%) [CBOS 2022b].

Strategie życia codziennego w czasach pandemii

Rok 2020 przyniósł rodzinom w Polsce i na całym świecie nieoczekiwany zwrot w codziennej rutynie i wymusił nową organizację życia rodzinnego. Wśród kluczowych problemów możemy wskazać zamknięcie w domach, ograniczenie aktywności fizycznej rodziny i obawy o możliwości leczenia i hospitalizacji, szczególnie dzieci i osób przewlekle chorych [Płoszaj, Kochman 2021]. Część rodzin wskazała także na pogorszenie się sytuacji finansowej gospodarstwa domowego wskutek utraty pracy, pogorszenia stanu zdrowia lub śmierci osoby, której dochód stanowił najważniejszy składnik rodzinnego budżetu. Dla wielu rodzin problemem stała się organizacja edukacji zdalnej z racji warunków lokalowych oraz braku sprzętu komputerowego i łącza internetowego odpowiedniej jakości czy, w niektórych regionach Polski, ograniczonego zasięgu sieci [Klementowska 2021]. Pandemia zwiększyła presję na jakościowe, a więc kreatywne i rozwojowe, wspólne spędzanie czasu przez rodzinę. W początkowym okresie media prezentowały wiele treści wskazujących, że czas lockdownu może być okazją do zacieśniania więzi. Sugerowano zabawy i działania edukacyjne lub publikowano porady, jak łączyć pracę zdalną z opieką nad dziećmi pozostającymi w domu. Presję tę szczególnie odczuły kobiety. Pojawiło się nawet określenie „matka Polka pandemiczna”, opisujące kobietę pracującą w domu, często dłużej niż przed pandemią, a poza tym będącą jednocześnie nauczycielką, sprzątaczką, kucharką oraz organizatorką domowego życia [Krause 2021: 51]. Do tego dochodziła niejednokrotnie konieczność opieki nad osobami zależnymi, animowanie czasu wolnego oraz dbanie o dobrostan fizyczny i psychiczny wszystkich członków rodziny.

W tym trudnym czasie bardzo istotne stawało się wzajemne zaufanie i wiara zarówno w politykę zdrowotną państwa, jak i decyzje osób za nią odpowiedzialnych. Polacy należą do społeczeństw o jednym z najniższych poziomów zaufania społecznego. Jeszcze przed pandemią zaledwie niecałe 20% uważało, że ludziom generalnie można ufać, a ponad 75% Polaków wyrażało przekonanie, że w stosunkach z innymi trzeba być bardzo ostrożnym [Sasińska-Klas 2021]. Kapitał zaufania społecznego w Polsce jest niski, wyłączone jest z niego sfera prywatna (rodzina, przyjaciele, znajomi, ewentualnie sąsiedzi) [Sasińska-Klas 2021]. Wyjątkiem są wybrane organizacje, takie jak straż pożarna i wojsko, którym ufa ponad połowa Polaków – z końcem 2020 zaufanie deklarowało 56% respondentów; jest to stabilna wartość, jeśli porównać dane na przestrzeni ostatnich kilku lat [Flieger 2020]. Niezmiennie niskie (między 20 a 25% w ostatniej dekadzie) było zaufanie do rządu. W zrealizowanym w maju 2020 sondażu YouGov Polacy jako jedyni z mieszkańców 26 przebadanych krajów bardziej ufali w sprawach koronawirusa opinii swojej rodziny i przyjaciół (81%) niż pracownikom medycznym (72%). Polska, obok USA i Hiszpanii, została zaliczona do krajów, w których mediom ufano bardziej niż przedstawicielom rządu (40% do 30%) [YouGov tracker 2022]. Na fakt ufania przede wszystkim opinii najbliższych osób wskazywały także badania opublikowane w raporcie „Ryzyko, zaufanie, choroby zakaźne. Polki i Polacy o pandemii” [Wróblewski, Meler, Afeltowicz 2020], ale w tym badaniu wskaźnik zaufania do lekarzy wyniósł 58% (przy czym warto podkreślić, że większym zaufaniem darzono pielęgniarki – 63%). Mediom tradycyjnym ufało 18% Polaków, a społecznościowym – 13%. Istotne w kontekście analizy zaufania Polaków do opinii najbliższego otoczenia jest podkreślenie, że właściwie równocześnie z wybuchem pandemii i wprowadzeniem pierwszych ograniczeń pojawiały się głosy kwestionujące zarówno samo zagrożenie, jak i podjęte środki zaradcze. Przekonania te nasiliły się wraz ze zwiększaniem poziomu restrykcji, trafiając na podatny grunt, szczególnie wśród osób już wcześniej przekonanych o postępującej inwigilacji, przeciwnych poszerzaniu uprawnień państwa. Nieufność pogłębiał także niejasny tryb wprowadzenia obostrzeń (rozporządzeniem, a nie ustawą) oraz sposób komunikowania o sytuacji epidemicznej, w zasadzie kwestionujący wszelkie próby podważenia nie tylko istnienia wirusa czy skali zagrożenia, lecz także zasadność niektórych rozwiązań. Skutkiem braku zaufania do ochrony zdrowia i skłonności do przyjęcia teorii o charakterze spiskowym była zmniejszona gotowość do przestrzegania zaleceń prozdrowotnych, postrzeganych nie jako działania dla dobra ogółu, ale jako próba ograniczenia wolności osobistej [Oleksy i in. 2021].

Zaangażowanie kapitału społeczno-ekonomicznego

Kapitał społeczny, kulturowy i ekonomiczny odgrywały w czasie pandemii bardzo istotną rolę z punktu widzenia budowania i korzystania z kapitału zdrowotnego. Schneider-Kamp [2021] określa środki finansowe i status oraz możliwe konwersje tych kapitałów jako istotne komponenty kapitału zdrowotnego. Liczne badania wskazują, że dostęp do sieci wsparcia, uogólniony poziom zaufania do innych ludzi oraz jakość relacji społecznych stanowią czynniki ochronne i zasoby jednostki, które pozwalają lepiej radzić sobie z różnymi stresowymi czynnikami, a także zmniejszają ryzyko depresji i innych zaburzeń psychicznych [Kubacka-Jasiecka 2010]. Osoby, które nisko oceniają otrzymywane wsparcie społeczne i mieszkają na obszarach o wyższym poziomie bezrobocia, cechuje większe nasilenie objawów depresyjnych [Piwoński i in. 2005]. Konflikty i napięcie w bliskich relacjach stanowiły znaczące obciążenie szczególnie w okresie pierwszego lockdownu, kiedy ograniczona była swoboda poruszania się poza miejscem zamieszkania. Wśród osób dorosłych to właśnie te czynniki, poza niepokojem o rozwój epidemii, były najsilniej związane z odczuwanymi objawami depresji i lęku uogólnionego [Gambin i in. 2021]. Nastolatkom mający w tym czasie dostęp do szerszej sieci wsparcia społecznego (osobistego – rówieśniczego, rodzinnego oraz wirtualnego) rzadziej przejawiali trudności psychiczne w odpowiedzi na stres związany z zagrożeniem koronawirusem i zmianami w życiu codziennym [Rodman i in. 2021]. Podobnie poczucie dobrostanu emocjonalnego, społecznego i psychologicznego młodzieży zwiększało się wraz ze wzrostem czasu poświęcanego na działania takie jak spotkania z przyjaciółmi, aktywność fizyczna czy chociażby granie w gry planszowe [Sikorska i in. 2021]. Z drugiej strony zaangażowanie w działalność wolontaryjną w czasie pandemii mogło zwiększać prawdopodobieństwo występowania objawów depresyjnych i lękowych wśród młodzieży. Było to tłumaczone wzrostem ryzyka kontaktu z osobą zarażoną koronawirusem oraz potencjalnie większą świadomością skutków zakażenia [Tamarit i in. 2020].

W czasie pandemii również kapitał ekonomiczny odgrywał istotną rolę w budowaniu dobrostanu, zapobieganiu zachorowaniu i ewentualnym leczeniu. Status materialny wielu rodzin obniżył się znacząco, a niekorzystna sytuacja na rynku pracy (zamykanie lub ograniczanie działalności wielu obszarów gospodarki [GUS 2021; Feliksiak 2020]) czy też konieczność sprawowania opieki nad dziećmi w okresie zamknięcia szkół i przedszkoli oraz nauki zdalnej dotknęła przede wszystkim kobiety.

Ograniczenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych w czasie pandemii wzmocniły występujące już wcześniej nierówności ekonomiczne. Jak wskazuje

raport OECD [2021], w tym okresie wzrosło zainteresowanie dodatkowymi prywatnymi pakietami ubezpieczeń zdrowotnych, prawdopodobnie na skutek wydłużającego się oczekiwania na planowane wizyty i zabiegi. Leczenie w publicznych placówkach zostało ograniczone m.in. ze względu na zmianę profilu szpitali czy zastępowanie wizyt osobistych teleporadami. Osoby lepiej sytuowane mogły mieć większe szanse na zachowanie ciągłości leczenia w przypadku chorób przewlekłych czy wykonywania zleconych badań profilaktycznych. Można przy tym zaobserwować kumulowanie się czynników wykluczenia, do których należy zaliczyć: stan zdrowia (niepełnosprawność, choroba przewlekła), niski status socjoekonomiczny (niestabilna forma zatrudnienia, kryzys w sektorach dotkniętych skutkami pandemii, dysponowanie niewystarczającym kapitałem finansowym na pokrycie bieżących potrzeb, rezygnacja z korzystania z niepublicznej opieki zdrowotnej, jeśli czas oczekiwania w publicznej placówce był bardzo długi), miejsce zamieszkania (poza dużymi ośrodkami miejskimi). Raport NIK z końca 2021 r. podkreśla, że w przypadku rehabilitacji leczniczej nie wykorzystano w pełni środków przewidzianych na ten cel, zarówno w 2019, jak i 2020 r. Ponadto sama organizacja i finansowanie rehabilitacji leczniczej nie zapewniały pacjentom równego dostępu do świadczeń. Znaczna część świadczeniodawców nie udzielała w ogóle świadczeń w warunkach stacjonarnych, co dotyczyło w szczególności pacjentów pilnie wymagających tego typu zabiegów. NIK wskazuje m.in., że tylko 25% pacjentów po udarze mózgu rozpoczęło rehabilitację w ciągu dwóch tygodni od zakończenia leczenia szpitalnego. Innym ważnym ustaleniem pokontrolnym była informacja, że od kwietnia 2020 r., po czasowym ograniczeniu działalności placówek prowadzących rehabilitację, część pacjentów rezygnowała z rehabilitacji ze strachu przed zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 [NIK 2021]. Konsekwencje tych nierówności pokazują m.in. dane dotyczące tzw. nadwyżki zgonów (a więc większej liczby zmarłych niż wynikałoby z cech demograficznych danego społeczeństwa). W przypadku wsi lub małych miast nadwyżka ta była znacznie większa niż w dużych i wielkich miastach, w których dostęp do opieki zdrowotnej jest łatwiejszy i gdzie były też większe możliwości uzyskania szybszego dostępu do specjalistów, czy też, w początkowym okresie szczepień, zapisania się na przyjęcie szczepionki [Kuropka i in. 2021]. Jednym z niewielu czynników równoważących nierówności ekonomiczne w kontekście zdrowia w czasie pandemii było wprowadzenie w Polsce bezpłatnych testów oraz szczepień przeciwko SARS-Cov-2, a osobom zakażonym bezpłatne dostarczanie i wypożyczanie pulsoksymetrów do monitorowania stanu organizmu.

KAPITAŁ ZDROWOTNY A STOSUNEK DO SZCZEPIEŃ

Wskaźnikiem tego, w jaki sposób kapitał zdrowotny został zagospodarowany w danym społeczeństwie, może być stosunek do szczepień przeciwko COVID-19. Od początku pandemii trwał wyścig z czasem i rywalizacja pomiędzy ośrodkami badawczymi, które pracowały nad wynalezieniem szczepionek. Równoległe do dyskursu poświęconego rozwojowi prac nad szczepionką uaktywnił się dyskurs „antyszczepionkowy”, podający w wątpliwość konieczność szczepienia na COVID-19 bądź wiążący szczepienia z różnymi teoriami spiskowymi. Ruchy antyszczepionkowe działają od czasu pojawienia się pierwszych szczepionek [Wolfe, Sharp 2002], a szczególne nasilenie się ich aktywności przypada na lata 90. XX wieku, jednak w przypadku szczepień na COVID-19 wątpliwości okazały się zdecydowanie większe niż w przypadku szczepionek na inne choroby [Duong i in. 2021].

W grudniu 2020, tuż przed rozpoczęciem szczepień „grupy zerowej” i wizją rozpoczęcia szczepień kolejnych „grup priorytetowych”, chęć zaszczepienia częściej deklarowały osoby obawiające się zakażenia, oceniające epidemię jako raczej prawdziwe niż fikcyjne zagrożenie dla zdrowia Polaków oraz osoby odrzucające przekonanie, że pandemia jest problemem celowo wyolbrzymionym przez lobby farmaceutyczne, polityków lub media [CBOS 2022a]. Badania CBOS [2022a] pokazują, że im silniejszy strach przed zakażeniem, tym większe zainteresowanie zaszczepieniem się. Raport z badania europejskiej opinii publicznej w zakresie postaw wobec szczepień przeciw COVID-19 przeprowadzony w drugiej połowie maja 2021 wskazuje, że większość polskich respondentów (58%) zadeklarowała pozytywny stosunek do szczepień, tzn. „już przyjęła szczepionkę” lub „chciałaby to zrobić jak najszybciej”. Niemniej, w zestawieniu z deklaracjami Europejczyków z 27 krajów Unii Europejskiej, Polska po pięciu miesiącach od wprowadzenia szczepień była w grupie krajów o najniższym odsetku zainteresowanych ich przyjęciem. Najwięcej pozytywnie nastawionych wobec szczepień było w badanym okresie na Malcie (86%), w Hiszpanii (78%), Niemczech (77%), Irlandii i Szwecji (76%). Blisko co piąty badany z Polski (17%) odpowiedział, że chciałby się zaszczepić później w 2021 r. lub w jeszcze późniejszym terminie, a prawie co szósty (14%) nie chciałby się zaszczepić przeciw COVID-19 w ogóle. Aż 11% Polaków i Polek nie wiedziało lub nie chciało ujawnić swojego stanowiska [Eurobarometr 2021]. Krajowy sondaż z początku 2022 r. pokazuje, że liczba niechętnych wobec szczepienia przeciw COVID-19 nieznacznie zmalała. W stosunku do marca 2021 odsetek niechętnych zmniejszył się trzykrotnie i w grudniu 2021 wyniósł 9%. Na przełomie czwartej i piątej fali w styczniu

2022 liczba deklarujących, że zdecydowanie się nie zaszczepią znowu wzrosła o 3% [CBOS 2022a]. Wśród danych zebranych w ramach badania Eurobarometr widoczna jest różnica w zakresie powodów, dla których mieszkańcy UE zdecydowali się przyjąć szczepionki. Podczas gdy dla przeważającej większości Europejczyków kluczową motywacją była możliwość przyczynienia się do zakończenia pandemii, ochrona najbliższych przed zakażeniem czy możliwość spotkania z najbliższymi (wynik średni dla EU27 to odpowiednio: 68%, 67% i 65%), w Polsce powody te były bardzo ważne odpowiednio tylko dla 46%, 41% i 46% respondentów i respondentek. Nieznacznie więcej osób wskazało, że bardzo ważną motywacją do zaszczepienia się była możliwość swobody w podróżowaniu (47%). Osoby, które nie planowały szczepienia w najbliższym czasie lub wykluczyły taką ewentualność w zupełności, wskazywały jako główne powody swojej decyzji dwie kwestie: przekonanie, że szczepionki nie zostały wystarczająco przetestowane (83% w Polsce, EU27 – 85%) oraz obawę przed efektami ubocznymi przyjęcia preparatu (75% w Polsce, EU27 – 82%). Kolejne powody rezygnacji ze szczepienia podawane przez badanych z Polski to przekonanie, że ryzyko związane z COVID-19 jest przesadzone (63% wskazań) oraz wątpliwości co do efektywności tych szczepionek (55%). Co czwarty badany(-a) z Polski jako najważniejszy powód unikania szczepionki przeciw COVID-19 wskazywał ogólną niechęć wobec szczepień (średnia EU27 – 40%) [Eurobarometr 2021]. Krajowe badania pokazują, że postawy wobec restrykcji i decyzja o szczepieniu są skorelowane. Osoby niechęć się szczepić czterokrotnie częściej oceniają obowiązujące ograniczenia i restrykcje jako zbyt duże. Z kolei wśród zaszczepionych przynajmniej jedną dawką jest pięciokrotnie więcej tych, którzy restrykcje na przełomie IV i V fali postrzegali jako zbyt małe [CBOS 2022a].

Ważnym wnioskiem dotyczącym analizowanych wyników sondaży w kwestii szczepień jest obserwacja, że w czasie trwającej pandemii w postawach Polaków da się zauważyć pewne zmiany postaw wobec ryzyka zakażenia i obowiązkowego charakteru szczepień. Po dwóch latach trwania pandemii obserwujemy wzrost liczby osób przekonanych, że szczepienia przeciw COVID-19 powinny być obowiązkowe dla wszystkich, a w szczególności lekarzy [CBOS 2022a].

CZY EDUKACJA MOŻE NAS ZASZCZEPIĆ?

Kryzys zdrowotny spowodował na całym świecie niestabilność i wzrost niepewności. Konieczność zmiany sposobu nawykowego funkcjonowania wynikała z zagrożenia przybierającego skalę nieznaną żyjącym pokoleniom. Kryzysy z reguły mają negatywny wpływ na morale społeczne i dobrostan emocjonalny

obywateli [Holton 2016], jednakże są też kontekstem sytuacyjnym sprzyjającym wypracowaniu nowych reguł postępowania. W czasie pandemii wiele organizacji podjęło działania informacyjne rozwijające kompetencje zdrowotne. WHO intensywnie zachęcało do podejmowania działań edukacyjnych, a [Okan i in. 2022] wskazywali na kompetencje zdrowotne jako obiecującą skuteczną społeczną szczepionkę w walce z pandemią.

Wyróżniamy działania edukacyjne, które z założenia mają budować wiedzę i kompetencje. Ewa Syrek [2019] zwraca uwagę, że edukacja zdrowotna jest jednym z podstawowych narzędzi promocji zdrowia w społeczeństwie. Umiejętności kształtowane w toku edukacji zdrowotnej zwiększają świadomość w zakresie profilaktyki zdrowia i prowadzenia odpowiedniego stylu życia. Co więcej, mimo iż najważniejszym adresatem tych działań są dzieci i młodzież, to kształtowanie takich zachowań powinno być procesem całościowym [Wojnarowska 2017], a narzędzia edukacyjne należy dostosowywać do wieku odbiorców i środowiska, w którym żyją. Edukacja zdrowotna nie może być sprowadzona tylko do przekazania wiedzy, ale powinna uzdalniać jednostki do samodzielnego działania na rzecz dbania o zdrowie swoje i innych [Syrek 2019]. Nie jest też wyłącznie zadaniem szkoły, ale z założenia ma angażować aktorów społecznych na różnych poziomach instytucjonalizacji (od rodziny po państwo).

Dla ilustracji przedstawiamy dwa mechanizmy budowania kapitału zdrowotnego. Pierwszy opiera się na działaniach odgórnych, inicjowanych przez organizacje rządowe, drugi pokazuje potencjał tkwiący w organizacjach pozarządowych.

Instytucjonalnie budowany kapitał zdrowotny

Kapitał zdrowotny może być budowany przez instytucje państwowe takie jak placówki oświatowe. Podstawa programowa wskazuje na kompetencje zdrowotne jako jeden z kluczowych czynników zdobywania wiedzy [Świątkiewicz-Mośny i in. 2022]¹.

W czasie pandemii WHO wyraźnie formułowało postulat stworzenia mechanizmów budujących kompetencje zdrowotne. Sama organizacja i jej agendy

¹ Odwołujemy się do badań realizowanych na Uniwersytecie Jagiellońskim przez zespół LIGHT w składzie: Maria Świątkiewicz-Mośny, Anna Prokop-Dorner, Magdalena Ślusarczyk, Natalia Ożegalska-Lukasik, Małgorzata Bała, Aleksandra Piłat-Kobla, Joanna Zając. Badania obejmowały 247 materiałów edukacyjnych przygotowanych przez agendy rządowe z Chin, Włoch, Niemiec, Polski i Stanów Zjednoczonych oraz materiały przygotowane przez WHO i PAHO. Wyboru krajów dokonano w taki sposób, aby umożliwić przegląd sytuacji epidemicznej w różnych krajach oraz pokazać odmienne strategie radzenia sobie w sytuacji kryzysowej. Szczegółowy opis badanej próby oraz postępowanie badawcze w: Świątkiewicz-Mośny i in. 2022.

wypracowały materiały edukacyjne, których celem było przekazanie informacji na temat wirusa Sars-Cov2, choroby oraz sposobów radzenia sobie w sytuacji pandemii, ze szczególnym uwzględnieniem mycia rąk, wietrzenia pomieszczeń, izolacji, utrzymywania dystansu społecznego czy szczepień.

Również rządy poszczególnych krajów przygotowywały materiały edukacyjne, które miały wesprzeć walkę z pandemią. Krytyczna analiza tych dokumentów jest szczególnie istotna w kontekście budowania kompetencji zdrowotnych. Pozwala nie tylko na diagnozę sytuacji, wskazanie dobrych praktyk, ale też na zaproponowanie rozwiązań, które będą skuteczniej odpowiadały na sytuację kryzysów zdrowotnych. Badania zespołu LIGHT² [Świątkiewicz-Mośny i in. 2022] pokazują, że materiały edukacyjne skupiały się przede wszystkim na kwestiach praktycznych, związanych z dbaniem o higienę osobistą (np. mycie rąk), i promowały zachowania redukujące ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa. Wspomniane analizy przeprowadzone w trzech krajach europejskich (Niemcy, Polska, Włochy) oraz w USA i Chinach wykazały, że codzienne praktyki (mycie rąk, noszenie maseczek) są najskuteczniejszymi sposobami radzenia sobie z sytuacją kryzysu zdrowotnego. Podkreślały także konieczność dbania o dobrostan psychiczny i wypracowania strategii adaptacji do pandemicznej codzienności, np. omawiały sposoby zarządzania czasem w trakcie nauczania zdalnego lub promowały aktywność fizyczną możliwą w warunkach lockdownu. Okazuje się jednak, że przeanalizowany materiał edukacyjny skupiał się głównie na przekazywaniu instruktażu i rekomendowaniu konkretnych zachowań. Niewiele miejsca (albo wcale) poświęcano na rozwijanie innych wymiarów kompetencji zdrowotnych [Zarcadoolas, Pleasant, Greer 2005], takich jak kompetencje naukowe (ang. *scientific literacy*) czy obywatelskie. Z dostępnych materiałów uczniowie uczyli się o tym, że czas pandemii to nowa sytuacja społeczna i nowy kontekst kulturowy (ang. *cultural literacy*), co przejawia się m.in w konieczności wprowadzenia nowych reguł społecznych, np. związanych z zakrywaniem twarzy, podtrzymywaniem relacji rodzinnych na odległość (za pomocą mediów), niedotykianiem się (witanie się bez uścisku ręki czy pocałunków). W materiałach znajdziemy też odniesienia do treści biologicznych (np. czym jest wirus i jak się rozprzestrzenia), jednak stosunkowo niewiele uwagi poświęcono budowaniu kompetencji naukowych (ang. *scientific literacy*), które pozwoliłyby interpretować dane epidemiologiczne czy medyczne.

W ocenie adekwatności pandemicznych materiałów edukacyjnych publikowanych w różnych kontekstach kulturowych kluczowe wydaje się pytanie, czy

² LIGHT to nazwa zespołu badawczego pracującego na Uniwersytecie Jagiellońskim realizującego projekty związane z kompetencjami zdrowotnymi, więcej na stronie www.light.uj.edu.pl.

dyrektywne instruktaże nakierowane na wypracowanie nowych nawyków lub wzmocnienie już posiadanych były najlepszą formą edukowania społeczeństw. Taki przekaz odpowiadał na wyzwania początkowej fazy globalnego kryzysu zdrowia, jednak w kontekście zagrożeń związanych z *infodemią* był niewystarczający. Choć doniesienia medialne spływające ze wszystkich kanałów komunikacyjnych bazowały na danych liczbowych, to wymagały odpowiedniej interpretacji, a do oceny rzetelności przedstawionych informacji potrzebna była umiejętność ustalenia stopnia wiarygodności źródła. Materiały edukacyjne wydawane przez krajowe agendy z badanych pięciu krajów i najważniejszych organizacji międzynarodowych zajmujących się ochroną zdrowia tylko w nieznacznym zakresie promowały potrzebne w tych obszarach kompetencje. Kształtowanie krytycznego myślenia, tak potrzebne w kontekście radzenia sobie z zalewem fake newsów i teorii spiskowych, zostało potraktowane bardzo pobieżnie.

Polskie materiały edukacyjne, w porównaniu do tych przygotowanych w pozostałych krajach, były nieliczne i proste w formie. Plakaty internetowe na stronach Ministerstwa Edukacji i Nauki oraz Ministerstwa Zdrowia wykorzystywały proste środki graficzne (rysunki dzieci, ikony zakazów) i bazowały na wymieniowaniu nowych wzorów zachowań obowiązujących w przestrzeni publicznej (noszenie maseczek, mycie rąk, zachowanie dystansu społecznego). Tylko część materiałów skierowana była bezpośrednio do dzieci, pozostałe do rodziców lub nauczycieli. W podejmowanych próbach brakuje spójności oddziaływań w kierunku budowania kapitału zdrowotnego oraz różnorodności form przekazu skierowanych do najmłodszych odbiorców. W porównaniu do innych krajów straconą szansą wydaje się niewykorzystanie zasobów edukacyjnych, przygotowanych przez organizacje pozarządowe, poszczególne szkoły lub nauczycieli czy osoby prywatne. Na stronie Ministerstwa Edukacji i Nauki umieszczono bardzo skromny zbiór materiałów edukacyjnych dotyczących pandemii, podczas gdy zasoby internetowe tworzone oddolnie rosły z dnia na dzień. Rząd prowadził także ogólnopolską kampanię pod hasłem „Szczepimy się” oraz publikował spoty „Wybierz mądrze”. Kampanie te budziły raczej skojarzenia z lękiem przed śmiercią albo przed kolejnym lockdownem, niż edukowały. Podobny mechanizm perswazji obserwujemy w wielu innych kampaniach medialnych, np. dotyczących profilaktyki antyalkoholowej czy antynikotynowej. Mechanizm ten, sprawnie stosowany, może być skutecznym narzędziem manipulacji [Francuz 2007]. Spoty reklamowe odwoływały się też do poczucia wspólnoty, więzi, odpowiedzialności za siebie nawzajem, bazowały na społecznym dowodzie słuszności i obiecywały „powrót do normalności”. Obietnica była sformułowana na wyrost, co skutkowało

krytyką ze strony przeciwników szczepień: jeśli szczepienie jest skuteczne, po co kolejne dawki i dlaczego zaszczepieni i tak chorują? [por. Hugo-Bader 2022; Świątkiewicz-Mośny, Wagner, Polak 2022].

Kapitał zdrowotny budowany oddolnie

Edukacja zdrowotna (ang. *health education*) może być ujmowana szerzej – jako wychowanie ku zdrowiu. Wzmacnianie zasobów w kontekście kapitału zdrowotnego realizowane jest nie tylko w toku formalnej nauki i za pomocą oficjalnych, rządowych przekazów informacyjnych, lecz także poprzez oddolne działania obywatelskie (indywidualne aktywności, nieformalne grupy nauczycieli na portalach społecznościowych, działalność organizacji pozarządowych takich jak Ochotnicza Straż Pożarna, Związek Harcerstwa Polskiego czy Polski Czerwony Krzyż, które wśród swoich zadań statutowych mają prowadzenie działań edukacyjnych w obszarze zdrowia). Szczegółowo omówimy działania Związku Harcerstwa Polskiego (ZHP), ponieważ jest jedną z największych organizacji młodzieżowych w Polsce. Ponadto, w ramach realizacji swojej misji wychowawczej, ZHP wspiera dzieci i młodzież w holistycznie ujmowanym rozwoju – duchowym, emocjonalnym, społecznym, intelektualnym i fizycznym. Głównym celem organizacji jest wychowanie świadomego młodego obywatela – człowieka otwartego, przedsiębiorczego, zmotywowanego do samorozwoju i dbającego o zdrowie ciała i ducha [ZHP – Misja 2022]. W programie każdej drużyny i gromady odnajdziemy elementy aktywności fizycznej i kontaktu z przyrodą (wykorzystanie gier i ćwiczeń ruchowych, wycieczek, biwaków). Szczególnie istotna z punktu widzenia kapitału zdrowotnego jest promocja zdrowego stylu życia, która realizowana jest zarówno na gruncie ideowym (np. zapis o wolności od nałogów w prawie harcerskim), jak i praktycznym, podczas zbiórek i zdobywania sprawności i stopni [Kamecki 2017]. Indywidualnie dobrane zadania są realizowane w programie gwiazdek zuchowych, stopni harcerskich i instruktorskich. Uwzględniają one aktualny poziom rozwoju zdobywającej sprawności osoby, zawierają wyzwania z każdego z wymienionych pięciu obszarów rozwoju, w tym dotyczące wiedzy i kompetencji zdrowotnych. Dla przykładu, zuchy zdobywające drugą gwiazdkę mają za zadanie aktywnie spędzić ferie zimowe, w programie próby na stopień ochotniczki wśród wymagań znajdziemy dopasowanie ubioru do warunków atmosferycznych w taki sposób, aby uniknąć przeziębienia, przyszły odkrywca przyswaja w praktyce zasady dotyczące odpowiedniej higieny snu i racjonalnego odżywiania, a samarytanka – potrafi przeprowadzić prawidłowo resuscytację [Gąsiorowska, Kulczyk-Prus 2011]. W ramach specjalności harcerskich funk-

cjonuje Harcerska Szkoła Ratownicza organizująca zawody i wewnętrzne kursy pierwszej pomocy oraz wspierająca działania lokalnych klubów i grup ratowniczych [ZHP – Specjalności 2022]. Najmłodszy członkowie ZHP – zuchy – mają okazję doskonalić swoje umiejętności w ramach zdobywanych zespołowo i indywidualnie sprawności, z których wiele powiązanych jest z budowaniem kapitału zdrowotnego. Podczas zdobywania sprawności zespołowej „Życiodajna krwinka” najmłodszy zapoznają się z ideą honorowego krwiodawstwa i angażują się w jej promocję w środowisku lokalnym, „Dietetycy” układają kodeks zdrowego żywienia i mają okazję zapytać lekarza o zasady zdrowego stylu życia, „Ratownicy” potrafią wezwać pogotowie i udzielić pierwszej pomocy z zachowaniem własnego bezpieczeństwa. Osobną grupę stanowią sprawności sportowe (np. „Człowiek zimy”) i turystyczne (takie jak „Łazik”), które wprost odnoszą się do promocji aktywności fizycznej w różnej formie. Profilaktykę chorób jamy ustnej zakłada indywidualna sprawność „Śnieżnobiały uśmiech”, której celem jest utrwalanie nawyku regularnego i prawidłowego szczotkowania zębów, odbywania wizyt kontrolnych u stomatologa i upowszechnianie wiedzy, jakie produkty są bezpieczne dla zębów [ZHP – Sprawności Zuchowe 2022]. Także członkowie drużyn harcerskich mają okazję zdobywać liczne sprawności związane ze zdrowiem i aktywnością fizyczną, w tym samarytańskie (dotyczące udzielania pierwszej pomocy, np. „Higienista”), turystyczne (np. „Włóczęga niziny”), sportowe (np. „Pływak doskonały”) czy promujące krwiodawstwo. Kompetencję krytycznego myślenia wprost kształtują sprawności naukowe („Poszukiwacz”, „Badacz”) [ZHP – Sprawności 2022].

Wiele z wymienionych wyżej działań zgodnie z metodą harcerską pośrednio wpływa na budowanie kapitału zdrowotnego. Drużynowi i instruktorzy na własnym przykładzie pokazują, w jaki sposób dokonywać wyborów związanych ze zdrowiem, pracować nad swoją sprawnością fizyczną, uwzględniając w swoim planie rozwoju równowagę między różnymi aktywnościami. Wykorzystanie różnorodnych form dyskusji oraz praca systemem małych grup umożliwiają członkom ZHP doskonalenie umiejętności argumentowania, krytycznego analizowania informacji, przyjmowania odmiennej od swojej perspektywy patrzenia na dane zagadnienie.

W okresie pandemii dotychczasowe działania harcerskie musiały zostać zmodyfikowane, aby sprostać wymogom sanitarnym i zasadom bezpieczeństwa. Początkowo wszystkie zbiórki przeniosły się do przestrzeni wirtualnej, a potem stopniowo – kiedy było to możliwe – działano w małych grupach. W odpowiedzi na konieczność zadbania o kondycję psychiczną i zdrowie zuchów, harcerzy i instruktorów harcerskich bardzo szybko wprowadzono wskazówki i gotowe materiały

metodyczne do wykorzystania przez instruktorów [ZHP – Wracamy 2022]. W obliczu zalewu nie zawsze wiarygodnych i rzetelnych informacji na temat zdrowia i pandemii opracowano sprawność harcerską „Poszukiwacz prawdy”, która zachęcała do krytycznego spojrzenia na treści dostępne w Internecie oraz dostarczała wiedzy na temat możliwych reakcji w przypadku napotkania fake newsa. W celu promocji zasad higieny i bezpieczeństwa, szczególnie ważnych w początkowym okresie pandemii (dokładne mycie rąk, zachowanie dystansu społecznego, ograniczenie poruszania się poza domem, bezpieczne włączanie światła czy przywoływanie windy), stworzono sprawność „Strażnik zdrowia w czasie epidemii”, a dla nieco starszych harcerzy – sprawność „Opiekun w czasie pandemii”, która zachęcała do rozpoznania potrzeby wsparcia wśród sąsiadów czy osób starszych i chorych, które mogły mieć w czasie izolacji trudność z zaspokojeniem swoich podstawowych potrzeb oraz podtrzymywaniem kontaktów społecznych w bezpieczny sposób, np. za pośrednictwem telefonu czy Internetu [ZHP – W domu 2020].

Przedstawione wyżej strategie demonstrują pozytywną rolę, jaką mogą pełnić umiejętnie zarządzane organizacje pozarządowe w zwiększaniu świadomości zdrowotnej i kapitału zdrowotnego w ogólności.

PODSUMOWANIE

Pandemia COVID-19, jako wydarzenie bezprecedensowe dla współczesnego społeczeństwa, wyzwoliła ogromną potrzebę zrozumienia i systematycznego opisu sytuacji. Już kilka tygodni po wprowadzeniu w Polsce pierwszych ograniczeń podjęto próby realizacji badań opisujących doświadczenia jednostek i społeczności w sytuacji kryzysu zdrowotnego. Odwołując się do tych, zasobów mamy świadomość, że większość z nich dotyczy początkowego okresu pandemii. Większość powstałych wtedy prac dotyczyła ówczesnych postaw związanych z wysoką mobilizacją do współpracy na rzecz szybszego zakończenia pandemii.

W pandemii, jak w soczewce, wyraźnie skupiają się różne procesy społeczne. Kapitały zdrowotne, które przez lata budowane były w oparciu o programy profilaktyczne czy edukacyjne, okazały się niewystarczające, ponieważ zakładały w większości powolne, stopniowe budowanie kompetencji. Tymczasem w dobie COVID-19 mieliśmy do czynienia z zagrożeniem, które pojawiło się nagle. Mimo deklarowanej wiedzy dotyczącej wirusów i sposobów ich zwalczania społeczności potrzebowały dodatkowych instrukcji oraz działań o charakterze legislacyjnym. Chodzi o wszelkiego rodzaju nakazy i zakazy, które pozwalały utrzymywać reżimy sanitarne. Nie wszyscy akceptowali te zasady, podporządkowali się im, a niektórzy nawet je kwestionowali. Tendencja ta wzmagala się

w kolejnych miesiącach obostrzeń. Wzmacniało to polaryzację w społeczeństwie, a pojawienie się szczepionek stało się już ostatecznym wyzwalaczem napięcia między tzw. „covidianami” i „koronasceptykami”. Szczepionki do czasu pandemii były istotnym tematem publicznego dyskursu, jednak o ograniczonym zasięgu, zagospodarowanym przede wszystkim przez rodziców małych dzieci oraz organizacje wspierające osoby przeciwnie szczepieniom lub starające się dochodzić odszkodowań za uszczerbek na zdrowiu z tytułu powikłań. Pandemia COVID-19 spowodowała, że szczepionki stały się wątkiem angażującym większość społeczeństwa oraz istotnym tematem agendy, który nasycił medialne dyskursy.

Postawy wobec szczepień w aspekcie emocjonalnym, poznawczym i behawioralnym wskazują na poziomy zaangażowania kapitału zdrowotnego. Na poziomie emocjonalnym wystąpiły zarówno obawy związane z przyjęciem szczepionki, jak i strach przed skutkami ubocznymi. Poziom poznawczy odwołuje się do wiedzy, a behawioralny do konkretnych działań. Deklaracje i wysoka samoocena Polaków w zakresie wiedzy o zdrowiu nie przełożyły się na podejmowane działania – szczepienia. W marcu 2022 r. poziom wyszczepienia społeczeństwa przeciwko COVID-19 wynosił 58%. Spadają też wskaźniki dotyczące przeprowadzanych szczepień wśród dzieci. Wskazuje to na konieczność podejmowania szeroko zakrojonych i skoordynowanych działań w zakresie budowania kompetencji zdrowotnych.

Przygotowane przez instytucje krajowe i międzynarodowe materiały edukacyjne w prosty, instruktażowy sposób przekazywały najważniejsze zasady związane z utrzymaniem zdrowia w czasie pandemii. Najpopularniejsza instrukcja dotyczyła mycia rąk – czynności prozdrowotnej nie tylko w czasie pandemii. Konieczność dalszego kształtowania tej praktyki podkreślana jest w licznych badaniach, które dowodzą, że nie jest to kompetencja powszechna. Wskazujemy jednak, że proste instrukcje nie wystarczą – konieczne jest budowanie zrozumienia dla nich, wzmacnianie procesów krytycznego myślenia oraz odpowiedzialności za podejmowane/zaniechane działania. Edukacja tworzona *ad hoc* daje fałszywe poczucie, że społeczeństwo zostało przygotowane do działania w sytuacji kryzysowej. Dla budowania kapitału zdrowotnego w całej populacji są potrzebne różnorodne struktury grupowe, odpowiadające za rozpowszechnianie informacji i wartości. W tym kontekście kluczowa może być współpraca instytucji publicznych z organizacjami społecznymi, posiadającymi własne doświadczenia, wiedzę oraz strukturę.

BIBLIOGRAFIA

- Beck Ulrich.** 2004. *Spółczesność ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*. Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- CBOS.** 2020a. *Koronasceptycyzm, czyli kto nie wierzy w zagrożenie epidemią*. Nr 158/2020. Warszawa.
- CBOS.** 2020b. *Życie codzienne w czasach zarazy*. Nr 60/2020. Warszawa.
- CBOS.** 2022a. *Koronawirus – obawy, stosunek do szczepień, ocena polityki rządu*. Nr 2/2022. Warszawa.
- CBOS.** 2022b. *Koronawirus – obawy, stosunek do szczepień, ocena polityk rządu*. Nr 7/2022. Warszawa.
- Dec Tomasz.** 2021. Obserwatorium Językowe Uniwersytetu Warszawskiego. Hasło: Koronasceptyk. <https://nowewyrazy.pl/haslo/koronasceptyk.html> [dostęp: 26.02.2022].
- Duong Tuyen Van, Minh H. Nguyen, Sheng-Chih Chen, Yung-Kai Huang, Orkan Okan, Kevin Dadaczynski, Chih-Feng Lai.** 2021. “Oxford COVID-19 vaccine hesitancy in school principals: Impacts of gender, well-being, and coronavirus-related health literacy”. *Vaccines* 9(9): 985.
- Duplaga Mariusz.** 2020. “Determinants and consequences of limited health literacy in Polish society”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17(2): 642. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020642>.
- Eurobarometr.** 2021. Attitudes on vaccination against COVID-19. <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/2512> [access: 26.02.2022].
- Eysenbach Gunther.** 2020. “How to fight an infodemic: The four pillars of infodemic management”. *Journal of Medical Internet Research* 22(6): e21820.
- Flieger Estera.** 2020. Marcin Duma: My państwu nie ufamy. Jasnymi punktami na mapie zaufania są organizacje społeczne. ngo.pl Portal Organizacji Samorządowych. <https://publicystyka.ngo.pl/marcin-duma-my-panstwu-nie-ufamy-jasnymi-punktami-na-mapie-zaufania-sa-organizacje-spoeczne-wywiad> [dostęp: 10.03.2022].
- Gambin Małgorzata, Tomasz Oleksy, Marcin Sękowski, Anna Wnuk, Małgorzata Woźniak-Prus, Grażyna Kmita, Paweł Holas, Ewa Pisula, Emilia Łojek, Karolina Hansen, Joanna Gorgol, Karolina Kubicka, Mirosława Hufflejt-Łukasik, Andrzej Cudo, Agnieszka Ewa Łyś, Anna Szczepaniak, George A. Bonanno.** 2021. “Pandemic trajectories of depressive and anxiety symptoms and their predictors: Five-wave study during the COVID-19 pandemic in Poland”. *Psychological Medicine* [in press]. <https://doi.org/10.1017/S0033291721005420>.
- Gąsiorowska Ewa, Emilia Kulczyk-Prus.** 2011. *W poszukiwaniu przygody: Poradnik drużynowego drużyny starszoharcerskiej*. Warszawa: Marron Edition.
- GUS.** 2021. Wybrane aspekty rynku pracy w Polsce. Aktywność ekonomiczna ludności przed i w czasie pandemii COVID-19. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/zasady-metodyczne-rocznik-pracy/wybrane-aspekty-rynku-pracy-w-polsce-aktywnosc-ekonomiczna-ludnosci-przed-i-w-czasie-pandemii-covid-19,11,1.html> [dostęp: 10.03.2022].
- Feliński Michał.** 2020. Sytuacja zawodowa Polaków w czasie pandemii. W: *Opinie i Diagnozy nr 46. Pandemia koronawirusa w opiniach Polaków*, A. Cybulska, K. Pankowski (red.), 44–51. CBOS.
- Francuz Piotr.** 2007. Strach i lęk w reklamie politycznej. W: *Psychologiczne aspekty komunikacji wizualnej*, P. Francuz (red.), 213–230. Wydawnictwo KUL: Lublin.

- Holton Robert.** 2016. Some social consequences of the global financial crisis. In: *The consequences of global disasters*, A. Elliott, E. Hsu (eds.), 223–233. Abingdon, UK: Routledge.
- Hubicz Katarzyna.** 2020. Koronawirus: Polacy wiedzą o nim więcej niż Chińczycy. <https://www.poradnikzdrowie.pl/aktualnosci/koronawirus-polacy-wiedza-o-nim-wiecej-niz-chinczycy-aa-kruu-jgH6-T5Jx.html> [dostęp: 10.03.2022].
- Hugo-Bader Jacek.** 2022. *Strażnicy wolności*. Wydawnictwo Agora: Warszawa.
- Jarynowski Andrzej, Monika Wójta-Kempa, Vitaly Belik.** “Trends in interest of COVID-19 on Polish Internet”. *Przegląd Epidemiologiczny* 74(2): 258–275. <https://doi.org/10.32394/pe.74.20>. PMID: 33112108.
- Kamecki Marek.** 2017. *Stosowanie metody harcerskiej w drużynie harcerzy*. Warszawa: Niezależne Wydawnictwo Harcerskie.
- Klimczuk Andrzej.** 2021. Pandemia COVID-19 z perspektywy teorii ryzyka. W: *Polska... Unia Europejska... Świat... w pandemii COVID-19 – wybrane zagadnienia. Wnioski dla kształtowania i prowadzenia polityki publicznej*, A. Bartoszewicz, K. Książkowski, A. Zybala (red.), 34–56. Warszawa: Elipsa.
- Klementowska Aneta.** 2021. „Pandemia Covid-19 a realizacja funkcji opiekuńczo-wychowawczej w wiejskich rodzinach wielodzietnych – wybrane problemy”. *Wychowanie w Rodzinie* 1: 71–89.
- Kłosińska Katarzyna.** 2020. Hasło: covidianin. <https://nowewyrazy.uw.edu.pl/haslo/389-covidianin.html> [dostęp: 10.03.2022].
- Krause Ewa.** 2021. „Sytuacja kobiet na rynku pracy w czasie pandemii”. *Edukacja Ustawiczna Dorosłych* 1: 159–176.
- Kubacka-Jasiecka Dorota.** 2010. *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: WAIP.
- Kuropka Ireneusz, Agnieszka Rossa, Wiktoria Wróblewska, Bogdan Wojtynek, Przemysław Śleszyński.** 2021. Pandemia oraz jej skutki zdrowotne i demograficzne. Raport Komitetu Nauk Demograficznych PAN. https://knd.pan.pl/images/Pandemia_oraz_jej_skutki_zdrowotne_i_demograficzne.pdf [dostęp: 21.06.2022].
- Matyjaszyk-Loboda Olga.** 2021. „Opis jednostki leksykalnej covidianin”. *Oblicza Komunikacji* 13: 99–114.
- NIK.** 2021. NIK o rehabilitacji leczniczej. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-rehabilitacji-leczniczej-2021.html> [dostęp: 27.06.2022].
- OECD.** 2021. State of Health in the EU Polska Profil systemu ochrony zdrowia 2021. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_poland_polish.pdf [access: 27.06.2022].
- Okan Orkan, Melanie Messer, Diane Levin-Zamir, Leena Paakkari, Kristine Sørensen.** 2022. “Health literacy as a social vaccine in the COVID-19 pandemic”. *Health Promotion International*. 2021: 1–9. doi: 10.1093/heapro/daab197. Epub ahead of print. PMID: 35022721; PMCID: PMC8807235.
- Oleksy Tomasz, Anna Wnuk, Dominika Maison, Agnieszka Łyś.** 2021. “Content matters. Different predictors and social consequences of general and government-related conspiracy theories on COVID-19”. *Personality and Individual Differences* 168: 110289.
- Paakkari Leena, Orkan Okan.** 2020. “COVID-19: Health literacy is an underestimated problem”. *The Lancet. Public Health* 5(5): e249.
- Paakkari Leena, Olli Paakkari.** 2012. “Health literacy as a learning outcome in schools”. *Health Education* 112(2): 133–152.

- Piwoński Jerzy, Aleksandra Piwońska, Jerzy Gluszek, Wojciech Bielecki, Andrzej Pająk, Krystyna Kozakiewicz, Bogdan Wyrzykowski, Stefan Rywik. 2005. „Ocena częstości występowania niskiego poziomu wsparcia społecznego oraz objawów depresji w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ”. *Kardiologia Polska* 63(6): 1–4.
- Płoszaj Katarzyna, Dorota Kochman. 2021. „Wpływ pandemii Koronawirusa (COVID–19) na jakość życia rodziny i dziecka”. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 6(3): 59–78.
- Polak Paulina, Maria Świątkiewicz-Mośny, Aleksandra Wagner. 2019. “Much ado about nothing. The responsiveness of the healthcare system in Poland through patients’ eyes”. *Health Policy* 123(12): 1259–1266.
- Rodman Alexandra M., Maya L. Rosen, Steven W. Kasperek, Makeda Mayes, Liliana Lengua, Andrew N. Matzooff, Katie A. McLaughlin. 2021. “Social behavior and youth psychopathology during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study”. Preprint: <https://doi.org/10.31234/osf.io/y8zvg>.
- Sasińska-Klas Teresa. 2021. Zaufanie społeczne w oczach polskiej opinii publicznej: ceniona wartość czy jej deficyt? *W: Zapisując świat: w dziennikarsko-literackim pejzażu form, tematów, gatunków: prace ofiarowane dr hab. Andrzejowi Kaliszewskiemu Profesorowi UJ, E. Żyrek-Horodyska (red.)*, 263–285. Kraków: Instytut Dziennikarstwa, Mediów i Komunikacji Społecznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Schneider-Kamp Anna. 2021. “Health capital: Toward a conceptual framework for understanding the construction of individual health”. *Social Theory and Health* 19: 205–219.
- Sikorska Iwona M., Natalia Lipp, Paulina Wróbel, Mirella Wyra. 2021. “Adolescent mental health and activities in the period of social isolation caused by the COVID-19 pandemic”. *Advances in Psychiatry and Neurology/Postępy Psychiatrii i Neurologii* 30(2): 79–95.
- Słońska Zofia, Agnieszka A. Borowska, Anita E. Aranowska. 2015. “Health literacy and health among the elderly: Status and challenges in the context of the Polish population aging process”. *Anthropological Review* 78(3): 297–307.
- Sørensen Kristine, Jürgen M. Pelikan, Florian Röthlin, Kristin Ganahl, Zofia Słomska, Gerardine Doyle, James Fullam, Barbara Kondilis, Demosthenes Agrafiotis, Ellen Uiters. 2015. “Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU)”. *European Journal of Public Health* 25(6): 1053–1058.
- Syrek Ewa. 2019. „Teoretyczne podstawy współczesnej pedagogiki zdrowia jako subdyscypliny pedagogiki”. *Pedagogika Społeczna* 2(72): 9–23.
- Świątkiewicz-Mośny Maria, Anna Prokop-Dorner, Magdalena Ślusarczyk, Aleksandra Piłat-Kobla, Natalia Ożegalska-Lukasik, Joanna Zając, Malgorzata Bala. 2022. When Peppa Pig and Confucius meet, joining forces on the battlefield of health literacy – an analysis of COVID-19 educational materials for children and adolescents from China, the USA, and Europe. *PLOS ONE* [in print].
- Świątkiewicz-Mośny Maria, Aleksandra Wagner, Paulina Polak. 2022. “The anti-vaccination Robinsons – Isolated actors of the mainstream vaccination discourse in Poland”. *Current Sociology (online first)*. <https://doi.org/10.1177/00113921221078048>.
- Tamarit Alicja, Usue de la Barrera, Estefanía Mónaco, Konstance Schoeps, Inmaculada Montoya-Castilla. 2020. “Psychological impact of COVID-19 pandemic in Spanish adolescents: Risk and protective factors of emotional symptoms”. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* 7(3): 73–80.

- Wolfe Robert M., Lisa K. Sharp.** 2002. "Anti-vaccinationists past and present". *BMJ* 325(7361): 430–432.
- Wojtasiński Zbigniew.** 2019. Ponad połowa młodych Polaków nie zna dróg zakażenia HIV. <https://www.mp.pl/pacjent/choroby-zakazne/aktualnosci/220946,ponad-polowa-mlodych-polakow-nie-zna-drog-zakazenia-hiv> [dostęp: 10.03.2022].
- Woynarowska Barbara.** 2017. *Edukacja zdrowotna. Podstawy teoretyczne. Metodyka. Praktyka*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Wróblewski Michał.** 2020. „Superroznościciele wątpliwości. Sceptycyzm i teorie spiskowe w dobie koronawirusa”. *Dyskurs & Dialog* 4(6): 23–41.
- Wróblewski Michał, Andrzej Meler, Łukasz Afeltowicz.** 2020. *Ryzyko, zaufanie, choroby zakaźne. Polki i Polacy o pandemii*. Toruń: Uniwersytet Mikołaja Kopernika,
- YouGov tracker.** 2022. COVID-19: Government handling and confidence in health authorities. <https://yougov.co.uk/topics/international/articles-reports/2020/03/17/perception-government-handling-covid-19> [access: 10.03.2022].
- Zarcadoolas Christina, Andrew Pleasant, David S. Greer.** 2005. "Understanding health literacy: An expanded model". *Health Promotion International* 20(2): 195–203.
- ZHP – Specjalności.** 2022. Harcerska szkoła ratownictwa. O specjalności. <https://specjalnosci.zhp.pl/specjalnosci-harcerskie/ratownicza/o-specjalnosci/> [dostęp: 10.03.2022].
- ZHP – Sprawności.** 2022. Sprawności harcerskie. <https://zhp.pl/stopnie-i-sprawnosci/sprawnosci-harcerskie> [dostęp: 10.03.2022].
- ZHP – Sprawności Zuchowe.** 2022. Sprawności zuchowe. <https://zhp.pl/stopnie-i-sprawnosci/sprawnosci-zuchowe> [dostęp: 10.03.2022].
- ZHP – W domu.** 2022. Harcerstwo w domu – marzec 2020. <https://cbp.zhp.pl/propozycje/harcerstwo-w-domu-marzec-2020> [dostęp: 10.03.2022].
- ZHP – Wracamy.** 2022. Wracamy. <https://zhp.pl/wracamy> [dostęp: 10.03.2022].

Maria Świątkiewicz-Mośny
Magdalena Ślusarczyk
Anna Prokop-Dorner
Natalia Ożegalska-Lukasik
Aleksandra Potysz-Rzyman

SOCIAL EDUCATION AS A VACCINE AGAINST INFODEMIA? EXPLORING HEALTH CAPITAL DURING THE COVID-19 PANDEMIC IN POLAND

Abstract

The challenges arising from the global health crisis have revealed the importance of health capital. Referring to the multidimensional definition by Anna Schneider-Kamp [2021], we analyze the actual and potential resources making health capital available to Poles during the pandemic. First, we discuss the importance of health literacy for preservation of good health and searching for reliable information on the pandemic. Second, we take up the issues of strategies that women and men in Poland use to manage the pandemically changed life. Based on the available research, we also analyze how the social and economic capitals have influenced the social field of health. We address it by referring to the pandemic challenges of family, professional and individual lives.

Assuming that the attitude towards vaccinations against COVID-19 is an indicator of how the health capital has been applied, we verify the attitudes of Polish men and women towards the coronavirus vaccine. Finally, we review health educational materials and programs created in Poland during the pandemic by the state and non-governmental organizations. In our closing remarks we discuss which of them have a chance to contribute to the development of health capital, and which appear to be fake activities.

Keywords: pandemic, health capital, health literacy, vaccination